

Katri Virtanen

”ÄITI, TÄÄLLÄ ON TOISIA SAMANLAISIA, KU MÄ!”

VOIMISTELUSEURA JA KOULUTERVEYDENHUOLTO
PERHEIDEN TUKENA LASTEN PAINONHALLINNASSA

OULUN YLIOPISTON TUTKIJAKOULU;
OULUN YLIOPISTO,
LÄÄKETIETEELLINEN TIEDEKUNTA,
TERVEYSTIETEIDEN LAITOS,
KANSANTERVEYSTIEDE,
YLEISLÄÄKETIEDE

D

MEDICA



OULUN
YLIOPISTO

ACTA UNIVERSITATIS OULUENSIS
D Medica 1170

KATRI VIRTANEN

**”ÄITI, TÄÄLLÄ ON TOISIA
SAMANLAISIA, KU MÄ!”**

Voimisteluseura ja kouluterveydenhuolto perheiden
tukena lasten painonhallinnassa

Esitetään Oulun yliopiston terveyden ja biotieteiden
tohtorikoulutustoimikunnan suostumuksella julkisesti
tarkastettavaksi farmakologian ja toksikologian laitoksen
luentosalissa F202 (Aapistie 5) 12. lokakuuta 2012 kello 12

OULUN YLIOPISTO, OULU 2012

Copyright © 2012
Acta Univ. Oul. D 1170, 2012

Työn ohjaajat
Professori Anja Taanila
Professori Pekka Larivaara

Esitarkastajat
Dosentti Merja Nikkonen
Dosentti Eila Latvala

ISBN 978-951-42-9918-6 (Paperback)
ISBN 978-951-42-9919-3 (PDF)

ISSN 0355-3221 (Printed)
ISSN 1796-2234 (Online)

Kannen suunnittelu
Raimo Ahonen

JUVENES PRINT
TAMPERE 2012

Virtanen, Katri, "Look mummy, there are others like me here!". Gymnastics association and school health care supporting families in children's weight control

University of Oulu Graduate School; University of Oulu, Faculty of Medicine, Institute of Health Sciences, Public Health, General Practice, P.O. Box 5000, FI-90014 University of Oulu, Finland

Acta Univ. Oul. D 1170, 2012

Oulu, Finland

Abstract

Childhood obesity is a growing national and international problem. Besides causing health problems, obesity puts a significant burden on national economy. The aim of this study was to find new information and methods with which school health care and gymnastics associations could collaborate to help families with overweight children in their weight control efforts.

This study examines the experiences and perceptions on the reasons for childhood obesity and problems related to weight control among families in Oulu (n=10), school nurses and doctors in Oulu Province (n=170) and actors (n=243) involved in associations belonging to the Finnish Gymnastics Federation that arrange activities for children and adolescents. The study was implemented as action study, in which the researcher led a group aimed at parents. During the year-long intervention the children attended an exercise group with a designated leader. Parents participated once a month in the group sessions together with their children. During the children's session the parents got together 1-2 times per month to discuss or to exercise. Data were collected through interviews with parents, measurements, interviews with children and surveys aimed at school nurses, doctors and gymnastic association actors in 2006 and 2009. The data were analysed using inductive content analysis.

The interviews with parents showed that hectic pace of life, work-related fatigue, parental unemployment, socioeconomic factors and a number of changes in the children's lives gave rise to uncertainty in the children, who might react to it by eating. The families felt that they did not get enough support from health care on weight control-related matters, while representatives of school health care and gymnastics associations criticised parents' "inability" to act as adults in the family. Due to the children's poor motor skills, increased childhood obesity was seen in the gymnastics association as complicating the work of coaches.

Supporting a regular daily rhythm in families, supporting activities and developing opportunities for family exercise seem to be of significance in children's weight control. Introduction to exercise among overweight children was facilitated by setting up a special exercise group for them. The readiness for multiprofessional collaboration among school nurses and representatives of gymnastics associations increased during the research process.

The working methods of school nurses must be improved so that they, as members of a primary health care expert team, can influence problems in families that may result in overweight in children. The know-how and nationwide operation of gymnastics associations should be made use of in children's weight control.

Keywords: cooperation, family, group activity, gymnastics, obesity, physical activity, school health care, weight control

Virtanen, Katri, ”Äiti, täällä on toisia samanlaisia, ku mä!”. Voimisteluseura ja kouluterveydenhuolto perheiden tukena lasten painonhallinnassa

Oulun yliopiston tutkijakoulu; Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden laitos, Kansanterveystiede, Yleislääketiede, PL 5000, 90014 Oulun yliopisto

Acta Univ. Oul. D 1170, 2012

Oulu

Tiivistelmä

Lasten lihavuus on kasvava sekä kansallinen että kansainvälinen ongelma. Terveyshaittojen lisäksi lihavuuden aiheuttamat kansantaloudelliset kustannukset ovat merkittäviä. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli löytää uutta tietoa ja keinoja, joilla kouluterveydenhuolto ja voimisteluseurat voisivat yhteistyössä auttaa liikapainoisten lasten perheitä lasten painonhallinnassa.

Työssä tutkitaan oululaisten perheiden (n=10), Oulun läänin kouluterveydenhoitajien ja koululääkäreiden (n=170) sekä Suomen voimisteluliiton lasten ja nuorten toimintaa järjestävien seurojen toimijoiden (n=243) kokemuksia ja näkemyksiä lasten lihavuuden syistä ja painonhallintaan liittyvistä ongelmista. Tutkimus toteutettiin toimintatutkimuksena, jossa tutkija toimi vanhempien ryhmän ohjaajana. Vuoden kestävä intervention aikana lapsilla oli kerran viikossa oma liikuntaryhmä ja ohjaaja, vanhemmat osallistuivat lasten kanssa yhteiselle tunnille kerran kuukaudessa. Lasten tuntien aikana vanhemmat kokoontuivat 1-2 kertaa kuukaudessa keskustelemaan tai liikkumaan yhdessä. Tutkimusaineistoa kerättiin vanhempien haastatteluilla, mittauksilla, lasten haastattelulla ja kouluterveydenhoitajien ja koululääkäreiden sekä voimisteluseurojen toimijoiden kyselyllä vuosina 2006 ja 2009. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä.

Vanhempien haastatteluista kävi ilmi, että kiire, työn aiheuttama väsymys, vanhempien työttömyys, sosioekonomiset asiat sekä monet muutokset lapsen elämässä hämmensivät lasta, joka saattoi reagoida epävarmuuteen syömällä. Perheet kokivat, etteivät he saaneet painonhallinta-asioissa riittävästi tukea terveydenhuollolta. Kouluterveydenhuollon ja voimisteluseurojen edustajat puolestaan kritisoivat vanhempien ”voimattomuutta” olla aikuinen perheessä. Voimisteluseuroissa lasten liikapainon lisääntyminen näkyi lasten heikkojen motoristen taitojen vuoksi ohjaajien työn vaikeutumisena.

Perheiden säännöllisen päivärytmin ja toiminnan tukemisella sekä perheliikunnan kehittämällä näyttäisi olevan merkitystä lasten painonhallinnassa. Liikapainoisten lasten liikuntaan totuttelua tuki oman liikuntaryhmän perustaminen. Kouluterveydenhoitajien ja voimisteluseurojen edustajien valmius monitahoiseen yhteistyöhön lisääntyi tutkimusprosessin aikana. Kouluterveydenhoitajien työtapoja tulee kehittää niin, että he voivat perusterveydenhuollon asiantuntijaryhmän jäseninä vaikuttaa perheen todellisiin ongelmiin, joista lasten liikapaino saattaa olla seurausta. Lasten painonhallinnassa tulee hyödyntää voimisteluseuroissa olevaa osaamista ja valtakunnallisesti laajaa toimintaa.

Asiasanat: kouluterveydenhuolto, lihavuus, liikunta, painonhallinta, perhe, ryhmätoiminta, voimistelu, yhteistyö

Tämä aihe löysi minut!

Ilpolle
Sannalle, Tuomakselle,
Markukselle ja Joonakselle

Kiitokset

Fysioterapeuttina ja voimistelun harrastajana terveyden edistäminen on aina ollut osa minua. Lasteni kehittymistä seurattessani näkökulma terveyden edistämiseen on saanut uutta suuntaa, opettavaisia ovat olleet myös henkilökohtaisesti kokemani sairaudet. Kiinnostus terveellistä ruokaa kohtaan heräsi vanhempieni kasvihuoneyrityksien aikana. Terveellinen ruoka on mieluisinta luomuviljeltyinä lähiruokana, itse valmistettuna. Liikunnasta on tullut minulle harrastus ja työ. Maisteriopintojen aikana professori Sirpa Janhosen persoonallinen tapa herättää tiedollista ristiriitaa ja antaa oppijalle kasvutilaa, mahdollisti minun kasvuni fysioterapeutista terveystieteiden opettajaksi.

Suomen voimisteluliiton (Svoli ry) toiminta on ollut ja on minulle elämäntapa. Kiitän kasvattajaseuraani Ulvilan Naisvoimistelijoita, seuraa, joka investoi hyviin ohjaajiin ja mahdollisti lahjakkaiden voimistelijoiden etenemisen voimistelu-urallaan. Jokainen voimistelu-seura elämäni aikana on mahdollistanut valtavan verkostoitumisen ja laaja-alaisen tuen toimiessani ohjaajana, kouluttajana ja järjestöaktiivina. Nykyisessä seurassani, Oulun Voimistelu-seurassa, on aina oltu toiminnan edelläkävijöitä ja silti seurassa arvostetaan ja vaalitaan perinteitä. Oli vaivatonta saada seuran hallitus innostumaan Svolin Kumppanuushankkeesta 2005–2006, joka itse asiassa synnytti tutkimusaiheeni. Kiitos silloiselle Suomen voimisteluliiton pääsihteerille Maija Innaselle, joka halusi seuramme mukaan hankkeeseen ja kannusti minua henkilökohtaisesti ottamaan vastuun Kumppanuushankkeesta seuramme osalta.

Oulun kaupungin terveystieteiden suunnittelija Tiina Pekkala tuki Kumppanuushankkeena alkanutta seuran painonhallintaprojektia, jonka yhdeksi osaksi syntyi lasten painonhallintaa tukeva ryhmätoiminta. Toimintaa suunnitellessamme tutkimusaiheeni, lasten painonhallinta, löysi minut. Syntyi halu yhdistää julkisen terveydenhuollon ja vapaaehtoistoimijan voimavarat. Liikuntaviraston lisäksi kiitän kouluterveydenhuollon edustajia Anne Niskaa ja Sanna Sandströmiä, jotka toiminnan alkuvaiheessa tekivät yhteistyötä kanssani.

Sain väitöskirjatyöhöni ohjaajiksi professori Anja Taanilan ja professori Pekka Larivaaran. Koin opettavaisia hetkiä ohjaajieni kanssa, kun haimme yhteistä ”punaista lankaa” ajattelullemme. Kasvatustieteilijä, lääkäri ja terveystieteilijä eivät heti puhuneet samoilla käsitteillä ja oma ajatteluni tutkimuksen tekemisestä oli vasta kehittymässä. Kiitän ohjaajiani kriittisyydestä, pitkäjänteisyydestä ja ohjaavista kysymyksistä, joiden avulla lopulta löysin tutkijan tielle. Professori Anja Taanila on kulkenut rinnallani koko prosessin ajan, vaikka itse pidin lähes

kahden vuoden tauon kirjoittamisessa. Anjan asiantuntijuus, ystävällisyys ja hänen tapansa kannustaa, ovat aloittelevaa tutkijaa arvostavia. Anja Taanila on mahdollistanut minulle tutkijarahoitusta, jonka turvin olen muutaman kuukauden ajan saanut keskittyä työhöni päätoimisesti. Kiitän professori Anja Taanilaa erityisesti kokonaisvaltaisesta ohjauksesta. Pekka Larivaara on ohjaustilanteissa osannut tehdä ”oikeita” kysymyksiä. Ohjaajana Pekka Larivaaran osuus näkyy työni monitieteellisessä lähestymistavassa sekä perheen painoarvon ymmärtämisenä tässäkin yhteydessä. Parhaimmat kiitokseni ohjaajilleni, työni on muovautunut avulanne.

Professori Sirkka Keinänen-Kiukaanniemi otti minut lämpimästi vastaan Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitokselle (nykyinen Terveystieteiden laitos) esittäessäni hänelle alustavia tutkimussuunnitelmiani. Annan hänelle myös kiitokset toiminnasta ja kannustuksesta väitöskirjatyöni seurantaryhmässä. Tekstin viimeistely julkaisukuntoon onnistui Jari Jokelaisen avulla. Laitoksen muulta henkilökunnalta olen aina saanut apua tarvittaessa.

Kiitän esitarkastajia Dosentti Merja Nikkosta ja Dosentti Eila Latvalaa kannustavasta, tarkasta ja rohkaisevasta tavasta paneutua työhöni. Kommenttienne ansiosta sain mahdollisuuden tarkastella työtäni vähän eri näkökulmasta, mikä auttoi ymmärtämään monia asioita. Antamanne korjausehdotukset olivat perustelluja ja ne paransivat työtäni. Kiitos!

Kiitokset annan niille kymmenelle oululaiselle perheelle, jotka osallistuivat vuoden ajan lasten painonhallintaa tukevan ryhmän toimintaan ja osallistuivat tutkimustyöhöni myös antamalla haastatteluja ja kokeilemalla rohkeasti toiminnan aikana syntyneitä ideoita. Kiitos myös Oulun läänin kouluterveydenhoitajille ja Svolin seurojen toimijoille, jotka vastasivat kyselyihin. Teiltä sain vastausten liitteenä kannustavia viestejä, jotka auttoivat jatkamaan kirjoittamista silloinkin, kun työ ei edennyt. Oulun Voimisteluseuraa kiitän monenmoisesta tuesta ja halukkuudesta lähteä mukaan tutkimustyöhön. Kiitoksia kohdennan Maija-Liisa Salolle ja Eeva-Leena Ylimäelle, joiden asiantuntijuutta sain käyttööni. Kiitos myös lasten ryhmien ohjaajille Raija Salomäelle, Niko Naaskolle ja Sinikka Jokiselle hyvästä yhteistyöstä.

Tutkimusvuosieni aikana perheeni, vanhempani ja ystäväni ovat kiitettävästi seuranneet tutkimukseni edistymistä. Olen käynyt hedelmällisiä keskusteluja tyttärensä Sannan sekä toisten väitöskirjatyötään tekevien ystäväni kanssa. Kirjoittaminen on yksinäistä työtä ja antoisat keskustelut kanssanne ja myös Thule-instituutin ”tutkijajunalaisten” kanssa ovat olleet välttämättömiä.

Puolisolleni Iipolle annan kiitokset. Vaikka hän välillä on ihmetellyt päiväkausien paneutumistani kirjoittamiseen ja keskittymisen aiheuttamaa hajamielisyttäni, hän on jaksanut kantaa vastuun perheen taloudellisesta tilanteesta ja on antanut minun tehdä väitöskirjatyötäni murheitta. Työn loppuvaiheessa hän on ollut innokkain patistajani ja tukijani.

Väitöskirjatyön tekeminen on ollut antoisaa ja raskasta. Oppimisprosessina tämä kokemus on vertaansa vailla. Tunnen, että olen tehnyt merkityksellistä työtä avatessani polkua monitahoiselle yhteistyölle lasten painonhallinnassa. Liikunnan vapaaehtoisjärjestöjen ja julkisen terveydenhuollon yhteistyö antaa mahdollisuuksia sosiaaliselle kansalaistoiminnalle terveyden edistämässä, edistää yhteisöllisyyttä ja yksilön sosiaalista tukea.

Oulussa 12.10. 2012

Katri Virtanen

Lyhenteet

BMI	Body Mass Index
DEHKO	Diabeteksen ennaltaehkäisyn ja hoidon kehittämissuohjelma
ETENE	Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta
EU	Euroopan unioni
FTO	fat mass- and obesity
HDL	High density lipoprotein (fP-Kol-HDL)
IASO	International Association for the Study of Obesity
IDF	International Diabetes Federation
OVOS	Oulun Voimisteluseura
POPLI	Pohjois-Pohjanmaan liikunta
PYY	PYY (3-36)-hormoni
STAKES	Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus
SVOLI	Suomen voimisteluliitto
THL	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
USDA	U.S. Department of Agriculture
VRN	Valtion ravitsemusneuvottelukunta
WHO	World Health Organisation

Sisällysluettelo

Abstract	
Tiivistelmä	
Kiitokset	9
Lyhenteet	13
Sisällysluettelo	15
1 Johdanto	17
1.1 Lihavuuden esiintyvyys	19
1.2 Lihavuuden geneettisiä syitä	20
1.3 Lihavuuden elintapoihin liittyviä syitä	22
1.4 Kansainvälisen yhteistyön vaikutuksia lasten painonhallintaan Suomessa	26
1.5 Tutkimuksen tarkoitus	28
2 Lasten lihavuus	31
2.1 Perheen ja koulun merkitys lasten lihavuuden synnyssä	33
2.2 Lasten lihavuuden seuraukset fyysiseen, psyykkiseen ja psykososiaaliseen terveyteen	37
2.3 Lasten painonhallintaan käytettyjä keinoja	42
2.3.1 Painonhallinta lasten terveyden edistäjänä	42
2.3.2 Haasteita lapsen terveyden edistämässä	57
2.3.3 Lasten painonhallinnan kansallista ohjausta	59
2.3.4 Lasten painonhallinnan paikallista ohjausta	62
3 Voimisteluseura toimijana	71
4 Tutkimusongelmat ja tavoitteet	75
5 Toimintatutkimus lähestymistapana	77
5.1 Tutkijan rooli toimintatutkimuksessa	81
5.2 Liikuntainterventio menetelmänä	82
6 Aineisto ja tutkimusmenetelmät	85
6.1 Pilottiryhmän prosessi keväällä 2005	87
6.2 Tutkimusryhmän prosessi 2005–2006	90
6.3 Vanhempien haastattelut ja mittaukset	93
6.4 Lasten haastattelu ja mittaukset	97
6.5 Oulun läänin kouluterveydenhoitajien kysely	98
6.6 Suomen Voimisteluliiton (Svoli ry) seurojen toimijoiden kysely	100
7 Aineiston analyysi	103
8 Tulokset	111

8.1	Perheiden odotuksia ja kokemuksia lasten painonhallintaryhmän toiminnasta	111
8.1.1	Vanhempien näkemykset lapsen painonnousuun johtaneista syistä.....	115
8.1.2	Ryhmätoiminnan vaikutuksia lapsiin.....	118
8.1.3	Ryhmätoiminnan vaikutuksia vanhempiin	122
8.1.4	Vanhempien omat keinot vaikuttaa perheen painonhallintaan	124
8.2	Kouluterveydenhoitajien ja -lääkäreiden näkemyksiä lasten lihavuudesta	126
8.2.1	Kouluterveydenhoitajien näkemykset lasten lihavuuden syistä.....	127
8.2.2	Kouluterveydenhoitajien keinot toimia lasten painonhallinnan hyväksi	129
8.2.3	Kouluterveydenhoitajien ehdotukset lasten painonhallinnan järjestämiseksi.....	131
8.3	Voimisteluseurojen toimijoiden näkemyksiä lasten lihavuudesta	133
8.4	Voimisteluseurojen toimijoiden keinot toimia lasten painonhallinnan hyväksi.....	137
8.5	Voimisteluseurojen toimijoiden ehdotuksia lasten painonhallinnan järjestämiseksi	137
8.6	Tulosten yhteenveto	139
8.6.1	Tulokset luettelona vastaajaryhmien mukaan.....	141
9	Pohdinta ja päätelmät	145
9.1	Perhedynamiikan muutokset lapsen lihavuuden taustalla	145
9.2	Perinteiset keinot eivät enää riitä tuettaessa perheitä lapsen painonhallinnassa	150
9.3	Lasten painonhallinnan järjestäminen yhteistyönä.....	153
9.4	Tutkimuksen luotettavuus	155
9.5	Eettiset kysymykset.....	159
9.6	Jatkotutkimushaasteet	162
	Lähteet	165
	Liitteet	185

1 Johdanto

Väestön painonnousu kaikissa ikäryhmissä on maailmanlaajuinen ilmiö, ja lihavuus lisääntyy sosio-ekonomisesta taustasta riippumatta (Vanhala & Vanhala 1998, Terveys 2000 -tutkimus 2002, Blair & Church 2004, Lihavuus – painavaa asiaa painosta 2005). Maailman Terveysjärjestö (World Health Organization, WHO) arvioi vuonna 2008 merkittävästi lihavien (painoindeksi 30 kg/m² tai yli) määräksi maailmassa noin 310 miljoonaa henkilöä ja ennustaa lihavien määrän nousevan noin 700 miljoonaan vuoteen 2025 mennessä (Bessesen 2008). Eniten lihavia ja vähän arkiliikuntaa harrastavia ihmisiä on väestöryhmissä, joissa on alhainen sosioekonominen taso (U.S. Department of Agriculture (USDA) 2001, Borodulin ym. 2008, Stenholm 2008).

Lihavuustilastojen vertailu on epätarkkaa, koska mittaukset ja ikäraajat maittain vaihtelevat paljon samoin tieto siitä, ilmoitetaanko tilastoissa liikapaino (lihavuutta lievempi tila, josta käytetään myös nimitystä ylipaino) vai lihavuus. Selkeä raja-arvo lihavuuden kuvaamiseen on painoindeksi (BMI, Body Mass Index) luku 30 kg/m², jota pidetään merkittävän lihavuuden rajana. Painoindeksillä kuvataan vartalon painon sopivuutta suhteessa pituuteen. Terveysriskit suurenevät painoindeksin noustessa. (Mustajoki 2006.)

Ihmisiä fyysisesti kuormittavan liikunnan määrä on laskenut ja samanaikaisesti mielihyvän tunnetta korostava elämäntapa houkuttelee syömään muutenkin kuin nälän takia. Lisäksi teknologian kehittyminen on tehnyt elämän fyysisesti helpoksi. (Winell & Reunanen 2006.) Lihavuus on WHO:n mukaan keskeinen kansanterveyteen vaikuttava tekijä. WHO luokittelee lihavuuden yhdeksi niistä kymmenestä taudinaiheuttajasta, joita voidaan ennaltaehkäistä. (Lihavuus – painavaa asiaa painosta 2005.) Uusitupa (2009) on koonnut lihavuuteen liittyviä sairauksia taulukoksi (Taulukko 1).

Taulukko 1. Lihavuuteen liittyviä sairauksia (Uusitupa 2009, julkaisulupa saatu 16.3.2012).

Sydän- ja verisuonitaudit	Aineenvaihduntasairaudet	Keuhkosairaudet	Uniapnea, mahasuolikanavan sairaudet	Nivel-sairaudet	Syöpä-taudit	Muut
Sepelvaltimo-tauti	Metabolinen oireyhtymä	Hypoventilaatio-oireyhtymä	Sappikivitauti	Nivelrikko	Miehet	Hirsutismi,
Aivohalvaus	Aikuistyyppin diabetes	Kohonnut keuhko-	Maksan rasvoittuminen	Kihti	Paksusuoli	Kuukautishäiriöt
Kohonnut verenpaine	Hyperlipidemiat	verenpaine	Refluksiesofagiitti		Peräsuoli	Hypo-
Sydämen vajaatoiminta	Dyslipidemiat	Keuhko-sydän-sairaus			Etu- rauhanen	gonadismi
	Kihti				Munuainen	Virtsan-
						karkailu,
						Nefroottinen
						oireyhtymä,
						Ihomuutokset
					Naiset	
					Kohdun	
					runko-osa	
					Kohdun-	
					kaula	
					Rinta	
					Munasarja	
					Sappirakko	
					ja sappitie	
					Munuainen	

Lasten lihavuudesta on tulossa merkittävä syy aikuisiän sairauksien esiintyvyyteen. Liikapainoisilla lapsilla ja nuorilla esiintyy tuki- ja liikuntaelinsairauksia, rasvamaksaa, sydänsairauksia ja erityisesti tyypin 2 diabetesta entistä useammin. Lapsuudenaikaisella lihavuudella on taipumus jatkua aikuisiässä. Tällöin terveydellisten haittojen lisäksi painonnousulla on kansantaloudellisia vaikutuksia. (Sosiaaliturvan suunta 2004, Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma 2003–2007.) Liikapainosta johtuvia kustannuksia on tutkittu vähän. Suomessa arvioidaan terveydenhuollon kokonaiskustannuksista noin 4–7 % ja sosiaaliturvan menoista noin 2 % aiheutuvan lihavuudesta. Välillisiä kustannuksia, kuten sairauslomapäiviä ja työkyvyttömyydestä johtuvia tuottavuuskustannuksia on enemmän. (Pekurinen 2006.)

1.1 Lihavuuden esiintyvyys

Lihavuus lisääntyy, koska ravinnosta saadaan enemmän energiaa kuin sitä kulutetaan. Lihavuudella tarkoitetaan liian suurta rasvakudoksen määrää elimistössä. (Borg 1999, Lasten lihavuus – Käypä hoito 2005.) Amerikkalaisista aikuisista ilmoitetaan liikapainoisiksi (painoindeksi 25 kg/m^2 tai yli) eri lähteiden mukaan 60–72 miljoonaa henkilöä, mikä tarkoittaa alle 20–30 % osuutta aikuisista (Data and Maps 2007, Nuutila 2009). Euroopan Unionin (EU) alueella noin 30 % aikuisista on lihavia (EU:n ”Vihreä kirja” 2005). Naisten lihavuus alkaa IASO:n (International Association for the Study of Obesity) vuoden 2008 tilastojen mukaan Euroopassa 45–59-vuotiaiden ikäryhmässä, miehillä lihavuutta on tasaisesti joka ikäryhmässä. Naiset ovat lihavuuden saavutettuaan miehiä lihavampia aina 79-vuotiaaksi asti. Terveys 2000-tutkimuksen (2002) mukaan suomalaisista 30–64-vuotiaista aikuisista noin 21 % on lihavia ja eläkeikää lähestyttäessä naisten lihavuus lisääntyy.

Suomessa väestön keskimääräinen painoindeksi nousee jatkuvasti ja lihaviin osuus väestöstä kasvaa koko ajan. Lihavuus on merkittävin syy tyyppin 2 diabeteksen lisääntymiselle. Tyyppin 2 diabetes on aineenvaihdunta- ja pitkäaikais sairaus, johon liittyy koholla oleva verensokeri. Sairauden esiintyvyys on lisääntynyt länsimaissa elintapojen muuttumisen myötä. Painon nousu ja erityisesti keskivartalo- lihavuus ovat diabetekselle altistavia tekijöitä. Tyyppin 2 diabetesta diagnosoitetaan yhä nuoremmilla, jopa lapsilla. Sairauden eteneminen aiheuttaa lisäsairauksien syntymistä ja ennenaikaista kuolemaa. Hoitokustannukset moninkertaistuvat diabeetikon sairastuessa lisäsairauksiin. (Ludwig & Ebbeling 2001, Winell & Reunanen 2006.)

Suomalaisten nuorten aikuisten lihavuuden ja liikapainon lisääntyminen näkyy muun muassa varusmiespalveluksen suorittamisessa. Puolustusvoimien tilastojen mukaan 20-vuotiaitten varusmiesten keskipaino on noussut noin 5 kg 15–20 vuoden aikana. (Santtila ym. 2006.) Kasvuiän ohittaneiden nuorten lihavuuden rajat ovat samat kuin aikuisilla. Liikapaino ja lihavuus määritellään painoindeksin arvon $25\text{--}30 \text{ kg/m}^2$ mukaan. Painoindeksit antavat viitteitä normaali-, yli- tai alipainosta, mutta ne eivät kerro suoraan lihavuuden tilaa. Painoindeksi lasketaan jakamalla paino pituuden neliöllä (kg/m^2). Painoindeksin ollessa alle 20 kg/m^2 , sairastuvuusriski on suurentunut. Laihuuden aiheuttaa yleensä sairaus. Normaalit painoindeksin raja-arvot ovat $20\text{--}24,9 \text{ kg/m}^2$, jolloin ei ole syytä laihduttamiseen terveydellisistä syistä. Arvot $25\text{--}29,9 \text{ kg/m}^2$ tarkoittavat liikapainoa tai lihavuutta, jossa sairastuvuusriski on hieman suurentunut. Painoindeksin luvut $30\text{--}34,9$

kg/m² tarkoittavat merkittävää lihavuutta, jossa sairastuvuusriskin lisäksi kuolleisuusriski kasvaa. Yli 35 kg/m² arvolla kuvataan vaikeaa lihavuutta. Painoindeksin noustessa lukuun 40 kg/m² puhutaan sairaalloisesta lihavuudesta. Terveiden kannalta laihduttamisen merkitys kasvaa paino-indeksin kohotessa. (Fogelholm 2004, Mustajoki 2006.)

Varusmiespalveluksessa olevista nuorista kaksi kolmasosaa harrastaa terveyden kannalta liian vähän liikuntaa ja tämä koetaan palvelusaikana heikentyneenä kestävyyskuntona eli aerobisena kuntona. Varusmiehille tehtävässä Cooperin testissä (12 minuutin juoksumatka) alentunut aerobinen kunto todetaan lyhentyneenä juoksumatkana. Nuorten alentunut fyysinen kunto ennustaa laajoja terveysongelmia tulevaisuudessa. (Santtila ym. 2006.) Verrattaessa 20–45-vuotiaita reserviläisiä vuosina 2003 ja 2008 todetaan, että reserviläisten kestävyyskuntona oli laskenut, mutta lihaskunto oli hyvä. Vuonna 2008 noin 60 % tutkituista reserviläisistä oli normaalipainoisia ja noin 10 % merkittävästi lihavia. (Vaara ym. 2009.)

Pohjoissuomalaisen kohorttitutkimuksen mukaan vuonna 1986 syntyneestä lähes 6000 nuoresta 2,4 %:lla todettiin metabolinen oireyhtymä¹ jo 16-vuotiaana ja se oli yleisempää pojilla kuin tytöillä. Poikien aktiivisella liikunnalla oli yhteys vähäisempään metabolisen oireyhtymän esiintyvyyteen, mutta tytöillä ei samaa yhteyttä ollut. (Tammelin ym. 2008.) Kohorttitutkimuksen toisen tutkimuksen mukaan yleensä metabolista oireyhtymää esiintyi 1986-syntymäkohortin nuorilla, joiden äideillä oli ollut raskaudenaikainen diabetes (Väärämäki ym. 2009).

1.2 Lihavuuden geneettisiä syitä

Perintötekijöiden mahdollista vaikutusta lihavuuteen on tutkittu yhdistämällä liiallisen rasvakudoksen syntyminen geenivirheeseen. Geenivirhe aiheuttaa häiriötä ruokahalun säätelyssä, energiankulutuksessa sekä rasvan varastoitumisessa. Hiirillä ja rotilla tehdyissä kokeissa yhden geenin virhe saattoi aiheuttaa lihavuuden, mutta ihmisillä yksi geeni ei yleensä riitä lihavuuden aiheuttajaksi. Mahalaukusta erittyvän greliini-hormonin tiedetään lisäävän ruokahalua, kun taas leptiini-hormoni on ravinnonottoa hillitsevä hormoni ja siitä odotettiin lääkettä lihavuuteen 1990-luvun puolivälissä. (Sipiläinen 1997, Ukkola 2003.) Valli-Jaakolan

¹ Metabolisella oireyhtymällä tarkoitetaan tilannetta, jossa vyötärön ympärysmitta on naisilla vähintään 80 cm, miehillä 94 cm sekä lisäksi ainakin kaksi seuraavista: plasman glukoosipitoisuuden paastoarvo vähintään 5,6 mmol/l, seerumin triglyserolipitoisuus vähintään 1,70 mmol/l, HDL- kolesterolipitoisuus naisilla 1,3 mmol/l, miehillä 1,0 mmol/l ja verenpaine vähintään 130/85 mmHg tai lääkitys. Kansainvälinen Diabetesliitto (IDF). (Laaksonen & Niskanen 2006.)

ja Schalin-Jäntin (2006) mukaan kuitenkin ne harvat henkilöt, joilla on todettu leptiini-hormonin vajausta, ovat hyötäneet annetusta hoidosta. Kyse on erittäin harvinaisesta sairaudesta. Hakanen (2009) osoittaa väitöskirjassaan, ettei rasvakudoksen tuottama leptiini ennusta lihavuutta. Magerin (2008) tutkimuksen mukaan greliinin vaihteluilla olisi vaikutusta metaboliseen oireyhtymään. Heinonen (2009) on tutkinut kolmea peptidiä, greliiniä, apeliinia ja oreksiini A:ta. Lihavilla ja metabolista oireyhtymää sairastavilla henkilöillä greliini-arvot eivät laskeneet ruokailun jälkeen, vaan ruokahalu säilyi syömisestä huolimatta. Laihduttaminen laski arvoja tilapäisesti, mutta tutkimus osoitti toiminnan häiriintyneen lihavilla ja metabolista oireyhtymää sairastavilla. Samassa tutkimuksessa osoitettiin apeliinin vaikutus lihavien henkilöiden verenpaineeseen ja tulehduksiin, mutta oreksiini A:n vaikutus lihavuuteen jäi epäselväksi. Oreksiini A:n tiedetään olevan osallisena häiriintyneessä valveillaolon- ja unensäätelyssä.

Syömistä säätelevät viestit ovat peräisin pääasiassa maha-suolikanavasta, mutta niiden vaikutus painonhallinnan kannalta on lyhytaikainen. Pitkän ajan vaikuttavuutta haetaan ohutsuoletta löytyvästä PYY-hormonista, joka hillitsee halua jatkaa ruokailua. Hormonin soveltuvuutta laihdutuslääkkeeksi tutkitaan. PYY-hormonin on todettu vähentävän aivojen nälän tunnetta, joten mitä enemmän PYY-hormonia kehittyy, sitä vähemmän on nälkä. (Purhonen 2008.) Aivojen osuus ruokahalun ja energiatasapainon säätelyssä näyttää merkityksellisemmältä kuin suoliston osuus. Kaksi aikaisemmin löydettyä geeniä on yhdistetty lihavuuteen ja lääkkeen kehittäminen on edennyt. Toinen geeneistä vaikuttaa hermosolujen (neuronit) kasvuun ja siten aivojen ohjelmointiin. Toinen geeni on vaikuttanut hiirikokeissa painon normalisoitumiseen liikapainoisilla hiirillä geeniä aktivoitaessa. (Willer ym. 2008.)

Geneettisten tekijöiden yhteys lihavuuteen on 30–80 %. FTO (fat mass- and obesity) -geenin yhteys kohonneeseen painoindeksiin ja painoindeksin vaikutus metabolisen oireyhtymän tekijöihin on osoitettu. Kaikki tutkitut kymmenen metabolisen oireyhtymän tekijää olivat yhteydessä kohonneeseen painoindeksiin. Myös vyötärön ympärysmitta korreloi painoindeksiin. Tutkittaessa FTO-geenin yhteyttä metabolisen oireyhtymän tekijöihin löydettiin yhteys neljän tekijän kanssa (nopea insuliini, glukoosi, triglyseriinit ja HDL-kolesteroli). Lihavuus ja metabolinen oireyhtymä ennakoivat tyypin 2 diabetesta ja sydän- ja verisuonisairauksia. (Frayling ym. 2007, Freathy ym. 2008.) Hakasen tutkimuksessa (2009) FTO-geenin vaikutus painoindeksiin ja liikapainon riskiin alkoi näkyä lapsilla seitsemän vuoden iästä alkaen. Vaikutus oli niin voimakas, ettei terveysneuvonnalla pystytty kumoamaan liikapainoa. Perintötekijät, vanhempien ja lapsen varhainen

liikapaino näyttävät Hakasen tutkimuksen mukaan olevan tärkeimmät syyt lapsen lihavuuteen. Hakasen mukaan sydän- ja verisuonisairauksien riskien kasaantumista saatiin vähennettyä ravitsemus- ja elämäntapaneuvonnalla.

Metabolinen oireyhtymä on synnyltään vaihteleva, sillä geneettisten tekijöiden ja lihavuuden lisäksi vaikuttavina tekijöinä ovat fyysisesti passiivinen elämäntapa sekä ruokailutottumukset. Lapsen pieni syntymäpaino ja toisaalta nopea kasvu, tyydyttyneen rasvan (yleensä eläinkunnasta peräisin oleva ”kova” rasva) suuri määrä ruokavaliossa ja kuitujen niukka saanti, heikko fyysinen kunto yhdessä geneettisten tekijöiden kanssa vaikuttavat liikapainon syntyyn sekä metabolisen oireyhtymän ilmenemiseen. (Laaksonen ym. 2004.) Suomalaisilla keskivartalolihavuus ja tyypin 2 diabetes ovat lisääntymässä rinnakkain. Diagnosoimattomien tyypin 2 diabeetikkojen määräksi arvioidaan noin 200 000 henkilöä. (Peltonen ym. 2006.) Diabetesliitto (2009) ilmoittaa tyypin 2 diabetesta sairastavan Suomessa jo noin 250 000 henkilöä.

Suomalaisen tutkimuksen (Ortega-Alonso 2009) mukaan ikääntyvien liikuntakyky on usein alentunut aloitettaessa eläkeikä liikapainoisena. Erityisesti naiset, joilla on geneettistä taipumusta liikapainoon, liikkuvat ikääntyessään muita huommin. Väestön ikääntyessä liikuntakyvyn heikkenemisellä on terveyden lisäksi vaikutusta omatoimiseen selviytymiseen ja avuntarpeeseen. Myös Stenholmin ym. (2008) tutkimuksessa osoitettiin 55 vuotta täyttäneitten suomalaisten naisten ja miesten lihavuuden olevan merkittävin tekijä liikkumisen rajoittajana. Naisilla vaikutus oli suurempi kuin miehillä. Tutkimuksessa osoitettiin myös, että alhaisella koulutustasolla oli merkitystä painoerojen aiheuttajana.

1.3 Lihavuuden elintapoihin liittyviä syitä

Usein lihavan lapsen toinen tai molemmat vanhemmat ovat lihavia tai joku sisaruksista on lihava (Myöhänen & Säätelä 2000, Pakkala ym. 2010). Geneettiset syyt ovat merkittävät, mutta ne eivät yksin selitä lisääntyvää lasten lihavuutta. Geneettisillä tekijöillä on merkitystä lihavuuden mahdollisessa synnyssä, mutta vaikutusta on myös ympäristötekijöillä sekä opittuun käyttäytymiseen liittyvillä asioilla. Esimerkiksi vanhempien ja opettajien mukanaolo ruokailutilanteissa on merkityksellistä. Aikuiset mahdollistavat rauhallisen ruokailuhetken ja tutustuttavat lapset syömään erilaisia ruokia. (Hoppu & Pietinen 2008.)

Elintapojen merkitys korostuu painoa kontrolloitaessa (Tammelin ym. 2000, Valle ym. 2002). Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan 30–64-vuotiailla suomalaisilla keskivartalolihavuutta kuvaava vyötärönympäryys on 31 %:lla miehistä ja

42 %:lla naisista suositusten yläpuolella. Kansainvälisen diabetesliiton (IDF International Diabetes Federation) vyötärönympäryksen suositusarvot ovat naisille 80 cm tai alle, miehille 94 cm tai alle. Suomessa suositellaan miehillä tiukempaa 90cm:n rajaa. Sairastuvuusriski lisääntyy, kun vyötärönympäryys kasvaa naisilla 90 cm:iin ja miehillä 100 cm:iin. (Keskinen ym. 2004.)

Tutkimusten mukaan vain neljännes aikuisista harrastaa hikoiluun johtavaa liikuntaa vähintään neljänä päivänä viikossa puoli tuntia kerrallaan. Kolmannes aikuisista liikkuu terveytensä kannalta riittämättömästi. Eläkeikäiset ovat aikuisista aktiivisimpia liikkujia Suomessa. (Terveys 2000 -tutkimus 2002, Fogelholm ym. 2007.) Aikuisväestön (15–64-vuotiaat) terveystapatutkimuksen mukaan vapaa-ajallaan liikkuvien osuus väestöstä on lisääntynyt merkittävästi viimeisimmän 25 vuoden aikana. Toisaalta työmatkallaan vähintään 15 minuuttia liikkuvien miesten määrä on vastaavasti vähentynyt, naisten kohdalla muutos ei ole yhtä suuri. Työ- ja muun arkiliikunnan väheneminen on tärkeä syy väestön liikapainoon. Yli puolet työssäkäyvistä miehistä ja naisista katsoo tekevänsä istumatyötä. Lisääntynyt vapaa-ajan liikunta ei riitä korvaamaan vähäistä työaikaista liikuntaa eikä työmatka- ja arkiliikunnan vähenemistä. (Helakorpi ym. 2011.)

Terveysliikuntasuositusten mukaan aikuisten tulee harrastaa kohtuullisesti raittavaa liikuntaa 2 tuntia 30 minuuttia viikossa ja liikuntatuokiot voi jakaa pienempiin tai pidempiin jaksoihin ajallisesti (Terveysliikunnan paikalliset suositukset 2000, Borodulin 2006). Yhdysvalloissa (2007) päivitettyjen terveysliikunnan suositusten mukaan aikuisille suositeltava liikunnan määrä on aerobisen liikunnan lisäksi kaksi kertaa viikossa lihaskuntoharjoittelua. Lihaskuntoharjoittelulla painotetaan sitä, että työkyky ja terveys edellyttävät monipuolista tuki- ja liikuntaelimestön terveystuntoa.² Terveysvaikutuksia saadaan enemmän lisäämällä liikumista. Suomessa noudatetaan nykyisin suositusta, jossa aerobisen harjoittelun rinnalla on lihaskuntoharjoittelua. (Fogelholm 2007, Vuori 2008, Vuori 2008a.) Lapsuudessa ja nuoruudessa paljon liikkuneet ovat fyysisesti aktiivisia myös aikuisiässä (Telama ym. 2005).

Suomalaiset syövät aikaisempaa enemmän hedelmiä ja kasviksia, mutta silti lihavuus on kasvava kansanterveyttä uhkaava ongelma (Mäki 2004). Terveiden ja Hyvinvoinnin Laitos (THL) tutkii vuosittain aikuisväestön terveyskäyttämistä. Suomalaisista valittiin vuonna 2010 satunnaisotannalla 5000 15–64-vuotiasta

² Terveyskunnolla (Health related fitness) tarkoitetaan kunnan osa-alueita (aerobinen kunto, tuki- ja liikuntaelimestön kunto, motorinen taito, kehon koostumus) joilla on yhteyksiä terveyteen ja fyysiseen toimintakykyyn ja joihin voidaan vaikuttaa liikunnalla ja joita voidaan mitata (Vuori 1996; Fogelholm & Vuori 2005).

henkilöä, joista 57 % vastasi kyselyyn. Tulosten mukaan rasvattoman maidon käyttö on lisääntynyt. Leipää söi miehistä 36 % vähintään kuusi palaa päivittäin ja naisista 30 % ilmoitti syövänsä vähintään viisi palaa (suositus on neljästä kuuteen palaa täysjyväleipää päivittäin). Kevytlevitteet olivat suomalaisilla yleisessä käytössä, 5 % miehistä ja 4 % naisista kertoi käyttävänsä voita levitteenä leivällä. Kolmannes miehistä ja puolet naisista ilmoitti syövänsä kasviksia päivittäin. (Helakorpi ym. 2011.)

Ruokailutottumukset vaihtelevat tutkimustiedon lisääntyessä, mutta myös muoti-ilmiöinä. Vähähiilihydraattinen ruokavalio on saavuttanut suosiota väestön keskuudessa nopeana laihdutuskeinona. Osa ruokavaliotaan muuttaneista kertoo kipujen vähentymisestä tuki- ja liikuntaelimestössä sekä muista terveysvaikutuksista. Vähähiilihydraattipitoista ruokavaliota kannattavat kritisoivat ravitsemussuosituksia (2005) ja pitävät annosmalliksi annettua lautasmallia jopa epäterveellisenä terveydelle. (vrt. Heikkilä 2004, Loikkanen 2007, Heikkilä 2008.) Vähähiilihydraattisen ruokavalion puolesta vedotaan tutkimustuloksiin (Howard ym. 2006, Hite ym. 2011), joissa osoitetaan vähähiilihydraattisen ruokavalion etuja vähärasvaiseen ruokavalioon verrattaessa. Tutkimustuloksia ruokavalioiden pitkän aikavälin terveellisyydestä tai epäterveellisyydestä ei ole riittävästi ja tutkimustulokset ovat osittain ristiriitaisia.

Viiden vuoden välein tehtävän Finriski-tutkimuksen osana on Finravinto-tutkimus. Vuoden 2007 tutkimustulosten mukaan suomalaisten käyttämän rasvan laatu on lähempänä suosituksia kuin edellisellä tutkimuskerralla. Niukkuutta on edelleen ravinnosta saatavien hyvien rasvahappojen, B-vitamiineihin kuuluvan folaatin ja D-vitamiinin saannissa. Lisäämällä täysjyväviljan, kalan, kasvien, hedelmien ja marjojen sekä yleisesti tyydyttymättömien (yleensä kasvikunnasta peräisin olevia ”pehmeitä” rasvoja) rasvojen käyttöä voidaan korjata puutoksia ilman ravintolisiä. Kokonaisenergiasta on edelleen 30–33 % rasvoja, joita olisi hyvä vähentää terveyden edistämiseksi ja liikapainon hillitsemiseksi. Tyydyttyneitä rasvoja saadaan myös piilorasvana maitotuotteista, leivonnaisista sekä liha- ja makkaratuotteista. (Peltonen ym. 2008, Paturi ym. 2008.)

Yläkoululaisten ravitsemus- ja hyvinvointihanke (2007–2008) osoittaa, että nuorten tulisi syödä enemmän hedelmiä ja kasviksia. Välipalojen syöntiin tulee kiinnittää erityistä huomiota, koska muun muassa nuorten hammasterveys on heikentymässä runsaan sokerin käytön takia. Oppilaista 71 % ilmoitti syövänsä kouluruuan päivittäin, mutta he valikoivat siitä syötäväksi lähinnä pääruuan. Syömättömyyteen saattavat vaikuttaa kiireiset ja levottomat ruokailuhetket. Lisäksi mahdollisuus poistua ruokavälitunnilla koulun alueelta houkuttelee korvaa-

maan kouluruuan kioskien ja grillien tuotteilla. Opettajat eivät omalla esimerkillään kannusta osallistumaan kouluruokailuun. Aamupalaa kaikki oppilaat eivät syö. Nuoret saavat ravinnosta liian vähän rautaa, folaattia, kuituja ja D-vitamiineja. Kansanterveyslaitos ja Opetushallitus suosittelivat vuonna 2007, että oppilaitoksissa ei pidettäisi automaatteja, joista voi ostaa makeita virvoitusjuomia, sokeroituja mehuja tai makeisia. Valtion Ravitsemusneuvottelukunta suosittelee tarjottavan oppilaille välipalaa, jos oppitunteja on yli kolme tuntia lounaan jälkeen. (Hoppu ym. 2008, Hoppu & Pietinen 2008.)

D-vitamiinisuositusta on tarkennettu kaikissa ikäryhmissä. Ikääntyessä D-vitamiinin puutos voi aiheuttaa muun muassa osteoporoosia, mikä altistaa luunmurtumille. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010.) Lasten, nuorten ja raskaana olevien naisten sekä imettävien äitien osalta päivittäisiä D-vitamiinin saannin määrien suosituksia on suurennettu (Valtion ravitsemusneuvottelukunnan tiedote 10.1.2011). Kelan ja valtion ravitsemusneuvottelukunnan (VRN) yhteistyönä on laadittu suositus opiskelija-aterioinnista, joka koskee korkeakouluopiskelijoiden D-vitamiinin ja folaatin saantia, aterian kokoamista, ohjeistusta ruokajuomista sekä painonhallinnasta (Kelan ja valtion ravitsemusneuvottelukunnan (VRN) suositus korkeakouluruokailun periaatteista 10.1.2011).

Yläkoululaisten ravitsemusta ja hyvinvointia selvitelleen interventiotutkimuksen tulosten seurauksena saatiin oppilaat tutustumaan monipuolisempaan ruokaan koulussa. Tutkimusryhmässä olleet oppilaat vähensivät tutkimusvuoden aikana sokerien käyttöä, lisäsivät ruisleivän syöntiä ja kertoivat kouluruuan maistuvan paremmalta kuin verrokkiryhmäläiset. Muutokset ruokailussa eivät olleet riittäviä kuitujen saannin osalta. (Hoppu ym. 2008.)

Vanhempien vaikutusta lapsiin on tutkittu kaksivuotisessa norjalaisessa tutkimuksessa, jossa selvitettiin lasten suhtautumista tupakointiin, suuhygieniaan sekä sokerin käyttämiseen. Pienten lasten kohdalla vanhempien merkitys oli suuri, lasten kasvaessa muiden aikuisten ja ystävien vaikutus tuli tärkeäksi. Tutkimus osoitti, että vanhempien käyttäytymisellä, tuella ja kontrolloinnilla oli vaikutusta lasten terveyskäyttäytymiseen³ myöhemmällä iällä. (Åström 1998.) Toisaalta myös lapsen sairastuminen voi vaikuttaa vanhempien keskinäiseen suhteeseen ja lapsen saamaan hoitoon ja tukeen. Kokkosen ym. (1996) tutkimuksessa perheen

³ Terveyskäyttäytymisellä tarkoitetaan yksilön käyttäytymistä ja valintoja terveyteen vaikuttavissa asioissa (mm. ravinto, tupakointi, liikunta, alkoholinkäyttö) tavallisesti jo lapsuudessa tai nuoruudessa vakiintuneiden, usein tiedostamattomien tottumusten pohjalta (tai myös tietoiseen pyrkimykseen perustuva käyttäytyminen ja valinnat); terveyskäyttäytymisellä on usein ajan mittaan ratkaiseva vaikutus yksilön terveyteen ja riskiin sairastua tai kuolla. (Lääketieteen sanasto, www.terveysportti.fi)

vaikutuksesta lapsen diabeteksen hoitoon todetaan, että perheissä, joissa on heikkoa lapsen sokeritasapainon hoitamista, tulee kiinnittää huomiota perheen keskinäiseen toimintaan ja kykyyn motivoitua hoitamaan lapsen sairautta. Lapset ja nuoret ovat merkittävä kohderyhmä, kun halutaan vaikuttaa väestön terveyteen. Lapsena opitut asenteet, tiedot ja terveyskäyttäytyminen vaikuttavat yksilön loppuelämän terveyteen. (Kokko ym. 2004.)

1.4 Kansainvälisen yhteistyön vaikutuksia lasten painonhallintaan Suomessa

Lasten liikapainon ja lihavuuden ennaltaehkäisyä ja hoitoa (jatkossa painonhallintaa) Suomessa ohjaa osaltaan WHO, jonka toimintaperiaatteita noudatetaan yhteistyössä EU:n kanssa Health for all in the 21th century -ohjelmana ja EU:n yhteisenä terveysstrategiana (EU:n KOM päätös 0285 2000; Terveys 2015 – Kansanterveysohjelma 2001). Kansanterveysalan toimintaohjelman (2003–2008) tavoitteena oli lisätä EU:n jäsenmaissa terveystiedotusta kaikilla yhteiskunnan alueilla. Ohjeet antoivat mahdollisuuden reagoida nopeasti terveyteen vaikuttaviin ja erityisesti huonoihin elämäntapoihin liittyviin tekijöihin. Tämän tutkimuksen kannalta tärkeä maininta elintapojen kohdalla on ravintoon ja liikuntaan liittyvä erityishuomio. (EU:n parlamentin ja neuvoston päätös 1786 2002.) Uusin EU:n Kansanterveysalan toimintaohjelma Public Health Programmes 2008–2013 (EU:n parlamentin ja neuvoston päätös 13507 2007) pohjautuu edellisen toimintaohjelman tuloksiin. Ohjelmassa tarkastellaan terveyden determinantteja terveyttä edistämällä ja vähentämällä siihen liittyvää epätasa-arvoisuutta sekä tuottamalla ja levittämällä terveystietoa kansalaisille.

Bangkokin Terveiden edistämisen kansainvälinen konferenssi suositti julki-lausumassaan kansallisia toimijoita investoimaan terveyden edistämisen rakentamiseen ja luomaan yhteistyötä julkisen ja yksityisen sektorin, järjestöjen ja kansainvälisten organisaatioiden välille (The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World 2006). Suomessa on toteutettu viidessä sairaanhoitopiirissä diabeteksen ennaltaehkäisyn ja hoidon kehittämissuunnitelmaa ”Dehko 2000–2010”. Ohjelma on hyväksytty kansalliseksi terveysohjelmaksi ja tätä on toteutettu tyyppin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyohjelman toimeenpanohankkeena 2003–2007. Käytännössä hanketta kutsutaan Dehkon 2D-hankkeeksi (D2D). 2D-hanke on käynnistänyt projekteissaan laaja-alaisesti eri organisaatioiden välistä yhteistyötä. (Suunnitelma Tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toteuttamiseksi 2004.)

Euroopan Unionin asiakirjan, ”Vihreän kirjan”⁴ perustaminen terveellisen ruuan ja liikunnan edistämiseksi on keino kartoittaa eurooppalaista ulottuvuutta liikapainoisuuden, lihavuuden ja kroonisten sairauksien ehkäisemisessä. EU:n Vihreän kirjan mukaan etenkin lasten lihavuuden lisääntyminen Euroopan unionin alueella on asia, johon neuvosto kehottaa jäsenmaita reagoimaan toimilla terveellisen ravinnon ja liikunnan lisäämiseksi. Jäsenmaita kannustetaan tekemään painonhallinnan hyväksi aloitteita ja varmistamaan, että jäsenmaissa edistetään kansalaisten mahdollisuuksia tehdä terveellisiä ruokavaliovalintoja ja että kohtuuhintaisia vaihtoehtoja on saatavilla. Suosituksena on lisätä kansalaisten tietämystä energiansaannin ja kulutuksen välisestä suhteesta ja sairauksien riskiä alentavista ruokavalioista ja terveellisistä elintarvikevalinnoista. Kuluttajaa ei saa johtaa harhaan mainonnalla. (EU:n ”Vihreä kirja” 2005.)

Euroopan Sydänverkosto on toteuttanut kolmivaiheista projektia osittain EU:n rahoituksella. Ensimmäisessä raportissa kiinnitettiin huomiota lapsille kohdennettavan epäterveellisen ruoan markkinointiin, jossa tavoitteena oli muun muassa arvioida ja analysoida lapsiin ja nuoriin kohdistuvaa markkinointia. Toisena tavoitekokonaisuutena oli harkita toimintaperiaatevaihtoehtoja tutustumalla voimassa oleviin lakeihin ja itsesääntelyyn kohdistuviin vaihtoehtoihin ja paneutua lapsiin kohdistuvien haitallisten vaikutusten kompensointikeinojen miettimiseen. Kolmantena tavoitteena oli täydentää toimia ja lähestymistapoja kansallisella tasolla ja kannustaa asiaan liittyviä järjestöjä yhteistoimintaan. (Epäterveellisen ruoan markkinointi lapsille Euroopassa 2005.) Suomessa elintarvikkeiden väitetyt terveysvaikuttavuudet ovat lisääntyneet markkinoinnissa. Osittain kyseenalaisiin terveysväitteisiin on puututtu Vaihian ja Sarlio-Lähteenkorvan selvityksessä 2006. Selvityksen tuloksena terveysväitteisiin suhtaudutaan kriittisesti, ja viranomaiset seuraavat tuotteiden mainontaa.

Terveydenhuollon ammattilaisilla tulee olla rutiininluonteinen taito antaa käytännön neuvoja ravintoon ja liikuntaan liittyen. EU:n Vihreän kirjan mukaan väestössä terveellisen ravitsemuksen ja liikunnan suuntauksia tulee seurata ja alan tutkimusta lisätä. Lapsia kehoitetaan päivittäisen liikunnan pariin ja kouluja tue-

⁴ ”Vihreä kirja” on keskustelualoite, jolla EU:n komissio pyytää ehdotuksia asian parissa työskenteleviltä sekä asiantuntijoilta. Vihreällä kirjalla myös orientoidaan ja ohjataan käytävää keskustelua eli annetaan keskustelulle ajankohtaisia aiheita. Vihreä kirja syntyy useiden lähteiden vaikutuksesta, siihen vaikuttavat mm. oikeuskäytäntö ja kirjassakin viitatut sidosryhmät. Vihreä kirja ei anna suoria vastauksia tai määräyksiä, vaan rohkaisee tuomaan esille keskustelua ja myös kirjan sävy on keskustele-
levä. (Ukkola M www.ptcs.fi.)

taan terveellisten ruokavalintojen kasvatustehtävässä. Lasten terveystieteiden⁵ olennaisena osana tulee olla ravitsemus- ja liikuntakasvatus. Komissio on perustanut Euroopan laajuisen terveysfoorumin (2005), jossa kootaan yhteen ravitsemuksen ja liikunnan asiantuntijoita. Tavoitteena on pysäyttää lihavuuden yleistyminen Euroopassa. (EU:n ”Vihreä kirja” 2005.)

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan lasten painonhallintaa terveyttä edistävänä toimintana, jossa voimisteluseura on aktiivinen toimija yhteistyössä perheiden sekä kaupungin liikunta- ja terveystoimen kanssa (Liikuntalaki 1998, 2001, Komiteanmietintö 2001, Terveys 2015 -kansanterveysohjelma 2001, Voimisteluseurat terveysliikunnan asialla 2006, Kapanen 2010). Perheen terveyttä edistetään hyödyntämällä perheen omat voimavarat ja vertaisryhmän tuki, yhdessä voimisteluseurassa ja terveydenhuollossa olevan asiantuntijuuden kanssa. Kaikki osapuolet toimivat tutkimuksessa tasavertaisina osallistujina, ja mahdollinen muutos perustuu yhdessä toimimiseen ja perheiden tarpeisiin. (Määttä 2001.) Tavoitteellisessa prosessissa halutaan tukea yksilön ja perheen kykyä tehdä terveellisiä valintoja ja siten edistää terveyttään (Pietilä ym.1998).

1.5 Tutkimuksen tarkoitus

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on löytää uutta tietoa ja keinoja, joilla kouluterveydenhuolto ja voimisteluseurat voisivat yhteistyössä auttaa liikapainoisten lasten perheitä lasten painonhallinnassa.

Tutkimuksessa tutkitaan ja analysoidaan tutkimukseen osallistuneiden oululaisten perheiden, Suomen voimisteluliitto Svoli ry:n lasten ja nuorten toimintaa järjestävien voimisteluseurojen toimijoiden ja Oulun läänin kouluterveydenhoitajien kokemuksia ja näkemyksiä lasten liikapainosta ja lihavuudesta sekä painonhallinnasta. Intervention aikana (2005–2006) kuvattiin ja analysoitiin lasten liikunta- ja vanhempien vertaisryhmän kokemuksia ja tuloksia lasten painonhallinnasta. Tutkimus toteutettiin toimintatutkimuksena. Tutkimusryhmiltä (lasten ja vanhempien ryhmä) kerättiin aineistoa 2005–2006 ja vapaaehtoinen kysely toteutettiin 2007. Kyselyt kouluterveydenhuollossa toimiville ja voimisteluseurojen edustajille tehtiin 2006 ja 2009. Tutkija oli osallisena toiminnassa vanhempien ryhmän ohjaajana ja interventiona oli toiminta lasten ja vanhempien tutkimus-

⁵ Terveystieteiden on nykyhetken tai tulevaisuuteen vaikuttavaa, esimerkiksi koulun ja terveydenhuollon, antamaa tietoa terveydestä. Terveystieteiden tutkimuksella pyritään turvaamaan lapsen tai nuoren kasvu ja kehitys ja ennaltaehkäisemään sairauksia. (Terho ym. 2002a.)

ryhmissä 9/2005–5/2006. (Hirsjärvi ym. 2000, Janhonen & Nikkonen 2001, Tuomi & Sarajärvi 2004, Eskola & Suoranta 2008.)

Tutkimuksen toiminnallinen osuus toteutettiin Oulussa (2005–2006) Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin D2D-hankkeen myötävaikutuksella (Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma 2000–2010). Tutkimusryhmän toiminnan mahdollisti Oulun Voimisteluseura ry osallistumalla Svolin Kumppanuushankkeeseen 2005–2006. Kumppanuushankkeen tavoitteena oli lisätä voimistelu-seurojen ja kaupungin toimijoiden yhteistyötä. (Voimisteluseurat terveystoiminnan asiassa 2006, Kapanen 2010.) Oulun kaupungin liikuntatoimi koordinoi kaupungin erityisliikuntaa ja on siten yhteistyökumppanina tutkimuksessa.

2 Lasten lihavuus

Lasten lihavuudella tarkoitetaan elimistön rasvakudoksen liian suurta määrää (Borg 1999, Lasten lihavuus – Käypä hoito 2005, Winell & Reunanen 2006). Liikapaino edeltää lihavuutta ja sitä syntyy energiapitoisen ravinnon ja energiankulutuksen epäsuhteesta. Lasten lihavuuden ja liikapainon lisääntyminen on huolestuttavaa (Kevin ym. 1996, Lihavuus – painavaa asiaa painosta 2005, Wofford 2008). Arviolta kymmenen prosenttia maailman kouluikäisistä lapsista on ikäluokkassaan liikapainoisia (Berg ym. 2001, Lobstein ym. 2004). Liikapainoisia lapsia oli USA:ssa vuosina 2003–2006 noin 32 % ja lihavia 16.3 % (Ogden ym. 2008). Liikapainoisten määrä on lisääntynyt lähes kolminkertaiseksi viimeisen parinkymmenen vuoden aikana niin, että joka kuudes 6–19-vuotias on liikapainoinen. (United States Department of Health and Human Services 2005, Karlsson 2006.) EU:n alueella arvioidaan olevan liikapainoisia lapsia noin 22 miljoonaa ja lihavia yli viisi miljoonaa (Stigman 2008). Liikapainoisten lasten määrä lisääntyy vuosittain noin miljoonalla (Lobstein 2006).

Lasten lihavuus on lisääntynyt Suomessa viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana 15–20 % ja eniten viimeisimmän kymmenen vuoden aikana (Rimpelä ym. 1997, Salo 2006). 1980-luvun puolivälissä oli 5–15-vuotiaista lapsista 7 % liikapainoisia ja 2,5 % lihavia. Nyt kahdenkymmenen vuoden kuluttua, 2000-luvulla, liikapainoisten määrä on 15 % ja lihaviin 5 %. (Kautiainen ym. 2002, Hakanen 2006.) Lasten lihavuuden kehittymisestä Suomessa ei kuitenkaan ole aivan tarkkaa käsitystä, koska ajoittain tutkimusta on tehty niukasti ja tilastoinnit ovat vaihdelleet käytettyjen lihavuuden rajojen ja mittaustapojen sekä lasten iän mukaan. Lihavuuden ja liikapainon rajoista on sovittu 2005 laadittaessa Lasten lihavuuden Käypä hoito -suosituksia (Lasten lihavuus – Käypä hoito 2005, Taulukko 2). Suomessa lasten painonhallintaan kohdistuva mielenkiinto on lisääntynyt 2000-luvulla, aiheen ajankohtaisuuden myötä.

Aikaisemman käsityksen mukaan alle neljävuotiaat lapset eivät olleet liikapainoisia (Ogden ym. 1997). Kuitenkin jo vuonna 2002 osoitettiin, että liikapaino oli lisääntynyt kaikissa ikäryhmissä (Ogden ym. 2002). Poikien ulkoleikit ovat vauhdikkaampia 4–5-vuotiaana kuin tyttöjen. Liikunnan aktiivisuudella näyttää olevan edullinen vaikutus muun muassa kokonaiskolesteroliin, kun taas tyttöjen rauhalliset sisäleikit ovat yhteydessä kohonneeseen kehon painoindeksiin. Sydänterveyden kannalta lapsia tulisikin kannustaa runsaaseen ulkoliikuntaan. (Sääkslahti 2005.) Lasten lihomisen herkkyykskaudet ovat 5–7 vuoden iässä sekä murrosiän alkaessa 10–13-vuotiaana (Epstein 1996). Tämän tutkimuksen sairaanhoitopi-

rissä, Oulun yliopistollisen sairaalan lasten ja nuorten poliklinikalla, on vuosina 2001–2005 käynyt 169 lasta (noin 35 lähetettä vuosittain) lihavuuden vuoksi hoidossa. Poliklinikalle tulleiden lasten keski-ikä ensikäynnillä oli 10,9 vuotta ja näistä oli poikia hieman enemmän kuin tyttöjä. Nämä lapset olivat ylittäneet vaikean lihavuuden (yli 60 %) rajan 7–8 vuoden iässä. (Miettinen 2008.) Pojat ovat alakoulun viimeisillä luokilla tyttöjä lihavampia (Tverin 2006). Kouluterveyskyselyn (2007) mukaan suomalaisista 14–15-vuotiaista nuorista 14 % on liikapainoisia. Ammattiin opiskelevista pojista jopa 25 % on liikapainoisia. (Hakanen ym. 2006).

Lihavuuden ja liikapainon erottamiseksi on Suomessa sovittu raja-arvot (Taulukko 2), jotka perustuvat suomalaisilta lapsilta 1970–1980-lukujen vaihteessa kerättyihin kasvutietoihin. Lasten painoa arvioidaan kliinisessä työssä pituuden ja painon avulla sekä pituuteen suhteutetulla painon arvolla (pituuspaino). Pituuspainolla tarkoitetaan lapsen painoa suhteessa samaa sukupuolta olevien, samanpituisten lasten keskipainoon. Lasten lihavuutta määriteltäessä puhutaan liikapainoisuuden ja lihavuuden lisäksi myös vaikeasta lihavuudesta, jolloin pituuspaino on yli 60 %. (Fogelholm & Kaukua 2005, Lasten lihavuus – Käypä hoito 2005.)

Taulukko 2. Lasten liikapainon ja lihavuuden raja-arvot pituuspainon mukaan (Lasten lihavuus – Käypä hoito 2005).

Määrittely	alle 7-vuotiaat (pituuspaino %)	7-vuotiaat – pituuskasvun päätyminen (pituuspaino %)
Ylipainoisuus	10–20	20–40
Lihavuus	yli 20	yli 40

Suomessa seurataan lasten pituus- ja painokäyrästäjä niin, että jos lapsen pituus on ylimmässä osassa käyrästä, hänen painonsakin saa olla samalla alueella. Ruotsissa seurataan lapsen kasvukäyrästäöllä olevien viivojen alueita, joita kutsutaan standardipoikkeamiksi (Standard Deviation). Yleensä lasten paino ja pituus seuraavat käyrästä säännöllisesti kaksi- tai kolmivuotiaasta alkaen. Se ikä merkitään, jolloin lapsen paino on noussut ensimmäisen kerran. Lapsen liikapainosta puhutaan, kun eroa on enemmän kuin kaksi käyrää. Tämä tarkoittaa, että pituutta vastaava keskipaino ylittyy kahdella kokonaisella standardipoikkeamalla. (Janson & Danielsson 2005.)

Kansainvälisessä vertailussa suomalaisten lasten lihavuutta arvioidaan painoindeksin avulla, joka on laadittu kasvutietoihin perustuen. Cole ym. (2000) ovat esittäneet 2–18-vuotiaille tytöille ja pojille erikseen painoindeksiarvot, jotka on

suhteutettu lasten ikään. Lasten painoindeksi-arvot eivät ennusta sairastuvuutta kuten aikuisten arvot.

Kasvun päätyttyä suomalaisten nuorten painoa arvioidaan kliinisessä työssä kehon painoon ja seisomapituuteen perustuvan painoindeksin lisäksi vyötärön ympäryksellä. Vyötärön ympäryksen mittaaminen kertoo rasvan kertymisestä keskivartaloon ja sitä käytetään lihavuuteen liittyvien sairastuvuusriskien arvioinnissa. Suomalaisten lasten vyötärön ympärystä ei mitata kasvukaudella, mutta Fernandez ym. (2004) ovat tehneet amerikkalaisille lapsille mittarin vyötärön ympäryksen mittaamista varten. (Vuori ym. 2005, Lasten lihavuus – Käypä hoito 2005.) Suomessa ei ole kansallista eikä eri maissa ole yhteistä vyötärön ympäryksen asteikkoa lapsille, mutta mielenkiintoa asiaa kohtaan on aikuisilta saatujen mittaus tulosten käyttökelpoisuuden perusteella (Stigman 2008).

2.1 Perheen ja koulun merkitys lasten lihavuuden synnyssä

Perheen tehtävänä on olla ydinryhmä, jossa lapsen on turvallista kasvaa ja jossa häntä tuetaan kehittymään ja kehittämään taitojaan. Perheet ovat hyvin erilaisia rakenteeltaan ja niihin vaikuttavat perheen ulkopuoliset odotukset ja paineet. Perhe voi olla ääripäissään avoin ja jopa toiminnassaan rajaton tai suljettu ja toiminnassaan sulkeutunut. Vanhempien tulee varmistaa, että lapset tietävät, keitä perheeseen kuuluu, miksi perheessä toimitaan tietyllä tavalla ja mitkä ovat perheen toimintatavat. Vanhempien esimerkillä on lapselle merkitystä lapsen opetellessa ruokailuun, liikkumiseen ja itsestä huolenpitoon liittyviä asioita. Jokaisella perheellä on omat tavat ja arvostukset, jotka heijastuvat lapsen kasvatukseen, harrastuksiin, koulunkäyntiin ja vastuunottoon omasta elämästä. (Tukiainen & Lindroos 2009.) Vanhempien liikapainolla ja lihavuudella, perheen sosioekonomisella tasolla ja television katseluun käytetyllä ajalla näyttää olevan yhteyttä lasten painonnousuun (Myöhänen & Säätelä 2000). Lasten fyysinen aktiivisuus vähenee iän myötä, koska koti- ja kouluympäristö suosivat passiivisempaa elämäntapaa kuin varhaislapsuudessa. Lasten ja nuorten fyysisesti passiivinen elämä on lisääntynyt 1980-luvulta alkaen muun muassa lisääntyneenä television katseluna. (Fogelholm 1998.) Television katselu, pelit ja tietokoneen käyttö lisäävät istuen tapahtuvia toimintoja, ja lihomista saattaa edistää samanaikainen makeiden tai rasvaisten välipalojen nauttiminen (Cleland ym. 2008).

Tutkittaessa Pohjois-Suomen vuoden 1986 syntymäkohorttiin kuuluvien 874:n, 19-vuotiaan nuoren lihasvoiman yhteyttä television katseluun käytettyyn aikaan ja liikunnan määrään löydettiin selvä ero tyttöjen kohdalla. Verrokkiryh-

mänä käytettiin kyselylomakkeella selvitettyä, alle kaksi tuntia viikossa liikuntaa harrastavien ryhmää. Verrokkiryhmäläiset olivat myös kohorttiin kuuluvia nuoria. Television katselun osalta tutkimusryhmä jaettiin alle kaksi tuntia ja yli kaksi tuntia päivittäin televisiota katsoviin. Tytöt, jotka katsoivat televisiota yli kaksi tuntia päivässä, menestyivät lihasvoimatesteissä huonommin kuin muut testattavat. Pojat, jotka olivat liikunnallisesti aktiivisimpia, menestyivät verrokkiryhmää paremmin kaikissa lihasvoimatesteissä. (Paalanne ym. 2008.) Fyysisesti vähän kuormittavien harrastusten, kuten television katselun, pelien pelaamisen ja muun tietokoneen ääressä vietetyn ajan vaikutus lihavuuteen on ristiriitainen. Mikäli televisionkatselun ja muiden fyysisesti passivoivien harrastusten lisäksi ei ole kohtalaisesti kuormittavaa, säännöllistä liikuntaa, lapsi lihoo. Lihavat lapset eivät yleensä ole fyysisesti aktiivisia. Toisaalta useamman tunnin päivittäin televisionkatselu ei lihota, jos energian kulutus on suurempi kuin saatu energiamäärä. (Mafeis ym. 1996, Laakso 2006.)

Liikunnan vähäisyys ja runsasenerginen ravinto ovat yhteydessä lihavuuteen ja liikapainoon (Lihavuus – painavaa asiaa painosta 2005). Liikunnan harrastamattomuuteen saattaa asuinpaikalla olla vaikutusta sen mukaan, asuuko perhe kaupungissa vai maaseudulla, kuntakeskuksessa vai sivukylällä. Harrastusmahdollisuudet ja lajikulttuurit vaihtelevat asuinpaikan mukaan. Myös pihapiirin suunnittelulla on merkitystä lasten liikkumiseen ja sosiaalisen yhteisöllisyyden kokemiseen. Erityisesti lapsille koti ja kotipiha tarjoavat turvallista mahdollisuutta leikkeihin ja oleiluun sekä peleihin. Asuinympäristön rakentamiseen tulisi kiinnittää huomiota, jotta lasten fyysistä aktiivisuutta voitaisiin tukea pihapiirissä, puistoissa, koulun pihalla sekä kannustamalla lapsia kävelemään ja pyöräilemään kouluun. (Kytä & Kahila 2006, Suomi 2008.) Oulun LiikunNaiset on yhdessä Pohjois-Pohjanmaan Liikunnan (PoPLi) kanssa pilotoinut lähiliikunta- paikkojen kartoittamisen ja rakentamisen ohjeistamisen 2000-luvun alkupuolella. PoPLi on koonnut (2006) yhteistyössä Kainuun liikunnan, Oulun lääninhallituksen sekä Oulun yliopiston arkkitehtiosaston kanssa käsikirjan lähiliikunta- paikkojen suunnittelun tueksi. (Iloa lähiliikunnasta 2006.)

Fyysisesti passiiviset harrastukset säilyvät tiiviimmin lapsuudesta aikuisuuteen kuin liikunnalliset harrastukset ja tämä voi olla osaltaan vaikuttamassa painonnousuun (Raitakari ym.1994). Istumisen ja televisionkatselun lisääntymisen yhteyttä lihavuuteen liittyviin verenpaineeseen ja vyötärön ympärysmittaan on havaittu jo lapsillakin (Sardinha ym 2008). Liikuntatottumukset opitaan lapsena ja tottumattomuus liikuntaan lisää lihavuuden riskiä. Vanhempien vähäinen liikunnan harrastaminen lisää lasten alttiutta lihavuuteen. (Fogelholm 1998, Tammelin

2003.) Lapsuudenaikainen lihavuus ennustaa lihavuutta myös aikuisena. (Epstein 1996, Lautala & Ala-Laurila 2002, Pahkala ym. 2010.)

Vanhempien rooli tärkeimpänä alle kouluikäisten lasten liikunnallisten taitojen edistäjänä on vähentymässä. Tutkittaessa terveydenhoitajien mahdollisuuksia edistää liikuntaa neuvolakäyntien yhteydessä alle kouluikäisten kohdalla korostui terveydenhoitajien huoli vähäisistä ajallisista ja tiedollisista ja taidollisista resursseista tukea lasten motorista kehitystä. Asetelma kuvaa vanhempien osuuden heikkenemistä lasten motoristen taitojen kehittymisen mahdollistajina, vaikka kodin ja lapsen lähipiirin ajattelisi olevan tärkein varhaislapsuuden liikunnan ympäristö. (Javanainen-Levonen ym. 2007.) 3–4-vuotiaiden lasten osallistuminen yhä enemmän liikuntaseuran järjestämään tai muuhun organisoituun toimintaan viittaa myös vanhempien henkilökohtaisen toiminnan vähenemiseen (Hakonen 2006). Early steps -liikuntaohjelman on osoitettu edistävän lapsen motorista kehitystä 4–5-vuotiaille päiväkotilapsille tehdyssä tutkimuksessa. Lapsen motoriset taidot kehittyivät vuoden kestäneessä seurantatutkimuksessa säännöllisellä harjoittelulla eri ympäristöissä. (Iivonen 2008.) Lapsi kuitenkin tarvitsee vanhempien kannustusta ja tukea pitkäjänteiseen liikunnan harrastamiseen ja harrastuksestaan huolehtimisen opetteluun. Turvallinen aikuinen voi olla myös liikuntaseuran ohjaaja tai koulussa opettaja. (Takalo 2004, Halme 2008). Javanainen-Levosen ym. (2007) tutkimuksessa terveydenhoitajat eivät viitanneet liikunnan edistämisessä yhteistyöhön lapsen tulevan koulun kanssa, mikä yllätti tutkijat. Toisaalta terveydenhoitajat pitivät merkityksellisenä liikunnan edistämisen kannalta perheiden tuntemista henkilökohtaisesti ja sitä, että liikuntatoimen ja -seurojen tiedotus järjestettävästä toiminnasta tavoittaa terveydenhoitajat.

Lapsen siirtyessä kouluun muuttuvat opettajat ja myöhemmin kaverit vanhempia tärkeämmiksi auktoriteeteiksi. Koululiikunnalla on elinikäinen vaikutus lapsen liikunnallisen elämäntavan syntymiseen tai sammumiseen sekä liikunnan arvostamiseen terveyden osatekijänä. Alakoululaisen liikuntainnostukseen vaikuttavat opettajien suhtautuminen liikuntaan, koulun välituntien järjestäminen liikuntataystävällisiksi, kavereiden liikuntaharrastaminen, perheen tuki liikunnan harrastamiseen sekä oppilaan liikunnasta saamat palautteet. Koululiikunta voi kannustaa oppilasta myös vapaa-ajalla harrastamaan liikuntaa. Koululaisten mielenkiinto koululiikuntaan vaihtelee alakoulun positiivisesta yläkoulun kriittiseen suhtautumiseen. Koululiikunnan mielenkiintoiseksi on todennut useissa tutkimuksissa 70–90 % koululaisista. Lukioon ja toiselle asteelle mentäessä yleensä mielenkiinto koululiikuntaa kohtaan viriää uudelleen. (Penttinen 2008.) Yläkoululaisten mielenkiinnon laajuus koululiikuntaa kohtaan on positiivista vapaa-ajallaan paljon

liikuntaa harrastavilla nuorilla. Liikuntaa kerran viikossa vapaa-ajallaan harrastavistakin koululaisista 63 % suhtautuu myönteisesti koululiikuntaan. Suuntaus on sama tytöillä ja pojilla. Liikuntamotivaatioita tutkittaessa 95 % yläkouluikäisistä kertoi liikuntaharrastamisen syyksi terveyden säilyttämisen sekä sen, että liikunta on kivaa. (Karvonen ym. 2008.)

Tammelinin (2003) tutkimusaineistona oli Pohjois-Suomen syntymäkohortti 1966 (n = 12058). Tutkimukseen osallistuneiden liikunta-aktiivisuus 14- ja 31-vuotiaana selvitettiin postikyselyin vuosina 1980 ja 1997–1998. Lisäksi selvitettiin tutkittavien aerobinen kunto, lihaskunto, lihavuus ja keskivartalolihavuus 31-vuotiaana terveystarkastuksessa. Seurannan tuloksena todetaan, että urheilun harrastaminen kaksi kertaa viikossa tai useammin kouluajan ulkopuolella, kuuluminen urheiluseuraan ja hyvä liikuntanumero 14-vuotiaana olivat yhteydessä aktiiviseen liikkumiseen 31-vuotiaana. Eniten yhteyttä oli harrastettaessa kestävyyslajeja sekä monipuolisia taitoja vaativia tai kehittäviä lajeja. Heikolla sosio-ekonomisella asemalla oli yhteyttä liikkumattomuuteen 14-vuotiaana, johon liittyi yleensä myös heikko koulumenestys. Koulumenestyksen heikkous 14-vuotiaana ennusti liikkumattomuutta myös 31-vuotiaana. Liikunnallisesti aktiivisesta inaktiiviseksi liikkujaksi 14 ja 31 ikävuoden välillä oli sekä miesten että naisten kohdalla yhteys lihavuuteen ja naisilla keskivartalolihavuuteen 31-vuotiaana. (Tammelin 2003.)

Kansainvälisen Health Behavior in School-aged Children -tutkimukseen kuuluvan (HBSC) WHO-Koululaistutkimuksen (2006) mukaan noin kaksi kolmesta viidesluokkalaisesta pojasta harrastaa hikoilua ja hengästyistä aiheuttavaa liikuntaa neljä kerta viikossa. Tytöt liikkuvat poikia vähän enemmän. Kuitenkin lapsista vain puolet liikkuu suositusten mukaisen tunnin verran viikon jokaisena päivänä. Seitsemäsluokkalaisten lasten vapaa-ajan liikunta on vähentynyt niin, että vain joka viides lapsi liikkuu tunnin viikon jokaisena päivänä. (Vuori ym. 2007.) Vain kolmasosa suomalaisista lapsista liikkuu terveyden kannalta riittävästi. Samanaikaisesti fyysisesti huonokuntoisten määrä lisääntyy. (Huotari 2004.) Yläkoulun viimeisellä luokalla olevien lasten liikunnan harrastamiseen vaikuttaa myös kavereiden liikunnan harrastaminen. Merkityksellistä on yläasteikäisten arvio omasta liikunnallisuudesta puutteestaan syynä vähäiseen liikunnan harrastamiseen (Karvonen ym. 2008).

2.2 Lasten lihavuuden seuraukset fyysiseen, psyykkiseen ja psykososiaaliseen terveyteen

Jotkut sairaudet ja oireyhtymät aiheuttavat lapsilla painonnousua pituuskasvun hidastuessa tai sairauden sekundaarisina oireina. Painonnousun syytä tulee selvittää perussairauden mukaisen hoidon varmistamiseksi. (Dunkel 2000, Lasten lihavuus – Käypä hoito -suositus 2005, Lasten lihavuuden alueellinen hoitoketju 2008.)

Suomalaisille 12–18-vuotiaille nuorille tehdyn kyselytutkimuksen (1977–1999) mukaan liikapaino ja lihavuus lisääntyivät kaikissa ikäryhmissä. Pojilla lisäys oli suurinta 12–14-vuotiaina ja tytöillä 18-vuotiaina. (Kautiainen ym. 2002.) WHO-Koululaistutkimuksessa todetaan suomalaisten liikapainoisten, murrosiässä olevien tyttöjen ja poikien osuuden olevan keskiarvoa suurempi verrattuna toisiin HBSC:n maiden keskiarvoihin (Ojala ym. 2005). Suurista liikapainoluviista huolimatta murrosiässä tytöt kiinnittävät ulkonäköönsä ja hyvinvointiinsa enemmän huomiota kuin pojat, ja tämä nähtävästi heijastuu tyttöjen painontarkkailuun muun muassa poikia runsaampana liikuntana (Karvonen ym. 2008).

Lasten normaaliin kasvuun ja kehitykseen kuuluvat muun muassa liikunta, säännöllinen uni- ja päivärytmi sekä monipuolinen ravinto. Liikapainossa todetaan syyksi muun muassa arkiliikunnan vähentyminen, fyysisesti passiivisten harrastusten lisääntyminen, epäsäännöllinen päivärytmi ja muuttunut ruokavalio. (Halme 2008.) Lasten liikapaino ja lihavuus altistavat lapset sairauksille. Taulukossa 3 jaotellaan lihavuuden haitat erittäin yleisiin, melko yleisiin ja harvinaisiin haittoihin. Lihavuus aiheuttaa veren rasva-arvojen kohoamista ja maksan rasvoitumista. Lihavuuden seurauksena lasten verenpaine nousee. Verenpaineen kriittisinä raja-arvoina pidetään yli 115/75mmHg alle kouluikäisellä, yli 125/85mmHg ala-asteikäisellä ja yli 140/90mmHg murrosikäisellä lapsella. Poikkeava sokeriaineenvaihdunta ennakoii lisäongelmia lapselle iän ja lihavuuden keston myötä.

Taulukko 3. Lasten lihavuuden aiheuttamia fyysisiä seurauksia (WHO 1998).

Erittäin yleiset	Melko yleiset	Harvinaiset
Psykososiaaliset haitat	Glukoosiaineenvaihdunnan häiriöt	Uniapnea
Nopea kasvu	Maksan rasvoittuminen	Tuki- ja liikuntaelinten liitännäissairaudet
Myöhäislapsuudessa kehittyvän vaikean lihavuuden jatkuminen aikuisikään	Jatkuminen aikuisuuteen kehittymisen ja lihavuuden asteen mukaan	Munasarjojen monirakkulatauti
Dyslipidemia		Aivojen valekasvain
Kohonnut verenpaine		Sappirakon kivitauti
		Korkea verenpaine

Painonnousu aiheuttaa lähes satakertaisen sairastumisriskin tyyppin 2 diabetekseen, kun painoindeksi nousee normaaliarvosta 25kg/m^2 yli 35kg/m^2 :iin. Perintötekijöillä on vaikutusta lihavuuteen ja metabolisen oireyhtymän syntyyn, erityisesti yhdessä liikkumattomuuden kanssa, mitkä yleensä edeltävät tyyppin 2 diabetesta. (Winell & Reunanen 2006, Frayling ym. 2007.) Vuosituhannen vaihteessa tyyppin 2 diabetesta sairastavien määrä on kasvanut noin 7 %:n vuosivauhdilla Suomessa (Niemi & Winell 2005). Metabolisella oireyhtymällä on sydän- ja verisuonisairauksia lisäävä vaikutus jo ennen tyyppin 2 diabeteksen syntymistä. (Lakka ym. 2003.) Aikuisikään jatkuvalla lihavuudella on yhteys metabolisen oireyhtymän esiintyvyyteen. Aikuisiässä lihavat ja metabolista oireyhtymää sairastavat ovat usein olleet ylipainoisia lapsuudessaan. Tyyppin 2 diabetesta diagnositoidaan yhä nuoremmilla. Yhdysvalloissa jopa puolella uusista diabetekseen sairastuneista lapsista on todettu tyyppin 2 diabetes. (Ludwig & Ebbeling 2001.)

Lapsuusiän lihavuudella on taipumus säilyä aikuisikään asti ja siksi lapsuusiän lihavuus ennustaa lihavuutta aikuisena. Lasten lihavuuden vaikeusasteella ja lapsen iällä on merkitystä lihavuuden säilymiseen aikuisikään asti. Mitä nuorempa lapsi on lihava, sitä todennäköisemmin hän on aikuisenakin lihava. Lihavan lapsen saavuttaessa normaalipainon ennen aikuisikää voidaan sairauden syntyä ennaltaehkäistä merkittävästi. (Epstein 1996, Vanhala & Vanhala 1998, Forsen ym. 2000.) Vanhempien lihavuus näyttää vahvistavan lapsen lihavuuden säilymistä. Lihavuuden yhteys aikuisiän sydän- ja verisuonisairauksien esiintyvyyteen on osoitettu useissa tutkimuksissa. Muun muassa sepelvaltimotautien esiintyminen lisääntyy lapsuusiän lihavuuden myötä. (Nuutinen 2001.) Sydänkuolleisuus on yksi merkittävimmistä kuolleisuuden syistä maassamme. Ennaltaehkäisemällä lasten lihavuutta vähennetään sairastumisen riskiä sydän- ja verisuonisairauksiin. Sydänkuolleisuutta on saatu Suomessa alenemaan intensiivisen tutkimuksen, tie-

dottamisen ja terveystieteiden avulla. (Terveys 2000 -tutkimus 2002.) Lihavat lapset altistuvat lihavien aikuisten tapaan syöpäsairauksille normaalipainoisia enemmän, kärsivät unihäiriöistä ja lisääntymisterveyden ongelmista (Uusitupa 2009).

Arkiliikunnan vähentyminen, vähäinen liikunnan harrastaminen ja istumisen lisääntyminen aiheuttavat lihavilla lapsilla lihasvoiman heikkenemistä (Paalanne ym. 2008) ja heille saattaa tulla liitännäissairauksina tuki- ja liikuntaelinten raskauttamia ja sairauksia (Taulukko 3). Lihava lapsi on usein liikkueessaan hidaskävelijä ja motorisilta taidoiltaan kömpelö. Lihavuus ei estä lapsen nivelten liikkuvuutta eli notkeutta. Terveystieteiden osa-alueet ovat kehittyneet lihavilla lapsilla epätaasaisesti tai ovat heikot, mikä saattaa vaikuttaa lisääntyvästi koululiikunnassa liikuntaryhmien heterogeenisyyteen (vrt. Halme 2008).

Lihavuuden jatkuminen lapsuudesta nuoruusikään heikentää nuoren selviytymistä varusmiespalveluksesta (Santtila ym. 2006) ja se saattaa rajoittaa tulevaisuudensuunnitelmia opiskeluaikana ja ammattivalintoja tehtäessä. Ihmisten fyysisiin ominaisuuksiin liittyvien asioiden tunnistaminen työmarkkinoilla näyttää korostuvan palkkauksen ja työllistymisen kohdalla. Lihavuuden negatiiviset sosioekonomiset vaikutukset kohdistuvat pääasiassa naisiin ja koulutuksellisesti ja taloudellisesti heikoimmassa asemassa oleviin henkilöihin. (Härkönen & Räsänen 2008.)

Lihavilla lapsilla on lihavuudesta psykososiaalisia haittoja. Lapselle ovat tärkeitä sosiaaliset suhteet (kaverit, perheenjäsenet, muut aikuiset), kasvuympäristö ja elinolot (Välilä 2000). Ne henkilöt, joilla on runsaasti sosiaalisia suhteita ja tuntevat luottamusta, sairastavat vähemmän kuin ne, joilla näitä ei ole. Kasvuympäristö (naapurusto, koulu, kaveripiirit, harrastusryhmät ja muut yhteisöt) antaa lapselle sosiaalista pääomaa. Sosiaalisella pääomalla tarkoitetaan toimintaympäristön ilmapiiriä ja tukea sekä yhteisön antamaa mahdollisuutta toteuttaa henkilön osallisuutta. Sosiaalista pääomaa saadaan, kun ihmisillä on aikaa toisilleen ja paikka, jossa voi olla yhdessä. Lasten ja nuorten sosiaalista pääomaa lisäävät asioiden muuttumattomuus, rutiinit ja luottamus. Aktiivisesti ryhmään hakeutuva on yleensä liikkujana myös innokkaampi kuin ryhmän ulkopuolelle jäävä. (Hyypä 2008.) Tutkittaessa käsityksiä terveydestä lapset liittävät terveyteensä sosiaalisen tuen ja henkisen tasapainon. Lapset tarvitsevat osallistumisen ja päätöksenteon mahdollisuutta, tukea ja lohdutusta sekä rakkautta. Lapset kokevat tärkeiksi asioiksi yhdessä tekemisen, harrastukset, sopuisat ihmissuhteet sekä motivaation koulunkäyntiin. Osa lapsista lisää edellisiin määrittelyihin tarpeisiin optimistisuu-

den ja onnellisuuden. Nuoret painottavat perheen merkitystä tasapainoisen elämän ja mielenlaadun mahdollistajana. (Jutras ym. 1998, Kainulainen 2002.)

Lihavan lapsen on vaikeata saada muodikkaita vaatteita, ja tämä on tavallinen kiusaamisen syy erilaisen ulkonäön lisäksi. Kiusaamiseen liittyy aina alistajan ja alistetun rooli sekä epätasa-arvo voimasuhteissa. Lapsi saatetaan eristää sosiaalisesti, ja koulunkäynnistä voi tulla ylitsepääsemätöntä. Kiusatuksi tuleminen voi olla tavallista lihavan lapsen ja nuoren arkea. Usein lapsi ei puhu asiasta vanhempiensa kanssa, vaan miettii asioita yksin. Kiusaaminen saattaa aiheuttaa nuorelle myöhemmin elämässä ihmissuhdevaikeuksia, masentuneisuutta ja itsetunto-ongelmia. Lihava lapsi on usein kömpelö, mikä näkyy liikkumisessa ja harrastuksissa ja hänet saatetaan jättää tämän vuoksi leikkien ulkopuolelle. Lapsen elämässä lihavuus haittaa kuitenkin eniten senhetkistä elämänlaatua, kun lihavaa lasta kiusataan ja syrjitään. Lapsella voi olla kiusaamisen tuloksena heikko itsetunto ja hän saattaa olla tyytymätön kehonkuvaansa. Suomalaistutkimuksessa nuoret kokivat lihavuuden ensisijaisesti liikkumisen hankaluutena, ulkonäkö- ja vaateusongelmina ja kiusaamisena. (Dietz 1998, Korhonen ym.1998, Halme 2008.)

Tutkittaessa 16-vuotiaiden nuorten vähäisen liikunnan (vähemmän kuin tunti viikossa) yhteyttä tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöihin todetaan, että vähän liikkuvilla lapsilla tunne-elämän häiriöt olivat yleisempiä kuin kohtuullisesti liikuntaa (yli neljä tuntia viikossa) harrastavilla lapsilla. Tyttöillä esiintyi syrjään vetäytymistä, somaattisia ja sosiaalisia ongelmia, tarkkaavaisuuden häiriöitä ja sosiaalisia käytöshäiriöitä. Vähän liikkuvat pojat kokivat ahdistuneisuutta, syrjään vetäytymistä, sosiaalisia ongelmia, pakonomaisuutta ja harhaisuutta sekä tarkkaavaisuuden häiriöitä. (Kantomaa ym. 2008.) Toisaalta lihavuus ei aina tarkoita lapsen vähäistä liikkumisen halua, vaan sopivaa toimintaympäristöä tai liikuntaryhmää ei hänelle välttämättä löydy.

Nuorten maailmassa korostuu laihooden ihannoiti menestymisen, halutun ulkonäön, onnistumisen ja kontrollikyvyn merkinä (Välimaa 2000). Murrosiän lähestyessä nuori lihoo normaalin kehityksen myötä. Jos liikapaino lisääntyy eikä tasoitu pituuskasvun myötä, saattaa painosta ja sen kokemisesta tulla nuorelle ongelma. Itsensä kokeminen lihavaksi voi saada aikaiseksi laihduttamisen, jolla nuori pyrkii nostamaan itsetuntoaan ja osoittamaan kontrollikykyään laihduttaessaan. Mitä kauemmaksi nuori ajautuu kauneusihanteestaan, sitä mahdollisempaa on, että laihduttaminen johtaa syömishäiriöihin. (Mikkilä ym. 2002.) Toistuvat laihdutusyritykset ja tyytymättömyys omaan vartaloon saattavat laukaista syömishäiriön. Syömishäiriöitä sairastavat useimmiten nuoret tytöt, joiden keskuudessa syömishäiriöt kuuluvat yleisimpiin mielenterveydellisiin ongelmiin. Yleeni-

sä häiriintynyt suhde omaan painoon ja vartaloon on yhteistä syömishäiriöisille. Tavallisimmat syömishäiriöt ovat laihuushäiriö anorexia nervosa ja ahmimishäiriö bulimia nervosa. Sairaudet eroavat taudinkuviltaan toisistaan, mutta yhteisiä komplikaatioita niille ovat sydän- ja verenkiertoelimistön, neste- ja suolatasapainon sekä hormonaalisten muutosten ongelmat. (Kaltiala-Heino 2003.) Lepolan ja Koposen (2002) mukaan osa sairastuneista nuorista on kokenut vanhempiensa vaatimukset täydellisyydestä kohtuuttomina. Vanhempiaan ja ympäristöään miellyttääkseen nuori on tukahduttanut omat kielteiset tunteensa, mikä on saattanut aiheuttaa heikkoa elämänhallinnan tunnetta ja käsitys omasta identiteetistä on heikentynyt.

WHO-koululaistutkimuksessa (1998) selvitettiin nuorten koettua painoa. Ulkonäköasioilla oli nuorille erittäin suuri merkitys, sillä tutkimukseen osallistuneista 15-vuotiaista vain muutama prosentti ilmoitti olevansa ajattelematta ulkonäkönsä liittyviä asioita. Lihavuuden kokeminen 15-vuotiailla tytöillä oli poikia yleisempää. Nuorista painoansa sopivana piti lähes puolet. Yleensä tytöillä painottui lihavuuden kokeminen, kun taas pojista osa määritteli itsensä alipainoiseksi. Tytöt olivat tyytymättömämpiä painoonsa kuin pojat. (Välimaa 2000, Koskelainen ym. 2001.) Myös myöhemmissä tutkimuksissa suuntaus on samanlainen, sillä yleensä pojat haluavat kasvattaa lihasmassaansa ja nostaa painoaan, tytöt haluavat laihtua, jopa tavoitella alipainoa. Painoindeksillä mitattuna todellinen paino ja lihavuuden kokeminen on tytöillä ja pojilla erilaista. Lihavat pojat ovat usein tietoisia lihavuudestaan ja vaatimuksista laihtua. Laihduttamista tavoittelevat tytöt eivät läheskään aina ole liikapainoisia. (Ojala ym. 2006, Raevuori 2009.) Nuorten tyytymättömyys omaan painoon liitetään myös epäsäännölliseen ja terveydelle haitalliseen elämäntapaan ja huonoon sosioekonomiseen asemaan (Mikkilä ym. 2002).

Yläasteikäiset ilmoittavatkin vartalon ulkomuotoon ja hyvinvointiin vaikuttavat tekijät yhdeksi liikuntaharrastamisen motiiviksi liikunnan mukavuuden, terveysvaikutusten, ystävien ja virkistymisen ohella (Karvonen ym. 2008). Aktiivisesti kilpaurheilua harrastavien nuorten keskuudessa saattaa esiintyä syömishäiriöitä. Usein tämä liittyy lajivalintaan. Esimerkiksi mäkihyppy, taitoluistelu ja telinevoimistelu painoluokkaa, esteettisyyttä ja taitoa vaativina lajeina ovat olleet esillä keskusteluissa. Syömishäiriöiltä näyttävät säästyvän nuoret, jotka harrastavat palloilu- ja voimalajeja. Lajivalinnalla saattaa olla merkitystä, kun nuori tarvitsee tukea aikuistuuksaan. Urheiluvilla nuorilla on yleensä myönteinen suhtautuminen itseensä sekä psyykkisiin tekijöihin, jotka pienentävät syömishäiriöiden vaaraa lajivalinnasta riippumatta. (Laaksonen & Uusitupa 2005.)

2.3 Lasten painonhallintaan käytettyjä keinoja

Lihavuuden ja liikapainon hoito on painonhallintaa lapsilla, joiden pituuskasvu jatkuu. Painonhallinnalla ei pyritä laihduttamaan lasta, vaan estämään tai hidastamaan painonnousua. Pituuskasvu yhdessä hidastuvan tai pysähtyvän painonnousun kanssa riittävät toimenpiteiksi kasvavien lasten kohdalla. Lapsen suhteellinen paino muuttuu pituuskasvun myötä, ja painopisteeksi tuleekin ottaa elintapojen muutos lihavan lapsen tukemisessa. Painonnousun hidastumiseen vaikutetaan antamalla vanhemmille tietoa ravinnosta ja säännöllisestä liikunnasta. Vastuu lasten painonhallinnasta on ensisijaisesti vanhemmilla. Neuvolassa ja kouluterveydenhuollossa lasten painonhallinnassa pyritään pysyviin elintapamuutoksiin päivittäisen ravinnon, liikunnan ja päivärytmin suhteen. Toimenpiteiden onnistuessa edistetään lapsen terveyttä estämällä lihavuuden aiheuttamat seuraukset. (Nuutinen 2001.)

2.3.1 Painonhallinta lasten terveyden edistäjänä

Kansanterveysohjelma (2001) määrittelee terveyden edistämisen tavoitteelliseksi toiminnaksi, joka mahdollistaa hyvien edellytysten luomisen yksilöiden, väestön ja sen osaryhmien terveyden toteutumiseksi. Ohjelmassa painotetaan terveyden edistämistä kansalaisten oikeutena terveyden saavuttamiseen, keinona köyhyyden poistamiseen ja tärkeänä osana edistää kansantaloutta. Kansalaisilla on oikeus saada puhtaita ja terveellisiä ruoka-aineita ja tietoa terveyttä edistävästä ja uhkaavista asioista. (Terveys 2015 – Kansanterveysohjelma.) Vertio kuvasi vuonna 1998 terveyden edistämistä terveystieteistä laajemmaksi toiminnaksi. Terveyden edistämisen vaikutetaan yksilön lisäksi siihen elinympäristöön, jossa terveydestä huolehditaan. Yksilön omat valinnat ovat tärkeitä, mutta samalla elinolosuhteet, kuten lasten koulun viihtyisyys tai monipuolinen ruokailu ovat merkittäviä vaikuttajia.

Suomessa eri tahot ovat toteuttaneet sekä ajallisesti pitkäaikaisia hankkeita että lyhyitä interventioita lasten painonhallinnan tukemiseksi. Taulukkoon 4 on koottu vuodesta 1999 alkaen suomalaisia lasten painonhallintaan keskittyviä hankkeita (muutamat pitkät hankkeet alkaneet jo aikaisemmin), joissa todetaan yhteys lasten painonhallintaan liikunnan, ravinnon, erilaisuuden tai syrjäytymisen uhan takia tai kehitetään toimia ennaltaehkäistä lasten lihavuutta. Taulukossa ei ole eritelty hankkeiden sisältämiä tutkimuksia.

Taulukko 4. Suomalaisia hankkeita ja projekteja lasten ja nuorten painonhallinnasta 1999–2010.

Hankkeen nimi	Kohde-ryhmä	Tavoitteet ja menetelmät	Tulokset
1. Pohjois-Suomen syntymäkohortti (NFBS), Oulun yliopisto; lasten lihavuuteen liittyvät tutkimukset (mm. Sikiökautisen ohjelmaitumisen mekanismeja (sydän-sairaudet, metabolinen oireyhtymä), Metabolisen oireyhtymän ja kroonisen tulehduksen/ravinnon/liikunnan välinen yhteys lapsilla, Liikkumattomuus ja tuki- ja liikuntaelinten oireet 16-vuotiailla) www.oulunyliopisto.fi, http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2007/nro_1_2007/lasten_ja_nuorten_terveyden_osasto_aloittaa_oulussa	1966 ja 1986 kerätyt tiedot 20000 äidinraskaudenajalta ja syntyneistä lapsista	Tutkimusta pitkäaikaissairauksien kehittymisestä ja ennustetekijöistä sekä sosiaalisesta hyvinvoinnista elämänkaaren ajan sikiökaudelta alkaen – aineis-tonkeruu 31- ja 16-vuotiaaksi asti	Tutkimustuloksia mm. pe- rinnöllisyyden osuudesta lihavuudessa, fyysisen kunnan ja normaalin painon merkityksestä terveyteen ja lihavuuden ennustet- tavuudesta – tutkimukset ja hankkeet jatkuvat Useita väitöskirjoja ja artik- keleita
2. Suomalainen sydänohjelma, varhaislapsuudessa alkavan sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisyprojekti; STRIP-projekti Aloitettu 1990- Turun yliopiston sydän-tutkimuskeskus, Turun yliopis-tollinen sairaala Useita rahoittajia ja yhteistyö-kumppaneita http://stripstudy.utu.fi/index.html	1990 synty-neistä neuvonta- ja seuranta-ryhmä	Kansanterveys-sairauksien ennaltaehkäisy, lasten-neuvolatyön kehittäminen ennaltaehkäisevässä ter-veydenhuollossa ehkäi-semällä lihavuutta, kan-nustamalla liikuntaan ja terveellisiin ruokailu-tottumuksiin 1–6kk välein ohjausta, 1–2×/v seurantakäynnit, 1×/v 4vrk ruokapäiväkirja, testejä	Seerumin kolesteroli ja LDL-kolesteroliarvot alhaisemmat neuvontaryhmässä Ohjeiden tuottaminen neu-vola/kouluterveydenhuol-toon Projekti jatkuu, useita väi-töskirjoja, artikkeleita ja opinnäytetöitä sydän- ja verisuonisairauksien syistä, lihavuuden esiintymisestä lapsilla

Hankkeen nimi	Kohde-ryhmä	Tavoitteet ja menetelmät	Tulokset
3. Kasper - Lasten ja nuorten perhekeskeinen sydänterveyden edistämishjelma 1997–2002. Kainuun Sydänyhdistys ry, Terveydenedistämisen suunnittelija Annikki Aitoaho ja terveydenhoitajat, RAY. http://www.kainuu.fi/UserFiles/lanu-po/File/Lasten_sydanmalli/KASPER_lasten_ja_nuorten_malli%281%29.pdf	Alle kouluikäiset ja koululaiset	Malli kehitettiin terveydenhuollossa saatujen käytännön kokemusten ja Kainuulaisen perhekeskeisen sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisyprojektin sekä Oulun yliopistossa tehdyn interventiotutkimuksen pohjalta (Sarja: Yleislääketiede. Tutkimus 9/2000 Oulun yliopisto 2000).	Työryhmä kehitti mallin, jonka tavoitteena on parantaa väestön terveyttä ja ehkäistä sydän- ja verisuonisairauksia tulevaisuudessa Mallia käytetään neuvolassa ja kouluterveydenhuollossa juurruttamaan positiivisia käyttäytymismalleja ja elämäntapoja
4. Mahtavat muksut. Ratkaisuja lihavan lapsen hoitoon. Opaskirja. 1999. Ravitsemusyhdistys, Kuopion yo, 1999. Korhonen A-L, Kalavainen M, Ihanainen M, Nuutinen O. Dieettimedia, Helsinki. www.rty.fi	Kouluikäiset	Lasten painonhallinta	Opaskirja terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön
5. Suurenmoinen Nuori. Ratkaisuja liikapainoisen nuoren painonhallintaan. Opaskirja. 2000. Ravitsemusyhdistys, Kuopion yo, 2000. E Nykänen, M Ihanainen ja M Kalavainen ja O Nuutinen. www.rty.fi	Yläkouluikäiset	Nuorten painonhallinta	Opaskirja terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön
6. LAPS-SUOMEN, 2001–2005 Susanna Parkkisenniemi, Titta Halme, Susanna Takalo, Mikko Pehkonen, Jan-Erik Romar, Heimo Nupponen. Liikuntatieteiden laitos, Jyväskylän yliopisto Kasvatustieteiden tiedekunta, Lapin yliopisto, Opettajankoulutuslaitos, Rauman yksikkö, Turun yliopisto, Institutionen för lärarutbildning, Åbo Akademi	5553 3–12-vuotiasta lasta seitsemältä seudulta eri Suomea.	Tutkimus oli valtakunnallinen lasten liikunta-aktiivisuuden määrää ja laatua sekä liikehallintaa ja kuntoa selvittävä tutkimuskokonaisuus	LAPS SUOMEN -tutkimus. 3–12-vuotiaiden lasten liikunta-aktiivisuus. Yhteenveto vuosien 2001–2003 menetelmistä ja tuloksista. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 239, 2010. Jyväskylä: Liikunnan ja kansanterveyden edistämistäitiö LIKES. väitöskirja ja useita muita julkaisuja

Hankkeen nimi	Kohde-ryhmä	Tavoitteet ja menetelmät	Tulokset
7. Liikuntaa kaikille lapsille, SIU, SKLU, NKL 2002–2008 Saari A (toim.), Rautio S & Reimahl V. 2008. Kohtaamisia lasten liikunnassa: Liikuntaa kaikille lapsille – hanke 2002–2008. Kalevaprint.	Erityistä tukea tarvitsevat lapset	Tavoitteena oli muokata suomalaista liikuntakulttuuria sellaiseksi, että erityistä tukea tarvitsevan lapsen olisi helpompaa osallistua yleiseen liikuntatarjontaan. Hankkeella pyrittiin osallistumiskynnyksen madaltamiseen ja kaikille avoimen toiminnan edistämiseen.	Tärkeimmiksi keinoiksi jalostuivat koulutus, kohtaamiset ja kehityskumppanuus
8. AAPO – alakouluikäisten painonhallintaohjelma 2003–2005, projektiraportti 2006. Huoltoliitto, RAY, Kunnat Pohjois-Savossa, Hannele Tverin http://www.kunnonpaikka.com/huoltoliitto/Kehittamistoiminta/fi_FI/Projektit/	Pohjois-Savon alakouluikäiset ylipainoiset lapset perheineen, 6 ryhmää eri paikkakunnilla, lapset 6–12v	Tavoitteena oli kehittää ja testata ohjelmaa yksilö- ja perhetasolla, välitavoitteina itsetunnon ja elämänhallinnan kohotus sekä perhedyntamiikan kohentuminen. Ryhmäkeskeinen työtapo, kumppanuus, tutustumisviikonloppu, lääkärintarkastus, perheiden haastattelu (ravinto- ja liikuntatottumukset), ei luentoja vaan käytännön toimintaa, liikuntapäivä-kirja 1x/vk ryhmäliikunta 1,5v:n ajan lapsille parina viikonloppuna yhteisliikunta lapset ja vanhemmat, Muut tapahtumat	Lapset oppivat liikuntalajien suoritustekniikkaa, sosiaaliset taidot ryhmässä toimimisesta paranivat, arkiliikunta ja perheen yhteinen liikunta lisääntyi, lasten suhteellinen paino laski 1,2–12 %, lasten osallistuminen 60–70 %, yhdellä paikkakunnalla 93 %.
9. Suomen voimisteluliiton (Svoliry) Kumppanuus-hanke 2005–2006: Svoli ry, KKI, 9 kaupunkia, 11 voimisteluseuraa www.svoli.fi Esimerkkinä Oulussa toteutettu lasten painonhallintaan kohdistunut hankkeen osa katri.virtanen@oulunvoimisteluseura.net	Perheet, joissa 1–4-luokkalaisten liikapainoinen lapsi	Tavoitteena hakea lasten painonhallintaan yhteistyömuotoja julkisen terveydenhuollon ja vapaaehtoistoimijan kesken Ryhmätoiminnan sisällön kehittäminen, lasten painonhallinta	Ulla Mikkola (toim.) Raportti Voimisteluseura terveysliikunnan toteuttajana 2006 Lopulliset tulokset lasten painonhallinnan osalta valmistuvat väitöskirjatyonä

Hankkeen nimi	Kohde-ryhmä	Tavoitteet ja menetelmät	Tulokset
10. Oulun Eteläisen lastenneuvolatyön kehittämishanke 2005–2007. Sydänliitto ja Oulun Eteläisen lastenneuvolat, STM. Pilotti 10 kunnassa, kaiken kaikkiaan 14 kuntaa	2- ja 4-vuotiaat ja heidän vanhempansa	Tavoitteena luoda kansallinen perhekeskeinen elintapaohjausmalli äitiys- ja lastenneuvolaan kansansairauksien ja lihavuuden ehkäisemiseksi Pituuspaino lapsille, diabeteksen riskitesti vanhemmille hankkeen testaus 2007, jalkauttaminen 2008, laajentuminen 2008–2011 2v-neuvolassa kyselylomake perheen ravinto/liikuntatottumuksista interventiot perheille 4v-neuvolassa ravitsemuskysely/ohjaus	Pituuspaino lapsille, diabeteksen riskitesti vanhemmille hankkeen testaus 2007, jalkauttaminen 2008, laajentuminen 2008–2011 ->Siikalatvan seutukunnan lasten ja nuorten hyvinvointistrategia 2007–2012. (vuosittain pituuspaino, monitoista yhteistyötä, ennaltaehkäisevän työn johtamistarve, painopiste perusterveydenhuoltoon)
11. Tervettä voimaa 2006–2008. Kajaanin, Mikkelin, Pohjois-Karjalan amk:t, Savonia ammattikoulu, Beneway Oy, http://www.innovatiivisettoimet.fi	7–12-vuotiaat	Tavoitteena oli ehkäistä lasten ja nuorten lihavuutta Itä-Suomen neljässä maakunnassa. Lapsen ja nuoren terveellisen ravitsemus ja liikunnan lisääminen sekä lapsen psykososiaalinen hyvinvointi	Hankkeessa kehitettiin ja pilotoitiin 7–12-vuotiaille lapsille ja nuorille uudenlaisen sähköinen oppimis- ja ohjauskokonaisuus, joka muodostui ikäryhmään soveltuvasta internetissä toimivasta pelisovelluksesta ja sitä tukemaan tuotetusta sähköisestä oheis- ja oppimateriaalista.
12. Kouluikäisen hyvinvoinnin polku terveyden edistäjänä – hanke (2007–2009) Pohjois-Karjalan kansanterveyden keskus. Hankekoordinaattori Anne Pyykkönen anne.pyykkonen@kansanterveys.info www.kansanterveys.info	Lapset ja nuoret Pohjois-Karjalassa, myöhemmin koko Itä-Suomi	Antaa tietoa lapsiperhepalveluiden kokonaisuudesta, monitoimijaverkoston luominen lasten ja nuorten terveyden edistäminen ja syrjäytymisen ehkäisy kehittämällä hyvinvointipolku työkaluksi	Lasten ja nuorten hyvinvointimallin toteutuminen ja sen jalkauttaminen kuntiin Perhepalveluoppaan valmistuminen Lasten ja nuorten terveysreseptien käyttöönotto Terveystietopisteen kehittäminen

Hankkeen nimi	Kohde-ryhmä	Tavoitteet ja menetelmät	Tulokset
13. Painokas-projekti 2006–2008 Turun kaupunki/ perusterveydenhuolto ja erikois-sairaanhoido, liikunta- ja kulttuuri-toimi	Kaikki 4- ja 6-vuotiaat	Tavoitteena ehkäistä ylipainon muuttuminen lihavuudeksi, ylipainon riskin pienentäminen, perheen terveyden ja elämänhallinnan tukeminen. 4× perheen yksilötapaamisia, 7–8kerran lyhyt-interventio, 3× kaikkien perheiden perhekoulut, jokaiselle lapselle oma liikuntaohjelma Perheelle ohjausta terveellisen ruuan valmistamisesta seurantakäynnit 3kk, 6kk, 1v, 2v, kuluttua intervention päättymisestä	Pituuspaino, ravitsemustulokset, perheen voimavarojen seuranta intervention päättymisen jälkeen
14. Kaikille avoin-ohjelma 2006–2010. Suomen Liikunta ja Urheilu ry http://www.kaikilleavoin.fi	Lajiliitot, seurat	Ohjelma aloitti toimintansa vammaisurheilujärjestöjen ja Paralympiakomitean hankkeena. Koulutus, konsultointi, rekrytointi	Vuoden 2009 alussa siirtyi Suomen Liikunta ja Urheilu ry:een ja on osa Reilun Pelin toteuttamista suomalaisessa liikuntakulttuurissa.
15. Neuvokas perhe- lapsiperheiden liikunta- ja ravitsemus-ohjausmenetelmä 2006–2011. Suomen Sydänliitto ry, RAY, STM, STRIP- tutkimus-projekti Pilotointi marraskuu 2006-huhtikuu 2007	Äitiys- ja lasten-neurolat 2006- Kouluterveydenhuolto 2008-	Ylipainon ehkäisy, tehostettu ohjaustyö osana normaalia äitiys- ja lastenneurolakäyntiä Henkilökunnan kouluttaminen, materiaalin käyttö terveys-tarkastusten yhteydessä, lasten ja lapsiperheiden hyvien liikunta- ja ruokailutottumusten edistäminen.	Neuvokas perhekortti Liikunta- ja ruokailutottumus-kysymykset Perhekohtainen muutospolku Neuvokas perhetietokansio Neuvokas perhekuvakansio Neuvokas perhetäydennyskoulutukset ammattihenkilöstölle
16. Liikunnallisen iltapäivän kehittäminen 2004–2007. OPM, lääninhallitukset, Nuori Suomi, Suomen Liikunta ja Urheilu (SLU)	Aamu- ja iltapäivä-toimintaan osallistuvat lapset	Tavoitteena aktivoida terveytensä kannalta vähän liikkuvia lapsia Aamu- ja iltapäivätoiminnan kehittäminen	Kerhotoiminnan lisääntymisen Yhteistyö eri toimijoiden kesken

Hankkeen nimi	Kohde-ryhmä	Tavoitteet ja menetelmät	Tulokset
17. Lasten lihavuuden ehkäisy - RALLI, 2005-. Oulun Diakonissalaitoksen (ODL) Liikuntaklinikka, Oulun kaupunki, Oulun yliopistolinainen sairaala, Virpiniemen liikuntaopisto. http://www.odl.fi/sivu/fi/klinikat/liikuntaklinikka/tutkimus/ kaynnissa olevia tutkimushankkeita/	7–12-vuotiaat ja Oulun kaupungin kouluterveidenhoitajat	Tavoitteena on selvittää tehostetun ravitsemus- ja liikuntaohjauksen vaikutusta painonkehitykseen 7–12-vuotiailla lapsilla sekä luoda Oulun kaupunkiin toimintamalli, jolla ylipainoisia lapsia ja heidän perheitään tuetaan ja ohjataan muuttamaan elämäntapojaan siten, että suhteellinen painonnousu keskeytyy. Tehostettua ravitsemus- ja liikuntaohjausta, kouluterveidenhoitajien koulutusta	Lasten ja perheiden ohjaus jatkuu 2010, Yksi väitöskirja valmistunut, toinen tulossa
18. Koululaiset liikkeelle, 2006. Nuori Suomi ry, OPM, yritys yhteistyökumppanit http://www.nuorisuomi.fi/files/ns/julkaisut/080129Liikuntasuosituskirja_08.pdf .	Peruskoululaiset	Tavoitteena koululaisten ja kouluyhteisöjen hyvinvoinnin kehittäminen ->päivittäisen fyysisen aktiivisuuden lisääminen Työtapoina mm. Koululaisten liikuntaseikkailu maapallon ympäri ja Vipinää välkälle -kampanjat	Tuloksena syntyivät koululaisten fyysisen aktiivisuuden suositukset 7–18-vuotiaille 2008. opettajien täydennyskoulutukset ja liikuntakerhotoinnin lisääntyminen, vertaisohjaajien koulutukset
19. Suomessa toteutetut lapsiin ja nuoriin suunnatut ravitsemusaiheiset hankkeet 2000-luvulla Karoliina Karjalainen & Pirjo Koskinen-Ollonqvist Terveyden edistämisen keskus ry, Elintarvike- ja ravitsemusohjelma ERA, Suomen itsenäisyyden juhlarahasto Sitra 2006 ISBN 978-951-563-586-0 URL: http://www.sitra.fi	Kohderyhmänä suoraan tai välillisesti lapset ja nuoret	Kehitettiin ja testattiin yhdessä keinoja, joilla voidaan parantaa lasten ja nuorten terveyttä. Hankkeessa kiinnitettiin erityishuomiota lasten ja nuorten ravitsemukseen.	Jyväskylän kaupunki: Eväät parempaan päivään – ravitsemuskasvatuksen yhteistyöhanke Jyväskylässä 2001–2003 Suomen Sydänliitto ry: Ravitsemussuositukset täyttävä joukkoruokailu 2005–2006 Suomen Sydänliitto ry: Terveellinen joukkoruokailu 2006–2008 Leipätiedotus ry: Nauti vapaasti viljasta II, Kouluviljahanke 2005–2007

Hankkeen nimi	Kohde-ryhmä	Tavoitteet ja menetelmät	Tulokset
20. Elmeri-yläkoululaisten elämän ja painonhallinnanprojekti Pohjois-Savossa 2007–2009. Huoltoliitto, Hannele Tverin http://www.kunnonpaikka.com/ huoltoliitto/ Kehittämistoiminta/fi_FI/Projektit/	Yläkoululaiset	Perhekeskeisen hankkeen tavoitteena on parantaa murrosikäisten nuorten itsetuntemusta ja elämäntapaa, motivoida heitä itsehoitoon ja ennaltaehkäisemään ylipainon seurauksena tulevia sairauksia. Liikuntapainotteisella ohjelmalla saatavia tuloksia verrataan ravitsemuspainotteisella ohjelmalla saavutettiin tuloksiin. Tavoitteena on luoda toimintamalli, jota kunnat ja perusterveydenhuolto voivat soveltaa ylipainoisten nuorten hoidossa ja sairauksien ennaltaehkäisyssä	Arviointi on tehty Kuopion yliopiston kliinisen ravitsemustieteen laitoksella. Nuorten motivointi painonhallintaan on vaikeaa
21. Yläkoululaisten ravitsemus ja vointi Lähtötilanne ja lukuvuonna 2007–2008 toteutetun interventiotutkimuksen tulokset. Ulla Hoppu, Johanna Kujala, Jenni Lehtisalo, Heli Tapanainen, Pirjo Pietinen (toim.) Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 30/2008	Yläkoululaiset	Tavoitteena oli selvittää yläkoululaisten ruokailutottumuksia koulussa ja ruokailun vaikutuksia jaksamiseen ja hyvinvointiin	Tietoa oppilaiden saamista ravintoaineista, puutoksista ja oppilaiden ruokailukulttuurista Suosituksia kouluruokailun toteuttamiseen

Hankkeen nimi	Kohde-ryhmä	Tavoitteet ja menetelmät	Tulokset
22. Lasten hyvinvointihanke Hyvis. Porin kaupunki ja lähikunnat 2007–2009 (Pomarkku, Noormarkku, Luvia, Ulvila, Merikarvia) http://www.pori.fi/hyvis	Alle 13-vuotiaat ja heidän perheensä	Kaupungin poikkihallinnollista yhteistyötä perheiden kanssa Paljon koulutuksia ja materiaaleja lasten ja nuorten parissa työskenteleville. Kuntoremonttiryhmiä ylipainoisille lapsille. Löydä liikunta –ryhmiä yhteistyössä koulutoimen, terveys-toimen ja liikuntatoimen kanssa, liikunta päivähoidon vasuihin, liikunnan lisäämissuunnitelmat kouluihin, koulujen liikuntakerhot	Luotiin alueellinen kuuden kunnan toimintamalli lasten hyvinvoinnin edistämiseen. Laadittiin mittaristo lasten terveystottumusten seurantaan, joka otettiin käyttöön neuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa.
23. Diabeetikon ruokavaliosuositus 2008, Diabetesliitto. Työryhmän pj. Suvi Virtanen, lasten ja nuorten painonhallinta www.diabetesliitto.fi	Ammattilaiset, diabeetikot ja asiasta kiinnostuneet	Liikapainon ja lihavuuden ennaltaehkäisy, hoitohoito- ketjun kehittäminen Lapsen hyvinvointi ja terveys, pysyvä ruokailu- ja liikuntamuutos Koko perheen elintapamuutoksen tukeminen varmistamalla sopiva ruokamäärä/energiansaanti ja monipuolinen ruokavalio, Tarvittaessa psykologista ohjausta perheille	Opas ammattilaisille ja asiasta kiinnostuneille
24. Kansallinen liikuntaohjelma 2008 OPM. www.opm.fi/kansallinenliikunta ohjelma	Kaikienikäiset	Tavoitteena on saada riittämättömästi liikkuvat henkilöt aktiivisemmiksi Liikunta osana kansalaisten elin- ja elämäntapaa ja osana hallinnonalojen hyvinvointipolitiikkaa	Liikunnallinen näkökulma päätöksentekoon terveyttä edistävänä tekijänä Eri ikäisten liikuntasuosituks

Hankkeen nimi	Kohde-ryhmä	Tavoitteet ja menetelmät	Tulokset
25. Kaste-ohjelma, Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2008- www.stm.fi/kaste	Kaikenikäiset	Tavoitteena kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ennaltaehkäisevillä toimenpiteillä ja varhaisella puuttumisella Syrjäytymisen vähentäminen Henkilöstön riittävyyden tarkastelu	Toiminnassa runsaasti lapsiin kohdistuvia hankkeita ympäri Suomen esim. Hyrrä- Hyvinvointia yhdessä liikunnasta, Pohjois-Pohjanmaan ja Lapin kuusi kuntaa KASPERI Väli-Suomen lasten, nuorten ja perheiden palveluiden kehittämishanke LAPSEN ÄÄNI-(Etelä-Suomi) LAPSET JA PERHEET-KASTE (Itä- ja Keski-Suomi) REMONTTI-(Länsi-Suomi) TUKEVA (Oulun seutu)
26. Lasten matalan kynnyksen harrastetoiminnan kehittäminen Turun kaupunki 2009- Rajala K & Laine K. 2010. Lasten ja nuorten liikunnan kehittämis-hankkeet 2009–2010. Yhteenvedo hakemuksista. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 230. Liikunnan ja kansanterveyden edistämissäätiö LIKES. http://www.likes.fi/pages/UserFiles/Kehittämishankkeet%2009.pdf	Turun kaupungin liikunta- palvelu- keskuksen ja opetus- palvelu- keskuksen lapset	Matalankynnyksen harrastetoiminnan kehittäminen Liittyy laajaan kehityskokonaisuuteen Aktiivinen ja turvallinen koulupäivä, jonka tavoitteena on kehittää monipuolisesti lasten ja nuorten hyvinvointia ja aktiivista elämäntapaa koulun kautta. Lasten matalan kynnyksen harrastetoiminnan tavoitteita ovat aktivoida lapsia ja nuoria liikkumaan, urheilu- ja liikuntaseuratoiminnan tuominen lähelle lapsen arkea sekä alueellisen lähiliikunnan kehittäminen.	

Hankkeen nimi	Kohde-ryhmä	Tavoitteet ja menetelmät	Tulokset
27. Liikkuva koulu -hanke 2009–2012, Käynnistynyt 1.9.2010. Opetushallitus. Koululaisten liikuntasuositusten vakiinnuttaminen peruskouluihin www.edu.fi/liikkuvakoulu	21 pilottikoulua Suomessa	Tavoitteena on parantaa kouluikäisten fyysistä aktiivisuutta, vakiinnuttaa kaikkiin peruskouluihin kouluikäisten liikuntasuosituksia sekä saada hankkeen aikana tutkittua tietoa lasten ja nuorten toimintakyvystä. Koulun liikunnalla tarkoitetaan kaikkea sitä fyysistä aktiivisuutta, joka sisältyy koulupäivään tai sen välittömään yhteyteen – ei ainoastaan liikuntaa oppiaineena.	
28. Vähän liikkuvien ja liikunnasta syrjäytymisvaarassa olevien lasten ja nuorten aktivointi – raportti hanketoiminnasta Kirjoittaja Katja Rajala Työryhmä: Jukka Karvinen, Nuori Suomi, Sari Rautio, Nuori Suomi, Kirsi Rätty, Nuori Suomi, Matti Hakamäki, LIKES, Marko Kantomaa, LIKES, Kaarlo Laine, LIKES, Katja Rajala, LIKES, Tuija Tammelin, LIKES Likes Tutkimuskeskus Nuori Suomi ry 2010	75 kansallista hanketta	Vähän liikkuvien lasten ja nuorten tunnistamista, tavoittamista ja aktivointia tarkastellaan kahdesta näkökulmasta: yleisen liikuntapalvelujärjestelmän kehittämisen sekä liikunnan kohdennettujen palvelujen näkökulmasta.	Samoja ongelmia eri puolilla Suomea ja päällekkäiseen työhön käytetään paljon aikaa. Selvityksestä nousi tarve saada hankkeet tehokkaammin käsiksi varsinaiseen toimintaan, sillä hankkeet ovat varsin lyhyitä. Avoimella ja sujuvalla tiedonkululla kunnat voisivat nykyistä paremmin hyödyntää toistensa kokemuksia vähän liikkuvien lasten ja nuorten aktivoimiseksi

Suomessa 1999–2010 toteutuneissa lasten painonhallintaan kohdistuneissa hankkeissa painottuvat liikuntaan ja ravitsemukseen liittyvät interventiot ja tutkimukset (muun muassa Oulun yliopiston kohorttitutkimukset, Turun yliopiston STRIP-tutkimukset, AAPO – alakouluikäisten painonhallintaohjelma 2003–2005, LAPS-SUOMEN -tutkimushanke, Suomessa toteutetut lapsiin ja nuoriin suunnatut ravitsemusaiheiset hankkeet 2000-luvulla, Kumppanuushanke 2005–2006, Ralli-hanke 2005-, Painokas-projekti syyskuu 2006 – joulukuu 2008), tutkimustietoon pohjautuvat toimintaohjeet ja opaskirjat ammattilaisille (esimerkiksi Ra-

vitsemusyhdistyksen lasten ja nuorten lihavuuden hoitamiseen tarkoitetut opaskirjat 1999 ja 2000, Oulun Eteläisen lastenneuvolatyön kehittämishanke 2005–2007, Diabeetikon ruokavalio 2008) sekä lasten lihavuuden aiheuttamien sairauksien tutkimukseen (Pohjois-Suomen Kohorttitutkimukset 1966-, Suomalainen sydäntutkimus – STRIP 1990-, KASPER 1997–2002 sekä muut hankkeiden sisältämät yksittäiset tutkimukset). Lisäksi poikkihallinnollinen toiminta ja vapaaehtoisjärjestöjen mukanaolo korostuvat 2000-luvun hankkeissa (koululaisten liikuntaaktiivisuuteen liittyvät hankkeet, koulun, terveydenhuollon ja kodin yhteishankkeet, vapaa-ajantoiminnan aktivointiin liittyvät hankkeet). Kansalliset ohjelmat Kansallinen liikuntaohjelma (2008) ja Kaste-ohjelma (2008) ohjaavat ja tukevat lasten painonhallinnan tutkimusta. Tutkimus lasten painonhallinnasta on ollut sektorimaista ja käsitys painonhallinnan syistä ja seurauksista sekä hoitotavoista on pitänyt koota yhdistelemällä tutkimuksia. 2000-luvun aikana aloitetut isot hankkeet (muun muassa Ralli 2005-, Painokas-projekti 2006–2008 ja Neuvokasperhe 2006–2011) osoittavat lasten lihavuuden ja painonhallinnan olevan laaja-alaisia ilmiöitä, jotka vaativat myös tutkimukselta monitieteellistä otetta. Lasten lihavuus -käsitteen määrittelemisen (Lasten lihavuus – Käypä hoito 2005) on aktivoanut tutkimuksen tekemistä, ja ymmärrys lasten lihavuuden syistä ja hoitokeinoista on laajentunut oireiden ja yksittäisten syiden tutkimisesta kokonaisuuden hahmottamiseen.

Kansainväliset tutkimukset osoittavat, että lasten painonhallinta ennaltaehkäisyinä on tuloksellista terveyden edistämistä, vaikka lihavuuteen vaikuttaminen edistää aina terveyttä. Lasten lihavuuden seurauksia tunnetaan useita, mutta keinoja hallita painoa on rajallisesti. Taulu (2010) on koonnut kansainvälisiä interventiotutkimuksia käsittelevät katsaukset ajallisen kehityksen mukaan taulukoksi (Taulukko 5). Hän toteaa, että tulokset vaihtelevat interventioden heikoista vaikutuksista lasten painoon tuloksiin, joissa on mahdollista saada tuloksia painoindeksiin yhdistämällä liikunta ja ravitsemus. Tuloksien kannalta ongelmaksi osoittautuvat interventioden epäyhtenäinen sisältö, kohderyhmä, kesto ja seuranta. Taulu on ottanut mukaan lasten lihavuuden ehkäisyä koskevat katsaukset vuosilta 2005–2009.

Taulukko 5. Lasten ylipainon ja lihavuuden ehkäisyä käsittelevät katsaukset – ajallinen kehitys (Taulu 2010).

Julkaisu- vuosi	Tutkijat	Tutkimukset ajalta	Sisältö	Johtopäätös
2005	Summerbell ym.	1990–2005	22 tutkimusta	Interventioiden avulla ei ole mahdollista vaikuttaa lasten painoon. Tulokset jäävät vaatimattomiksi myös ravitsemustottumusten ja liikunta-aktiivisuuden muutoksen osalta.
2006	Doak ym.	1983–2004	25 tutkimusta	Interventioiden avulla on mahdollista ehkäistä lihavuutta ja vaikuttaa positiivisesti television katseluun ja liikunta-aktiivisuuteen.
2006	Flodmark ym.	1988–2004	10 tutkimusta ja 7 katsausta	Interventioiden avulla on mahdollista vaikuttaa lasten painoon, vaikkakaan ei ole mahdollista määritellä yksittäistä keinoa, jolla lihavuuden ehkäisy on mahdollista.
2007	Connelly ym.	1986–2005	28 tutkimusta	Interventioiden avulla on mahdollista ehkäistä lihavuutta ja lisätä liikunta-aktiivisuutta, mikäli liikunta on pakollista.
2009	Brown & Summerbell	1993–2007	38 tutkimusta	Interventioiden avulla on mahdollista vaikuttaa lasten painoindeksiin erityisesti niissä interventioissa, joissa yhdistetään ravitsemus ja liikunta.

Wofford on julkaissut (2008) kirjallisuuskatsauksen 41 tutkimuksesta, jotka käsittelevät lasten lihavuuden ennaltaehkäisyä. Tutkija rajasi katsauksen koskemaan alle kouluikäisten lihavuutta koskevia elektronisia tutkimuksia ja ryhmitteli artikkelit sisällön mukaan. Yhteisiksi tekijöiksi liikapainoa ja lihavuutta käsiteltäessä nousivat viisi seikkaa. Ensimmäinen aineistossa korostuva asia on lasten lihavuuden esiintyvyys, joka on lisääntynyt kaikissa ikäryhmissä rodusta ja etnisestä ryhmästä riippumatta. Esimerkkinä nostetaan Ogdenin ym. (1997 ja 2002) osoittama, alle neljävuotiaiden painon lisääntyminen seitsemästä prosentista kymmeneen prosenttiin viiden vuoden aikana. Toisena asiana todetaan ennaltaehkäisy parhaana keinona estää lihavuutta. Lobstein ym. (2004) painottavat erityisesti, että mitkään interventiot eivät ole osoittautuneet yhtä hyvin kuin ennaltaehkäisy. Tämän vuoksi voimavaroja tulee keskittää ennaltaehkäisyyn. Ennaltaehkäisyä suunniteltaessa tulee painottaa terveyttä edistäviä keinoja, kuten positiivista suhtautumista fyysiseen aktiivisuuteen ja ruokailussa hedelmien ja yleensä kasvien

määrän lisäämiseen, rajoittamaan pyrkivän ohjeistuksen sijaan. Kolmantena asiana todetaan, että ennaltaehkäisyyn kohderyhmäksi tulee ottaa alle kouluikäiset lapset, koska yksi painonnousun kriittisistä vaiheista ajoittuu vuosiin juuri ennen kouluikää. Tutkimuksissa osoitetaan, että lapset, joilla on riski tulla liikapainoisiksi, muuttavat tottumuksiaan usein ennen kouluikää. Salsberry ja Reagan (2005) esittävät, että lasten lihavuuden ennaltaehkäisy tulisi aloittaa jopa ennen lapsen syntymää tai varhaisessa lapsuudessa. Edellä mainittujen tekijöiden lisäksi neljännä kohtana painotetaan vanhempien roolin tärkeyttä. Kaikkiin lapsia koskeviin ohjelmiin ja suunnitelmiin tulee ottaa vanhemmat mukaan, koska heidän vaikutuksensa lapsiin ja terveyden edistämiseen on merkittävää. Viidentenä kohtana mainitaan käytännön toimijoiden tuottaneen runsaasti ohjeita, hoitoja ja muuta materiaalia, koska lasten kasvava lihavuus on koettu hälyttäväksi. Tutkimukset rohkaisevat suosimaan ravintovaihtoehtoja ja lisäämään fyysistä aktiivisuutta. Tarvitaan opastusta, interventioita ja muita keinoja yhtä aikaa ja laaja-alaisesti.

Hearnin, Millerin ja Campbell–Popen (2008) tarkoituksena oli löytää ohjeita perusterveydenhuoltoon 2–6-vuotiaiden lasten lihavuuden ennaltaehkäisemiseksi ja terveyden edistämiseksi. Samalla haluttiin kartoittaa keinoja, joilla vanhemmat ja perusterveydenhuollon toimijat voivat sitoutua lihavuuden ennaltaehkäisyyn ja lisätä yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa. Interventiosta lihavuuden ennaltaehkäisemiseksi löytyi 982 artikkelia, mutta ne olivat tutkimusmenetelmiltään erilaisia ja vaihtelevan taseisia, eivätkä olleet siten vertailukelpoisia. Lopulta 45 artikkelia analysoitiin ja niistä haettiin vahvuuksia ja heikkouksia interventioiden onnistumiselle. Katsauksesta tulee esille seikkoja, jotka heikentävät interventioiden vaikutusta. Tutkijat kirjasiivat muun muassa perusterveydenhuollon henkilökunnan ja vanhempien välillä esiintyviä kommunikointiin ja sitoutumiseen vaikuttavia esteitä. Pääkohdat olivat terveydenhuollon järjestelmään liittyvät esteet (henkilökunnalla on liian vähän aikaa asiakkaille, yleinen resurssien puute, vähän monitahoista yhteistyötä, seurantakäyntien puuttuminen), asenteiden ja elämäntyylin aiheuttamat esteet (vanhemmat eivät tunnista lasten lihavuutta tai ovat huonoja esikuvia ruokavalion ja liikunnallisuuden suhteen, henkilökunnan syyttävä asenne tai henkilökunta ei sovellu esikuvaksi oman lihavuutensa takia). Tietoon, taitoihin ja harjoitteluun liittyvinä esteinä on se, että henkilökunta vähättelee lihavuutta tai heiltä puuttuu tietoa elämäntyylin vaikuttavuudesta lihavuuteen. Henkilökunnalta puuttuvat taidot ja tiedot ohjata vanhempia sekä annettu tieto on liian yleisellä tasolla.

Yhdeksän EU-maan haastattelututkimuksen aineiston (Porgrow-tutkimus 2004–2006) mukaan on tärkeätä lisätä painonhallintaan liittyvää viestintää ja kou-

lutusta niin opetuksessa kuin ammattilaisten koulutuksessa ja kansanterveysviestinnässä. Yhtä hyväksi keinoksi koettiin vapaa-ajan liikunnan tukeminen. Suomessa nämä toimenpiteet ovat jo laajasti käytössä. Arkiliikuntaan vaikuttavat toimenpiteet, kuten kevyenliikenteen väylien lisääminen tai teknologian käyttö eivät saaneet suomalaisessa tutkimusosassa juurikaan kannatusta. Uudet toimenpiteet, kuten erilaiset rajoitukset lihavuuden ehkäisemiseksi, eivät saaneet merkittävää kannatusta yhdeksän EU-maan aineistossa, mutta Suomessakin käytössä olevia terveyttä edistäviä keinoja halutaan jatkaa ja kehittää. (Borg & Fogelholm 2007.)

Huomiota ovat saaneet elämäntavan muutokseen pyrkivät painonhallintamenetelmät. Amerikkalainen, perheen elämäntyyliä muuttamaan pyrkivä interventio-ohjelma kesti yhdeksän kuukautta vuonna 2005. Viiden lapsen ja perheen ryhmä kokoontui kerran viikossa. Lasten ollessa omassa ohjelmassaan vanhemmat harrastivat liikuntaa. Vanhempien kokoontumiset alkoivat aina 15 minuutin terveellisten elämäntapojen opettelulla. Lapset opettelivat ruuanlaittoa ja sen tarjoilua. Vanhemmat opettelivat uusia ostotottumuksia ja seurasivat perheenjäsentensä tapasyömistä, esimerkiksi televisiota katseltaessa. Perheillä tuli olla aikaa sitoutua tapaamisiin ja sekä lasten että vanhempien tuli olla motivoituneita asiasta. Vanhempien paino putosi noin 12 % ja painoindeksi laski lähes 30 %. Monella lapsella oli liikapainon uhka, joka väheni. Painon pitäminen alhaisena osoittautui vaikeaksi. Lapset voivat paremmin ja heidän sosiaaliset suhteensa paranivat. (Karlsson 2006.)

Englantilainen Mend-Pilotti (2005–2006) ei ollut laihdutuskuuri, vaan sen avulla opetettiin ratkaisukeskeisesti ruuanlaittoa ja liikuntaa 7–13-vuotiaille lapsille ja heidän vanhemmilleen (n=33) 18 kuukauden ajan kaksi kertaa viikossa. Elämäntapamuutokseen pyrkivässä ohjelmassa yhdessäoloaika oli aina kaksi tuntia, toiminta järjestettiin paikallisesti lähellä perheitä ja osallistuminen oli perheille maksutonta. Yksikään osallistujista ei keskeyttänyt interventiota, vaan osallistujat kokivat itsetuntonsa kohonneen ja osaamisensa parantuneen terveellisten elämäntapojen suhteen. (Mend-ohjelma 2005–2007.)

Merkityksellinen painonhallintaan vaikuttava menetelmä oli Euroopan komission rahoittama Shape Up Europe -hanke vuonna 2006. Espanjassa, Tanskassa ja Ruotsissa kokeiltiin opettajien, lasten ja terveydenhuoltohenkilökunnan yhteistyötä. Tavoitteena oli synnyttää kriittistä keskustelua terveyden taustatekijöistä ja saada lapset ja nuoret toimimaan itse. Koulukohtaisissa hankkeissa muun muassa piirrettiin, järjestettiin tapahtumia ja keskusteltiin lasten kehitystason mukaan.

Vuoden kestänyt hanke opetti asioiden ymmärtämistä, mikä näkyi terveellisten elämäntapojen omaksumisena. (Simovska ym. 2006.)

Lasten painonhallinta on terveyden edistämistä. Tässä työssä terveyden edistämällä tarkoitetaan prosessia, joka antaa ihmiselle mahdollisuuden lisätä ja parantaa terveyteensä vaikuttamista sekä edellytyksiä huolehtia omasta ja ympäristönsä terveydestä.

2.3.2 Haasteita lapsen terveyden edistämisessä

Lapsen terveyttä ja terveyden edistämistä voidaan tarkastella eri näkökulmista. Perusterveydenhuollon äitiys- ja lastenneuvolatoiminnassa pyritään kartoittamaan lapsen elinympäristö, perhesuhteet, elintavat ja toimintakulttuuri. WHO:n määritelmä (1946) terveydestä täydellisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilana antaa ideaalin terveyden ihanteen, jossa terveydeksi ei riitä sairauden tai diagnoosin puuttuminen. Terveyyteen kuuluu myös sosiaalinen aspekti. (Huttunen 2011.) Ottawan asiakirjalla (1986) määritelmään lisättiin vastuu ympäristöstä ja mahdollisuus hallita omaa elämää (Koskenvuo & Mattila 2009). Perttilä (1999) esittää WHO:n määrittelyyn lisättäväksi toimintakykyisyyden sekä kokemukset terveydestä ja elämänhallinnasta. Hänen mukaansa tietoa tulisi käyttää päätöksenteon pohjana terveyden edistämisessä.

WHO:n terveyden määritelmän toteutuminen neuvolatoiminnassa lasten painonhallinnan ja terveyden sekä terveyden edistämisen kannalta on haastava. Järjestelmänä alle kouluikäisten lasten säännölliset neuvolakäynnit antavat turvallisuutta perheille ja mahdollistavat osaltaan terveyttä ja terveyden edistämistä. Toisaalta lasten lisääntynyt levottomuus, lapsiin kohdistuva kaltoinkohtelu ja huostaanottojen määrät kertovat lisääntyneestä perheiden ”pahoinvoinnin tilasta”. Perheiden vaikeudet huolehtia lapsistaan, tyttöjen mielenterveysongelmien lisääntyminen, taitamattomuus arjen ongelmatilanteissa, vanhempien ajankäyttöön, työllistymiseen ja taloudelliseen asemaan liittyvät seikat kyseenalaistavat perheiden kykyä huolehtia perheenjäsentensä terveydestä tai sen edistämisestä. (Sosiaali- ja terveystietokeskus 2000, Lasten asema ja palvelut 1990-luvun lamasta tähän päivään 2007.) Äitiys- ja lastenneuvolan mahdollisuudet vaikuttaa lasten painonhallintaan saattavat peittyä moniongelmaisten perheiden (terveydellisiä, sosiaalisia, taloudellisia vaikeuksia) tarvitsemaan huomioon ja ajankäyttöön. Ennaltaehkäisevään työhön ja terveyden edistämiseen tarkoitettujen neuvolatoiminnan resurssit ovat riittämättömät vastaamaan monenlaisiin lasten ja perheiden tarpeisiin. (Strid 2002, Tossavainen ym. 2002, Haarala & Tervaskanto-Mäentausta 2008.)

Kouluterveydenhuollossa lääkäri toimii yhä enemmän lapsen vanhempien kanssa yhteistyössä. Erityisesti 1. luokan laajaan terveystarkastukseen kutsutaan myös vanhemmat mukaan, mutta tämän jälkeen vanhemmat osallistuvat harvoin tarkastuksiin. Tarkastuksiin tuleekin varata riittävästi aikaa, jotta perheen kokonaistilanne voidaan kartoittaa. (Hietanen-Peltola & Suontausta-Kyläinpää 2009.) Aikaisemmin koululääkärin työssä keskityttiin enemmän sairauden toteamiseen. Sairaus osoitettiin testi- ja mittaustuloksilla, ja terveydentilan määrittely kuului terveydenhuollon ammattilaisille. Biolääketieteellinen käsitys terveydestä kuvaa enemmän sairautta kuin terveyttä, sillä terveys käsitetään oireiden ja löydösten puuttumisena ja sairaus toiminnan häiriönä. (Vainio 2009.) Koululääkäreiden vähäisyys vaikeuttaa lasten ennaltaehkäisevää terveydenhuoltoa ja lääkärissä käynneillä saattavat korostua taas sairaudet ja oireet.

Vastuu suurista oppilasmääristä rajoittaa kouluterveydenhoitajien mahdollisuuksia tunnistaa ja hoitaa muita kuin lasten fyysisiä oireita. Koulussa viihtymisellä on yhteys lasten ja nuorten psyykkiseen hyvin- tai pahoinvointiin. Esimerkiksi koulukiusaaminen voi johtaa lasten ja nuorten syrjäytymiseen. Syrjäytyminen kertoo sosiaalisen pääoman puutteesta ja yhteisöllisen turvaverkoston hajoamisesta. Ongelma näkyy yksilöllisesti yksinäisyytenä, somaattisina sairauksina, huonona koulumenestyksenä, haluttomuutena jatkaa opintoja peruskoulun jälkeen, epäsosiaalisena käyttäytymisenä sekä äärimmillään itsetuhoisuutena. (vrt. Sinkkonen-Tolppi 2005.) Kansalliset, vakavat nuorten aiheuttamat onnettomuudet ovat ravistelleet median välityksellä käsityksiä nuorten terveydestä ja sairaudesta. Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos on antanut tilannekohtaisesti ohjeita työntekijöille ja vanhemmille keskustelun tueksi lasten, nuorten ja nuorten aikuisten kanssa. (Solantaus & Marttunen 2008.)

Lasten painonhallintaan ja terveyteen liittyen Kokkonen (2006) haastaa miettimään, korostuuko lapsen ja nuoren terveyttä arvioitaessa ihannepaino normaaliutena ja terveytenä, onko painonhallinta pyrkimystä palauttaa keho tuohon määriteltyyn normaaliin ja mihin verrattuna ihannepaino on normaali. Lasten Käypä hoito -suosituksissa on kuvattu pituuspainon mukaan rajat ihannepainolle ja suosituksissa määritellään sopimuksella, missä ovat lihavuuden rajat. Lapset vertaavat kuitenkin itseään samanikäisiin lapsiin. Kun lähipiirissä olevat lapset ja nuoret ovat isokokoisia, lihavuus selitetään ”normaalina ilmiönä, koska nuoret ovat yksinkertaisesti nykyisin isompia kuin vanhempansa”. Käsitys lihavuudesta häiriötekijänä tai terveyden uhkana saattaa olla muuttumassa.

Toisaalta nuoret liittyvät terveyteen myös laihooden ihannoinnin, mikä kannustaa epäsäännölliseen ja -terveelliseen ruokailuun tai syömättömyyteen. Yläas-

teikäisten laihduttaminen on lisääntynyt vertailtaessa koululaistutkimuksen tuloksia vuodesta 1994 vuoteen 2005. Nuorten tavallisimmat painonhallintakeinot olivat kuntoilu ja makeisten ja rasvojen välttely, paastoaminen, aterioitten väliin jättäminen, tupakoinnin lisääminen ja oksentaminen. (Ojala ym. 2005.)

2.3.3 Lasten painonhallinnan kansallista ohjausta

Kansallisesti hallitusohjelmassa (2007–2011) otettiin ensimmäisen kerran selkeästi kantaa kansalaisten terveyteen ja terveyden edistämiseen. Terveyden edistämisen tuli ohjelman mukaan näkyä kaikessa julkisen hallinnon päätöksenteossa sekä lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnissa. (Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma 2007, Terveyden edistämisen politiikkaohjelma 2007, Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelma 2007.) Tällä hetkellä Suomessa merkittävin ohjaaja terveyden edistämisessä on Terveys 2015- Kansanterveysohjelma. Ohjeistukset ovat linjassa kansainvälisten suositusten kanssa ja suomalainen lainsäädäntö antaa raamit toiminnalle. (Terveyden edistämisen keskus ry:n strategia vuosille 2005–2009.) Suomessa terveyden edistämiseen on paneuduttu viime vuosina organisoidusti koko maata ja väestöä kattavina ohjelmina. Aikaisemmin toimintaa ovat ohjanneet kansainväliset ja kansalliset ohjeistukset ja suositukset sekä suppeammat terveysohjelmat. Valtakunnalliset ravitsemus-, terveystoiminta- ja hoitosuositukset ovat tulleet käytännöksi asiantuntijoista koostuvien konsensuskokousten jälkeen. Asiantuntijat ovat laatineet konsensuskokouksissa muun muassa lasten painonhallinnan Käypä hoito -suositukset. (Lasten lihavuus – Käypä hoito suositus 2005.)

Kansalaisten liikunta-aktiivisuutta on yritetty lisätä kansallisilla terveystoimintasuosituksilla. Terveystoiminnalla tarkoitetaan kaikkea liikuntaa, jolla ylläpidetään terveyttä vaikuttamalla ihmisen toiminnallisuuteen, energia-aineenvaihduntaan, painonhallintaan sekä virkistykseen. Terveystoiminnalla on hyvä hyötysuhde ja se on liikkujalle turvallista ja suositeltavaa, koska se parantaa toimintakykyä ja vähentää riskiä sairastua kansanterveyden kannalta vakaviin sairauksiin. (Vuori 1996.) Terveystoiminnan paikalliset suositukset (2000) kuvaavat erikseen lasten, aikuisten ja ikääntyvien liikuntasuosituksia ja toimenpiteitä, joita kunnissa voidaan tehdä asian hyväksi. USAssa terveystoimintasuositukset on uusittu vuonna 2007 ja ne ovat nyt lähempänä tarkennettuja, suomalaisia liikuntasuosituksia. Lasten liikuntasuositusten perustana ovat tutkimustiedot, jotka antavat vahvaa näyttöä liikunnan positiivisista vaikutuksista. Liikunnalla saadaan lapsille parempi kestävyys- ja lihaskunto, luuston terveys, edullisempi kehon-

koostumus sekä positiiviset vaikutukset sydän- ja verisuoniterveyteen sekä aineenvaihduntaan. Lisäksi liikunnalla todetaan olevan kohtalaisia vaikutuksia masennuksen vähentäjänä. (Vuori 2008.) Lääkäreiden työn tueksi on luotu valtakunnalliset liikunnan Käypä hoito -suositukset. Ohjeissa paneudutaan systemaattisesti liikunnan vaikutuksiin kansanterveys sairauksien, raskauden ja ikääntymisen yhteydessä. (Käypä hoito -suositus liikunnasta 2008.)

Lasten liikunnan suositukset vaihtelevat. Kansainvälisissä liikunta-suosituksissa lasten ja nuorten (6–17-vuotiaat) päivittäisen liikunnan määräksi suositellaan fyysistä aktiivisuutta vähintään tunti päivässä. Suurimman osan päivittäisestä tunnin fyysisestä aktiivisuudesta tulisi olla kohtalaisesti tai voimakkaasti kuormittavaa aerobista aktiivisuutta. Osan päivittäisestä fyysisestä aktiivisuudesta tulisi olla voimakkaasti kuormittavaa ainakin kolmena päivänä viikossa ja ainakin kolmena päivänä viikossa aktiivisuuden tulisi olla lihaksia ja luustoa vahvistavaa. Nuoren Suomen lasten ja liikunnan asiantuntijaryhmä (2008) on antanut uusimman fyysisen aktiivisuuden suosituksen suomalaisille 7–18-vuotiaille koululaisille. Suosituksen mukaan 13–18-vuotiaiden nuorten tulee liikua vähintään 1–1½ tuntia päivittäin ja 7–12-vuotiaille suositellaan 1½–2 tuntia liikuntaa päivittäin. Liikunnan pitää sisältää useita, vähintään 10 minuuttia kestäviä reippaita liikuntajaksoja. Liikunnan tulee olla ikätasolle sopivaa ja monipuolisuutta varmistetaan harrastamalla liikuntaa, joka edistää lihaskuntoa, liikkuvuutta ja luiden terveyttä vähintään kolmena päivänä viikossa. Lisäksi pitkiä istumisaikoja tulisi välttää ja ruutu-aika television ja tietokoneen ääressä suositellaan rajoitettavaksi kahteen tuntiin päivässä. Suositus korostaa myös terveellisen ravinnon ja riittävän levon merkitystä. (Vuori 2008.) Suositus tukee aikaisempaa eurooppalaista käsitystä liikunnan määrästä, jonka mukaan sydänterveyden kannalta tunti päivässä liikuntaa on riittämätön annostus lapsille (Sääkslahti 2006). Varhaiskasvatuksen liikunnan suositukset ohjeistavat päiväkotikäisten liikuntasuosituksiksi kaksi tuntia fyysistä aktiivisuutta päivittäin. Liikunta tulee toteuttaa monipuolisena liikuntana sisä- ja ulkotiloissa. (Varhaiskasvatuksen liikunnan suositukset 2005.)

Opetusministeriö asetti 19.6.2006 kansallista liikuntaohjelmaa valmistelevan toimikunnan, jonka tehtävänä oli 29.2.2008 mennessä laatia julkishallinnon ohjauksen näkökulmasta ehdotus kansalliseksi liikuntaohjelmaksi. Toimikunta jakoi työnsä siten, että väliraportissa 2007 kuvattiin ja arvioitiin liikuntakulttuurin nykytilaa ja kehittämishaasteita. Kansallisen liikuntaohjelman yleisinä lähtökohtina ovat liikunnan laaja-alainen tarkasteleminen osana elämäntapojen kokonaisuutta sekä eri hallinnonalojen ja kansalaisjärjestöjen liikuntaan liittyvän toiminnan tun-

nistaminen. Toimikunta ymmärtää liikunnan edistämisen sekä yhteiskunnan hyvinvointipolitiikan toteuttamisen liikunnan avulla että liikuntakulttuurin itseisarvoisen kehittämisen. Hyvinvointipolitiikan kannalta keskeinen tavoite on laajentaa liikuntaharrastusta ja saada uudet väestöryhmät liikkumaan. Liikuntakulttuurin sisäisessä kehittämisessä korostuu liikunnan kansalaistoiminnan edellytysten varmistaminen. (Liikunta valintojen virrassa; Kansallista liikuntaohjelmaa valmisteleva toimikunta 2007.)

Toimikunnan esitykset ja suositukset kuvattiin loppuraportissa vuonna 2008, jossa toimikunta esittää yleisten linjausten lisäksi 43 toimenpidesuositusta. Suosituksissa painotetaan muun muassa, että ratkaisuja tulee tehdä kuntatasolla ja liikunnan osaamisen tasoa tulisi nostaa liikunnan julkisessa hallinnossa, kansalais-toiminnassa kuin yritystoiminnassakin. Koulu- ja opiskelupäivän liikunnallisuutta esitetään lisättäväksi yhteistyön avulla ja toisiaan täydentävin toimenpitein. Liikunnan saamaa julkista tukea toimikunta esittää kohdennettavaksi nykyistä tehokkaammin sellaisiin liikuntaa ja terveyttä edistäviin toimenpiteisiin, jotka vähentävät sosiaali- ja terveystalvelujen tarvetta. (Liikkuva ja hyvinvoiva Suomi 2010-luvulla.)

Lasten painonhallinnassa, kuten yleensä terveyden ehtona voidaan pitää liikuntaa, jota tarvitaan normaalista elämästä selviytymisen lisäksi kuntoreservinä kuormittavien tilanteiden varalle. Tuki- ja liikuntaelimestö tarvitsee säännöllistä kuormitusta säilyäkseen toimintakykyisenä. Hengitys- ja verenkiertoelimestön toiminta kertoo aerobisen kunnan tilasta (kestävyyskunto) ja vähäinen liikunta on osaltaan aiheuttamassa aineenvaihdunnan muutoksia, jotka näkyvät lisääntyneenä keskivartalolihavuutena, metabolisena oireyhtymänä ja tyypin 2 diabeteksenä. (Laaksonen & Niskanen 2006.) Ensimmäistä kertaa 2005 otettiin kansallisiin ravitsemussuosituksiin mukaan liikunnan suositus. Tämä kuvaa liikunnan ja ravitsemuksen tärkeitä yhteistyötä. (Suomalaiset ravitsemussuositukset – ravinto ja liikunta tasapainoon 2005.) Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävästä liikunnasta ja ravinnosta (2008) annettiin edistämään terveyttä ja ehkäisemään kroonisia sairauksia. Merkittävät taloudelliset vaikutukset saadaan väestön kohen-tuneen terveyden myötä työvoiman saatavuuden ja suorituskyvyn parantumisena. Toimenpiteet kohdistuvat erityisesti lihavuuden ja tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn. Periaatepäätöksessä on kirjattuna tavoitteet ja toimenpiteet muun muassa lapsiin ja nuoriin kohdistuvaa päätöksentekoa varten. (Valtioneuvoston periaate-päätös terveyttä edistävästä liikunnan ja ravinnon kehittämislinjoista 2008.)

Terveys 2015 -ohjelma on yhteistyöohjelma, joka toimii eri yhteiskunta-aloilla kehyksenä terveyttä edistävälle toiminnalle. Ohjelma käsittää alueet, jotka

vaikuttavat kansanterveyteen: elämäntavat, elinympäristö, tuotteiden laatu, yhteisön terveyttä tukevat ja vaarantavat tekijät. Kansanterveysohjelman tavoitteina ovat terveiden ja toimintakykyisten elinvuosien lisääminen sekä väestöryhmien välisten terveyserojen kaventuminen. Ohjelmassa on ikäryhmittäiset tavoitteet, joiden toteutumista seurataan. Ensimmäisinä tarkastelun kohteina ovat lasten hyvinvoinnin lisääntyminen, terveydentilan parantuminen ja turvallisuuteen liittyen sairauksien ja oireiden merkittävä vähentyminen. Kansanterveysohjelman toteutuminen edellyttää myönteisen kehityksen jatkumista terveyden edistämiseksi. Terveyden tulee olla niin julkisella kuin yksityiselläkin puolella ja kansalaisten omassa toiminnassa tärkeä ohjaaja valintoja tehtäessä. Sosiaalinen ulottuvuus sisältyy julkisella puolella tulosohtaukseen. Kansalaisten arkielämässä luodaan olosuhteita, jotka edistävät terveyttä. Samalla luodaan mahdollisuus vaikuttaa elinympäristöä koskevaan päätöksentekoon. Kansalaisten terveyttä edistetään elämänskaaren jokaisessa vaiheessa (Terveys 2015 – Kansanterveysohjelma 2001.)

Suomessa toteutui kansallisena hankkeena Dehkon 2D-hanke (D2D) vuosina 2003–2007 ja hankkeen jatko-osa vuoteen 2010 asti. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri oli mukana hankkeessa, jonka painopisteinä olivat diabeteksen ja sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisy. Hankkeeseen osallistuminen koettiin tärkeäksi siksi, että sairaanhoitopiirin alueella on tyyppin 2 diabeteksen esiintyvyyden suurta. (Winell & Reunanen 2006.) Hankkeeseen liittyen tuotetaan tutkimusta muun muassa elintapaohjauksesta, etävastaanoton kehittämisestä, pitkäaikais-työttömien terveystarkastuskäytännön aloittamisesta sekä lasten lihavuuden hoidosta (Seminaariaineisto 12.10.2007). Tämä tutkimus kuuluu väljästi paikalliseen 2D:n ”Matalan kynnyksen toimintaan”, jonka tarkoituksena on kehittää ohjelmia ja tapahtumia, joilla kansalaiset saadaan osallistumaan ja edistämään terveyttään (Suunnitelma Tyyppin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyohjelma toteuttamiseksi 2003–2007).

2.3.4 Lasten painonhallinnan paikallista ohjausta

Lasten painonhallintaan terveyden edistämiseksi paneudutaan kunnissa muun muassa kehittämällä poikkihallinnollista yhteistyötä. Terveyden edistämisen rakenteita ja johtamista kehitettiin kunnissa Tejo-hankkeen (2002–2009) avulla. Sosiaali- ja terveysministeriön aloitteesta syntynyt hanke keskittyi toimintakaudella 2006–2009 edelleen kehittämään rakenteita ja johtamista sekä arvioi erilaisten työvälineiden käyttöä ja edisti hyvien käytänteiden tunnetuksi tekemistä. (Tejo-hanke 2002–2009.) Terveysbarometrin (2006) mukaan vahvistui näke-

mys terveydenedistämisen rakenteiden kehittämistarpeesta kunta- ja järjestöjohtajien kuvaamina. (Terveyden edistämisen keskus ry:n strategia vuosille 2005–2009.) Terveyden edistämisen laatusuosituksen (2006) tavoitteena on, että väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen nostetaan kaikissa kunnissa yhdeksi toiminnan painoalueeksi. Toiminnassa tulee korostaa terveyden edistämisen rakenteiden arviointia, johtamisen kehittämistä, voimavarojen suuntaamista ehkäisevään työhön, hyvinvointiosaamisen vahvistamista ja toiminnan säännöllistä seuranta ja arviointia.

Sosiaali- ja terveysministeriö yhdessä Suomen Kuntaliiton kanssa on lähettänyt kunnille 8.3.2007 tiedotteen kunta- ja palvelurakenteen uudistamisesta. Ministeri Risikko ohjeisti suosituksessaan 11.5.2007 kuntia huomioimaan hyvinvointiin ja terveyden edistämiseen vaikuttavat haasteet rakenneuudistuksessa. Kuntia kannustettiin poikkihallinnolliseen ja laaja-alaiseen yhteistyöhön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Tiedotteessa muistutetaan myös terveyden edistämisen ja lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelmasta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.)

Kuntien liikunta- ja nuorisotoimi tarjoavat toimintaa lapsille ja nuorille vaihtelevasti. Joissain kunnissa tarjonta on runsasta päivittäin ja myös erityisryhmät huomioidaan toiminnassa, joissain kunnissa toiminta painottuu tapahtumien järjestämiseen. Liikuntatoimen tehtävänä (Kuntalaki 1995, Liikuntalaki 1998, 2001) on huolehtia tasapuolisista liikuntapalveluista lapsille ja nuorille. Uimaopetuksen järjestäminen, liikuntaryhmät, erityisryhmille tarjottavat liikuntapaikat ja toiminnan ohjaus, seurayhteistyö liikuntapaikkojen järjestämisenä ja tukien myöntämisenä koulutukseen ja toiminnan laatuun liittyen sekä tiedon jakaminen terveyttä edistävästä päätöksistä, toimintamahdollisuuksista ja muusta yhteistyöstä ovat vakiintuneita työtapoja. Sosiaali- ja terveysministeriön rahoittamalla, KASTE-ohjelmaan liittyvällä, Hyrrä-hankkeella (2009–2011) pyrittiin lisäämään nuorten liikunta-aktiivisuutta kuudessa kunnassa Pohjois-Pohjanmaalla ja Lapissa. Kolmevuotisen Hyrrä-hankkeen kohderyhmiksi oli määritelty liikunnallisesti passiiviset ja/tai syrjäytymisuhassa olevat 13–20-vuotiaat nuoret sekä nuorten toimijaverkostoissa työskentelevät tahot. Hankkeen tavoitteena oli nuorten liikunnan sekä aktiivisuuden lisääminen. Terveyden ja hyvinvoinnin lisäksi nuoret saattoivat vaikuttaa itseään koskevaan päätöksentekoon ja omaan toimintaympäristöönsä. Hankkeella pyrittiin kehittämään kuntien hallintokuntien ja järjestöjen yhteistyötä. Hankkeen tuloksena kunnissa laadittiin yhteistyönä nuorten terveysliikuntaohjelma. (HYRRÄ – Hyvinvointia yhdessä liikunnasta 1.3.2009–31.10.2011.) Muita

Suomessa toteutettuja lasten ja nuorten liikunta-aktiivisuutta tukevia hankkeita on esitelty Taulukossa 4.

Nuorisotoimi (Kuntalaki 1995, Nuorisolaki 2006) tarjoaa nuorisotilat ja niiden tapahtumat sekä erilaisia retkiä ja kerhoja nuorille. Liikunta- ja nuorisotoimi tekevät tiivistä yhteistyötä lasten terveyden edistämiseksi keskenään ja paikkakuntakohtaisesti vaihdellen, yhteistyössä paikkakunnan seurojen ja yhdistysten kanssa. Horelli (2003) on tutkimuksessaan luonut yhteistyöverkostoja nuorisotoimen ja järjestöjen välille. Tutkimuksen tuloksena osallistuneet nuoret pääsivät vaikuttamaan muun muassa nuorisotalojen toimintaan ja he järjestivät toimintaa toisille nuorille eri järjestöissä. Virtanen-Laikarin (2007) toteuttama Junior Coach Academyn osallisuushanke vahvisti mentoroinnin merkitystä osallistettaessa nuoria yhteiskunnan jäseniksi. Hankkeeseen osallistuneet nuoret tunnistivat omia vahvuuksiaan ja saivat valmiuksia toimia aktiivisina kansalaisyhteiskunnan jäseninä.

Kunnissa terveyttä voidaan vahvistaa tai heikentää vaikuttamalla terveyden determinantteihin eli terveyttä määrittäviin tekijöihin. Kuntatasolla terveyden determinanteja ovat:

1. yksilölliset tekijät (ikä, sukupuoli, perimä, tiedot ja taidot, kokemus ja elintavat)
2. sosiaaliset tekijät (sosio-ekonominen asema, sosiaaliset ja yhteisölliset verkostot, toimeentulo ja keskinäinen vuorovaikutus)
3. rakenteelliset tekijät (koulutus, elinolot, elinympäristö, työolot, peruspalveluiden tasapuolinen saatavuus ja toimivuus)
4. kulttuuriset tekijät (fyysinen, taloudellinen ja poliittinen ympäristö, turvallisuus, viihtyisyys, vuorovaikutteisuus ja asenteet terveyteen) (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006.)

Terveyden edistämistä tarkastellaan kuntatasolla neljän eri lähestymistavan mukaan:

1. sisältöjen kautta (esimerkiksi päihteiden käyttö, ravitsemus, liikunta, terveellinen ympäristö ja väestöryhmien väliset erot)
2. tavoitteiden saavuttamista määriteltäessä kohderyhmiin rajaamalla (väestöstrategia, riskiryhmästrategia)
3. toimintaympäristölähtöisesti eri politiikkalohkojen alueet huomioiden (kansanterveysyö, perhepolitiikka, asuinympäristöt, koulut, työpaikat)

4. toimintatapoja ja toimintakäytäntöjä arvioitaessa (poliittinen vaikuttaminen, terveysviestinnän toteuttaminen, yhteisöllinen toiminta). (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006.)

Kunnissa on kouluterveydenhoitajien vastuulla valtaosa lasten lihavuuden ja liikapainon hoidosta. Koululääkäreiden puuttuminen monista kunnista (Oulun läänin 44 kunnasta 23 oli nimennyt koululääkäriin 2006) lisää terveydenhoitajien työmäärää. Kouluterveydenhuollon toimintaa heikentää kuntien heikko taloudellinen tilanne, joka näkyy erityisesti ennaltaehkäisevän työn karsimisena. Kouluterveydenhuollossa tilanne koetaan ylisuurina oppilasmäärinä kouluterveydenhoitajaa kohden, henkilökunnan määrän vähentämisenä ja terveystarkastusten karsimisena. Lasten liikapainon ja lihavuuden hoidossa resurssien vähäisyys rajoittaa lasten painonhallinnan järjestämistä ja kehittämistä. (Varjoranta & Pietilä 1999, Terho ym. 2002, Strid 2002, Tossavainen ym. 2002, Kouluterveydenhuolto-syksy 2005 -perusraportti, Haarala & Tervaskanto-Mäentausta 2008.)

Lasten lihavuuden hoito toteutetaan kouluterveydenhuollossa yksilön ja perheen ohjauksena, erityisen ongelmallisesta lihavuudesta (suhteellinen paino 60 % tai yli) kärsivät lapset ohjataan erikoissairaanhoidon. Suullisen ohjauksen, eri ikäkausiin kuuluvien testien ja kysymysten, esitemateriaalien ja painon seurannan lisäksi perhe ohjataan painonhallintaryhmään, jos paikkakunnalla on sellainen. (Lautala & Ala-Laurila 2002.)

Kouluterveydenhuollon kykyyn vaikuttaa lasten painonhallintaan ja terveyden edistämiseen on puututtu kehittämällä alueellisia ja kuntakohtaisia järjestelmiä ja tekemällä asiasta tutkimusta. Esimerkiksi Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella Siikalatvan kuntayhtymässä on kehitetty terveydenhuollon rakenteita ja järjestelmää neuvolatoiminnan kehittämiseksi lasten painonhallinnan osalta (Haapakorva 2007), Oulussa on kehitetty opinnäytetöinä terveydenhoitajien lasten liikapainoisuuden ohjaus- ja mittausmenetelmiä ja oheismateriaaleja (Sandström 2007) sekä yliopistollisessa sairaalassa annettavaa elintapaohjausta lihaviin lasten perheille (Järvi 2008). Yhtenä keinona vaikuttaa lasten painonhallintaan, on Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä tehty D2D-hankkeen innoittamana yhteistyössä erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja vapaaehtoistoimijoiden kanssa ”Lasten lihavuuden hoitoketju”-malli. Terveystoimissa julkaistulla mallilla (2008) halutaan selkeyttää työnjakoa lasten painonhallinnassa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä, ottaa vapaaehtoistoimijat mukaan kumppaneina sekä lisätä hoidon jatkuvuutta ja vaikuttavuutta. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin asettama työryhmä tarkistaa Lasten lihavuuden

hoitoketjumallin sisällön joka toinen vuosi. (Lasten lihavuuden alueellinen hoitoketju Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä 2008.)

Kouluterveydenhuolto toimijana

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim teki aloitteen vuonna 1885 koululääkäriin asettamisesta oppi- ja kansakouluihin. Ensimmäiset koululääkärit toimivat oppikouluissa jo 1880-luvun loppupuolella, ja 1900-luvun alussa suuret kaupungit alkoivat palkata koululääkäreitä. Ensimmäiset kouluhoitajattaret palkattiin koululääkäreiden avuksi 1920-luvulla. Yksilöllisiä terveystarkastuksia lääkärit ovat tehneet 1930-luvulta alkaen. Koululääkäri- ja terveystyöskannalla aloitettiin vuonna 1962 yhtenäinen rekisteröintijärjestelmä ja koululääkärit osallistuivat lääketieteellisinä asiantuntijoina terveystyöskannan kanssa kouluilla toteutettuun terveystyöskannan toteutukseen (Terho 2002.)

Kansanterveyslaki (1972) yhtenäisti ja systematisoi kouluterveydenhuollon järjestämisen kaikissa maamme kunnissa. Painopiste sairauksien diagnostiikasta siirtyi terveydenhuollon suuntaan. Samalla kouluterveydenhuollon palvelujen lisäksi terveyskeskuksen muut palvelut tulivat maksuttomiksi peruskoululaisille, lukiolaisille ja ammatillisissa oppilaitoksissa opiskeleville. Oppilashuoltoryhmien perustaminen mahdollisti oppilaiden kokonaisvaltaisen tarkastelun ja terveystyöskannan osuus toiminnassa lisääntyi. Kouluterveydenhuollon ohjekirje uudistettiin ja sen sisällön mukaisesti tehtiin jokaiselle oppilaalle henkilökohtainen terveydenhuollon suunnitelma. (Terho 2002.) Yhtenäiset lomakkeet dokumentointiin takasivat hoidon yksilöllisyyden, jatkuvuuden ja turvallisuuden. Lomakkeiden käytön tavoitteena oli varmistaa tiedon saanti, hoitotyön toteutus ja olla osana laadukasta terveydenhuollon kirjaamista. Vuosien kuluessa lomakkeiden käytöstä tuli epäyhtenäistä. (Tossavainen ym. 2002.)

Neuvoloiden ja kouluterveydenhuollon keräämiä lasten ja nuorten terveystietoja ei ole hyödynnetty valtakunnallisesti. Terveys 2015 – Kansanterveysohjelma edellyttää järjestelmällistä tietojenkeruuta ja siksi Kansanterveyslaitoksella (nykyisin THL) on vuonna 2006 aloitettu Laatussa terveystyöskannan kehittämisen hanke (LATE), joka on osa isompaa Sosiaali- ja terveystyöministeriön ohjaamaa kehittämis- ja tilastointihanketta, jolla kehitetään sähköistä potilaskertomusta. Kansanterveyslaitos aloitti vuonna 2007 pilottihankkeen kymmenessä terveyskeskuksessa terveystietojen keräämiseksi. (Mäki ym. 2008.)

Kouluterveydenhuollon keskeiset työmuodot ovat terveystarkastukset, seurantatutkimukset sekä sairaanhoito, joiden tarkoituksena on tukea oppilaiden kas-

vua ja hyvinvointia sekä löytää terveysriskit. Kouluterveydenhuollolla on mahdollisuus ohjata oppilaat tarvittaessa hoitoon. (Strid 2002, Haarala & Tervaskanto-Mäentausta 2008.) Stakesin Kouluterveydenhuollon oppaan (2002) mukaan oppilaiden tulisi saada peruskoulun aikana lääkärin ja kouluterveydenhoitajan suoritamina kolme laaja-alaista terveystarkastusta. Tarkastusten väli vuosina terveydenhoitaja järjestää oppilaille terveystapaamisia. Tiettyjen tautien ja ongelmien löytämiseksi tehdään oppilaille vuosittain tai sovitusti seulontatutkimuksia ja tarkastuksia. Lisäksi riskiryhmiin kuuluville tehdään kohdennettuja terveystarkastuksia. Kouluterveydenhuollon laatusuositus (2004) tarkentaa, että terveystarkastukset ja seulontatutkimukset on toteutettava niin, että kouluterveydenhuollon henkilökunta tapaa oppilaita vuosittain.

Neuvolaterveydenhuollon suunnitelman toteuttaminen alkaa lapsen syntymästä ja lapsen siirtyessä kouluun kouluterveydenhuolto jatkaa yhteistyötä lapsen ja tämän perheen sekä opettajien kanssa. Koululääkärin ja kouluterveydenhoitajan tietoja käytetään, jos lapsella todetaan ongelmia terveydessä, koulukäynnissä tai mietittäessä lapsen siirtämistä esimerkiksi erityiskouluun (Terho 2002a.) Laaja-alaista terveystarkastuksia tehdään koulutulokkaille ja 5–6-luokkalaisille ennen yläasteelle siirtymistä. Terveystapaamisten ja seulontatutkimusten ansiosta terveydenhoitajalla on mahdollisuus tavata oppilaitaan vuosittain. (Strid 2002, Tervaskanto-Mäentausta 2008.)

Kouluterveydenhuollon erilainen toteutuminen asettaa oppilaat eriarvoiseen asemaan paikkakunnasta riippuen. Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksen mukaan jokaista kokopäivätoimista terveydenhoitajaa kohden tulisi olla 340 lasta, mutta esimerkiksi tämän tutkimuksen toiminta-alueella, Oulun läänissä, lukumäärä on 218–711 lasta. (Hakulinen ym. 2005, Rimpelä ym. 2007.) Terveyskeskuskyselyjen 2005 ja 2007 mukaan laatusuositus on 600 koululaista kokopäiväistä terveydenhoitajaa kohden (Wiss 2007). Lisääntyvä lasten ja nuorten lihavuus aiheuttaa asiantuntijoille tarvetta etsiä yhteistyökumppaneita painonnousun hillitsemiseksi ja terveyden edistämiseksi myös julkisen terveydenhuollon ulkopuolelta (Lasten lihavuuden alueellinen hoitoketju 2008).

Yhteiskunnan muuttuneet olosuhteet ovat tuoneet kouluterveydenhuollolle haasteita, joihin käytössä olevilla menetelmillä ei enää pystytä vastaamaan. Pitkäaikaistyöttömyys, työelämän kiihtynyt tahti, lapsiperheiden sosiaali- ja terveyspalveluiden heikkeneminen ja lasten ja nuorten lisääntynyt pahoinvointi ilmenevät erilaisina psykosomaattisina oireina. Terveydenhoitajien ja lääkäreiden tekemien tarkastusten määrää vähennettäessä on menetetty tietoa, jota ennaltaehkäisevä terveydenhuolto voisi antaa ongelmien varhaisessa vaiheessa. (Terho ym.

2002, Strid 2002, Tossavainen ym. 2002, Haarala & Tervaskanto-Mäentausta 2008.)

Lasten terveydenhuollon työtapoja ja työn painotusta kritisoidaan liiallisesta fyysisiin ongelmiin keskittymisestä. Huomiotta saattavat jäädä perheen hyvinvointi, lasten mielenterveysongelmat ja lasten ja nuorten syrjäytyminen. (Sosiaali- ja terveystieteen tutkimus 2000, Tervaskanto-Mäentausta 2008.) Uusien fyysiseen terveyteen liittyvien uhkien, kuten liikapainon, astman, allergioiden ja niskahartiaseutujen ongelmien lisääntyminen haastaa kouluterveydenhuoltoa kiinnittämään huomiota oppilaiden elinympäristöön ja ennaltaehkäisevään työhön (Rimpelä ym. 1997, Strid 2002, Tervaskanto-Mäentausta 2008).

Kouluterveydenhuollolla on käytössään useita verkostoja ja keinoja ennaltaehkäistä mahdollisia ongelmia valmistamalla vanhempia ja oppilaita asioihin etukäteen, ottamalla arkojakin aiheita esille ja luomalla luottamuksellinen suhde niin oppilaaseen kuin perheeseen. Kouluterveydenhuolto onkin aina ensisijaisesti oppilaan asialla. Perhe- ja verkostotyön merkitystä tulee painottaa keinona ennakoida perheen voimavaroja ja mahdollisia ongelmia. Perhetapaamiset ovat tärkeitä luotaessa kokonaiskuvaa oppilaan elämäntilanteesta, piilossa olevat vaikeatkin asiat saattavat tulla esille keskusteluissa. Oppilaan yhteydenotto kouluterveydenhoitajaan ongelmatilanteissa tulisi olla luontevaa, koska terveydenhoitaja on rinnalla kulkija koko kouluajan. Kouluterveydenhoitajan on mahdollista toimia yhdyshenkilönä oppilaan ja muun verkoston välillä silloinkin, kun oppilashuolto-ryhmä, lastensuojelutoimi tai laitoshoido ottaa vastuun kulloisestakin tilanteesta. Palattaessa esimerkiksi laitoshoidosta takaisin kouluun voi kouluterveydenhoitaja toimia perheen ja oppilaan tukena. (Hietanen-Peltola & Suontausta-Kylänpää 2009.)

Terveyskasvatus terveellisen liikunnan ja ruokailun merkityksestä sekä viestintä painottuvat lasten painonhallintaan liittyvässä terveyden edistämisessä. Neuvolajärjestelmä tavoittaa kattavasti perheet ja tapaamisissa perheet saavat ohjausta yksilöllisesti ja ryhmille tarkoitetuilla luennoilla. Kodin ja terveydenhuoltojärjestelmän lisäksi koulu toimii terveyskasvattajana. Liikapainon lisääntyminen siirtää kouluterveydenhuoltoa kiinnittämään huomiota oppilaiden elinympäristöön ja ennaltaehkäisevään työhön. (Rimpelä ym. 1997, Strid 2002, Tervaskanto-Mäentausta 2008.)

Terveyden edistämisessä painotus on siirtymässä oppilaiden ja koulun terveydenhoidosta ja terveyskasvatuksesta (preventiivinen) kouluyhteisön terveyden edistämiseen ja terveyden oppimiseen (promotiivinen). Terveyden määrittelyssä se tarkoittaa siirtymistä biolääketieteellisestä terveyskäsitteestä monitieteiseen

terveyden malliin. Tämä näkyy kokonaisvaltaisena terveystäytymisenä, jossa kunnioitetaan yksilön ja kouluyhteisön arvoja, vahvistetaan terveyttä ja hyvinvointia sekä sosiaalisesti elinolosuhteisiin vaikuttamista. (Tossavainen ym. 2002, Haara & Mellin 2008.)

Kouluterveydenhuollon seurantarjestelmän arviointitutkimuksen mukaan terveyden ohjauksessa ja oppimisessa pyritään pois epätasa-arvoisesta suhteesta ammattilaisen ja oppilaan välillä. Oppilaan käyttäytymisen muutokseen on perinteisesti pyritty asiantuntijakeskeisyydellä vastaanotto- ja luokkaopetustilanteissa. Oppijakeskeinen malli mahdollistaa oppilaan aktiivisen osallistumisen ja reflektoinnin asiantuntijan ja oppilaan yhteistyösuhteessa. Toiminnan tavoitteena on yksilön ja yhteisön toimintakyvyn edistäminen sekä elämänhallinta. Terveyden edistäminen kouluterveydenhuollossa tulee painottamaan entistä enemmän verkostoitumista, yhteisökeskeisyyttä ja moniammatillisuutta. Toimintaympäristö laajenee koulusta ympärillä olevaan yhteiskuntaan ja elinympäristöön. (Tossavainen ym. 2002.)

Lasten lihavuus ei ole vain lapsuusiän ongelma, vaan asian kompleksisuus liittyy elinikäiseen lihavuuteen, yksilön sairastuvuusriskeihin ja elämänlaatuun sekä kansantaloudellisiin vaikutuksiin. Lihavuudesta on tulossa merkittävä terveysindikaattori.

3 Voimisteluseura toimijana

Skandinavian ensimmäinen naisvoimisteluseura perustettiin vuonna 1876 Helsingissä ja Suomen Naisten Liikuntakasvatusliitto (Finska Kvinnors Gymnastikförbund) aloitti toimintansa 26.2.1896. Liiton tarkoituksena oli yhdistää jo ennen liiton syntymistä perustetut seurat liiton jäseniksi, synnyttää uusia seuroja, järjestää voimistelujuhlia sekä herättää keskustelua voimisteluun liittyvistä kysymyksistä, julkaista materiaalia ja pitää luentoja. Alusta alkaen liiton keskeisenä tehtävänä oli tukea ohjaajien osaamista ja tukea naisten kansalaiskasvatusta. Toisen maailmansodan jälkeen kouluhallitus ja liikuntajärjestöt olivat huolissaan lasten ja nuorten hyvinvoinnista. Koulujen tilat avattiin lisääntyvälle nuorisotyölle, ja voimistelun seuratyö lisääntyi. Itsenäisessä Suomen Naisten Liikuntakasvatusliitossa tapahtui merkittäviä muutoksia liittyttäessä Suomen Voimistelu ja Urheiluliiton (SVUL) jäseneksi 31.12.1947. Oman liikuntaopiston perustaminen Sipoon Karhusaareen mahdollisti ympärivuotisen ohjaaja- ja järjestökoulutuksen. Myöhemmin Kisakallioksi nimetty liikuntaopisto muutti Lohjalle. (Kleemola 1996.)

Nykyinen Suomen Voimisteluliitto, Svoli ry; Finlands Gymnastikförbund Svoli rf on Suomen suurin (noin 140 000 jäsentä ja noin 400 seuraa) aikuisten sekä toiseksi suurin lasten ja nuorten liikuttaja ja toiseksi suurin lajiliitto jalkapallon jälkeen. Svoli on jakaantunut maantieteellisesti kuuteen alueeseen. Seurojen koon mukaan eniten on pieniä ja keskisuuria seuroja, joilla tarkoitetaan nykyisin alle 700 jäsenen seuroja (kyselyssä käytettiin rajana aikaisempaa 800 jäsentä). Lasten ja nuorten toimintaa tarjoavia seuroja oli aineistoa kerätessä 243. Maantieteellisillä alueilla ovat liiton työntekijöinä aluepäälliköt, jotka vastaavat alueellisesta seurojen toimijoiden koulutuksesta, kehittämistyöstä ja toimivat yhdyshenkilöinä seurojen ja liiton välillä. Svolilaista toimintaa on koko Suomen alueella. Toiminnan rahoitus koostuu jäsenmaksuista, koulutus- ja muusta myynnistä sekä opetusministeriön myöntämästä valtionavusta. (Svoli Toimintakertomus 2008.)

Lasten ja nuorten harrasteliikunnan ohjaajakoulutuksen peruspilarit ovat Jumppakouluohjaajan koulutus sekä suuntautuminen perheliikuntaan tai voimistelulajeihin. Svolin 12 voimistelulajissa järjestetään kilpailutoimintaa, joissa on huipputasolla urheilijoita joukkuevoimistelussa sekä yksilölajeissa muun muassa aerobicissa, telinevoimistelussa ja rytmisessä voimistelussa. Svoli on suuria tapahtumia ja koulutuksia organisoiva järjestö ja yhteistyökumppanina kansallisissa ja kansainvälisissä terveysliikuntaan ja huippu-urheiluun liittyvissä organisaatioissa. Voimisteluväen seuraava kansallinen suurtapahtuma Sun Lahti 2013 kokoaa noin 15 000 voimistelijaa Lahteen. Maailman suurin voimistelutapahtuma, Gym-

naestrada, järjestetään eri puolilla maailmaa joka neljäs vuosi. Svoli järjestää tapahtuman ensi kertaa Suomessa vuonna 2015. Tapahtumaan odotetaan noin 25 000 osallistujaa päivittäisten vierailijoiden lisäksi. (Svoli Toimintakertomus 2005, Svoli Koulutuskalenteri 2008.)

Lasten liikuntaan erikoistuneilla voimisteluseuroilla on mahdollisuus osallistua nuorisourheilun laadun kehittämisprosessiin, jonka tavoitteena on saavuttaa Svolin kriteereillä myönnetty Nuoren Suomen Sinetti. Svovilaisia Sinettiseuroja on yli 30. Tutkimuksen mahdollistanut Oulun Voimisteluseura on Oulun kaupungin ensimmäinen svolilainen Sinettiseura. (Oulun Voimisteluseuran toimintakertomus 2005, Svoli Toimintakertomus 2007, Kapanen 2010.) Oulun Voimisteluseura sai vuonna 2010 Pohjois-Pohjanmaan Liikunnan myöntämän tasa-arvopalkinnon perheliikunnan kehittämisestä ja erityislasten ja -nuorten huomiomisesta liikuntatarjonnassa (Oulun Voimisteluseura Ajankohtaista 2010).

Suomessa lasten ja nuorten liikuntamahdollisuuksia organisoii liikunnan lajiliittojen tukena sitoutumaton Nuori Suomi ry, jonka tehtävänä on edistää lasten ja nuorten hyvinvointia ja elämäniloa liikunnan ja urheilun avulla. Nuori Suomi tarjoaa lasten ja nuorten liikkumista lisääviä toteutusmalleja urheiluseurojen lisäksi päivähoitoon ja kouluille. Lasten ja nuorten säännöllistä liikkumista lisätään myös parantamalla liikuntaolosuhteita ja vahvistamalla lasten ja nuorten parissa toimivien aikuisten osaamista liikunnan ohjaamisessa ja toiminnan organisoimisessa. Nuoren Suomen toimintaa rahoitetaan omien palveluiden myynnillä, yritysyhteistyöllä ja opetusministeriön valtionavulla. Jäseninä Nuoressa Suomessa ovat 55 valtakunnallista liikunta-alalla toimivaa liittoa. Nuoren Suomen toimintaa ohjaa hallitus, joka koostuu pääosin jäsenliittojen edustajista. (Nuori Suomi Strategia vuoteen 2012.)

Suomessa, pääasiassa vapaaehtoistoimintana, toteutettavat liikuntaseurojen palvelut ovat hyödyntämättä lasten painonhallinnassa. Liikunnan tarjonta on runsasta ja sitä kohdennetaan harraste- ja kilpaurheiluun, mutta yhteistyö esimerkiksi julkisen terveydenhuollon tai kuntien liikuntatoimen kanssa on vähäistä. Kuitenkin suomalaiseen kulttuuriin kuuluu aktiivinen kansalais- ja yhdistystoiminta ja lasten urheiluseuratoimintaan osallistuminen. Lasten painonhallintaa saattaisi olla tarkoituksenmukaista koordinoita olemassa olevan järjestelmän avulla. (Allardt 2001, Kokko ym. 2004, Voimisteluseurat terveysliikunnan asialla 2006, Kapanen 2010.)

Kansallisen liikuntatutkimuksen (2005–2006) mukaan 3–18-vuotiaista suomalaisista lapsista ja nuorista 91 % ilmoittaa harrastavansa liikuntaa. Harrastajista lähes puolet osallistuu urheiluseurojen toimintaan. Urheiluseurojen vetovoima

alkaa vähentyä 15 vuoden iässä, ja moni nuori lopettaa liikunnan harrastamisen. Tyttöjen osuus eri lajeissa, perinteisesti vahvojen voimistelun, ratsastuksen, tanssin ja taitoluistelun lisäksi, on laajentunut. (Hakonen 2006.) Organisoituun liikuntaan osallistuminen näyttäisi ennustavan aikuisiän liikunta-aktiivisuutta. (Laakso ym. 2006.) Oulussa 1986 syntyneiden kohorttitutkimukseen osallistuvista tytöistä 21,2 % ja pojista 29,4 % ilmoittaa kuuluvansa urheiluseuraan. Ne lapset, jotka kuuluvat seuraan, myös osallistuvat aktiivisesti seuran toimintaan. (Kantomaa ym. 2007.) Halme (2008) korostaa vanhempien esimerkin ja kannustuksen osuutta tuettaessa lasten liikuntaharrastamista ja osallistumista seuratoimintaan.

Omaehtoisen liikunnan suosio on pysynyt samansuuntaisena viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana. Tyttöjen omaehtoisesti liikkuvien määrä väheni 70-luvun lopulla, mutta 90-luvun lopusta liikkuvien määrä on kasvanut. 2000-luvulla ei ole eroja poikien ja tyttöjen omaehtoisen liikunnan määrässä. 2000-luvun alkupuolella nuorten arkiaktiivisuus on laskenut. (Laakso ym. 2006.) Omaehtoisesti yksin liikkuvia nuoria oli selvästi vähemmän kuin kaveriporukoissa urheilevia (Hakonen 2006).

Terveyden edistäminen urheiluseurassa tai urheiluseura terveyttä edistävänä toimintaympäristönä on vähän tutkittu asia (Kokko 2004). Enemmän on kiinnitetty huomiota seuran tarjoamaan yksilön turvalliseen kasvuun ja yhteisöllisyyden kokemiseen (Heikkala & Koski 2000). Suomen voimisteluliitossa lasten harraste-liikunta perustuu terveyttä edistäviin periaatteisiin, millä tarkoitetaan kaikkien lasten osallistumismahdollisuutta liikuntatoimintaan. Liikuntaa pyritään järjestämään lasten lähiliikuntapaikoissa, jotta lapset voisivat kulkea harjoituksiin itsenäisesti. Harjoitusten vaatimustaso asetetaan lasten kehityksen mukaisesti, toiminta perustuu lajitaitojen kehittymisen lisäksi luovuuteen ja leikkiin sekä toiminnassa arvostettuun tasa-arvoisuuteen. Suomen voimisteluliitto on tarjonnut vuodesta 2007 alkaen seurojen ohjaajille koulutusta ravinnosta, jota tietoa voidaan soveltaa lasten ja nuorten sekä vanhempien tapaamisissa. (Svoli Kouluttajamateriaali – Jumppakoulu 2007.) Seuratutkimuksen mukaan Svolissa tarjotaan harrastetoimintaa eniten 7–12-vuotiaiden kohderyhmille (Heikkala 2006).

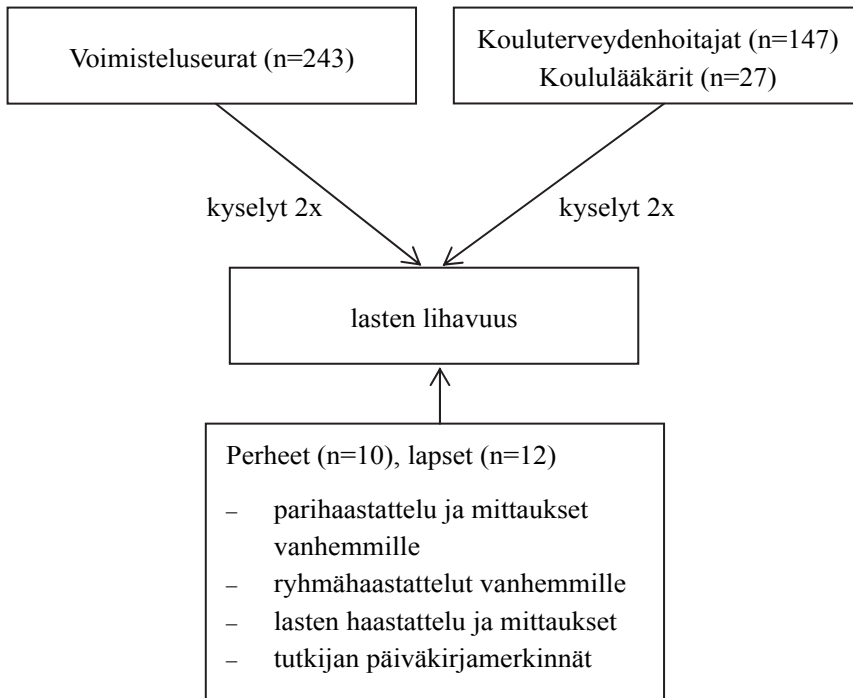
Svolin Lasten liikuntamaailmatuotteessa on tarjontaa alle kouluikäisille lapsille perheliikuntaryhmissä sekä 3–6-vuotiaille tarkoitettussa jumppakoulutoiminnassa (Svoli Toimintakertomus 2007). Jumppakoulutoimintaa toteutetaan 7–12-vuotiaiden ikäryhmissä kaikkien voimistelulajien yhteisenä perustana. Lapset saavat jumppakoulusta hyvät valmiudet jatkaa voimistelun harrastamista tai kilpailemista. Lasten liikuntatoiminnassa vanhemmat ovat mukana tunneilla kuu-kausittain tai joka kerta toiminnan ja ikäryhmän mukaan sekä lukukausittain peli-

sääntöpalavereissa ja muissa vanhempien tapaamisissa. (Svoli Toimintakertomus 2005.)

Oulun Voimisteluseurassa lasten vanhempien kanssa tehtävässä harrasteliikunnan ryhmäkohtaisissa pelisäännöissä korostuvat lapsilähtöisyys, yhteistyö perheiden kanssa sekä terveyden edistäminen. Kirjallisesti tehtävällä sopimuksella sovitaan käytännön asioista harjoituksissa, matkoilla, tapahtumissa ja esiintymisissä. Pelisäännöissä sovitaan myös käyttäytymisestä ja toisen voimistelijan huomioimisesta. (Oulun Voimisteluseura Toimintalinja 2007.) Hyvin organisoidun ohjaajien koulutuksen ja lähes koko maan kattavan toiminnan takia Suomen Voimisteluliitto (Svoli ry) valittiin yhteistyökumppaniksi tutkimukseen kehittämään lasten painonhallintaa.

4 Tutkimusongelmat ja tavoitteet

Tutkimusasetelma muodostuu tutkittavasta ilmiöstä ”lasten lihavuus”, jota tarkastellaan perheiden, voimisteluseurojen toimijoiden ja kouluterveydenhuollon asiantuntijoiden näkökulmasta.



Kuvio 1. Tutkimusasetelma.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on löytää uutta tietoa ja keinoja, joilla kouluterveydenhuolto ja voimisteluseurat yhteistyössä voisivat auttaa liikapainoisten lasten perheitä lasten painonhallinnassa.

Tutkimuksen tavoitteena on tutkia ja analysoida lasten lihavuutta perheiden, kouluterveydenhuollon ja voimisteluseurojen näkökulmasta. Tutkimus toteutettiin Oulussa ja tutkija on saanut kannustusta aiheenvalintaan Pohjois-Pohjanmaan D2D-hankkeelta. (Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma 2003–2007.)

Tutkimusongelmat

1. Mitkä asiat vanhempien, kouluterveydenhuollon edustajien ja voimisteluseurojen toimijoiden mielestä vaikuttavat lasten liikapainoon ja lihavuuteen?
2. Minkälaisia keinoja vanhemmilla, kouluterveydenhuollon edustajilla ja voimisteluseurojen toimijoilla on vaikuttaa lasten painonhallintaan?
3. Miten lasten painonhallinta tulisi vanhempien, kouluterveydenhuollon edustajien ja voimisteluseurojen toimijoiden mielestä järjestää?

Tutkimusongelmia selvitetään esittämällä kohdennettuja kysymyksiä vanhemmille, kouluterveydenhuollon edustajille ja voimisteluseurojen toimijoille.

Tutkimuksella haetaan vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Perheet
 - 1.1. Miksi perheet osallistuvat lasten painonhallintaa tukevaan ryhmään?
 - 1.2. Minkälaisia keinoja vanhemmat ovat käyttäneet lapsen ja koko perheen painonhallinnassa
 - 1.3. Minkälaisia odotuksia ja kokemuksia lasten vanhemmilla on voimisteluseuran toiminnasta lasten painonhallinnassa?
2. Kouluterveydenhoitajat ja koululääkärit
 - 2.1. Mitä syitä kouluterveydenhoitajien ja koululääkäreiden mielestä on lasten painonnousuun?
 - 2.2. Minkälaista yhteistyötä kouluterveydenhuollossa tehdään perheiden kanssa?
 - 2.3. Miten kouluterveydenhoitajat ja koululääkärit toimivat todetessaan lasten painonnousun?
 - 2.4. Miten kouluterveydenhoitajien ja koululääkäreiden mielestä tulisi kehittää lasten painonhallintaa yhteistyössä eri tahojen kanssa?
3. Voimisteluseurat
 - 3.1. Mitkä ovat voimisteluseurojen toimijoiden mielestä syyt lasten painonnousuun?
 - 3.2. Miten lasten lihavuus näkyy seurojen toiminnassa?
 - 3.3. Minkälaista yhteistyötä seuroissa tehdään perheiden kanssa?
 - 3.4. Minkälaisia kokemuksia voimisteluseuroilla on lasten painonhallinnan tukemisesta?
 - 3.5. Minkälaisilla keinoilla voimisteluseura voisi osallistua lasten painonhallinnan tukemiseen yhteistyössä eri tahojen kanssa?

5 Toimintatutkimus lähestymistapana

Tutkimuksen metodina käytettiin toimintatutkimusta (action research), joka on yleisnimitys lähestymistavoille, joissa tutkimuksellisin keinoin tehdään käytäntöön kohdistuva interventio. Toimintatutkimus on keino tutustua ilmiöön, kun halutaan saada tietoa toimintaa palvelevan tiedon vaikuttavuudesta tietyssä ympäristössä. Tutkimuksen lähtökohtana on usein tilanne- tai ympäristölähtöisyys, ja tutkimus kohdistetaan usean henkilön ongelmanratkaisuun yhteisesti. Tässä tutkimuksessa lähestymistapaa käytetään soveltaen selvittämään intervention vaikutuksia voimisteluseuran toimintana lasten painonhallintaan, osallistamaan tutkimukseen osallistujia sekä tieteellistä tutkimusta ohjaavana tutkimusmetodinä. (Kurtakko 1991, Syrjälä ym. 1994, Heikkinen 2001, Eskola & Suoranta 2008.)

Toimintatutkimuksen mallin luojaksi mainitaan saksalainen psykologi ja sosiaalipsykologi Kurt Lewin (1890–1947), jolla oli tapana tehdä käytäntöön suuntautuvia tutkimuksia. Lewin toi sosiaalitieteisiin luonnontieteiden kokeellisen metodin yrittäessään ratkaista aikansa sosiaalisia ongelmia. Lewin esitti 1940-luvulla nykyisen toimintatutkimuksen keskeiset piirteet; yhteistoiminnallisuuden, demokraattisuuden ja teoriaa ja käytäntöä muuttavan luonteen. Käsitys toimintatutkimuksen oppi-isästä perustuu eri tutkijoiden artikkeleihin ja elämäkertoihin Lewinistä. Yhdysvalloissa psykologina vaikuttanut Lewin tuli tunnetuksi myös ihmisen persoonallisuutta tutkivana teoreetikkona, joka käytti käytännön sovelluksia työssään. Hänen merkittävä työnsä oli tutkimus ryhmäilmastosta, jonka tuloksia on käytetty verrattaessa erilaisia johtamistapoja. Tutkimuksessaan Lewin osoitti henkilökunnan osallistumismahdollisuuksien yhteyden työtyytyväisyyteen, työmoraaliin ja tuottavuuteen. (Syrjälä ym. 1994, Hart & Bond 1996.) Lewin tuli tunnetuksi myös sosiaalipsykologina, joka kehitti sosiaalipsykologiaa teoreettisesti ja kokeellisesti sovellettavaksi oppiaineeksi (Hart & Bond 1996, Kuula 1999).

Amerikkalaisessa toimintatutkimusperinteessä mainitaan kasvatustieteen professori John Dewey (1859–1952), jonka ”tekemällä oppiminen” (learning by doing) on yhtenä vaikuttajana toimintatutkimukselle, vaikka Dewey itse ei käyttänyt toimintatutkimus-ilmaisua. Käytännössä Dewey käytti toimintatutkimusta kehittäessään kollegoidensa ja oppilaittensa kanssa opetussuunnitelmia. (Kemmis 1994, Syrjälä ym. 1994.) Schönin (1983) julkaisema teos ”The Reflective Practitioner” kehitti ajattelua ja teoriaa reflektiivisestä asiantuntijakoulutuksesta ja samalla se vahvisti toimintatutkimuksen asemaa tutkimusmenetelmänä.

Toimintatutkimuksella on Englannissa Lewinin näkemysten kanssa samansuuntainen historia. Lewinin painottaessa sosiaalista ja kokeellista psykologiaa

englantilainen, moniammatillinen tutkijaryhmä korosti psykoanalyysia ja sosiaalipsykologiaa. Tavistockin Instituutissa (the Tavistock Institute for Human Relations) kehitetty tutkimusperinne painotti toiminnan kehittämistä. Toimintatieteen perustuva näkemys tutkii muun muassa ihmisten välisiä suhteita ja psyykkisiä prosesseja sekä oppimisen edellytyksiä. (Argyris & Schön 1991.)

Toimintatutkimuksen kriittinen suuntaus hakee vapautumista erilaisista suhteista ja säädöksistä. Kasvatustieteissä kriittisellä toimintatutkimuksella pyritään vapautumaan alistavista opetusjärjestelmistä tiedettä ja käytäntöä yhdistämällä sekä pyritään opettajan ammatin professionalisoitumiseen. Yhteiskuntatieteissä vaikuttanut Frankfurtin koulukunnan kehittämän kriittisen teorian mukaan muutos on avainsana vapauduttaessa kapitalistisen yhteiskunnan riistolta. Ajatukset pohjautuvat Marxin poliittisen taloustieteen kritiikkiin. Tunnetuimpia kriittisen teorian edustajia ovat Kemmis ja Carr. Kasvatustieteessä tarvitaan Kemmisin ja Carrin mukaan kriittistä teoriaa, koska he näkevät kasvatustieteen roolina toimia kriittisesti kehityksen edistämiseksi. Kasvatustieteessä yhteistoiminnallisuus ja osallistuminen toimintatutkimuksen työtapoina antavat mahdollisuuden kehittää käytäntöjä ja tietämystä käytännöistä. (Carr & Kemmis 1986.) Alasuutari (1994) lisää kriittisen teorian tehtäväksi muiden ajatusten ja toiminnan kritisoinnin ja niiden rajallisuuden osoittamisen.

Toimintatutkimuksen luonteeseen kuuluu sosiaalinen konstruktivismi, joka korostaa tietoa kommunikaatiomuotona eikä valmiina totuutena. Tutkittavien subjektiivisten merkitysten kuvausten tärkeys korostuu, koska sosiaalinen konstruktivismi perustuu näkemykseen sosiaalisten suhteiden ratkaisevasta merkityksestä ihmisten elämässä. (Metsämuuronen 2000). Ontologisena oletuksena on, että sosiaalinen maailma ei ole valmiina ”annettu”, vaan ihmiset tuottavat ja muokkaavat sitä vuorovaikutuksessa keskenään. Epistemologinen oletus on, että sosiaalista prosessia voidaan ymmärtää menemällä ”sisään ihmisten maailmaan”. Toimintatutkimuksessa tämä tarkoittaa tutkijan osallistumista toimintaan. (Orlikowski & Baroudi 2002.)

Osallistavan tutkimusotteen kehittäminen alkoi 1970-luvulla kehitysyhteistyötoiminnassa. Ajatuksena oli, että ihmistä ei voi opettaa pakolla, mutta vuorovaikutuksessa kumpikin osapuoli voi oppia ja laajentaa ajatteluaan. Osallistava menetelmä syntyi, kun havaittiin, että tutkimuksen kohteena oleva ryhmä toimi tutkimuksen aikana aktiivisesti tutkijan kanssa, mutta tutkimuksen loputtua ja tutkijan vetäytyttyä projektista, hyvin alkanut toiminta loppui nopeasti. Osallistuva havainnointi syntyi osallistuttamaan tutkimukseen osallistuvat henkilöt niin, että toimintaan sitoutuminen ja toiminta jatkuisivat myös ilman tutkijan tukea.

(Eskola & Suoranta 2008.) Osallistumiseen ja vastuun ottamiseen toiminnasta perustuvassa menetelmässä arvostetaan tutkimukseen osallistuvien henkilöiden tietoa. Merkityksellistä on tunnistaa, että jokaiseen asiaan on enemmän kuin yksi näkökulma ja että ne kaikki ovat tärkeitä. Yhteinen periaate on myös se, että keskustelut ryhmässä tuovat asioiden eri puolet esille parhaiten. Tutkija tehtävänä on mahdollistaa osallistujien oppiminen, jonka uskotaan johtavan toimintaan ja toiminnan ylläpitämiseen. (Grönfors 2001.)

Toimintatutkimus voi olla tapa synnyttää muutosta, sillä pyritään ratkaisemaan ongelmia, vaikuttamaan osallistujiin tai sillä voidaan tuottaa tietoa. Toimintatutkimuksella pyritään reaaliaikaiseen muutokseen, jossa on merkittävä rooli osallistujien itsereflektiolla ja heidän toimintaan osallistumisellaan. Prosessi perustuu ajatukseen, että ongelman ratkaisuun tai toiminnan kehittämiseen tarvitaan asian ymmärtämistä ja kehittäminen alkaa refleктоimalla omia kokemuksia ja käytäntöjä. Toimintatutkimuksella voidaan löytää merkityksellistä, henkilökohtaista tietoa. (Syrjälä ym. 1994.) Tutkimusprosessissa asetetaan tavoitteet, toimitaan, havainnoidaan ja arvioidaan toimintaa vuorotellen koko prosessin ajan. Spiraalimaisessa toiminnassa tuotetaan yhtä aikaa tutkimusta sekä tilanteen tai toiminnan muutosta. Aineistoa kerätään haastatteluilla, havainnoimalla ja kyselyillä. (Kuula 1999, Järvinen & Järvinen 2004.) Kasvatustieteissä käytetään toimintatutkimusta opetuksen kehittämisessä, opettajan ammatillisen kasvun edistäjänä, aluetieteessä maaseutuyhteisöjen tutkimuksessa sekä työyhteisöissä organisaatioiden ja palvelujärjestelmien tutkimuksessa. Toimintatutkimusta voidaan käyttää kaikissa työyhteisöissä ja ammateissa, joissa osallistujilla on valmiutta kohdata muutosta ja toimia yhdessä aktiivisina muutosagentteina paremman tavoitteen vuoksi. Tutkimusmenetelmänä toimintatutkimus ei kuitenkaan ole saanut laajaa sijaa yliopistoissa. (Syrjälä 1994, Kuula 1999.) Tässä tutkimuksessa osallistujia yhdistävä tekijä on lasten lihavuus ja lasten painonhallinnan toteuttaminen perhekohtaisesti, mutta yhteisesti suunnitellen. Perheiden toimintaympäristöinä ovat voimisteluseuran järjestämä liikuntakerho ja koti. Perheet ovat aktiivisia vaikuttajia ongelmanratkaisussa.

Kvalitatiivinen toimintatutkimus antaa mahdollisuuden ryhmän yksilöiden ja tutkijan vuorovaikutukseen toiminnan aikana. Todellisella toiminnalla, oikeassa ympäristössä, saadaan tietoa, jota voidaan käyttää jatkossa muutokseen, toiminnan kehittämiseen ja ilmiön ymmärtämiseen. Toiminta edellyttää, että tutkittaville kerrotaan tutkimuksen tarkoitus, pyydetään heidät yhteistyöhön ja pyritään intervention avulla vaikuttamaan positiivisesti tutkittavien elämään. Tutkija toimii prosessissa muutosta vauhdittavana tekijänä, katalysaattorina. Tutkimukseen osal-

listuvat ovat aktiivisia osallistujia muutosprosesseissa (Kurtakko 1991), mutta toimintatutkimus antaa tasavertaisen mahdollisuuden tutkijalle ja tutkimukseen osallistuville oppia prosessissa. Tutkijan ja tutkittavien suhteen perustana on yhteistyö ja yhteinen osallistuminen. Toimintatutkimus suuntautuu käytäntöön ja se on ongelmakekseistä. Toimintatutkimus on myös ryhmien ja yksilöiden omaa kokeilua ja itsereflektion avulla valintoja toimenpiteistä, joilla he muuttavat kohteena olevaa käytäntöä sekä keinoista, joilla he itse reagoivat toimenpiteiden vaikutuksiin. (Syrjälä ym. 1994, Kuula 1999, Järvinen & Järvinen 2004, Eskola & Suoranta 2008.) Tässä tutkimuksessa vanhempien oli aluksi vaikeata ehdottaa keskustelu- tai toimintatapoja, koska he olivat tottuneet saamaan neuvoja ja olemaan ohjattavina. Ryhmässä ensitapaamisessa oli varauksellinen tunnelma, koska kaikki olivat vieraita toisilleen ja toiminta oli osallistujille uutta. Lapset olivat avoimia ja innokkaita ehdottamaan toimintaa tunneilla ja tuomaan esimerkiksi omia välineitä tai musiikkia tunneille. Lapset oivalsivat nopeasti tasavertaisuuden ryhmässä ja käyttivät oikeuttaan liikkua omalla persoonallisella tavallaan. Osallistava toimintatutkimus antoi vanhemmille mahdollisuuden murtaa aikaisempia käsityksiään ja toimintamallejaan lasten painonhallinnasta ja sen ohjauksesta. Aluksi tutkijasta tuntui, ettei keskusteluissa päästä eteenpäin, kun ikävät kokemukset painonhallinnasta alkoivat keskusteluissa aina uudelleen. Tutkija ymmärsi tunteidenpurun olevan tarpeen, jotta uuden kokeileminen ja toiminnan kehittäminen olisi ylipäätään mahdollista. Keskusteluilla vanhemmat varmistivat olevansa samassa tilanteessa keskenään ja se yhdisti vanhempia. Yhteistoiminta oli tämän jälkeen mahdollista. Muutaman kuukauden tapaamisten jälkeen vanhemmat ottivat vastuuta oman vertaisryhmänsä liikuntakokeiluista ja alkoivat omaaloitteisesti kertoa pienistä päätöksistä painonhallinnassa ja tehdyistä muutoksista kotona, esimerkiksi välipalojen suhteen.

Voimisteluseuran rajallisten ohjaajaresurssien takia oli luontevaa, että tutkija osallistui tutkimuksessa vanhempien ryhmän toimintaan ohjaajana. Tutkijalla on terveystieteilijän (TtM, fysioterapeutti) ja terveystieteiden opettajan sekä seuratoiminnassa ohjaajan koulutus ja pitkäaikainen kokemus ohjaustyöstä, jotka antoivat hyvät edellytykset tutkijan osallistumiselle ohjaustyöhön. Lasten ryhmän ohjaajaksi valittiin fysioterapeutti, jolla on ammattinsa takia tietoa lasten anatomia ja fysiologiasta, liikunnasta sekä kokemusta ohjaajana Oulun yliopistollisen sairaalan toteuttamassa nuorten painonhallintaryhmässä. Toiseksi ohjaajaksi lasten ryhmään tuli myöhemmin lähihoitaja, jolla on seuratoiminnan liikuntaleikkikouluohjaajan pätevyys ja pitkä kokemus ohjaustyöstä seurassa lasten ryhmien ohjaajana.

Tässä työssä sovelletaan osallistavaa toimintatutkimusta sosiaalisen konstruktivismiin ohjaamana.

5.1 Tutkijan rooli toimintatutkimuksessa

Tutkijan mukanaolo toimintatutkimuksessa mahdollisti ilmiöön tutustumisen läheisesti toiminnan kautta. Lasten painonhallinta ei ollut aineistonkeruun aikana voimisteluseurojen varsinaista toimintaa, vaikka se liittyi seurojen terveyttä edistäviin tavoitteisiin (Svoli Toimintakertomus 2005). Tutkija havainnoi toiminnan lisäksi sekä lasten että aikuisten tutkimusryhmää ja teki päiväkirjamerkintöjä. Mukanaolo mahdollisti kumpaankin ryhmään tutustumisen ja läheinen suhde loi ryhmäläisten luottamusta ryhmätoimintaa kohtaan. Koska tutkija ja tutkittavat olivat kiinteässä suhteessa toisiinsa, se edellytti yhteisiin arvoihin ja periaatteisiin sitoutumista, joihin tavoiteltu muutos nojasi. Terveiden edistäminen, avoimuus ja luottamuksellisuus sekä perheiden voimavarojen huomioiminen olivat yhteisesti sovittuja asioita. (Määttä 2001.)

Tutkijan rooli toimintatutkimuksessa oli kaksijakoinen. Toisaalta mukanaolo tutkimuksessa antoi arvokasta lisätietoa, kun ilmiöön tutustui ”sisältäpäin” (Orlikowski & Baroudi 2002). Tällöin tutkija oli osa tutkimusta ja saattoi itse kokea vertaisryhmän merkityksen. Toisaalta tutkija saattoi keskittyä tiedonhankintaan ja tutkimusprosessin etenemiseen toimimalla toiminnan mahdollistajana, katalysaattorina (Hart & Bond 1996). Kaksijakoinen rooli antoi lisähaastetta tutkimustyöhön, eikä vähiten mietittäessä kenen ehdoilla toiminnassa edetään, mikä on hyvä valinta perheen kannalta tai mitä mahdollisia tuloksia tutkimuksella saavutetaan. Toimintatutkimuksen luonteen mukaisesti tutkijan oli reagoitava muutoksiin, kannustettava vanhempia reflektoimaan toimintaansa ja tutkija valmistautui reflektoimaan myös omaa toimintaansa. (Orlikowski & Baroudi 2002.)

Tutkijalla oli mahdollisuus toimia osallistuvana havainnoijana, jonka tehtävänä oli intervention aikana osallistaa ryhmäläiset toimimaan itsenäisesti ja yhdessä toisten ryhmäläisten kanssa. Sosiaaliset vuorovaikutustilanteet muodostuivat tärkeäksi osaksi tiedonhankintaa. Havainnoinnissa voidaan puhua myös tutkijan osallistumisen voimakkuudesta, jolloin janan ääripäitä ovat osallistumattomuus ja täydellinen osallistuminen. Tutkijan ja tutkittavien välinen suhde oli melko pitkäaikaista ja pysyvää ja tutkija oli osa tutkimuskohdettaan. Tutkija osallistui interventioon hyvin paljon, mutta jätti toiminnassaan tilaa esimerkiksi lasten ryhmän ohjaajille ja vanhemmille. Tutkija toimi ryhmässä ajoittain osallistujana, välillä ohjaajien tukena, taustalla vertaistukena tai havainnoijana. Vanhempien ryhmässä

tutkijan osallistuminen toimintaan oli ajoittain voimakasta keskusteluissa ja liikuntatoiminnassa. Vanhempien vireystila tapaamisissa vaikutti tutkijan roolin voimakkuuteen. Välillä toiminta sujui vanhempien keskinäisenä yhteistyönä ja välillä tarvittiin konkreettista puuttumista tilanteiden tai keskustelun etenemiseksi. (Grönfors 2001, Janhonen & Nikkonen 2001, Eskola & Suoranta 2008.) Tutkija pyrki olemaan katalysaattori, joka antoi ryhmäläisille reflektion avulla mahdollisuuden puntaroida aikaisempia valintoja ja tehdä perheille sopivia päätöksiä painonhallinnassa. Hyvänä esimerkkinä tutkija pitää vanhempien päätöstä aloittaa henkilökohtainen elämäntapamuutos, vaikka kokoonnuimme lasten painonhallintaa tukevan ryhmän takia. Tutkija ei antanut vanhemmille valmiita, ”oikeita” toimintatapoja, vaan ehdotuksia eri tavoista. Vanhemmat antoivat myös ehdotuksia ja valinnat tehtiin keskustelun jälkeen ja variaatiot perheiden kesken sallittiin.

5.2 Liikuntainterventio menetelmänä

Interventiotutkimuksella seurataan jonkin aineen, toiminnan tai muun asian vaikutusta tutkimusryhmään tiettyä aikana, se on ikään kuin väliintulo. Väliintulolla halutaan muuttaa ryhmän käyttäytymistä, toimintaa tai asenteita. Tämä tutkimus on alunperin one-group pretest – posttest pie (experimental) -tyyppinen, jossa lasten ja vanhempien ryhmille tehtiin alku- ja loppumittaukset sekä aluksi vanhempien teemahaastattelu ja lopuksi vanhempien ryhmähaastattelu. (Polit & Hungler 1999.) Seuranta tehostettiin tekemällä vapaaehtoisia mittauksia (paino ja vyötärön ympäryys) myös intervention keskivaiheessa. Vapaaehtoinen ilmoitus mittauksista pyydettiin vuosi tutkimuksen päättymisestä, huhtikuussa 2007.

Mittaus	Mittaus	Mittaus	Omatoiminen mittaus
1.kk	5.kk	9.kk	1 v. tutkimuksen päättymisestä

Kuvio 2. Perheenjäsenten painon ja vyötärön ympäryksen mittausajankohdat painonhallintaryhmän aikana 2005–2006 sekä vapaaehtoinen ilmoitus vuonna 2007.

Interventiona oli toiminta lasten ja vanhempien ryhmissä kerran viikossa syyskuusta 2005 toukokuun loppuun 2006. Kummallakin ryhmällä oli oma ohjaaja ja oma ohjelma. Lasten ohjelma oli liikuntapainotteinen, vanhempien tietoisuuteen

ja keskusteluun sekä liikuntaan perustuva. Kerran tai kaksi kuukaudessa lapset ja vanhemmat liikkivat yhdessä (Liite 1).

Vanhempia pyydettiin vuoden kuluttua intervention päättymisestä (huhtikuussa 2007) ilmoittamaan sähköpostilla tietoja perheen tilanteesta tutkijalle. Perheet ohjattiin mittaamaan vyötärön ympäryys, punnitsemaan paino ja kertomaan omin sanoin liikunta-aktiivisuudestaan sekä ruokailutottumuksistaan. Vastauksia ilmoitettiin kolmesta perheestä. Vuoden kuluttua kysytyillä asioilla tutkija halusi selvittää intervention vaikuttavuutta perheiden painonhallintaan.

6 Aineisto ja tutkimusmenetelmät

Tutkimuksen aineisto kerättiin maaliskuun 2005 ja joulukuun 2009 välisenä aikana. Perheiltä aineisto kerättiin pääasiassa 2005–2006 ja kysely mittaustuloksista lähetettiin perheille vuosi interventtion päättymisen jälkeen 2007. Kouluterveydenhoitajille ja voimisteluseurojen edustajille lähetettiin kysely huhtikuussa 2006 ja uusintakysely toukokuussa 2009. Aineisto kerättiin pilottiryhmän (n=7 perhettä, joissa 7 lasta) toiminnasta vuonna 2005 maaliskuusta toukokuun loppuun ja tutkimusryhmän (n=10 perhettä, joissa 12 lasta) toiminnasta syyskuusta 2005 toukokuun loppuun 2006. Aineistoa saatiin erikseen lasten ryhmästä ja aikuisten ryhmästä. Oulun läänin kouluterveydenhoitajilta (n=147) ja koululääkäreiltä (n=27) sekä Suomen Voimisteluliiton lasten ja nuorten toimintaa järjestäviltä seuroilta (n=243) aineistoa kerättiin huhtikuusta joulukuuhun 2006 ja uusintakyselyn vastaukset kerättiin toukokuusta joulukuuhun 2009. Koululääkäreiltä ei pyydetty vastauksia uusintakyselyssä 2009 (Taulukko 6).

Taulukko 6. Aineistonkeruun aikajana ja aineistonkeruumenetelmät.

Pilottiryhmä	Tutkimusryhmät	Voimisteluseurat, koululääkärit ja -terveydenhoitajat	Voimisteluseurat, kouluterveydenhoitajat
3/2005–5/2005	9/2005–5/2006 5/2007 (vapaamuotoinen kysely)	4/2006–12/2006	5/2009–12/2009
Mittaukset	Vanhempien teemahaastattelu ja mittaukset	Avokysymykset	Avokysymykset
Kirjallinen palaute pilotista	Vanhempien ryhmähaastattelut Lasten haastattelu ja mittaukset		
Tutkijan päiväkirjamerkinnot	Tutkijan päiväkirjamerkinnot		

Tutkimusjoukkoon kuului 10 oululaista perhettä, jotka osallistuivat voimisteluseuran lasten painonhallintaa tukevaan liikuntaryhmään. Perheiden rakenne, työllisyystilanne ja koulutustausta on esitetty Taulukossa 7. Yhdellä äidillä oli haastateltaessa (syksyllä 2005) liikuntaharrastus liikuntaseurassa, muilla vanhemmilla

oli omaehtoista liikuntaa ulkoilun, sauvakävelyn, pyöräilyn ja lenkkeilyn parissa. Vesivoimistelu, voimistelu, retkeily, hiihto ja kuntonyrkkeily mainittiin aikaisempina tai satunnaisina harrastuksina.

Perheiden lapsista kolme oli ainoita lapsia ja liikapainoisia, kolmella muulla oli liikapainoisia sisarusia ja viidellä lapsella sisarukset olivat normaalipainoisia. Vanhempien ilmoituksen mukaan perheiden suvuissa, yhtä lukuun ottamatta, oli liikapainoa, sydän- ja verenkiertoelimistön sairauksia, korkeita kolesteroliarvoja sekä diabetesta.

Taulukko 7. Perheiden taustatiedot syksyllä 2005 (n=16 vanhempaa). Suku tarkoittaa perheen lisäksi isovanhempia ja vanhempien sisarusia.

Perheiden rakenne (n=10)	Ei koulutusta -ammattillinen koulutus	Ammattikorkea- koulutus- yliopistokoulutus	Poissa työelämästä	Harrastus liikunta- seurassa	Päivittäinen omaehtoinen liikunta	Lihavuutta perheessä lapsen lihavuuden lisäksi	Sairautta perheessä tai suvussa
perheessä avioliitto	11	3	3	1	4	7	8
perheessä yksin- huoltaja	2		2		1	2	1

Vanhempien (n=16) paino oli painoindeksin mukaan joka neljännellä vanhemmistä normaali ja jokaisessa perheessä toinen tai molemmat vanhemmista olivat liikapainoisia tai lihavia. Oman ilmoituksen mukaan liikapainoisista vanhemmista isät sairastivat äitejä enemmän, normaalipainoiset vanhemmat eivät ilmoittaneet mistään sairauksistaan.

Kyselyyn vastanneet Oulun läänin kouluterveydenhoitajat olivat naisia. Uusintakysely lähetettiin sähköpostilla vuonna 2009 kuntien ilmoittamille 120 kouluterveydenhoitajalle. Vastauksia saatiin 44. Koululääkärin nimenneisiin kuntiin lähetettiin 27 kyselyä ja vastauksia kyselyyn saatiin 5 kappaletta. Koululääkäreille ei lähetetty uusintakyselyä, koska vastausprosentti oli alhainen ensimmäisessä kyselyssä. Kouluterveydenhoitajista osa jätti vastaamatta, koska he toimivat tutkijan saamista tiedoista poiketen lukiolaisten tai ammattikoululaisten parissa. Jos kouluterveydenhoitaja otti yhteyttä ja kysyi vastaako hän, vaikka ei toimi juuri nyt tutkittavan ikäryhmän parissa, tutkija pyysi vastaamaan. Vastaus saatiin kahdelta kouluterveydenhoitajalta vuonna 2006. Suuri osa kouluterveydenhoitajista

kirjoitti vuonna 2009, että he eivät vastaa, koska kyselyjä tulee paljon eikä työ-aika riitä vastaamiseen.

Kaikkien kouluterveydenhoitajien ensisijainen koulutus oli terveydenhoitaja ja sairaanhoitajan ammatin halusi ilmoittaa lisäksi kolme vastaajaa, erikois-sairaanhoitajan koulutuksen yksi ja kättilön yksi. Tutkija ei erotellut vastauksissa muita ilmoitettuja koulutuksia, koska kaikki vastaajat olivat terveydenhoitajia. Kaikki lääkärit ilmoittivat ammatikseen lääkärin, erikoisaloja ei kirjattu. Työko-kemus kouluterveydenhuollossa painottui vuonna 2006 vastaajien kesken (n=84) alle kymmenen vuoden työkokemukseen ja henkilökunnan iän keskiarvo oli 46.5 vuotta, ikäjakauma oli 26–60 vuotta. Vuoden 2009 vastauksissa vastaajien (n=44) työkokemus painottui tasaisesti alle 10 vuotta kouluterveydenhoitajina (n=20) ja yli 10 vuotta (n=24) kouluterveydenhoitajina työskennelleisiin. Vastaajien keski-ikä oli 47 vuotta, ikäjakauman ollessa 31–59 vuotta.

Kouluterveydenhoitajat olivat osallistuneet aktiivisesti ainakin yhteen lasten painonhallintaa koskevaan koulutukseen. Kyselyyn vastanneet viisi lääkäriä eivät olleet osallistuneet koulutukseen.

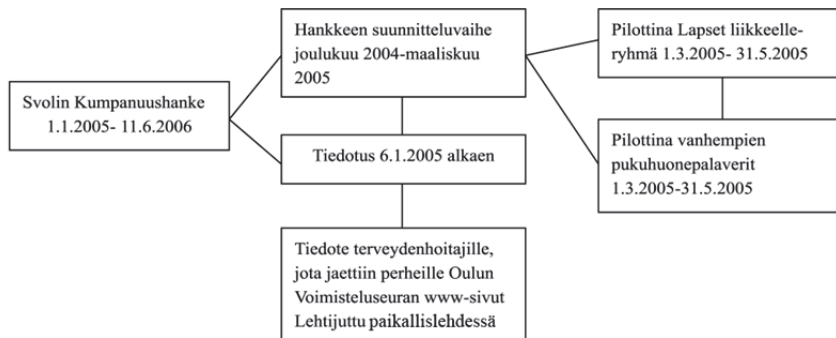
6.1 Pilottiryhmän prosessi keväällä 2005

Tutkijan aloitteesta pidettiin joulukuussa 2004 Oulun kaupungin liikuntavirastossa Svolin Kumppanuushankkeeseen liittyvä suunnittelupalaveri. Oulun Voimisteluseurasta osallistui tutkijan lisäksi kaksi muuta henkilöä, Oulun kaupungin liikuntavirastosta terveysliikunnan suunnittelija ja liikunnanohjaaja sekä Oulun kaupungin kouluterveydenhuollosta kaksi lasten painonhallinnasta kiinnostunutta kouluterveydenhoitajaa. Palaverin tarkoituksena oli miettiä mahdollisuutta aloittaa lasten painonhallintaryhmä Oulun Voimisteluseuran toteuttamana yhteistyössä kouluterveydenhuollon ja liikuntatoimen kanssa. (Liikuntalaki 2001, Komitean mietintö 2001.)

Kouluterveydenhoitajat toimivat helmikuussa 2005 yhdyshenkilöinä koottaessa lasten painonhallinnan pilottiryhmää. Kouluterveydenhoitajat osallistuivat Oulun Voimisteluseuran kutsumina Oulun liikuntaviraston terveysliikunnan suunnittelijan kanssa kahteen yhteistyöpalaveriin tammi-helmikuussa 2005 ja tiedottivat asioista toisille oululaisille kouluterveydenhoitajille, muun muassa kouluterveydenhoitajien palaverissa maaliskuussa 2005. (Kumppanuushanke, pöytäkirjat 2005–2006.)

Helmikuun 2005 aikana kouluterveydenhoitajat olivat ottaneet puhelimitse yhteyttä 11 oululaiseen perheeseen, joissa oli kouluterveydenhoitajan luona pai-

nokontrollissa käyvä 1–4 luokkalainen lapsi. Keskustelussa vanhemmille oli annettu tietoa aloitettavasta lasten painonhallintaryhmästä. Kouluterveydenhoitajat tuntevat toiminta-alueensa perheet ja he suosittelivat osallistumista painonhallintaryhmään perheille, joiden lapsella/lapsilla oli vähintään 20 % liikapainoa ja joilla oli todennäköinen riski painonnousuun, normaali motorinen toimintakyky sekä taidot toimia ryhmässä. Perheille lähetettiin lasten mukana esite ryhmän toiminnasta (Liite 1), tutkijan puhelinnumeron ja sähköpostiosoitteen lisäksi. Perheet päättivät itse, halusivatko he osallistua ryhmän toimintaan. Tutkija ei tiennyt etukäteen, keneen tai kuinka moneen perheeseen oli otettu yhteyttä. Perheille kerrottiin, että vanhemmille järjestetään omaa ohjelmaa lasten ollessa liikuntatunneilla (Kuvio 3).



Kuvio 3. Pilottihankkeen eteneminen vuonna 2005.

Oulun kaupungin terveystarkastusohjeiden mukaan kouluterveydenhoitajat tarkastavat 1–2-luokkalaiset ja 5–6-luokkalaiset lapset. Tutkimusjoukoksi valittiin 1–4-luokkalaiset (n=5000) liikapainoiset lapset, koska ryhmään osallistuville saadaan näin kontrollitarkastus ennen murrosikää, joka on kriittinen aika painonnousulle. (Epstein 1996, Oulun kaupungin terveystarkastusohjeet 2005.)

Pilottiryhmään ilmoittautui kahdeksan perhettä, joista yksi perhe ei kuitenkaan voinut osallistua toimintaan perheen aikatauluongelmien vuoksi. Lasten painonhallinnan pilottiryhmä koostui maaliskuusta toukokuun 2005 loppuun seitsemästä perheestä, joissa oli yhteensä seitsemän lasta. Lapsista viisi oli poikia ja kaksi tyttöä.

Vanhemmat ottivat suoraan yhteyttä tutkijaan. Ryhmä nimettiin ”Lapset liikumaan” -ryhmäksi. Yhteyshenkilöinä olleilta kouluterveydenhoitajilta saadun

suullisen palautteen mukaan vain muutama kouluterveydenhoitaja oli ottanut yhteyttä perheisiin. Vanhemmista yksi ilmoitti saaneensa tiedon lääkäriltä, yksi lehdistärtikkelista ja yksi voimisteluseuran www-sivuilta. Kahdesta perheestä vanhemmat olivat tämän jälkeen olleet ensin yhteydessä kouluterveydenhoitajaan ja sitten tutkijaan. Yhdestä perheestä otettiin suoraan yhteyttä tutkijaan.

Pilottiryhmä kokoontui sunnuntaisin klo 16.00 Oulun urheilutalon peilitalissa, jonka voimisteluseura oli varannut ryhmän käyttöön. Salissa oli liikuntavälineitä (muun muassa palloja, penkkejä, kuminauhoja), cd-soitin ja voimistelumattoja, joita saattoi hyödyntää ryhmän toiminnassa. Ohjaajana oli lapsilla miespuolinen fysioterapeutti ja vanhempien kokoontumisten ohjaajana oli tutkija. Vanhempien tapaamisissa vieraili seuran asiantuntijajäsen kaksi kertaa.

Vanhemmat kokoontuivat kaksi kertaa kuukaudessa urheilutalon yläkerrassa olevassa kokoustilassa lasten ollessa liikuntatunnilla. Vanhempien kokoontumisia kutsuttiin ”pukuhuonepalavereiksi”, koska tutkija halusi tehdä palavereihin osallistumisen mahdollisimman helpoksi vanhemmille. Tutkija yritti luoda epävirallisuutta korostavan ilmapiirin vanhempien tapaamisissa. Luottamuksellisuutta korostettiin ja vanhempia kunnioitettiin vanhempina eikä heidän ratkaisujaan tai tekojaan arvosteltu. Vanhempien mielipiteistä tutkija yritti hakea positiivisia asioita, ja jokainen pienikin yritys perheen painonhallinnassa huomioitiin onnistumisena. Tutkijan toimintaa ohjasi periaate, että jokaisessa perheessä on onnistuneita asioita painonhallinnassa ja ne otetaan käyttöön voimavaroina. Ratkaisua haetaan yhdessä ja toimenpiteet toteutetaan perheen ehdoilla pikkuhiljaa. (Sydänliitto Pieni päätös päivässä 2005.) Asiantuntijavieraana vanhempien ryhmässä kävi kaksi kertaa seuran ohjaaja, joka on suorittanut Suomen Sydänliiton painonhallintakoulutuksen. Ohjaaja kertoi vanhemmille ruokailun ”lautasmallista” ja arkiliikunnan merkityksestä painonhallinnan tukena. Perheille jaettiin ”Porkkana päivässä”-esitteet.

Lasten tuntien toteuttaminen oli jaoteltu sisä- ja ulkoliikuntaan sääolosuhteet huomioiden. Tunnit koostuivat tarinoista, joihin liittyi yleensä liikunnallinen seikkailu seuran välineitä (leikkivarjo, ilmapallot, sählymailat) ja salissa olevia välineitä hyödyntäen. Kerran lapset ja vanhemmat liikkuiivat salissa yhdessä.

Lapsille ja vanhemmille annettiin Liikuntatieteellisen seuran kuntokortit. Kortteja tuli täyttää kuukauden ajan x-merkinnällä aina, kun päivittäinen liikunta oli vähintään 30 minuuttia. Lapset eivät merkinneet koululiikuntaa kortteihin. Kuntokorttien tarkoituksena oli motivoida ryhmäläisiä päivittäiseen liikuntaan. Tutkijan tarkoituksena oli käyttää kuntokortteja tutkimuksen materiaalina ja ohja-

uksen välineenä. Ryhmäläiset olivat täyttäneet korttia ohjeista poiketen eri tavoin. Kortin merkitys jäi pinnalliseksi ja kevyesti motivoivaksi.

Pilottiryhmän vanhemmat antoivat kirjallisesti palautteen ryhmän toimintaan osallistumisestaan ja toiveet syksyllä alkavan ryhmän toteuttamiseksi. Osa vanhemmista oli yllättynyt terveydenhoitajan yhteydenotosta, mutta vanhemmat olivat tyytyväisiä, että ryhmä toteutui ja toivoivat sille jatkoa syksyllä. Ajankohdaksi toivottiin pääsääntöisesti arki- ja alkuiltaa. Vanhemmat halusivat lapsille myös ulkoliikuntaa ja jäivät miettimään, voisivatko vanhemmatkin liikkua yhdessä. Palautteessa kiitettiin sitä, että perheet eivät olleet ”hoidossa”, vaan harrastamassa eikä vanhempia moitittu lasten lihavuudesta. Vanhemmat pitivät tärkeänä, että lapsille ei puhuttu laihduttamisesta, vaan he olivat liikuntakerhossa, jossa sai tietoa myös ravintoasioista. Perheet antoivat ryhmälle nimeksi ”Lapset liikkeelle”-ryhmä.

6.2 Tutkimusryhmän prosessi 2005–2006

Tutkimusprosessi käynnistyi Pilottiryhmän toiminnalla maaliskuussa 2005. Tarkoituksena oli hankkia kokemusta toimivista ratkaisuista ja perheiden toiveista ja odotuksista voimisteluseuran toteuttamassa painonhallintaryhmässä. Pilottiryhmän kokemuksia hyödynnettiin syyskuussa 2005 alkaneessa varsinaisessa tutkimusryhmän toiminnassa.

Oulun kaupungin liikuntatoimen tehtävänä tutkimuksessa oli informoida kaupungin terveysneuvonnassa toimivia henkilöitä asiasta ja toimia sähköpostituksen toteuttajana kaupungin sisäisessä postituksessa. Terveysliikunnan suunnittelija osallistui Svolin Kumppanuushankepalaveriin paikallisesti ja valtakunnallisesti yhdessä tutkijan kanssa. Voimisteluseura maksoi matkat ja ruokailut ja Oulun kaupunki mahdollisti kokoukseen osallistumisen työajalla. Liikunta-toimi antoi seuralle taloudellista tukea lasten liikuntaryhmän ohjaajan palkkaamiseksi. (Liikuntalaki 1998, 2001.) Kouluterveydenhuollon edustajat informoivat perheitä, joilla oli lapsi tai lapsia, jotka täyttivät liikapainoisuuden tai lihavuuden kriteerit (Lasten lihavuus: Käypä hoito-suositus 2005) lasten painonhallintaa tukevasta ryhmästä ja antoivat esitteen toiminnasta lapselle kotiin vietäväksi. Kouluterveydenhoitajat soittivat myös lasten vanhemmille alkavasta ryhmätoiminnasta.

Oulun Voimisteluseura (OVos) järjesti ohjaajat lasten ryhmälle, tutkija vastasi vanhempien ryhmästä. Tutkija suunnitteli pilottiryhmän vanhempien ohjelman ja

teki pilottiryhmän palautteen ohjaamana (Kumppanuushanke, Päiväkirja 2005) ohjelman 1.9.2005 aloittaneelle tutkimusryhmälle.

Lasten pilottiryhmän ja tutkimusryhmän ohjelman teki lasten ryhmän fysioterapeuttiohjaaja yhdessä tutkijan kanssa (Liite 2). Voimisteluseura vastasi myös ohjaajien koulutuksesta. Tarkoituksena oli, että syksyllä 2005 olisi toiminnassa kaksi lasten painonhallintaryhmää, jossa kummassakin olisi vanhemmille ja lapsille erikseen ja yhdessä ohjattua toimintaa.

Tutkimusryhmää koottiin kouluterveydenhoitajien aktiivisuuteen luottaen samoilla kriteereillä kuin pilottiryhmäkin, elokuun lopulta syyskuun 2005 ajan. Tutkija lähetti kouluterveydenhoitajille ja liikuntaviraston suunnittelijalle tarkennetun esitteen jaettavaksi koululääkäreille, kouluterveydenhoitajille ja perheille. Ryhmän aloittamisesta ilmoitettiin myös Sydänliiton ”Pieni päätös Päivässä” -videokoulutuksessa Oulussa 20.9.2005, koska tilaisuudessa oli useita kouluterveydenhoitajia. Tutkijan ohjeena kouluterveydenhoitajille oli, että he ohjaisivat terveystarkastuksista 1–4-luokkalaisia liikapainon kriteerit täyttäviä lapsia ja heidän perheitään ryhmään. Paikallislehdissä oli ilmoituksia lasten painonhallintaryhmän alkamisesta ja tieto oli myös liikuntaviraston ja voimisteluseuran www-sivuilla.

Tutkijan suunnitelmana oli, että yhtä aikaa toteutetaan pilottiryhmän jatko-toiminta ja uuden, varsinaisen tutkimusryhmän aloitus. Pilottiryhmään osallistuneille kerrottiin mahdollisuudesta jatkaa toimintaa syksyllä 2005. Tutkijan tarkoituksena oli, että pilottiryhmän toiminnasta kerätään kokemuksia ja tietoa, joita voisi toteuttaa rinnakkain toimintansa aloittavassa tutkimusryhmässä. Pilottiryhmän lasten liikunnan ohjaajaa suunniteltiin tutkimusryhmän ohjaajaksi ja naisfysioterapeutti, joka oli toiminut sijaisena muutaman kerran pilottiryhmässä, jatkaisi tämän ryhmän toimintaa. Pilottiryhmän oli tarkoitus jatkaa entisessä paikassa Urheilutalolla entisenä ajankohtana ja uudelle ryhmälle saatiin tila Raksilan uimahallin liikuntatilasta eri viikonpäivänä.

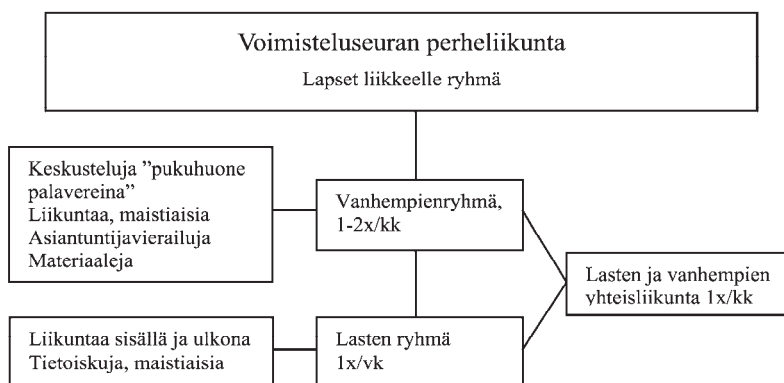
Pilottiryhmästä jatkoi toimintaa kolme perhettä ja neljäs perhe ilmoitti siirtyvänsä seuran toiseen liikuntaryhmään. Kolme perhettä ei ottanut syksyllä yhteyttä. Perheitä ei ilmoittautunut toivotulla tavalla, ja tutkija päätti yhdistää ryhmät syyskuun lopulla yhdeksi lasten ja yhdeksi vanhempien ryhmäksi. Lasten ryhmän ohjausvastuun otti miesfysioterapeutti, vanhempien ryhmän ohjausvastuun tutkija.

Tutkijalle selvisi, että osalla kouluterveydenhoitajista oli syksyllä 2005 tarkastettavanaan 5–6-luokkalaiset oppilaat eivätkä he edes tavoittaneet terveystarkastuksissa tutkimusryhmään iältään sopivia oppilaita. Vain pieni osa kouluterveydenhoitajista oli sitoutunut kutsumaan perheitä toimintaan. Jotkut koulu-

veydenhoitajista kertoivat, etteivät he tienneet asiasta mitään tai eivät ehtineet kannustaa perheitä osallistumaan ryhmän toimintaan. Muutama koulu-terveydenhoitajista kieltäytyi yhteistyöstä työkiireisiin vedoten ja kaksi koulu-terveydenhoitajista ilmoitti, etteivät halua olla voimisteluseuran ”mainostoimisto”.

Lokakuun alussa 2005 tutkimusryhmän kooksi oli vakiintunut kymmenen oululaista perhettä, joissa oli 12 lasta. Lapset olivat iältään 8–11-vuotiaita. Tyttöjä oli ryhmässä viisi ja poikia seitsemän. Ryhmän kokoontumispaikaksi tuli Raksilan uimahallin liikuntasali, jossa on paljon välineitä, uimahalli samassa talossa ja ympäristö sopiva ulkoliikuntaan. Ryhmä kokoontui keskiviikkoisin kello 17.30–18.30. Syksyllä 2005 kokoontumisia oli 13 ja keväällä 2006 15 kokoontumista.

Vanhemmille vuokrattiin ”pukuhuonepalavereja” varten neuvotteluhuone tai he kokoontuivat kahvion takana olevassa avoimessa kokoustilassa. Vanhempien kokoontumisia oli syksyllä 2005 seitsemän ja keväällä 2006 kymmenen. Tutkija teki pilottiryhmän kirjallisen palautteen perusteella vanhemmille syksyksi ohjelman, jota vanhemmilla oli mahdollisuus täydentää. Lasten ohjelmat jaettiin sisä- ja ulkoliikunnan mukaan. Lasten ryhmän ohjaaja vastasi pääasiassa lasten tuntien sisällön suunnittelusta. Syksyllä lasten ja vanhempien yhteistä liikuntaa oli kaksi kertaa (uinti ja sisäpelit) ja keväällä 2006 viisi kertaa (luistelu, pallopelit, uinti, seikkailu ja luontopolku). (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Lasten painonhallintaryhmän toteutus 2005–2006.

Tammikuussa 2006 lasten ryhmän toiseksi ohjaajaksi seura palkkasi naisohjaajan, joka on ammatiltaan lähihoitaja ja jonka seura on kouluttanut Svolin liikuntaleik-

kikouluohjaajaksi. Ryhmä oli liian suuri hallittavaksi yhdelle ohjaajalle, koska tyttöjen ja poikien intressit olivat erilaiset ja ryhmässä oli kaksi vilkasta lasta, jotka vaativat erityishuomiota ohjaajalta. Osa lapsista jäi pois ryhmästä vilkkaiden lasten aiheuttaman häiriön takia. Seura halusi varmistaa kahden ohjaajan voimin ryhmän toiminnan turvallisuuden, jatkuvuuden ja tasapuolisuuden. Samalla ohjaajille taattiin toisiltaan saama vertaistuki.

Aina, kun vanhemmat kokoontuivat, tutkija kävi tervehtimässä myös tutkimusryhmän lapsia ja ohjaajia. Tutkija tuli tutuksi lapsille ja aineistonkeruu heidän kanssaan kävi luontevasti. Vanhempien toivomuksesta heille lisättiin kevään ohjelmaan liikuntakokeiluja, jotka toteutettiin pääasiassa yhdessä lasten kanssa. Erillisinä kokoontumisina tutustuttiin saunakävelyyn, askel- ja sykemittareiden käytön opetteluun sekä keppijumppaan.

6.3 Vanhempien haastattelut ja mittaukset

Vanhemmat osallistuivat syksyn 2005 aikana parihaastatteluun ja keväällä 2006 ryhmähaastatteluihin. Vanhempien haastattelun teemakysymykset muodostuivat tutkimusongelmien perusteella. Keskustelun teemat olivat:

1. Perheen nykytilanne, jäsenet, harrastaminen
2. Miksi perhe osallistuu ”lapset liikkeelle”-ryhmään, mistä he saivat tiedon ryhmän toiminnasta?
3. Minkälainen merkitys painoasioilla on perheelle?
4. Minkälaisia toimenpiteitä on aikaisemmin tehty painonhallinnan hyväksi, kuinka toimenpiteissä on onnistuttu?
5. Minkälaisia odotuksia, toiveita, alkusyksyn kokemuksia perheellä on ryhmän toiminnasta?

Tutkija valitsi tiedonhankintakeinoksi haastattelun, koska se menetelmänä oli lähellä keskustelua ja haastattelun aikana saattoi tarkentaa kysymyksiä ja vastauksia. Haastattelu oli luonteva tapa kysyä asioista, joihin vastaaminen saattaa kirjoitettuna jäädä puutteelliseksi tai vastauksista voi syntyä väärinkäsityksiä. Tutkijalle ja haastateltaville voimisteluseuran toimiminen lasten painonhallinnan organisoijana oli uusi asia. Haastattelu oli lähinnä keskustelua ja parihaastattelutilanteessa haastateltavat saivat toisistaan tukea. Toisaalta haastattelijan tuli olla vastausten suhteen kriittinen siinä, etteivät haastateltavat antaneet sosiaalisesti toivottuja vastauksia. (Hirsjärvi ym. 2000, Tuomi & Sarajärvi 2004.) Perhetilanteen mukaan

kolmea vanhempaa haastateltiin yksin ja yksi perhe antoi vastauksen kirjallisesti sähköpostilla.

Haastattelut videoitiin, jotta tutkija erottaisi selkeästi vastaajat toisistaan. Vanhemmilta pyydettiin lupa videointiin. Haastattelija kirjoitti vastauksia koko haastattelun ajan, jotta teksti täydentäisi mahdollista heikkoa kuuluvuutta videolla. (Eskola & Suoranta 2008.) Kaksi haastattelua toteutettiin videoimatta, koska videolaite oli epäkunnossa. Haastattelija keskittyi tällöin erityisesti vastausten kirjoittamiseen oikean käsityksen saamiseksi. Tutkija tarkensi tekstiä kysymällä haastateltavilta varmuuksia, jos jotain asioita tuntui kerrottavan liian nopeasti kirjoitusvauhtiin nähden. Kuvanauhaa kertyi parihaastatteluista 9 tuntia ja litteroitua tekstiä 65 sivua.

Haastattelut toteutettiin perheiden kotona, kahta lukuun ottamatta. Yksi haastattelu toteutettiin tutkijan työpaikalla, koska haastateltavan aviopuoliso ei halunnut, että haastattelu tehdään. Haastatteluun osallistunut henkilö oli motivoitunut ryhmän toiminnasta, mutta hän ei halunnut vaikeuksia puolisonsa kanssa. Yksi perhe antoi vastaukset kirjallisesti sähköpostitse, koska perheen henkilökohtaisten asioiden takia yhteistä aikaa haastattelulle ei löytynyt. Kahdessa muussa perheessä toinen vanhemmista ei halunnut osallistua haastatteluun, kahdessa perheessä oli yksinhuoltaja. Yksi perhe kymmenestä ei osallistunut haastatteluun.

Haastatteluista sovittiin henkilökohtaisesti etukäteen. Haastattelutilanteessa tutkija kevensi tunnelmaa tervehtimällä perheenjäseniä puhumalla ensin yleisistä asioista. Haastateltavat tarjosivat kahvia haastattelun lomassa, mikä loi luontevan tunnelman haastattelulle. Haastatteluajaksi sovittiin perheen ehdottama aika. Etukäteen perhettä pyydettiin varaamaan haastatteluun aikaa noin tunti. Haastattelun alkaessa tutkija muistutti luottamuksellisuudesta ja siitä, että perheillä oli oikeus keskeyttää haastattelu, mikäli haluavat. Haastateltavat saivat tutustua tarvitsemansa ajan teemoihin ja paperi oli heillä nähtävillä koko haastattelun ajan. Näin oli helppo palata edellisiin kysymyksiin ja täydentää vastauksia tarvittaessa. Tutkija luki teemakysymyksen ääneen ja pyysi vanhempia kertomaan vapaasti, mitä asioita kysymys tuo mieleen. Tutkija saattoi tehdä tarkentavia kysymyksiä haastattelun aikana. Tutkija kirjoitti koko ajan vastauksia ja tilanne videoitiin. Haastattelun päätyttyä keskusteltiin yleisiä asioita ja tutkija muistutti ryhmän toiminnasta ja kiitti haastattelusta. (Tuomi & Sarajärvi 2004.)

Vanhempien ryhmähaastattelut

Vanhempien ryhmähaastattelut videoitiin viisi kertaa. Ryhmähaastattelut toteutettiin lasten liikuntatuntien aikana, erikseen varatussa huoneessa. Keskustelut videoitiin analysoinnin helpottamiseksi, ja tutkija litteroi nauhat myöhemmin sisällön analyysia varten. Videonauhalle tallentui keskustelua viisi tuntia, josta tutkimuksessa käytetään noin puolentoista tunnin osuus. Haastattelussa koottiin kokemuksia toteutuneesta ryhmätoiminnasta ja litteroitua tekstiä kertyi 23 sivua. Vanhemmille kerrottiin etukäteen videoinnista pukuhuonepalaverissa, yhteisestä keskusteluteemasta ja siitä, että ryhmähaastattelu liittyi tutkimukseen. (Krueger & Casey 2000.) Ryhmähaastattelun aiheina olivat ryhmätoiminnasta saatujen kokemusten lisäksi muun muassa ruokailuun liittyvä aihe resepteineen ja tuoteselostuksineen, vanhempien rooli painonhallinnassa sekä liikunnan terveystvaikutukset.

Ryhmähaastattelu on luonteva tapa saada vastauksia ryhmäläisiltä uudesta aiheesta. Ryhmähaastatteluihin päädyttiin myös vanhempien aikataulusyistä. Tutkija johti keskustelua, mutta vanhemmilla oli koko ajan mahdollisuus tehdä tärkeitä kysymyksiä ja vertailla toistensa vastauksia. Keskustelu sai poiketa teemasta, jos se oli omiaan lisäämään keskusteluaktiivisuutta. Tutkija kysyi vastauksia kaikilta, jos hän huomasi, että joku vanhemmista vetäytyi hiljaisuuteen. Keskustelijat myös kannustivat toisiaan keskustelemaan ja toisaalta saattoivat kontrolloida keskustelua. Ryhmäkeskusteluja toteutettaessa vanhemmat olivat jo tutustuneet toisiinsa ja se helpotti luottamuksellisen keskustelun syntyä. (Krueger & Casey 2000.)

Vyötärön ympärysmitta ja paino

Vanhemmilta mitattu vyötärön ympäryys valittiin mittariksi mittauksen käyttökelpoisuuden ja objektiivisuuden takia. Mittaus oli helppo suorittaa harrastusolosuhteissa ja tutkijan oli vaivatonta kuljettaa mittanauhaa mukanaan. Mittaus tehtiin kolme kertaa peräkkäin ja vastaukseksi kirjattiin mittaustulosten keskiarvo. Tutkija varmisti, että mittanauha kulki samalla korkeudella vyötärön eri osissa. Vakioidun jalkojen asennon varmistamiseksi, tutkittavan jalkaterien välissä oli VHS-videokasetti ja tutkittava seiso i paino kummallakin jalalla. Tutkija ohjasi vanhempia seisomaan tavalliseen tapaan ja mittaus toteutettiin alimman kylkiluun ja suoliluun harjanteen puolivälistä normaalin uloshengityksen loppuvaiheessa. Tutkitavalla sai olla ohut paita päällä eikä asentoa saanut muuttaa hengityksen tai painonsiirron avulla. (Fogelholm 2004.) Mittaus toteutettiin toisista ryhmäläisistä

erillään ja mittaustulos ilmoitettiin vain mitattavalle. Tutkija kirjasi tuloksen omaan tilastoonsa. Vyötärönympäryys kuvaa rasvan määrää keskivartalossa. Rasva kerääntyy sisäelinten ympärille ja on terveysriski yksin ja yhdessä kohonneiden verenpaineen, kolesterolin ja sokeriarvojen kanssa. Diabetesliiton suositukset vyötärön ympärysmittaksi naisille ovat 80 cm tai alle ja miehille 94 cm tai alle. Aikuisten lihavuusskriteerinä Käypä hoito-suosituksissa käytetään naisilla 80 cm:n ja miehillä 90 cm:n lukuja raja-arvoja. Vyötärönympäryksen suureutuessa riski sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin kasvaa. (Fogelholm & Kaukua 2005.)

Vanhempia punnittiin kolme kertaa intervention aikana samalla digitaali-vaa’alla. He riisivat kengät ja päällimmäiset puserot niin, että punnitushetkellä päällä oli yksi pusero. Järjestely oli helppo muistaa eri kerroilla. Mittausajankohta oli kiinteän salivuoron takia samanaikainen joka kerta. Mittaus toteutettiin toisista ryhmäläisistä erillään ja tulos ilmoitettiin vain mitattavalle henkilölle. Painoa tutkija ei kirjannut ylös, koska vanhemmat olivat muutenkin väsyneitä jatkuvaan punnitukseen lapsen ja omalla kohdallaan. Mittauksen tarkoituksena oli olla motivaatiota lisäävä, jos vanhemmat halusivat seurata painonsa kehittymistä intervention aikana. Painon seuranta antaa viitteitä kokonaispainosta, mutta se ei kerro välttämättä lihavuudesta. Harjoitetut lihakset painavat ja siksi kuntoharjoittelun alettua paino ei välttämättä laske. Normaali-paino aikuisella on suhteessa pituuteen. Painoindeksitaulukossa on kuvattu 170 cm pitkän henkilön normaalipainoksi 58–70 kg. (Fogelholm & Kaukua 2005.)

Huhtikuussa 2007, vuosi intervention päättymisen jälkeen, lähetettiin vanhemmille sähköpostilla kysely painosta, pituudesta, vyötärönympäryksestä, perheen liikuntaharrastuksista, ruokailutottumuksista ja terveydentilasta. Tutkija halusi selvittää intervention vaikutusta pitkän ajan kuluessa prosessista.

Diabeteksen riskitesti

Diabeteksen riskitesti on suunniteltu, jotta tyypin 2 diabeteksen sairastumisriski voitaisiin todeta mahdollisimman varhain. Lomake on osa kansallista diabeteksen ennaltaehkäisyohjelmaa. Arviointilomakkeessa on kahdeksan monivalintakysymystä, joista jokaisesta saa pisteitä. Kysymyksillä selvitetään vastaajan sukupuoli ja ikä, lyhyesti liikunta- ja ruokailutottumukset, painoindeksi ja vyötärönympäryys sekä verenpaine-lääkitys, lähisukulaisten diabetes ja omat verensokerin arvot. Lomake on tarkoitettu itsenäisesti täytettäväksi ja sitä jaetaan esimerkiksi apteekkeissa, työterveysasemilla ja sähköisenä versiona muun muassa Diabetesliiton www-sivuilla. Lomakkeessa on arvio yhteispisteiden merkityksestä ris-

kiin sairastua tyypin 2 diabetekseen kymmenen vuoden kuluessa. Lomakkeen kääntöpuolella kerrotaan vastaajan omista mahdollisuuksista vaikuttaa sairastumisriskin pienentämiseksi. Testin yhteispistemäärän mukaan neuvotaan, miten tulee toimia. Vastaajan apuna on esimerkki painoindeksin laskemisesta ja painoindeksitaulukko. (Lindström & Tuomilehto 2003, www.diabetes.fi.)

Vanhempien arvio omasta fyysisestä kunnostaan

Huhti-toukokuun 2006 aikana vanhemmat vastasivat kirjallisesti kuntotestiin. ”Lähde liikkeelle – terveysliikkujan opas” on Hyvä Terveys -lehden ja Suomalainen Lääkäriseura Duodecimien kokoama lehtinen kuntoilua aloittaville henkilöille. Asiantuntijoiden opastuksella oppaassa kerrotaan selkeästi liikunnan aloittamisesta, syistä harrastaa liikuntaa ja keinoista liikkua. Liikuntaan tottumattomille sopii oppaassa oleva kuntotesti, joka ei vaadi testattavalta liikkumista, vaan arvio kunnosta tehdään kirjallisesti. (Hietaniemi ym. 2006.) Tutkijan päätöksellä kirjallista kuntotestiä eikä muita kuntotestejä tehty intervention alussa. Henkilöt, jotka eivät ole tottuneet liikkumaan säännöllisesti, eivät suoriudu testeistä niin, että saisivat kaikista osioista tuloksen. Motivoinnin kannalta valittiin intervention loppuvaiheeseen kirjallinen testi. Intervention jatkuessa kestävyyskuntoa ja lihasvoimaa kuvaavat testit olisivat olleet tarkoituksenmukaisia.

Kuntotestissä on kuvattu liikkumista ja jaksamista asteikolla Hyvä 5, Hyvänlainen 4, Kohtalainen 3, Huononlainen 2 ja Huono 1. Vastaaja ympyröi itselleen sopivan kuntotason verrattessaan liikkumisen kuvausta omaan liikkumiseensa ja jaksamiseensa. Opas kertoo tulosten mukaan miten ja kuinka paljon tulisi liikkua, jotta saavuttaa seuraavan, paremman kuntotason. Oppaassa kehoitetaan rikkomaan totuttuja rasiustasoja, koska samanlainen liikunta ylläpitää kuntoa, mutta ei kehitä sitä. Viimeisillä sivuilla kerrotaan liikunnan terveysvaikutuksista ja tulosten seuraamisesta itsenäisesti. (Hietaniemi ym. 2006.)

6.4 Lasten haastattelu ja mittaukset

Tutkija haastatteli lapsia kerran kevään 2006 aikana. Lapset (n=8) vastasivat tunnin alussa vuorotellen ja yksittäin neljään kysymykseen. Toiset ryhmäläiset eivät kuulleet keskustelua. Tutkija luki kysymyksen lapselle ja toisti sen tarvittaessa. Vastaus kirjoitettiin samalla, kun lapsi puhui ja tutkija kysyi tarkennuksia, mikäli ei ymmärtänyt lapsen vastausta.

Lapset arvioivat kolmen kasvokuvan ja haastattelun avulla ryhmän toimintaa ja omaa kiinnostustaan ryhmän toimintaa kohtaan. Kuvat olivat pyöreitä kasvokuvia, joissa yhdessä oli hymyilevä kuva, joka kuvasti positiivista vastausta, ”erittäin kivaa, hauskaa, tärkeää”. Toisessa kuvassa oli neutraali ilme, joka kuvasi ”ihan sama, en osaa sanoa, ehkä” -vastauksia. Kolmannessa kuvassa suupielet olivat alaspäin ja sillä vastattiin, ”en pidä, en halua, ei ole tärkeä” -tyyppisiä vastauksia. Jokaisen kysymyksen kohdalla selostettiin lapsille kuvien merkitys.

- Kysymys 1. Mitä ajattelet tällaisista yhteisistä liikuntatunneista vanhempien kanssa? Valitse kuvista yksi, joka kuvaa, kuinka tärkeitä nämä tunnit ovat Sinulle.
- Kysymys 2. Miksi Sinä käyt tällä liikuntakerhossa? Näytä kuvista, kuinka tärkeä tämä liikuntakerho on sinulle.
- Kysymys 3. Mikä tässä liikuntakerhossa on parasta? Jos saat päättää, näytä kuvista, jatkatko liikuntakerhossa ensi syksynä.
- Kysymys 4. Mieti tarkkaan. Kun olet käynyt liikuntakerhossa, onko jokin asia muuttunut sinussa tai elämässäsi?

Lasten painoa seurattiin kolme kertaa intervention aikana. Jos lapsi oli kouluterveydenhoitajan painotarkkailussa, hän kävi kontrolleissa edelleen. Paino katsottiin liikuntatunnin alussa yksi lapsi kerrallaan. Punnitus tehtiin samalla digitaali-vaa’alla kuin vanhempien mittauksetkin ja lapset punnittiin paljain jaloin liikuntasussa. Lapsen paino kirjattiin tilastoihin, koska lapsen painon seuraamiseen on seuratoiminnassa vähän mittausten menetelmiä.

Vuoden kuluttua intervention päättymisestä perheille lähetettiin sähköpostilla kysely lapsen painon kehittymisestä ja liikuntaharrastuksista.

6.5 Oulun läänin kouluterveydenhoitajien kysely

Kysely lähetettiin alkuperäisen suunnitelman mukaisesti kaikille Oulun läänin koulu-terveydenhoitajille ja koululääkäreille. Saatekirjeessä (Liite 3) kerrottiin lasten painonhallintaan liittyvästä tutkimuksesta Oulun yliopiston Kansanterveystieteen- ja yleislääketieteen laitoksella (nykyisin Terveystieteiden laitos). Kirjeessä painotettiin kouluterveydenhuollossa työskentelevien osuutta 1–4-luokkalaisten lasten painonhallinnassa. Vastaanottajille kerrottiin myös, että tutkimuksen tarkoituksena on kehittää kouluterveydenhuollon mahdollisuuksia toimia lasten painonhallinnan hyväksi.

Taustakysymykset olivat kysymyksiä, joihin vastaaja vastasi merkitsemällä x-kirjaimen itselleen sopivan vaihtoehdon kohtaan tai kirjoittamalla vastauksen. Tutkija halusi tietää kouluterveydenhuollossa työskentelevien sukupuolen, työkokemuksen ja iän. Tutkijaa kiinnosti selvittää, kuinka moni vastaajista oli osallistunut kansallisessa tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyohjelmassa toteutettuun lasten painonhallinnan koulutukseen. Samalla saatiin vastaus muiden mahdollisten tahojen järjestämistä lasten painonhallintaan liittyvistä koulutuksista Oulun läänin alueella.

Ensimmäisellä avokysymyksellä kysyttiin kouluterveydenhuollossa työskentelevien henkilöiden näkemyksiä lasten painonnousun syistä. Vastaajat ovat asiantuntijoita lasten ja heidän perheittensä terveydentilan seurannassa ja ohjauksessa, joten tutkija oletti, että kouluterveydenhuollon henkilökunnalla on kokemusta ja käsitys, miksi lasten paino on noussut. Toisessa kysymyksessä selvitettiin, minkälaista yhteistyötä vastaajat tekevät yleensäkin perheiden kanssa. Kysymys valaisee, mitä kouluterveydenhuollon asiantuntijat tarkoittavat yhteistyöllä perheiden kanssa ja mitä se käytännössä on. Vastaukset ilmaisevat myös, kuinka tiivis suhde asiantuntijoilla on perheisiin. Kolmannella kysymyksellä kartoitettiin keinoja, joita vastaajilla on käytettävissään, kun he toteavat lapsen liikapainon tai riskin lihota. Tutkija uskoi, että käytössä olevia työtapoja voidaan hyödyntää mahdollisessa yhteistyössä julkisen terveydenhuollon ja vapaaehtoistoimijan kesken. Neljännessä kysymyksessä vastaajilla oli mahdollisuus tuoda esille omia näkemyksiään siitä, miten lasten painonhallinta tulisi järjestää kouluterveydenhuollon näkökulmasta. Tutkija luotti kouluterveydenhuollossa toimivien asiantuntijuuteen lasten painonhallinnan ohjauksen organisoimiseksi, mikäli heillä olisi siihen mahdollisuus.

Tutkija soitti Oulun läänin lääninlääkärille saadakseen luettelon läänin kouluterveydenhoitajista ja koululääkäreistä. Selvisi, että nimiluetteloa ei ollut. Tutkija soitti maaliskuussa 2006 jokaiseen Oulun läänin kuntaan ja otti yhteyttä terveyskeskuksen johtavaan hoitajaan. Kaikkia johtavia hoitajia ei tavoitettu, joten tutkija soitti suoraan kouluterveydenhoitajille ja pyysi kouluterveydenhuollossa toimivien kouluterveydenhoitajien ja koululääkäreiden yhteystiedot. Terveyskeskuksissa on väestövastuutoimintaa ja vain 27 lääkäriä nimettiin puhelinkeskustelun perusteella koululääkäreiksi. Monissa kunnissa sanottiin, että heillä ei ole kouluterveydenhuollossa ollenkaan lääkäripalveluita. Kouluterveydenhoitajien nimiä tutkija sai 163, joista 147 tavoitettiin. Tutkija kirjasi ylös jokaisen nimen ja yhteystiedot. Johtavilta hoitajilta ja kouluterveydenhoitajilta kysyttiin, oliko henkilökunnalla mahdollisuutta vastata kyselyyn sähköpostitse. Mikäli näin ei ollut, heille postitet-

tiin kyselylomake vastauskuorineen. Vastaaminen oli kouluterveydenhoitajille vapaaehtoista.

Kyselyt kouluterveydenhoitajille lähetettiin sähköpostitse ja kirjeellä viikolla 11 ja muistutussoitot ja sähköpostimuistutukset yhdelle henkilölle työyksikössä toteutettiin viikolla 15. Samalla kerrottiin yhdyshenkilöille, että vastauksia odotetaan vielä viikolla 17. Tutkija lähetti muistutussähköpostia ja otti puhelimitse yhteyttä kouluterveydenhoitajiin vielä viikolla 32. Kouluterveydenhoitajille lähetettiin sama kysely uusintana toukokuussa 2009. Tällöin yhteystiedot saatiin 120 kouluterveydenhoitajalle. Lähes kaikkien yhteystiedot olivat kunnan omilla www-sivuilla. Vastauksia pyydettiin muistutussähköpostilla vielä kesäkuussa ja elokuussa 2009. Koululääkäreille ei uusintakyselyä lähetetty.

6.6 Suomen Voimisteluliiton (Svoli ry) seurojen toimijoiden kysely

Voimisteluseuroille lähetetyssä saatekirjeessä (Liite 4) tutkija kertoi olevansa voimisteluseuran puheenjohtaja (2006) ja ohjaaja (2009) ja pyysi voimisteluseurojen edustajia vastaamaan kyselyyn. Suomen voimisteluliitosta saadut yhteystiedot olivat seurojen virallisten postinsaajien, käytännössä puheenjohtajien, toiminnanjohtajien tai sihteerien tietoja ja posti osoitettiin heille. Vuonna 2009 lähes kaikki seurojen yhteystiedot olivat Svolin www-sivuilla.

Taustatietolomakkeella tutkija kysyi, millä Svolin maantieteellisellä alueella seura toimii ja mikä on seuran jäsenmäärä. Vastaajan sukupuoli, ikä ja rooli seura-toiminnassa olivat seuraavat kysymykset. Seurojen toimijoilta kysyttiin myös, onko seurassa Jumbapakouluryhmiä, erityisryhmiä, lasten tai aikuisten painonhallintaryhmiä. Vastaaja kirjoitti rastin ruutuun monivalintakysymyksissä ja kirjoittamalla iän ja vastuutehtävänsä seurassa. Taustakysymyksillä tutkija halusi luoda viitekehysten seuran toimintaympäristöstä. Pienen ja suuren seuran toimintamahdollisuudet voivat olla hyvin erilaiset, ja maantieteellisen asema saattaa vaikuttaa mahdollisuuksiin kouluttautua tai rekrytoida ohjaajia.

Ensimmäisellä avokysymyksellä tutkija halusi tietää, miten lasten lisääntyvä lihavuus näkyy seurojen voimistelutunneilla. Tutkijan seurakokemuksen mukaan voimisteluseurassa säännöllisesti harrastavat lapset mielletään esiintymis- ja kilpailuryhmien mukaan normaalipainoisiksi tai hoikiksi. Pelkät harrasteryhmät tulevat harvoin yleisön eteen, vaan toimivat ohjaajan kanssa suljettujen ovien takana. Toisella avokysymyksellä selvitettiin lasten lihavuuden syytä voimisteluseurojen toimijoiden kokemuksen ja näkemyksen mukaan. Tutkija oletti, että seuratyöhön saattaisi välittyä, vanhempien kanssa tehtävän yhteistyön seurauksena,

kotien vaikutusta tai muita toiminnassa esille tulevia syitä. Kolmannella kysymyksellä tiedusteltiin seurojen yhteistyöstä perheiden kanssa. Tutkija tiesi liiton suositukset pelisääntöpalavereista ja muusta toivotusta yhteydenpidosta vanhempien kanssa sekä kokemukseen perustuen esiintyvien ja kilpailevien ryhmien yhteistyötarpeet perheiden kanssa. Tutkija halusi tietää, miten seurojen toimijat ymmärtävät yhteistyön ja mitä se on. Neljännellä kysymyksellä tutkija halusi selvittää, mitä keinoja seuroissa on hallita lasten painonnousua. Kysymyksellä tuotiin esille seurojen toimijoiden tietoon ja kokemukseen perustuvaa tapaa huomioida erilaiset liikkujat ryhmässä. Samalla kysymys valottaa seuran suhtautumista erilaisiin liikkujiin. Viimeinen kysymys antoi tietoa seurojen toimijoiden kiinnostuksesta ja mahdollisuuksista toimia lasten painonhallinnan hyväksi. Kysymyksellä selvitettiin seurojen alustavaa valmiutta ja halua toimia yhteistyössä eri toimijoiden kanssa.

Svolilaisten seurojen yhteystiedot tutkija sai Svolin Pohjois-Suomen alueen aluepäälliköltä liiton pääsihteerin suullisella luvalla. Sähköpostiosoite oli 248 seuran viralliselle postinsaajalle ja postiosoite 70 seuraan. Myöhemmin tutkija pyysi liitolta myös jumppakoulu- ja 1–4-luokkalaisten harrastevastaavien yhteystiedot alhaisen vastausprosentin takia.

Tutkija lähetti viikolla 11 sähköpostitse saatekirjeen ja kyselylomakkeet svolilaisille seuroille, joiden sähköposti oli tiedossa. Osoitteista ei toiminut 22. Tutkija postitti kyselyn 70 seuralle, joilla ei ollut sähköpostiosoitetta ja lisäksi niille, joiden sähköposti ei ollut käytössä. Vastauksia tuli määräaikaan mennessä 64, joka on 20 % koko määrästä (n=318). Muistutussähköpostit lähtivät viikolla 14. Tämä tuotti 12 vastausta. Koska vastausaktiivisuus oli alhainen, tutkija otti yhteyttä vielä jumppakouluvastaaviin sähköpostitse. Saatekirjeessä kerrottiin, että kyselyt olivat menneet seuran virallisille postinsaajille, mutta nyt kyselyn saajia pyydettiin toimimaan viestinviejinä seuraan ja muistuttamaan kyselystä. Heille annettiin myös mahdollisuus vastata, jos seurasta postinsaaja ei ollut vastannut kyselyyn. Tämä tuotti 38 vastausta lisää, jolloin vastausprosentti nousi 32 %:iin kokonaismäärästä. Jumppakoulu- ja harrastevastaavien sähköpostilistasta palautui 37 osoitetta. Lopulta vastaukset rajattiin niihin voimisteluseuroihin, joissa on lasten ja nuorten toimintaa (n=243). Svolin syyskokouksessa marraskuussa 2006 tutkija käytti puheenvuoron kyselystä ja se tuotti vielä vastauksia niin, että vastausprosentiksi tuli 52 %.

Seuroille lähetettiin uusintakysely toukokuussa 2009. Muistutussähköposteja laitettiin kesäkuussa ja elokuussa 2009. Uusintakysely toimitettiin seuroihin, jotka olivat ilmoittaneet sähköpostiosoitteen. Sähköpostiosoite oli toimiva 143 lasten ja

nuorten toimintaa järjestävällä seuralla. Vastauksia saatiin 83, vastausprosentin ollessa 58 %.

7 Aineiston analyysi

Sisällön analyysillä (content analysis) haetaan tutkittavan ilmiön laatua ja pyritään selvittämään, minkälaisen merkityksen (meaning) tutkittavat antavat asialle. Cavanagh (1997) painottaa, että merkitysten lisäksi sisällön analyysissä käsitellään tarkoituksia ja aikomuksia (intentions), seurauksia (consequences) sekä yhteyksiä (contexts). Tarkoituksena on siis saada aineistosta esille enemmän kuin pelkkä kuvaus. Laadullinen (kvalitatiivinen) tutkimus antaa mahdollisuuden tarkastella aineistoa monipuolisesti eri näkökulmista. Tässä työssä lasten lihavuutta tarkastellaan perheen, kouluterveydenhuollon ja voimisteluseuran näkökulmasta. Aineistosta saadut havainnot eivät itsessään ole tutkimustuloksia, vaan havaintoja yhdistellään ja peilataan aikaisempaan tutkimustietoon ja tutkimusongelmiin. Saaduista lopullisista tulkinnoista (kategorioista) tehdään johtopäätöksiä, jotka esitellään tuloksina. (Alasuutari 1994, Cavanagh 1997, Krippendorff 2004.) Weberin (1990) mukaan sisällön analyysillä voidaan tarkastella kommunikaation sisältöjä suhteessa tavoitteisiin sekä kuvata asenteisiin ja käyttäytymiseen liittyviä reaktioita. Kyngäs ja Vanhanen (1999) korostavat sisällön analyysin olevan tekniikka, jolla kuvataan kommunikaation ilmisältöä (manifest) tai piilosältöä (latent). Ilmisältöjä tarkastellaan aineiston analyysiyksiköiden avulla sekä piilosältöjä vertaamalla esimerkiksi aineiston osia suhteessa koko aineistoon. Tässä työssä ilmisällöllä tarkoitetaan esimerkiksi haastattelulla saatuja vastauksia, joista yritetään löytää, mitä vastaukset sisältävät.

Lasten lihavuutta ja sen hoitoa tutkittaessa on tutkimuskohteena tutkimukseen osallistuvien subjektiivinen kokemus ja käsitys asiasta. Sisällön analyysillä kuvataan ilmiötä, joista monet ovat ihmisten valintojen seurauksia. Ontologisena kysymyksenä todellisuus nähdään subjektiivisesti määräytyneeksi ja monitasoiseksi, koska oletetaan, että ihmiset arvostavat ja antavat merkityksiä eri asioille ja samoille asioille eri tavalla. Aineistoa kerätessä tämä tarkoittaa, että ihmiset voivat reagoida eri tavoin samaan asiaan. (Eskola & Suoranta 2008.) Tutkijan on tunnistettava ja otettava kantaa myös omassa toiminnassaan todellisuuden tiedostamiseen eli epistemologiaan. Tässä työssä tutkija olettaa todellisuuden subjektiivisesti määräytyneeksi ja käyttää sitä korostamaan laadullisia tutkimusmenetelmiä. (Metsämuuronen 2000, Perttula & Latomaa 2005.)

Sisällön analyysi laadullisessa tutkimuksessa on yksittäinen analysointimenetelmä tai väljä teoreettinen kehys, joka voidaan liittää erilaisiin ja erinimisiin analyysikonaisuuksiin. Aineistosta, joka voi olla haastattelu, havainnointiin perustuva tai valmis dokumentti, kerätään tietoa aineistolähtöisesti (induktiivisesti)

ilman ennakkoajatuksia luokittelusta (yksittäisestä yleiseen) tai deduktiivisesti ennalta tunnetun asian tai käsitejärjestelmän luokittelun perusteella (yleisestä yksittäiseen). (Tuomi & Sarajärvi 2004.) Alasuutari (1994) nostaa abduktiivisen päättelyn kolmanneksi tavaksi teoriamuodostuksessa. Hänen mukaansa teorianmuodostuksessa tarvitaan johtoajatus tai johtolankoja. Kun pelkistetyistä ”raaka-havainnoista” tehdään tulkintaa, niiden tukena tulee olla vihjeitä, johtolankoja, joita Alasuutarin mukaan ovat tilastotiedot, muut tutkimukset ja kirjallisuus. Tässä työssä on käytetty aineistolähtöistä sisällön analyysiä, jossa analyysiyksiköiksi on määritelty sana, lause tai asiakokonaisuus. Analyysiyksiköt perustuvat huolelliseen aineiston lukemiseen, tutkimusongelmiin ja tutkimuksen tarkoitukseen. Aineistoa on käsitteellistetty (abstrahoitu), mutta aineiston yksittäisiä merkityksiä ei ole häivytetty, vaikka kategorioita luotaessa on pyritty aineiston syntetisointiin. (Weber 1990, Kyngäs & Vanhanen 1999, Laine 2001, Janhonen & Nikkonen 2001.) Analysoinnissa on käytetty teemoittelua, jossa näkyvät, mitä kustakin teemasta on sanottu. Lähtökohtana on ollut erotella yhtäläisyyksiä ja erilaisuuksia kuvaavat lausumat. Vastausten lukumäärällä ei ole merkitystä, vaan vastauksen merkitystä peilataan tutkimusongelmaan. (Janhonen & Nikkonen 2001, Eskola & Suoranta 2008.)

Laadullista aineistoa voidaan myös luokitella, jolloin puhutaan aineiston luokittelusta tai erittelystä. Esimerkkinä aineiston luokittelusta tässä tutkimuksessa ovat kouluterveydenhoitajien vastaukset, joissa teemoittelun jälkeen tutkija käytti luokittelua laskemalla (kvantifiointi) kunkin vastauksen lukumäärän. Tällä tutkija halusi omasta mielenkiinnostaan verrata analysoinnin lopputulosta teemoittelun ja luokittelun välillä. (Janhonen & Nikkonen 2001, Tuomi & Sarajärvi 2004.)

Sisällön analyysi antaa laadullisessa tutkimuksessa vastauksia ilmiöstä, jota ei tunneta tarkasti. Lasten lihavuus on monisyinen ongelma, jossa lasten ja perheiden ohjaus ja liikapainon hoito ovat vakiintumattomia. Tässä tutkimuksessa haetaan aineistolähtöisellä eli induktiivisella sisällönanalyysillä vanhempien, kouluterveydenhoitajien, koululääkäreiden ja voimisteluseurojen toimijoiden vastauksista asioita, jotka antaisivat ymmärrystä lasten lihavuuden lisääntymisen syistä sekä keinoja kouluterveydenhoitajille ohjata lasta ja koko perhettä aikaisempaa tarkoituksenmukaisemmin. Samalla haetaan voimisteluseuran ryhmätoiminnasta toimintamuotoja, jotka kouluterveydenhuollon ja voimisteluseuran yhteistyönä saattaisivat helpottaa kouluterveydenhoitajien työtä. Tutkijan tehtävänä on kuvata aineiston sisältöä sanallisesti. Haastatteluihin ja avokysymyksiin vastanneet henkilöt ovat tiedonantajia, jotka tutkija näkee asiantuntijoiksi omassa kontekstis-

saan. (Kyngäs & Vanhanen, 1999, Hirsjärvi ym. 2000, Janhonen & Nikkonen 2001.)

Vastauksia analysoidessaan tutkija luki tekstiä monta kertaa. Vastaukset ryhmiteltiin tutkimusteemojen ja -kysymysten mukaan peräkkäin, eli kaikkien vastaukset esimerkiksi kysymykseen yksi kirjattiin peräkkäin. Vastaajat merkittiin numeroin, jotta vastauksia pystyy seuraamaan alkuperäisistä vastauksista yläkategoriaan ja päinvastoin. Samaa asiaa tarkoittava sana, lause tai asiakokonaisuus merkittiin tekstistä tutkimuskysymyksen mukaan väreillä ja erilaisilla fonteilla. Tekstistä haettiin ensisijaisesti yhtäläisyyksiä, mutta aineistosta saattoi löytyä myös eroavaisuuksia kuvaavia kokonaisuuksia. Tutkija ”keskusteli” aineiston kanssa tekemällä aineistolle tutkimuskysymykseen liittyviä kysymyksiä. Merkitty teksti pelkistettiin eli redusointiin suppeampaan muotoon, joka seuraavaksi koodattiin NVivo 2.0 -ohjelmassa omaksi ryhmäksi samantyyppisten ilmaisujen kanssa. Koodausta jatkettiin pienempiin alakategorioihin. Alakategorioille annettiin sisältöä kuvaava nimi. (Luomanen & Räsänen 2000, Janhonen & Nikkonen 2001.) Tässä vaiheessa nimen antaminen oli jo tutkijan tulkintaa asiasta. (Cavanagh 1997, Krippendorff 2004.) Osassa vastauksista löytyi samankaltaisten ”kyllä-vastausten” lisäksi selityksiä annetulle negatiiviselle vastaukselle. Nämä asiat koodattiin omiksi kategorioiksi, koska ne tutkijan mukaan selittävät myös ilmiötä. Jos näihin ei olisi reagoitu, ilmiön kuvaaminen olisi jäänyt puutteelliseksi. Esi-merkkinä mainitaan voimisteluseurojen toimijoiden antamat vastaukset, joissa ilmoitettiin kysymykseen kaksi, *ettei lasten lisääntynyt lihavuus näy seurojen tunneilla*. Vastaukset olisivat vääristäneet tuloksia, jos ei olisi huomioitu, että vastausten mukaan liikapainoiset lapset eivät osallistu tunneille, koska voimisteluseurojen tarjonta ei ole sopivaa liikapainoisille lapsille. Samoin tuodaan esille lihavuuden näkymättömyyttä valaisevat vastaukset, joissa ilmoitetaan kilpailuryhmiin valikoituvan hoikkia ja motorisilta taidoiltaan kehittyneitä lapsia. Syntyneet kategoriat yhdistettiin eli abstrahoitettiin yläkategorioiksi, jotka tutkija nimesi. Raportissa tuloksia voidaan esittää yläkategorioina, käsitekarttana tai mallina. Lopulliset tulokset johtopäätöksineen raportoidaan peilattaessa sisällön analyysillä saatuja vastauksia tutkimusongelmiin. (Kyngäs & Vanhanen, 1999, Richards 1999, Janhonen & Nikkonen 2001, Taanila 2008.)

Svolin toimijoiden (n=126) vastauksista kuvataan kysymyksen yksi analysoinnin eteneminen. ”Kerro, miten lasten lisääntyvä lihavuus näkyy seuratoiminnassa?” -kysymykseen muodostui koneella kirjoitettua tekstiä 22 sivua. Vastaukset erotettiin toisistaan numeroimalla vastaukset vastaajaa tarkoittavilla numeroilla. Sähköpostitse saadut vastaukset tutkija siirsi copy-paste -menetelmällä

omaan tiedostoonsa ja yhdeksän käsin kirjoitettua vastausta tutkija kirjoitti koneelle. Vastaukset ryhmiteltiin ensimmäisen kerran tutkimuskysymysten mukaan. Tutkijan pelkistäessä vastauksia tekstiä tuli luettua tarkasti, sillä analysointi alkoi näistä vastauksista eikä tutkijalle vielä ollut kehittynyt sujuvaa analysointiteknikkaa.

Huolellisen tekstin lukemisen jälkeen ensimmäisestä avokysymyksestä haettiin vastausta ”miten” -kysymykseen. Analysointiyksiköksi tutkija valitsi sanan, lauseen tai asiakokonaisuuden. Vastauksista nousi induktiivisesti kolme ryhmää/teemaa, ”Kyllä näkyy toiminnassa” -vastaukset, ”Ei näy toiminnassa” sekä ”En osaa sanoa” -vastaukset. Tämä ryhmittely kirjattiin laadullisen tutkimuksen ohjelmaan tietokoneelle. Ryhmittelyä jatkettiin erottelemalla tekstistä vastauksia erilaisilla fonteilla ja väreillä samaan ryhmään kuuluvat peräkkäin. Kyllä näkyy toiminnassa -vastauksista nousseet yhdeksän, miten näkyy -vastaukset eroteltiin omiksi kategorioikseen. Syntyneissä kategorioissa kirjoitettiin vastaajaa tarkoittava numero sulkuihin. Näin tutkija pystyy seuraamaan kategorioiden ja vastausten kulkua alkuperäisistä ilmauksista yläkategoriaan ja päinvastoin. Yläkategorioita tuli yhdistelyn jälkeen viisi. Taulukossa 8 on kuvattu näistä yhden, ”Lasten heikot motoriset taidot” -kategorian syntyminen (Kyngäs & Vanhanen 1999, Janhonen & Nikkonen 2001.)

Taulukko 8. Lasten heikot motoriset taidot -yläkategorian kehittyminen; voimistelu-seurojen toimijoiden näkemyksiä.

Alkuperäinen ilmaisu (numerot suluissa kuvaavat vastaajaa)	Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria 1	Alakategoria 2	Yläkategoria
Lasten luontainen ketteryys on kadonnut, lapsille tulee opettaa perusliikkeitä, jotka aiemmin osattiin jo tultaessa voimistelemaan (120).	Lapsille tulee opettaa perusliikkeitä	Motoristen taitojen oppiminen vaikeaa	Oppimisen vaikeus	
Vaikeampi opetella notkeutta ja ketteryyttä vaativia liikkeitä (127).	Vaikeampi opetella notkeutta ja ketteryyttä vaativia liikkeitä			
Kilparyhmissä saattaa tulla ongelmaksi, sillä ylipainoisilla ei ole välttämättä fyysisesti mahdollisuuksia suoriutua kisaohjelmasta (128).	Ylipainoisilla ei ole välttämättä fyysisesti mahdollisuuksia suoriutua kisaohjelmasta	Motoriset taidot viivästyneet		Lasten heikot motoriset taidot
3–6-vuotiaiden tunneille tuodaan lapsia, joiden motoriset kyvyt ovat jäljessä, saattavat turhautua, kun eivät pysty juoksemaan/liikkumaan yhtä ketterästi (134).	Motoriset kyvyt jäljessä	Tasoerot ryhmissä	Puutteelliset ketteryyttä ja vartalon hallintaa edellyttävät taidot, kömpelyys	
Motoriikassa ja fyysisissä ominaisuuksissa ylipainosta johtuen usein hitaampaa kehitystä, samassa ikäryhmässä suuriakin eroja (136).	Ylipainosta johtuen hitaampaa kehitystä Suuria tasoeroja ikäryhmässä			
Ketteryys ja liikkumistaidot vähentyneet (14).	Liikkumistaidot vähentyneet	Heikko vartalon hallinta ja vähentynyt liikunta		
Vartalonhallinta ei ole hallittua (157).	Heikko vartalonhallinta			
Pulskia lapsia on enemmän, nimenomaan siinä rajalla olevia (122).	Pulskia lapsia enemmän	Liikapainoisia lapsia enemmän ryhmissä		
Lievänä ylipainona joillakin (123).	Lievää ylipainoa			

Lasten vastaukset kysymyksiin olivat lyhyitä lauseita tai pelkkiä sanoja. Esimerkkinä analysoinnin etenemisestä on kysymys kaksi, jossa ilmaukset on kuvattu alkuperäisistä vastauksista yläkategoriaan (Taulukko 9). Esimerkissä kuvataan lasten vastausten käyttöä merkitsemällä vastaajaa tarkoittava koodi vastauksen kohdalle (4 = perhe 4). Vastaukset yhdistettiin yhteiseksi yläkategoriaksi ”Vanhempien toiveena on mielekäs harrastus, jotta lapsi saisi kavereita.”

Taulukko 9. Lasten vastausten analysointia kysymykseen 2: Miksi Sinä käyt täällä liikuntakerhossa?

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Kategoria 1	Kategoria 2	Yläkategoria
Halusin mukaan, T. on kertonut, täällä on kivaa (4).	Halusin mukaan, on kivaa			Vanhempien toiveena on mielekäs harrastus, jotta lapsi saisi kavereita
Liikkumista enemmän, saisi kavereita, uusia leikkejä (8).	Saisi kavereita, uusia leikkejä			
Vähän vaikea sanoa, se on hauskaa, Olis tekemistä, ei muuten paljon tekemistä. Äiti näki netistä (4).	On hauskaa, Olis tekemistä Äiti näki netistä	Uusia leikkejä Halusin mukaan..on kivaa On hauskaa, olis tekemistä On hauskaa, Olisi tekemistä, Olisi harrastus Opin liikkumaan	Mielekästä toimintaa	
En vaan tiää, se on hauskaa (7).	On hauskaa			
Ei syytä, vanhemmat ilmoittivat, olisi joku harrastus, mukavaa jos kavereita olisi (4).	Ei syytä, vanhemmat ilmoittivat, Olisi harrastus Olisi kavereita	Ei syytä, vanhemmat ilmoittivat Äiti näki netistä Äiti toi	Vanhempien valinta	
Opin liikkumaan, oon oppinut (10). Olis tekemistä, ei oikein oo kavereita, Äiti toi (5).	Opin liikkumaan Olis tekemistä ja kavereita, äiti toi	Saisi kavereita Olisi kavereita	Toive kavereista	

Kouluterveydenhoitajien vastauksista kuvataan induktiivisesti sisällön analyysillä saatuja vastauksia (2006) kysymyksestä kaksi, ”Minkälaista yhteistyötä teet perheiden kanssa? (Taulukko 10).

Taulukko 10. Kouluterveydenhoitajien (n=147) yhteistyömuodot perheiden kanssa ja saadut vastausmäärät kysymykseen ”Minkälaista yhteistyötä teet perheiden kanssa?”

Yhteistyö perheiden kanssa	Yhteistyö perheiden ja koulun kanssa	Yhteistyö moniammatillisen työryhmän kanssa	Yhteistyön esteet
Tapaamiset, tarkastukset ohjaus, neuvonta, keskustelu, kannustaminen, motivointi (n=93) ryhmäohjaus (n=1) puhelinsoitto/kirje (n=52)	vanhempainillat, leirikoulut (n=26)	jatkohoitoon suosittaminen (n=26)	kieltäminen, vähättely, ei tapaamisia (n=10)

8 Tulokset

8.1 Perheiden odotuksia ja kokemuksia lasten painonhallintaryhmän toiminnasta

Lasten painonhallintaa tukeva ryhmä kokoontui suunnitelman mukaisesti kerran viikossa. Vanhemmat kokoontuivat keskustelemaan tai liikkumaan vähintään kaksi kertaa kuukaudessa. Kerran kuukaudessa lapset ja vanhemmat liikkuivat yhdessä.

Vanhemmilla oli paljon odotuksia ryhmän toiminnasta, koska lapsen ja usein koko perheen liikapainoisuus oli perheille ajankohtainen asia, jota vanhemmat eivät osanneet itse ratkaista. Vanhempien parihaastattelussa tuli esille, että he kokivat esimerkkinä olemisen lapsille vaikeaksi asiaksi. Syyllisyyttä lisäsi perheen ulkopuolisten henkilöiden painostus perheen laihtumiseksi. Lapsen lihavuuden tunnistaminen ja tunnustaminen oli vaikeaa vanhemmille ja muutamat vanhemmat kertoivat kokevansa häpeää painonhallintaryhmään osallistumisesta. Häpeän tunne syntyi vanhempien kuvaamana epäonnistumisesta vanhempana, kun lapsesta oli tullut lihava ja perhe joutuu hakemaan asiaan apua ryhmästä. Vanhempien erimielisyys lapsen lihavuudesta aiheutti perheissä sitoutumattomuutta lihavuuden hoidossa. Ryhmän toiminnassa tämä näkyi kahden vanhemman osallistumattomuutena toimintaan. Yksi lapsista kertoi, ettei äiti uskaltanut osallistua, koska tämä pelkäsi tutkijan olevan hänelle vihainen. Lihavuus on vanhempien mukaan läsnä koko ajan perheiden elämässä, mutta sitä vähätellään ja lihavuuden rajoista ollaan perheen sisällä eri mieltä. ”Lapsuuden pyöreys”, ”koko suvun isokokoisuus” tai ”suvun geenit” olivat vanhempien tyypillisiä ilmauksia lihavuuden minimoimiseksi.

Intervention edettyä ryhmähaastatteluun (kevät 2006) vanhemmat kertoivat alkuhaastattelua avoimemmin huolensa lapsen terveydestä syynä osallistua lasten painonhallintaa tukevaan ryhmään. Tosin asia esitettiin yleisellä tasolla huolena, suvussa olevien lihavuuteen liitettävien sairauksien avulla. Kahdessa perheessä sanottiin suoraan, että he pelkäävät lapsen terveyden puolesta. Vanhempien kuvaama ”riippuvuus herkuista” aiheutti sen, ettei perheissä heidän ilmoituksensa mukaan ehkä ollut todellista halua tai kykyä laihtua. Laihtumisen tarve ymmärrettiin, mutta toiminta jäi pinnalliseksi. Kolmessa perheessä vanhemmat olivat aloittaneet ryhmään sitoutumisen myötä määrätietoisen ruokailutottumusten muutoksen ja lisänneet merkittävästi liikuntaa päiväohjelmaansa.

Vanhemmat toivat keskusteluissa yksimielisesti esille toiveen lapsille tarjottavasta monipuolisesta ja iloisesta liikunnasta sisällä ja ulkona (Taulukko 11). Perheet eivät halunneet nimetä eri lajeja, mutta uinti, tytöille ja pojille sopiva liikunta salissa ja pulkkamäessä peuhaaminen olivat toivelistalla. Osa vanhemmista toivoi käytettävän musiikkia tunneilla ja kaikki odottivat, että lapsille puhutaan ruokailuun ja liikuntaan liittyviä asioita. Vanhemmat arvioivat, että liikunnan lomassa, pieninä tietoiskuina annettu neuvonta olisi tehokkaampaa kuin kotoa saatu tieto. Yksikään vanhemmista ei halunnut, että lapsille puhutaan laihduttamisesta, vaan lapsilla oli oikeus olla mukana liikuntakerhossa liikunnan itsensä takia.

Taulukko 11. Vanhempien odotuksia ryhmätöinnasta syksyllä 2005 ja kokemuksia keväällä 2006.

Odotukset	Kokemukset
Vanhemmille ohjausta ruuanvalmistuksessa	Tietoa ruuanlaitosta
Tietoiskuja ravinnosta	Reseptienvaihtoa, opastusta
Lapsille kavereita	Löysiä kavereussuhteita, toimivat lähinnä ryhmän aikana. Muutama tapaaminen ryhmän toiminnan ulkopuolella.
Vanhemmille kykyä olla esimerkkinä	Hävettää ryhmään osallistuminen
Ei syyllistämistä	Koko perheen elämäntapamuutos alkoi
Vanhemmille tukea muutosten tekoon	Vertaiskokemus hyvä, sai puhua
Tasapuolisuutta	Helpompi osallistua, kuin terveyskeskuksen ryhmiin
	Toiminta tulisi kohdistaa vain lapsiin
Monipuolista liikuntaa lapsille	Lapsille harrastus
Eri sukupuolten huomioimisen	Liikuntaa aikuisille ja yhdessä lasten kanssa
	Mukavaa toimintaa
	Toisen ohjaajan mukaantulo hyvä
Ei puhuta laihduttamisesta	Enemmän tiedotusta ryhmän toiminnasta etukäteen.
Toiveena saada opettajille tietoa lihavuudesta	

Vanhemmat odottivat koko perheen saavan tietoa ruuan valmistamiseen liittyvistä asioista ja toivoivat ryhmästä yhteistä harrastusta koko perheelle. Erityinen tarve vanhemmilla oli kokea tasa-arvoisuutta ryhmän jäsenenä, saman he toivoivat toteutuvan lasten kohdalla. Lapsille vanhemmat odottivat ryhmästä kavereita ja heille itselleen kykyä olla esimerkkinä lapsille. Yhden perheen vanhemmat olivat iloisia ryhmän alkamisesta, mutta eivät halunneet sitoutua henkilökohtaisesti tapaamisiin. Toiminta tulisi heidän mielestään kohdistaa lapsiin. Vanhemmat pitivät

yhteisiä liikuntatunteja lasten kanssa toivottavina ja he kyselivät, mitä mahdollisuutta vanhemmilla olisi kokeilla eri liikuntamuotoja keskustelujen lisäksi. Intervention aikana vanhemmille tarjottiin liikuntaa lasten liikuntaryhmän aikana. Yhteiset sauvakävelylenkit aloitettiin talvella 2006. Ajatuksena oli tukea vanhempia osallistumaan omaehtoiselle kävely/sauvakävelylenkille lasten liikuntakerhon aikana. Muutaman kerran vanhemmat ehtivät kokeilla asiaa keskenään ennen liikuntakerhon päättymistä. Vanhemmat kokeilivat omana ryhmänään myös voimistelua ja keppijumppaa, joissa tutkija toimi ohjaajana.

Perheiltä (n=10) kysyttiin keväällä 2006, miten vanhemmat ja lapset ovat kokeneet lasten painonhallintaa tukevaan liikuntakerhoon osallistumisen (Taulukko 11). Vanhempia pyydettiin kuvaamaan, miten lasten osallistuminen on vaikuttanut perheeseen. *"...siitä vähän virtaa tarttunu äitiinki, että jaksaa niinku enemmän lähteä mukaan ja tänään tosiaanki juoksin nuo portaat eka kertaa ylös että...ei tarvinnu rahjustaa, ei tuntunu että jalat on sata vuotta vanhat."* Perheet pitivät terveydenhoitajan yhteydenottoa tervetulleena, koska vanhemmilla ei ollut keinoja toimia lapsen painonhallinnan hyväksi.

Vanhempien mukaan lapset osallistuivat ryhmään mielellään. Erityisesti toisen ohjaajan mukaantulo puolessa välissä monipuolisti tuntien sisältöä, ja lapset saivat enemmän sekä tytöille että pojille kohdennettua toimintaa yhteisen toiminnan lisäksi. Ryhmän hallittavuus parani kahden ohjaajan myötä. Lapset pitivät liikunnasta ja lähtivät ryhmään yleensä houkuttelematta. Kun ryhmästä tehtiin televisio-ohjelma, se havahdutti yhden pojista. Hän oivalsi osallistuvansa liikapainoisten lasten ryhmään, vaikka lapsille oli puhuttu lasten liikuntakerhosta. Keskustelu isän kanssa rauhoitti pojan ja hän jatkoi osallistumistaan ryhmään. Jonkun lapsen kohdalla joskus leikkien keskeytyminen harmitti ryhmään lähdetäessä.

Vanhempien arkiliikunta lisääntyi ryhmään osallistumisen myötä. Vanhemmat kokivat, että lasten osallistuminen ryhmätoimintaan aktivoi myös heitä. Neljä vanhemmista alkoi kävellä tai pyöräillä työmatkat. Yksi äiti ilmoitti, ettei hänen arkiliikuntansa ollut lisääntynyt ryhmään osallistumisen myötä. Askel- ja sykemittarit sekä kävelysauvat tulivat tutuiksi kaikille vanhemmille, koska perheissä vanhemmat ostivat niitä toisilleen joululahjoiksi. Välineiden käyttöä opeteltiin vanhempien ryhmässä yhdessä. Yhteen perheeseen ostettiin koira säännöllisen liikunnan varmistamiseksi. Kahteen perheeseen hankittiin ja alettiin käyttää trampoliinia lapsen liikuntaharrastuksen lisäämiseksi. Perheet lisäsivät omaehtoista liikuntaansa, mutta vanhemmat eivät osallistuneet järjestettyyn liikuntaan aikaisempaa enempää. Intervention aikana tai heti ryhmän päätyttyä yksi tytöistä aloit-

ti jalkapalloharrastuksen kaksi kertaa viikossa, yksi pojista uintiharrastuksen, toinen aikidon ja kolmas poika ilmoitti mielenkiintonsa uintiharrastuksen aloittamiseen. Yksi pojista siirtyi voimisteluseuran poikien liikuntakerhoon ja aloitti omaehtoisen lenkkeilyn. Uutena asiana kolmen perheen vanhemmat opettelivat seuratyötä, koska vanhemmat sitoutuivat seuratoimintaan lasten harrastusten myötä. Näillä perheillä lasten ja vanhempien yhdessäoloaika lisääntyi.

Vanhempien ja lasten yhteinen liikunta oli perheiden ilmoituksen mukaan lisääntynyt hieman kaikissa perheissä. Kaikille vanhemmille oli uutta yhteiset liikuntakerrat lasten kanssa liikuntaseuran järjestämänä. Vanhemmat kertoivat jaksavansa työssä entistä paremmin liikunnan lisääntymisen myötä. Perheissä oli kiinnitetty huomiota ruokailun määrään ja laatuun esitteiden ja keskustelujen innoittamina. Vanhemmat seurasivat tuoteselosteita ja päivän ruokailurytmiä.

Vanhemmat pitivät keskusteluja, maistiaisia ja reseptivaihtoja kannustavina työtapoina. Heillä oli ollut erilaisia kokemuksia aikaisemmissa ruokailuun liittyvissä ohjaustilanteissa. Monessa perheessä otettiin käytännöksi viettää herkkupäivää, jolla rajoitettiin jatkuvaa herkkujen syöntiä. Jokaisessa perheessä toinen tai kumpikin vanhemmista oli reagoanut liikapainoonsa ja muutamat heistä olivat pudottaneet painoaan useita kiloja. Vanhemmat eivät olleet kovin kiinnostuneita eri ravintoaineiden määristä ruokavaliossa, vaan he kaipasivat käytännön ohjeita ruuan ostoon ja valmistukseen sekä välipalojen tarjoamiseen.

Vanhemmat kiittivät heidän saamastaan positiivisesta vastaanotosta voimisteluseuran painonhallintaryhmässä. He olivat kokeneet tärkeäksi tuntea, että perheet eivät olleet ”hoidossa”, vaan harrastamassa liikuntaa ja saamassa lisätietoa painonhallinnasta. Vanhemmat arvostivat sitä, että heitä kohdeltiin tasavertaisina ryhmässä eikä syyttelevää asennetta ollut. Vanhemmat toivoivat kiinnitettävän huomiota ryhmän nimeen ja mainontaan, jota saisi olla heidän mielestään paljon enemmän. *”Ryhmä on ok, tykkäämme. Pitäisi kirjoittaa yleisönosastoon, että vanhemmat tietäisivät tästä. Vanhempien pitäisi kirjoittaa”*. Vanhemmat kertoivat olleensa onnekkaita, kun saivat tiedon ryhmä alkamisesta. Vanhemmat haluaisivat myös opettajille lisäkoulutusta lasten lihavuudesta.

8.1.1 Vanhempien näkemykset lapsen painonnouluun johtaneista syistä

Kysymys perheiden syistä osallistua lasten painonhallintaa tukevaan ryhmään sai vanhemmat puhumaan monista tekijöistä perheiden elämässä. Viiden perheen vanhemmat ilmoittivat ryhmään osallistumisen syyksi lapsen nopean painonnousun, josta he puhuivat painopiikkinä. Painonnousun syyksi vanhemmat ilmoittivat ensisijaisesti lapsen yksinäisyyden, joka osittain näyttää olevan seurausta muutoksista lapsen elämässä (Taulukko 12).

Taulukko 12. Vanhempien näkemyksiä syistä, jotka ovat johtaneet lapsen painon nousuun ja haluun osallistua painonhallintaryhmään.

Alkuperäinen ilmaisu (numerot suluissa kuvaavat vastaajaa)	Alakategoria	Lapsen lihavuuden taustalla olevat syyt
Äidin sairastuminen aiheutti lapsen syömisen. Sillon se alkoi. (2).	Äidin sairastuminen	Muutokset perheen elämässä
Ylipaino on lisääntynyt ja 5 vuotiaana lapsi joutui tarkkailuun painonnoususta. Muutimme tuolloin toiselle paikkakunnalle ja leikkikaverit jäivät entiseen paikkaan (3).	Muutto toiselle paikkakunnalle Avioero	
Neuvolakortista näkee, että tytön paino alkoi nousta eron aikoihin, siinä kolmivuotiaana Painopiikki näkyy kasvukäyrälläkin. (7).		Perintötekijät
Odotusaikana, joo itellä verensokeri nousi sillon (1).		
Isän sairaudet vauhdittivat osallistumista hakea liikuntaryhmä, hänellä on uusimpana sairautena diabetes (6).	Perheen ja suvun sairaudet	
Sokeritauti on sukurasitus. Ei hän ole hirveän lihava, pullukka vain. Tytölle on tehty sokerirasituskoee, todettu rasvamaksan alkua, kilpirauhasarvot ovat koholla (7).		
Niin, vaikea sanoa. Ehkä suvun ja omat sairaudet ovat syynä. Meillä on sydänjuttuja ja aivohalvausta monella. Lapsen ja koko perheen painonnousu kyllä huolettaa (9).		
Ei ole kavereita ja siksi häntä ei ole voinut laittaa yksin ulos.		
Luontainen liikuta on ollut vähäistä (3).	Vähäinen arkilliikunta	Lapsen passiivinen elämäntapa
Hyötyliikunnan puute, pihojen pienuus ja ahtaus kerrostaloalueilla, pakko lähteä vartavasten muualle tekemään/liikkumaan (5).	Yksinäisyys	Yksinäisyys
Liikkuminen jää vähäiseksi ja paino tahtoo nousta. Haluttiin liikuntaharrastus (6).	Passivoivat harrastukset	
Olisi saatava jokin liikuntaharrastus hänelle (9).		

Alkuperäinen ilmaisu (numerot suluisissa kuvaavat vastaajaa)	Alakategoria	Lapsen lihavuuden taustalla olevat syyt
<p>Lapsi tykkää tietokonepeleistä, joita pelasi entistä enemmän. Kaverit netissä (2).</p> <p>Ei ole kovin sosiaalinen, on yksinäinen (4).</p> <p>Halusimme vastapainoa pojan tietokonepeleille, hänellä ei ole kavereita pihapiirissä (6).</p> <p>Lapsi on yksinäinen ja viihtyy tietokoneella (7).</p>		Lapsen lihavuuden taustalla olevat syyt
<p>Ei syö karkkia, mut sitte se syö popcornia ja sipsejä. Koulussa hän syö yksipuolisesti (1).</p> <p>Tavallinen ruoka korvaantui paljon kärkeilla (2).</p> <p>Epäilemme syyksi runsasta viiliin syöntiä (3).</p> <p>Makureita ollaan koko perhe, tykkäämme suklaasta, käytämme voita ja kermaa, light-juomia ostetaan (4).</p> <p>Sen takia ollaan mukana just että koko perheen juttuha se on. Että siinä, kuitenkin vanhempien panos on nii tärkeä. Nehänne käy kaupassa ja laittaa ruuan. Meitäkinkö kattoo nii se tekkee kaikille hyvää (5).</p>	Herkuttelut	Ruokailutottumukset
<p>Painon takia olemme mukana. Oon lepsu, en voi kieltää herkkuja. Itsellänikin on aina karkkia kätkettynä jonnekin. Käytän puolieineksiä kuten kalapuikkoja ja lihapullia (7).</p> <p>Koko perhe on tämmönen liikapainonen, asiaa on yritetty korjata, mutta ei lapsia voi nälässä pittää. Koko perhettä nimitellään lihavuuden takia ja se on aiheuttanut henkistä kärsimystä kaikille (8).</p>	Asenteet	Asiantuntevan ja tasapuolisen ohjauksen tarve
<p>Lapsen ylipainon vähätteleminen/selittely, -ei ole helppoa olla painonhallintaryhmässä, haetaan tilalle toista harrastusta pelko, että koulussa saadaan tietää-kiusaaminen (4).</p>	Tilanteen vähättely Pelkoja kiusaamisesta Perheen syyllistäminen Ohjauksen tarve	
<p>Sen takia ollaan mukana just että koko perheen juttuha se on. Ootetaan ja tasapuolisuutta kaikille ja semmosta koko perheelle ohjausta, niinko ruuanlaitosta ja semmosesta. Jospa toi isäntäkin osallistuis ja uskois. ku sielä meni terveydenhoitajan kanssa sukset heti ristiin, et ku mää oon äiti nii se on minun syy, et se niinkö tuli ihan suoraan, että sehän vanhemmasta riippuu, että mite asia on ja mää oon sitte nii äkäne (5).</p>	Terveydenhuollosta apua ei saa Eriarvoisuus koulussa aiheuttaa kärsimystä	
<p>Jotain apua me haluttais, terveydenhuollosta sitä ei saa. Terveydenhoitajan ilmoitus liikapainosta aiheutti tytölle pelkoa terveydenhoitajaa kohtaan. Syksyllä saatiin tietoa ryhmästä ja päätettiin osallistua kummankin tytön kanssa. Eriarvoisuus koululla ärsyttää nyt (8).</p>		

Kolmella perheellä syynä muutokseen lapsen elämässä oli asunnon ja koulun vaihdos, yhdellä perheellä avioero, yhdellä vanhemman sairastuminen. Vanhempien mukaan perheen muuttaminen sai lapsen tuntemaan itsensä yksinäiseksi, kun leikkikaverit jäivät edelliseen asuinympäristöön. Uusien ystävyys-suhteiden solmiminen koettiin hankalaksi esimerkiksi kesken koulun lukukauden. Yksi äiti oli huomannut lapsen painon alkaneen nousta avioeroproessin aikoihin ja nousu näkyi myös neuvolakortissa, jonka äiti näytti tutkijalle. Perheen äidin vakava sairastuminen oli yhdelle lapselle niin kuormittava kokemus, että hän reagoi asiaan syömällä. Lisäksi lapsen ruokailu yksipuolistui ja lopulta makeiset olivat jokapäiväistä ruokaa. Muuton lisäksi yhden lapsen oma sairaus rajoitti ruokailua joidenkin ruokien osalta ja hänen syömiensä ruokien määrät olivat suuret. Lisäksi hänen arkiliikkumisensa oli vähäistä. Lapsi oli myös yksinäinen ja kaipasi kavereita. Neljä perhettä ei kuvannut syytä lapsen lihavuudelle eikä tarkkaa ajankohtaa lihavuuden syntymiselle. Jokainen perhe kertoi kuitenkin suvussa olevista liikapainoisista tai lihavista henkilöistä. Yksi äiti kertoi, että lapsen lihavuus oli aiheuttanut lapselle alkavan rasvamaksan ja muita terveydellisiä ongelmia. Muut vanhemmat eivät esittäneet suoraan huolta lapsen terveydestä. Yhtä perhettä lukuun ottamatta vanhemmat kertoivat lähisukulaistensa runsaista sydän- ja verisuonisairauksista, diabeteksesta, lihavuudesta ja aivoverenkierron häiriöistä. Sairaudet vauhdittivat perheiden hakeutumista lasten painonhallintaa tukevaan ryhmään (Taulukko 12).

Vanhemmat yhdistivät lapsen yksinäisyyden vähäiseen liikunnan harrastamiseen ja he halusivat löytää lasten painonhallintaryhmästä kavereita lapsilleen (Taulukko 12). Kaikkien lasten arkiliikunta oli vähäistä eikä kenelläkään lapsista ollut säännöllistä liikuntaharrastusta seurassa. Yksi lapsi ilmoitti osallistuvansa melko säännöllisesti urheiluseuran harjoituksiin. Muutama lapsista oli käynyt kokeilemassa liikkumista urheiluseuran harjoituksissa, mutta kilpailullisuus ja lapsen viihtymättömyys ryhmässä olivat keskeyttäneet harrastamisen. Vanhemmat kertoivat myös, että he eivät tienneet, mihin seuraan tai kerhoon liikapainoista lasta voisi viedä.

Lapsen yksinäisyys oli vanhemmille arka asia. He olivat huolissaan lihavuudesta, koska ystävyys-suhteiden luominen oli lapselle vaikeata ja lapsi kiinnittyi yhä enemmän kirjojen ja tietokoneen pariin. Vanhemmat kokivat työlääksi houkuttella lasta ulkoleikkeihin (Taulukko 12). Vanhemmat kertoivat lapsen kiusatuksi tulemisesta koulussa. Lasta nimiteltiin, tönittiin eikä häntä otettu leikkeihin mukaan. Yhden lapsen kohdalla myös opettaja mainittiin kiusaajaksi. Kaksi perhettä kertoi koko perheeseen kohdistuneesta nimittelystä. *”Mies ei pidä lasta lihavana,*

ei ota kantaa. Kaveriasioista on vaikea puhua, mies ei halua puhua kiusaamisesta”. Perheet toivat esille, että he olivat rajoittaneet osallistumistaan erilaisiin tapahtumiin. Kahdessa perheessä tuotiin oma-aloitteisesti esille, että he eivät rajoita osallistumistaan.

Vanhemmat kertoivat ongelmista ostettaessa lapsille vaatteita. Lapset eivät suostuneet kokeilemaan farmareita tai suoria housuja, koska ne lasten mielestä kiristivät. Vain college-tyyppiset vaatteet kelpasivat lapsille. Lapset tarvitsivat kokonsa vuoksi ikäryhmälleen suurempia vaatekokoja, mutta näissä vaateissa hihat ja lahkeet ovat pitkiä ja vaatteiden istuvuus oli muutenkin kyseenalainen. Vaateostokset aiheuttivat usein perheissä mielipahaa ja riitaa.

Vanhemmat toivoivat ammattiauttajien apua oma-aloitteisen toiminnan rinnalle. He moittivat ammattihenkilöiden asenteita lihavia perheitä kohtaan. Vanhemmat kokivat kohdanneensa syyllistämistä ja toisaalta vähättelyä ongelmas- taan. Kolme perhettä kertoi turhautumisestaan ravitsemusterapeuttien vastaanotol- la, neljä terveydenhoitajan vastaanotolla. Kaksi perhettä kehui kouluterveyden- huoltoa tärkeimmäksi tuekseen ja yksi perhe kehui yliopistollisen sairaalan henki- lökunnan asiantuntemusta. *”niin ihana pirteä terveydenhoitaja ja niin semmonen positiivinen ei voi muuta ku niinkö kehua että on nii positiivinen ote työhön*”. Yhteinen käsitys vanhemmilla kuitenkin oli, että he eivät saaneet ammattihenki- löiltä riittävästi tukea lihavuuden hoidossa (Taulukko 12).

Vanhemmat olivat vakuuttuneita, että heidän pitää olla itse aktiivisia hankki- essaan tietoa lihavuuden ennaltaehkäisystä ja hoidosta. Koko perheen ja lisäksi lähisukulaisten ja ystävien sitoutumista painonhallintaan pidettiin tärkeänä. Liha- vuus pitää tunnistaa omassa perheessä ja siitä pitää puhua avoimesti. Lihavuuden vähättelyä piti yksi perhe isoimpana ongelmana.

8.1.2 Ryhmätoiminnan vaikutuksia lapsiin

Painonhallintaryhmässä syksyllä 2005 lapsille tehtyyn haastatteluun osallistui kahdeksan lasta, jotka näyttivät haastattelun lisäksi kolmesta kasvokuvasta asian tärkeyttä itselleen tai täydensivät kasvokuvan avulla vastaustaan. Lapset osallis- tuivat liikuntatunneille säännöllisesti. Satunnaisia poissaoloja aiheuttivat sairas- tumiset ja vanhempien työesteet.

”Äiti, täällä on toisia samanlaisia, ku mä!”

Lapset pitivät heille kohdennettua liikuntaryhmää tärkeänä ja he oivalsivat olevansa vertaisryhmässä. Heillä oli mukavaa ja suurimmalle osalle lapsista uusi kokemus liikkua yhdessä vanhempiensa kanssa; *”Vanhempien mukanaolo tuntuu aika jännältä ja kivalta”*. Lapset kokivat tuntien sisällöt motivoiviksi ja hauskoiksi ja he kertoivat oppineensa uusia pelejä ja leikkejä. Lapset liikkui mielellään tunneilla ja odottivat seuraavia tunteja. Lapset osallistuivat ryhmään vanhempiensa aloitteesta, mutta uusien kavereiden saaminen kannusti osallistumaan viikoittain. Lapset ilmoittivat vanhemmilleen olevan tärkeätä, että heillä on harrastus. Lapset kertoivat liikkuvansa aikaisempaa enemmän ulkona ja että he ovat saaneet ryhmäläisistä kavereita. Muutamat lapset vaihtoivat puhelinnumeroita ja kävivät leikkimässä toistensa kotona. ”Äiti ja isä lahtuu” oli tervetullut vastaus tutkijalle, kun lapsilta kysyttiin, oliko jokin asia muuttunut lapsen elämässä, kun hän oli osallistunut liikuntakerhoon. Vastaus kertoo intervention merkityksestä vanhempien toimintaan painonhallinnan hyväksi. Kahden lapsen vastaus ”Ei mikään ole muuttunut” kuvaa, että intervention pituus tai sisältö ei ehkä ole ollut sopiva, jotta vaikutukset näkyisivät vanhemmissa ja lisäksi lapsissa tai lapset eivät osanneet arvioida kysyttyä asiaa. Kaikki lapset kertoivat kuitenkin jostain muutoksesta ruokailutottumuksissaan. Yleensä muutos koski karkki- tai herkkupäivän käyttöönottoa ja kasvisten määrän lisääntymistä ruokavaliassa, kolme lapsista kertoi muuttuneista välipaloistaan.

Lasten omaehtoinen liikunta-aktiivisuus lisääntyi intervention aikana lasten oman, vanhempien ilmoituksen ja liikuntakorttimerkintöjen mukaan. Liikuntakortit annettiin perheiden käyttöön kuukauden ajaksi liikuntamotivaation lisäämiseksi. Niitä ei pyydetty tarkistettavaksi intervention aikana, mutta kortin täyttämisestä muistutettiin. Sovitun ajan jälkeen osa perheistä pyysi uuden kortin ja kortteja annettiin myös lasten sisaruksille.

Taulukko 13. Lasten painon seuranta ja tutkijan päiväkirjahuomiot 2005–2006.

Tiedonantaja	9/2005 1.punnitus (kg)	1/2006 2. punnitus (kg)	05/2006 3.punnitus (kg)	Päiväkirjahuomiot 05/2006
perhe 1, poika	35	35,6	37	liikunnan määrä lisääntyi merkittävästi, toinen liikuntakerho ohjelmassa ja päivittäin äidin kanssa lenkillä, normaali paino terveydenhoitajan mukaan, ahkera liikuntakortin täyttävä
perhe 2, poika	59,6	59		innokas liikkuja, jos kavereita, isän diabetes sai aikaan ruokaremontin perheessä ja painonnousun hidastumisen
perhe 3, tyttö	40,8	41,6	43,6	innokas osallistuja, kun äiti toi, aloitti jalkapallon pelaamisen, innokas liikuntakortin täyttävä
perhe 4, poika	64	66	65,2	trampoliinin hankkiminen sai liikkumaan enemmän, pientä lisäystä liikuntakorttimerkinnöissä, välipaloihin ja annosten kokoon kiinnittää huomiota
perhe 4, tyttö		48	49	trampoliinin hankkiminen sai liikkumaan enemmän, satunnainen liikuntakortin täyttävä, välipaloihin ja annosten kokoon kiinnittää huomiota
perhe 5, poika	40	41		elää karkilla, ei liiku omaehtoisesti, ei täytä liikuntakorttia, painopiikki tasaantunut pituuskasvun myötä, käy säännöllisesti ryhmässä
perhe 6, poika	62		64	painon lisääntymisen hidastuminen, ruokavalio perheessä, liikkuu, jos kavereita, liikuntakortti on tärkeä
perhe 7, poika		45	45,2	poika innokas osallistuja, kun tuotiin paikalle; isä kannusti luontoharrastukseen, ei tukenut ryhmässä käyntiä, äiti tuki
perhe 8, poika		63,6	64,6	ei kavereita lähipiirissä, tietokonepoika, isä yrittää rajoittaa syömistä, äiti ei osallistu toimintaan, poika ei täytä liikuntakorttia oma-aloitteisesti
perhe 9, tyttö		51	51,4	satunnainen liikkuja, perheessä ruokavalio, painonnousun hidastumista
perhe 10,tyttö	59		61	innokas liikkuja, mutta perhe osallistui epäsäännöllisesti, ruuan määrä ja laatu vaatii tarkastelua

” – ja aina on ollu vauhtia ja on nii pää märkänä ja naama punasena ku sieltä tulee”

Intervention jälkeenkään lapset eivät liikkuneet vapaa-ajallaan yksin, vaan tarvitsivat kaverin (Taulukko 13). Jos kavereita ei ollut lähipiirissä, lapset olivat riippuvaisia vanhempiansa aktiivisuudesta. Lasten päivittäinen ruuan laatu, välipalat ja annoskoot olivat vanhempien vastuulla. Osassa perheitä toinen vanhemmista ei osallistunut ryhmän toimintaan. Lapsen tukeminen jäi asiasta kiinnostuneelle vanhemmalle, mikä saattoi vaikuttaa heikentävästi lapsen motivoitumiseen uuteen asiaan.

Tutkimuksen lapsiryhmälle kohdennettu liikuntakerho (painonhallintaryhmä) lisäsi liikuntaa kaikkien lasten kohdalla, sillä heillä ei ollut, yhtä poikkeusta lukuun ottamatta, ryhmän toimintaa aloitettaessa säännöllistä harrastusta liikunta-seurassa. Viisi lapsista alkoi harrastaa liikuntakerhon aikana myös muita liikuntalajeja, esimerkiksi jalkapalloa, sporttikerhossa käyntiä ja lenkkeilyä. Painonseurannan tiedot piteuden ja painon suhteesta perustuvat vanhempien kouluterveydenhoitajilta saatuihin tietoihin.

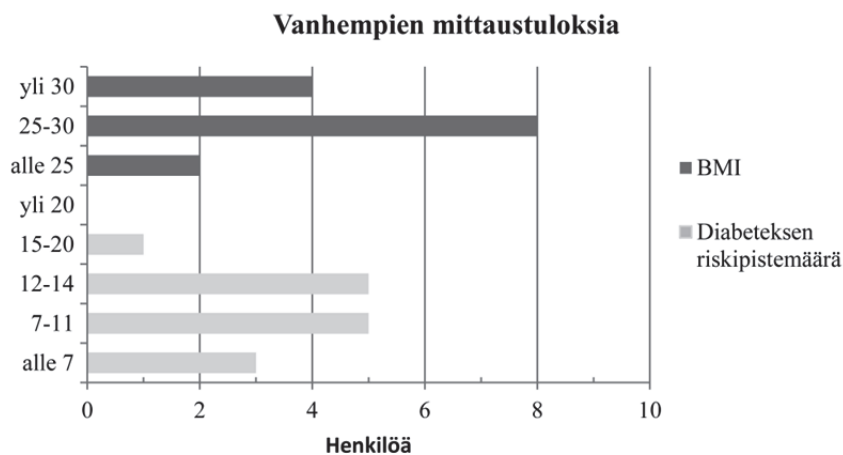
Vuoden kuluttua (2007) liikuntakerhon päättymisestä tutkija sai kolmelta perheeltä, neljän lapsen ja viiden vanhemman osalta tietoja. Liikuntakerhon päättyessä yksi poika ilmoitti kiinnostuksensa uintiharrastuksen aloittamiseen. Vuoden kuluttua hän kävi kolme kertaa viikossa kilpajunioreiden uintiryhmässä ja oli osallistunut kilpailuihinkin. Vanhemmat välittivät tutkijalle kouluterveydenhoitajan tyytyväisyyden pojan painonkehityksessä. Lapsi painoi 57 kg ja oli piteudeltaan 158 cm. Lapsi lähetti tutkijalle terveisiä, että hän piti ”laihisryhmästä”. Yhden pojan omaehtoista liikuntaa lisäsi trampoliini jo tutkimusprosessin aikana. Poika oli aloittanut erityisryhmien aikidossa kerran viikossa, josta piti kovasti. Trampoliinin lisäksi muu omaehtoinen liikunta ei ollut lisääntynyt ja pojan paino oli 74 kg ja pituus 154 cm. Pojan terveiset tutkijalle olivat, että ”monenlaisia uusia leikkejä oli tunneilla, eikä aina jaksanut”. Yksi tyttö oli myös aloittanut liikuntaharrastuksen tutkimusryhmän päätyttyä. Tyttö kävi tanssiharjoituksissa. Hänen painonsa oli terveydenhoitajan mittaamana 54 kg ja pituus 154 cm. Tanssiharrastus oli hiipunut väliaikaisesti jalkavamman takia. Neljäs lapsi lenkkeili äidin ilmoittamana monta kertaa viikossa kävellen ja hölkäten. Terveydenhoitaja oli ilmoittanut, että lapsen paino oli mitattaessa ”normaali”. Poika aloitti tutkimusryhmän aikana seuran ”sporttikerhoon” osallistumisen.

Kyselyyn (2007) vastanneiden perheiden lasten liikuntaharrastus sai kipinän lasten painonhallintaa tukevasta ryhmästä. Kyselyyn vastanneiden perheiden lap-

set harrastivat liikuntaa seurassa säännöllisesti, mikä oli uutta heille kaikille. Kolmen lapsen kohdalla painonkehitys oli ollut suotuisaa ja paino oli normaali. Yhden lapsen kohdalla hänen puutteellinen motoriikkansa kehittyminen vaikuttaa myös liikapainoon. Tutkijalla ei ole tietoa intervention vaikuttavuudesta vuosi sen päättymisen jälkeen niissä perheissä, jotka eivät vastanneet kyselyyn vuonna 2007.

8.1.3 Ryhmätoiminnan vaikutuksia vanhempiin

Pilottiryhmään osallistuneilta vanhemmilta mitattiin vyötärön ympäryys ensimmäisen kerran toukokuussa 2005. Tutkimusryhmässä mittauksia tehtiin intervention alussa, syksyllä 2005 sekä keväällä 2006. Osalla vanhemmista oli intervention aikana mahdollisuus kolmeen, osalla neljään mittaukseen. Kaikille vanhemmille tehtiin diabeteksen riskitesti syksyllä 2005 (halukkaat tekivät myös keväällä 2006) ja diabeteksen riskitestitulomakkeesta tutkija sai muun muassa BMI-tuloksen syksyllä 2005 (Kuvio 5). Painonhallinnan arviointikeinoina korostettiin vyötärön ympärysmittaa ja omaa tuntemusta painosta, fyysisestä kunnosta ja hyvästä olosta



Kuvio 5. Vanhempien (n=14) BMI (Body Mass Index, normaaliarvo alle 25) ja diabeteksen riskipisteet (hyvä arvo alle 7) syksyllä 2005.

Samat henkilöt eivät aina olleet läsnä eri mittauskerroilla, joten mittaustulokset ovat suuntaa-antavia. Kuitenkin ryhmän vyötärön ympäryksen keskiarvo eri mittauskerroilla (ka 109 cm, n=5; ka 103 cm, n=12; ka 98 cm, n=7) on pienentynyt

prosessin aikana yhdellätoista sentillä (kolmellatoista sentillä, ka 96 cm, n=5, verrattaessa vuoteen 2007), mikä kertoo, että ryhmän keskivartalon rasvan määrä on vähentynyt. Suurimmillaan erään henkilön vyötärön ympärysmitta oli pienentynyt 25 cm ja seuraavaksi suurin 12 cm. Kolmen vanhemman vyötärön ympärysmitta kasvoi 1–3 cm tai vertailevaa tulosta ei saatu.

Painoindeksin (Kuvio 5) mukaan 12 vanhemmalla oli lievää tai merkittävää lihavuutta, mikä tukee vyötärön ympäryksen mittaustuloksia. Kaksi vanhemmista sai arvoksi normaalituloksen. Diabeteksen riskipisteiden mukaan kolme vanhemmista sai hyvän arvion. Tästä ryhmästä yhdellä henkilöllä oli tyypin 1 diabetes ja hänen hoito-ohjelmansa painonhallintoinen oli kohdallaan. Muilla riski sairastua tyypin 2 diabetekseen oli kohonnut jonkin verran tai kohtalaisesti sekä yhden kohdalla riski oli suuri. Suurimpia arvoja saaneet ohjattiin työterveyspuolelle vastaanotolle ja terveyskeskukseen jatkotoimenpiteitä varten. Painoindeksiä ja riskipisteitä testattiin vapaaehtoisesti toiminnan loppuvaiheessa, mutta tulokset jäivät vanhemmille. Kaikkien testaamisesta luovuttiin, koska vanhemmat olivat epä-säännöllisesti paikalla. Kerran tehdyt mittaukset toimivat lähtötilanteina ja motivoituneina vanhempien painonhallintaan. Ryhmän toiminnan tarkoituksena oli herättää vanhempia ja lapsia pitkäkestoiseen toimintaan painonhallinnan hyväksi, ei niinkään saada suuria laihdutustuloksia intervention aikana.

Vanhemmille lähetettiin sähköpostitse kysely vuosi intervention päättymisen jälkeen (2007), jossa vanhemmilla oli mahdollisuus ilmoittaa senhetkiset mittausluvut painosta ja vyötärön ympäryksestä. Kolme vanhempaa ilmoitti tulokset, joissa viiden vanhemman vyötärön ympäryksen keskiarvo oli 96 cm ja BMI 29. Yksi isä ilmoitti diabeteksen riskipisteiksi 6 ja yksi äiti 12, jotka olivat aikaisempia mittauksia paremmat henkilökohtaiset tulokset.

Vanhempien kuntotestin tulokset

Huhtikuussa 2006 vanhemmat (n=8) merkitsivät oman kuntoarvionsa viidestä (1 kuvaa heikointa vaihtoehtoa, 5 parasta vaihtoehtoa) vaihtoehdosta annettujen Lähde liikkeelle, terveysliikkujan oppaan kriteerien perusteella. (Arvioi kuntosi, Lähde liikkeelle – terveysliikkujan opas 2006) Tutkija lisäsi kysymyksiin kohdan, jossa vastaajat kuvasivat omaa päivittäistä liikuntaansa ja säännöllistä viikoittaista liikkumistaan. Kuntotestillä haettiin yleiskuvaa vanhempien aerobisesta kunnosta intervention loppupuolella. Testin toivottiin kannustavan vanhempia omaehtoiseen ja järjestettyyn liikuntatoimintaan intervention päätyttyä.

Kahdeksan vanhemman oman arvion mukaan kukaan ei päässyt kuntotestissä parhaimpaan tulokseen (5), jossa jaksaa juosta portaita eikä kunto aseta esteitä erilaisille liikunnoille. Hyvänlainen (4) kunto oli yhdellä vastaajista. Hän jaksoi arvionsa mukaan kävellä pitkiä matkoja, pystyi pelaamaan pallopelejä aika hyvin, mutta hengästyivät kävellessään portaat reippaasti viidenteen kerrokseen. Neljä vanhemmista arvioi kuntonsa kohtalaiseksi (3), jolloin ei jaksa juosta portaita mutta muuten juoksu sujuu 200–300 metriä. Pitkät ja vauhdikkaat pelit ottivat voimille, mutta he jaksoivat kävellä pitkiäkin matkoja. Huononlaisen (2) arvion antoi kolme vanhempaa itselleen. He hengästyivät testin mukaan helposti portaita käveltäessä ja juoksumatka oli korkeintaan 100 metriä. Pallopelit onnistuivat parhaiten lasten kanssa ja kävely sujui. Kukaan vanhemmista ei arvioinut omaa kuntoaan huonoksi (1), jolloin pystyisi ottamaan vain muutamia juoksuaskeleita, portaissa kävely onnistuisi hitaasti kolmanteen tai neljänteen kerrokseen.

Testiin lisättiin vanhempien oma ilmoitus päivittäisestä liikunnasta ja viikoittain toistuvasta liikunnasta. Vanhempien (n=8) päivittäinen liikunta jäi pääasiassa hyötyliikunnan tasolle ollen alle kouluikäisten lasten ulkoiluttamista, porraskävelyä ja koiran ulkoiluttamista sekä työmatkapyöräilyä. Kolme vanhempaa ilmoitti päivittäiseksi ulkoiluajaksi koiran kanssa reippaasti kävelyn 30–60 minuuttia kerrallaan. Viikoittainen toistuva liikunta oli vanhemmilla omaehtoista kävelyä, saunakävelyä ja pyöräilyä työhön, satunnaisesti vesikävelyä ja koiran kanssa tehtyjä pitkiä lenkkejä. Yhdellä vanhemmista oli harrastus liikuntaseurassa 1–2 kertaa viikossa. Liikunta-arviota verrattiin vanhempien teemahaastattelussa ilmoittamaan omaan liikunta-aktiivisuuteen. Positiivista testituloksessa oli, että vanhemmat olivat kiinnittäneet huomiota päivittäisen arkiliikunnan lisäksi myös viikoittaiseen liikuntaansa ja kertoivat hengästyttävästä ja hikoilua aiheuttavasta liikunnasta. Kolmen vanhemman liikuntamäärät olivat lähes terveystieteiden suositusten mukaisia, mutta muilla liikkuminen jäi alle suositusten. Vanhemmat eivät osallistuneet järjestettyyn liikuntaan intervention alun tilannetta enempää, yhtä vanhempaa lukuun ottamatta,

8.1.4 Vanhempien omat keinot vaikuttaa perheen painonhallintaan

Vanhemmat vastasivat niukasti tutkijan kysymykseen painonhallinnan aikaisemmista kokemuksista ja tuloksista perheissä. Muutamit vanhemmat kertoivat erityyppisistä laihdutuskeinoistaan ja ruuan säännöstelystä, kaksi äitiä kertoi avoimesti omista toistuvista jojo-ilmiöistään. Tällä he tarkoittivat toistuvia dieettejä, joilla he olivat nopeasti laihtuneet, mutta paino oli noussut takaisin dieetin päätyt-

tyä. Vastauksissaan vanhemmat keskittyivät kuvaamaan muutamia keinoja, joita olivat kokeilleet ja erityisesti asioita, joita perheessä pitäisi tehdä (Taulukko 14).

Taulukko 14. Vanhempien keinot hallita lapsen painoa.

Alkuperäisiä ilmaisuja (numero suluisissa kuvaa vastaajaa)	Alakategoria	Yläkategoria
Koko ajan on tehty ratkaisuja, töissä ei ehdi syödä (4).	Nopeat	Dieetit
Painonvartioissa oon ollut parikin kertaa, mutta aina on paino noussu (3).	laihutuskeinot	
Hiilihydraatitonta kokeilin (8).		
Rajoitan niin, etten syö töissä (4). Välipalat on jätetty pois, mutta on koko ajan nälkä (10).		
Puoli pussia ku on syönyt sipsejä perjantaina, ni mää lauantaina annan vasta toisen puolikkaan (1).	Herkuttelun rajoittaminen	Herkkupäivät
Limpparit ke ja la (2).		
Ihan vaan viikonloppuna herkuttelua (7)		
Light-juomia ostetaan (3).	Kevytjuomat	Kevyt tuotteet
Käytän puolieineksiä kuten kalapuikkoja ja lihapullia, painonvartioiden reseptit vaikeita (4).	Puolieinekset	
Vaimo ja lapsi juovat ja syövät rasvatonta, isäntä rasvaista (2).	Rasvaton ruoka	
Vähärasvaisia ruokia, vanukkaita syödään aamulla (10).		
Ruoka työpäivän päälle ja iltapalaksi pikaruokaa, ei paljon välipaloja (1).	Yhteinen ruokailu iltapäivällä	Perheen yhteiset ateriat
Pasta ja makarooni herkkuja päiväateriaalla (3).		
Aamupalaa syödään yhdessä (7).	Aamupala yhdessä	
Ulkona syöti harventunut (2)	Ravintolassa	Ravintolassa
Vähän on rajoitettu ravintolassa syömistä (5).	ruokailu vähentynyt	ruokailua rajoitettu
Koululääkäri on meidän alueen lääkäri, semmonen nii ylimalkanen (5).	Asenteet	Tietoa on, ei
	Kontrollit	toimintaa
Terveystieteiden luona kuukausittain (3).		
Vähän pakkokin olis tarttua, kun toi kakkostyyppiin diabetes iski (7).	Oma sairastuminen	
Ku lähdin kokeileen, niin kumi puhkesi ja jouduin taluttaan, siinä jäi sitten se homma pitkäksi aikaa (7).	Pyöräilyn aloitus	Liikunnan lisääminen
Jonkun verran tuossa käynyt kävelemässä (7).	pikkuhiljaa	
Trampoliini hankittiin pojalle (5).	Kävely	
Perheeseen hankittiin koira mahdollistamaan ulkoilua (3).	Jumpa	
Oon aloittanut vatsaliikkeitä ja kävelemässä pari kertaa viikossa (3).	Välineet	

Perheet tiedostivat hyvin säännöllisen liikunnan ja ruokailurytmin merkityksen. Yhdessä perheessä oli tehty kysymyksiä jääkaapin oveen ”*Tarvitsetko varmasti*

täältä jotain?”, toisessa perheenjäsen sai herkutella, kun oli ensin liikkunut. Samoin monissa perheissä oli kokeiltu tai oli käytössä karkkipäivät lapsille. Kolme vanhempaa tunnusti kätkevänsä suklaata lapsiltaan ja syövänsä sitä lapsilta salaa. Jokaisessa perheessä oli tehty valintoja kevyemmän ruuan puolesta. Kevyttuotteet koettiin terveellisiksi ja puolieineksiä käytettiin kotiruuan lisäksi. Ravintolassa syömistä oli rajoitettu kahdessa perheessä. Kaksi perhettä ilmoitti, etteivät he luovu voista ja kermasta, koska ruuan maku kärsisi niiden puutteesta. Kaikissa perheissä ilmoitettiin perheen syövän yhdessä ainakin yhden aterian päivässä. Yhdessä perheessä isä oli aloittanut jo ennen ryhmää määrätietoisen liikunnan lisäämisen päiväohjelmaansa. Ryhmän aloitettua toimintansa perheen äiti innostui myös liikkumisesta. Perheeseen ostettiin iso koira, jotta päivittäinen reipas liikunta varmistettiin vanhemmille. Perhe teki myös muutoksia kaikkien perheenjäsenten ruokailuun. Intervention innoittamana kahteen perheeseen hankittiin trampoliini lasten omaehtoisen liikuntaharrastamisen lisäämiseksi (Taulukko 14).

8.2 Kouluterveydenhoitajien ja -lääkäreiden näkemyksiä lasten lihavuudesta

Vuonna 2006, Oulun läänin 1–4-luokkalaisten 147 kouluterveydenhoitajalle ja 27 koulu-lääkärille lähetettiin kysely kirjeellä tai sähköpostitse. Vastauksia tutkija sai useiden yhteydenottojen jälkeen 101. Koululääkärin nimenneisiin kuntiin lähetettiin 27 kyselyä ja vastauksia kyselyyn saatiin 5 kappaletta. Uusintakysely lähetettiin sähköpostitse vuonna 2009 kuntien ilmoittamille 120 kouluterveydenhoitajalle. Vastauksia saatiin 44. Koululääkäreille ei lähetetty uusintakyselyä (Taulukko 15).

Taulukko 15. Oulun läänin kouluterveydenhuollon edustajien vastausaktiivisuus kyselyyn vuosina 2006 ja 2009.

Tiedonantaja	Kyselyjä lähetetty 2006	Vastauksia saatu 2006	Vastaus %	Kyselyjä lähetetty 2009	Vastauksia saatu 2009	Vastaus %
Kouluterveydenhoitaja	147	96	65,3	120	44	36,6
Koululääkäri	27	5	18	-	-	-

Vastanneista kouluterveydenhoitajista (2006) 74 % oli osallistunut lasten painonhallintaa koskevaan koulutukseen, vastanneista lääkäreistä ei kukaan ollut saanut

koulutusta lasten painonhallintaan. Vuoden 2009 kyselyyn vastanneista 58 % oli osallistunut lasten painonhallintakoulutukseen (Taulukko 16).

Taulukko 16. Oulun läänin kouluterveydenhuollon asiantuntijoiden (n=101) osallistuminen lasten painonhallinnan koulutukseen vuoteen 2007 mennessä.

Tiedonantaja	lasten		D2D järjestäjänä	muu järjestäjä	ei ilm järjestäjää	ennen 2005	2005– 2006	ei ilm ajan- kohtaa
	ph-koulutus							
	KYLLÄ	EI						
kouluth (n=96)	75	21	56	11	4	5	48	22
koululääkäri (n=5)	-	5						
YHT.	75	26	56	11	4	5	48	22

8.2.1 Kouluterveydenhoitajien näkemykset lasten lihavuuden syistä

Kysymykseen lasten lihavuuden syistä tärkeimpänä syynä kouluterveydenhoitajat pitävät perheiden muuttuneita ruokailutottumuksia. Vastauksissa painotettiin vanhempien omaa esimerkkiä merkityksellisenä asiana opeteltaessa ruokailutottumuksia. ”..vanhemmat eivät ymmärrä/halua/jaksa/ehdi rajoittaa lasten energiansaantia. Myös väsymys ja kiire tai huono omatunto sallivat lasten palkitsemisen herkuilla yms. Vanhemmat syövät itsekin samoin?” Perheen yhteiset ruokailuhetket ovat vähentyneet ja välipaloilla korvataan varsinaisia aterioita. ”Säännölliset ruokailuajat eivät ole enää välttämättä joka kodissa arkipäivää...ei viitsitä nähdä vaivaa ruuanlaittoon, ostetaan valmisruokia..”. ”Samaan aikaan uusavuttomuus on lisääntynyt; vanhemmat eivät edes osaa tehdä kunnollista ja terveellistä kotiruokaa, vaan lapsille syötetään kaiken maailman mössöä ja pikaruokaa.”. Kyselyyn vastanneet kouluterveydenhoitajat kertoivat lapsilla olevan käytössään rahaa ja lasten itse hankkimat välipalat ovat usein ”herkkuja”, koska herkkujen syöminen päivittäin on luvallista. Televisiota katseltaessa syödään makeita ja rasvaisia välipaloja. Mainonta ja kauppojen tarjonta ja hinnoittelu houkuttelevat epäterveellisiin ruokavalintoihin. Kouluruokailuun ei kiinnitetä tarpeeksi huomiota kouluterveydenhoitajien mukaan. Osa oppilaista ei syö ruokaa, vaan korvaa ateriat välipaloilla. ”Koulussakaan ei aina ruoka kelpaa, vaan menevät kauppaan ja ostavat pitsaa”. Opettajien vähäinen osallistuminen yhteiseen kouluruokailuun vähentää ruokailuhetken kasvatuksellista mahdollisuutta.

Ruokailutottumusten lisäksi toinen merkittävä syy lasten lihavuuteen kouluterveydenhoitajien mielestä oli arkiliikunnan vähäisyys. Lapsia kuljetetaan kou-

luun ja harrastuksiin autolla ja lasten luonnollinen liikkuminen on vähäistä. Lapsia ei kannusteta ulkoleikkeihin, vaan liikkuminen tapahtuu liikuntaseurassa, jos lapsi harrastaa liikuntaa. Perheet harrastavat liikuntaa vähän yhdessä, mutta jokaisella perheenjäsenellä on kiire omiin harrastuksiinsa. *”Perheet eivät harrasta liikuntaa yhdessä”*. Asuinympäristöt eivät välttämättä tue lasten liikunnan harrastamista.

Kouluterveydenhoitajat kuvaavat perheiden kiireitä ja fyysisesti passivoivia harrastuksia, jotka lisäävät lasten lihomista. Television, videoiden ja tietokoneen käyttö on ajankulua ja harrastamista, mutta laitteet toimivat perheissä myös ”lapsenvahteina” vanhempien kiireiden takia. Osa lapsista näyttää ”syrjäytyvän kotonaan”, mikä tarkoittaa kouluterveydenhoitajien mukaan esimerkiksi syventymistä tietokoneen maailmaan niin, että tavalliset asiat jäävät lapselta kokematta ja oppimatta ja kaverit löytyvät virtuaalimaailmasta. Kouluterveydenhoitajien mukaan lasten painonnousun ja lihavuuden vähättely perheissä on lisääntynyt. Vanhemmat vetoavat suvun geeneihin ja siihen, että nykyajan nuoret ovat isompia kuin ennen. Suurimmassa osassa vastauksia painotettiin vanhempien myönteistä suhtautumista terveydenhoitajan työhön lasten liikapainon ja lihavuuden hoidossa. Lapsen liikapaino tai lihavuus on ollut kuitenkin yllätys muutamille vanhemmille, kun kouluterveydenhoitaja on ottanut asian puheeksi.

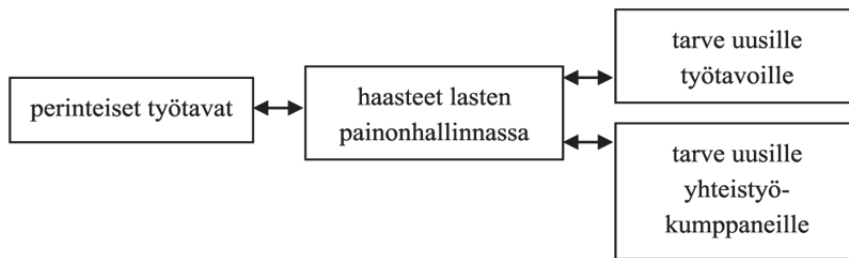
Kouluterveydenhoitajat ottivat vastauksissaan esille vanhempien ”voimattomuuden” perheissä. Tällä he tarkoittivat sitä, että lapset sanelevat, mitä syödään ja milloin, kiireiset vanhemmat saattavat lahjoa ja palkita lapsiaan ruualla, vanhemmat eivät jaksa huolehtia, ovatko perheenjäsenet syöneet tai mitä perheessä on syöty. *”Toisaalta myös työuupumus lisääntyy, jolloin nekään vanhemmat, jotka osaisivat tehdä kunnollista ruokaa ja ehkä haluaisivat liikkua lastensa kanssa, eivät siihen pysty oman väsymyksensä vuoksi.”* *”Vanhemmatkin ehkä laiskuutetaan hankkivat pienille koululaisille kotiin yksinäisen iltapäivän ratoksi karkkia, sipsejä, vanukkaita, limsaa, mikrohampurilaisia, valmispizzoja yms...”*. Kouluterveydenhoitajien mielestä asenteet ruokailua ja sen terveysvaikutuksia kohtaan ovat muuttuneet välinpitämättömiksi. Vanhempien voimattomuus näkyy perheessä epäsäännöllisinä elintapoina, sillä vanhemmat eivät ehdi keskittyä lastensa asioihin yksinhuoltajuuden, pitkien työpäivien tai työttömyyden takia. *”Kiireisen elämänrytmin takia säännöllinen arki on harvinaista perheissä”*. Aikuisten rooli lasten vanhempina olemisesta on kouluterveydenhoitajien mielestä muuttunut omista kavereista ja harrastuksista huolehtimisen suuntaan. *”Vanhemmat korostavat yksilöllisiä oikeuksiaan perheen kustannuksella ja vanhempien vastuunotto lapsista ja esimerkkinä olo on löysää”*.

8.2.2 Kouluterveydenhoitajien keinot toimia lasten painonhallinnan hyväksi

Kouluterveydenhoitajat tapaavat koulutulokkaat ja yläkouluun siirtyvät lapset terveystarkastusten yhteydessä. Lisäksi lapsille järjestetään terveystapaamisia. Painokontrollissa olevia lapsia kouluterveydenhoitajat tapaavat jopa kuukausittain. Painonhallinnassa käytetään yksilöohjausta ryhmäohjausta enemmän. Vuoden 2006 vastauksissa tärkeimmäksi yhteistyöksi perheiden kanssa osoittautuivat lasten terveystarkastukset, joihin vanhempia kutsuttiin mukaan. Tapaamisissa keskusteltiin ja vanhemmille annettiin esitteitä ja oppaita ruokailuun ja liikuntaan liittyen. Mikäli vanhemmat eivät voineet osallistua tapaamisiin tai jos jotain merkityksellistä huomattiin muutoin lapsen kehityksessä, kouluterveydenhoitajat ottivat yhteyttä kotiin kirjeitse ja joskus puhelimitse. Muutamissa vastauksissa kouluterveydenhoitajat kertoivat vanhempien vähättelevän lapsen painoa ja kieltävät puhumasta asiasta lapselle. Vanhempien suostumuksella lapsi voitiin ohjata jatkotutkimuksiin. Koululääkäreiden (n=5) mielestä yhteistyötä olivat tapaamiset vastaanotolla. Joku heistä ihmetteli, ”Mitä yhteistyöllä oikeastaan tarkoitetaan?”

Kouluterveydenhoitajat painottivat vuoden 2006 vastauksissaan, että yhteistyö vanhempien kanssa oli tärkeää, kun on kysymys alakouluikäisten lasten terveydestä. Muina keinoina toimia lasten painonhallinnan hyväksi kouluterveydenhoitajat mainitsivat yksittäisinä keinoina luentojen pitämisen kouluilla, painonhallintamateriaalin tekemisen ja terveystapaamiset kouluilla. Kaksi kouluterveydenhoitajaa ilmoitti käyttäneensä valmista Mahtavat Muksut ja Suurenmoiset Nuoret -materiaalia. Uusintakyselyssä vuonna 2009 ei enää painotettu erilaisia työtapoja, vaan kouluterveydenhoitajat olivat yksimielisiä siitä, että resurssit toimia lasten painonhallinnan hyväksi eivät riittäneet (Kuvio 6). Kouluterveydenhoitajat kokivat terveystarkastukset edelleen tärkeimmäksi yhteistyömahdollisuudeksi, mutta vastausten mukaan vanhemmat eivät ehtineet osallistua lasten terveystarkastuksiin, koulun vanhempainiltoihin tai yhteisiin terveystapahtumiin.

”..yksikään keino ei ole ollut riittävä, olenkin jättänyt painon seuraamisen vähemmälle huomiolle.”

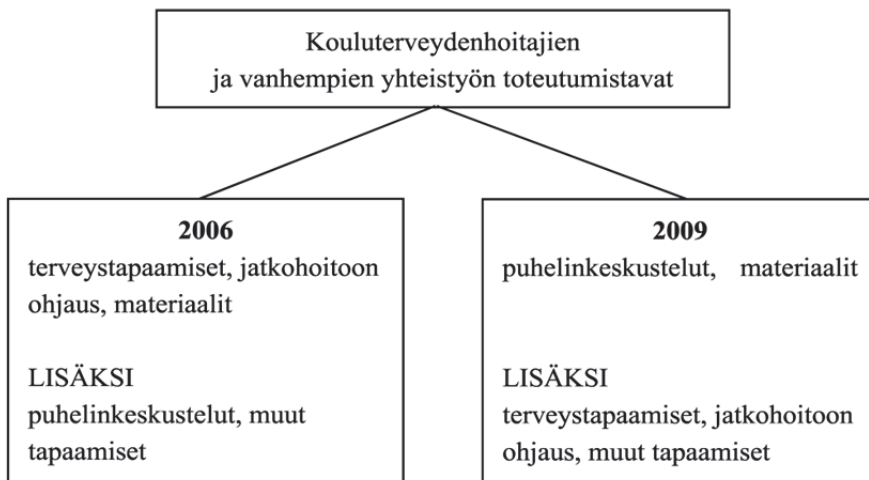


Kuvio 6. Kouluterveydenhuollon toiminnan muuttunut tilanne suhteessa työtapoihin vuosina 2006 ja 2009.

”..ei yhteistä linjaa..”

Kouluterveydenhoitajat käyttivät perheille jaettavaa ravitsemus- ja liikuntamateriaalia vaihtelevasti. Joissain kunnissa oli kielletty maksullisen painonhallintamateriaalin tilaaminen kunnan rajallisten resurssien takia. Kouluterveydenhoitajat toivoivat vastauksissaan enemmän yhteistyötä opettajien kanssa esimerkiksi koulu-ruokailuun liittyen. Kunnan päättäjiltä kouluterveydenhoitajat odottivat tukea työhönsä ja yhtenäisen lasten painonhallintaohjeistuksen laatimista.

Toisena lasten painonhallinnan keinona vuonna 2006 kouluterveydenhoitajat käyttivät jatkohoitoon ohjaamista. Tosin vastauksissa usein todettiin, ettei kouluterveydenhuollossa ole käytössä lääkärin palveluja, vaan lääkärille ohjataan vasta, kun lapsella on huomattava liikapaino. Tällöin lapselta otetaan verikokeita ja saatetaan antaa lähete ravitsemusterapeutille, jos paikkakunnalla on sellainen ammattilainen. Muita ammattiryhmiä tai yhteistyökumppaneita mainittiin nimeltä yksittäin (fysioterapeutti, voimisteluseura, liikuntatoimi, diabeteshoitaja, psykologi). Vuoden 2009 uusintakysely osoittaa, että jatkohoitoon ohjaus ei enää painotu kouluterveydenhoitajien vastauksissa (Kuvio 7).



Kuvio 7. Kouluterveydenhoitajien ja vanhempien yhteistyön muuttuminen vuosien 2006 ja 2009 aikana.

8.2.3 Kouluterveydenhoitajien ehdotukset lasten painonhallinnan järjestämiseksi

Kysyttäessä ehdotuksia lasten painonhallinnan hoitamiseksi vastasivat kouluterveydenhoitajat, että tiedot ja taidot sekä henkilökuntaresurssit ovat edellytyksenä lasten painonhallinnan toteutumiselle kouluterveydenhuollossa. Kouluterveydenhoitajat painottivat, että lasten painonhallintaan pitää suhtautua ”*positiivisella otteella*”. Tämä tarkoittaa lasten itsetunnon tukemista, terveellisiin elintapoihin kannustamista, koko perheen mukanaoloa prosessissa ja median hyödyntämistä tiedottamisessa. Painonnousua ei saisi korostaa liikaa, vaan asiaan tulisi siis puuttua tarkoituksenmukaisesti ja varhain. Kouluterveydenhoitajien mielestä perheen sitoutumista painonhallintaan ja vanhempien vastuunottoa tulisi lisätä. Lapsen lihominen on koko perheen asia. ”*Vanhemmat ehdottomasti mukaan*”. Perheen voimavarat tulisi löytää ja antaa perheelle onnistumisen kokemuksia. Systemaattinen tiedottaminen lihavuuden terveysriskeistä on kouluterveydenhoitajien mielestä välttämätöntä. Kouluterveydenhoitajat haluavat kioskit pois kouluista, lapsille karkkipäivät, elintarvikkeiden pakkauskokoja tulisi pienentää ja kiinnittää

huomiota tuotteiden hinnoitteluun, jotta houkutus ostaa jättipakkauksia vähenisi. Kouluterveydenhoitajien mielestä koululiikuntatuntien tulisi olla miellyttäviä ja ruokailuhetkien opetustuokioita eikä pikaruokailuhetkiä.

Moniammatillinen yhteistyö mahdollistuu kouluterveydenhoitajien mukaan toiminnan resursseja parantamalla. Painonhallintaryhmien perustaminen ei ole mahdollista nykyisillä voimavaroilla. Kouluterveydenhoitajat kuitenkin haluaisivat perustaa painonhallintaryhmiä lapsille ja yhteisiä ryhmiä koko perheelle. Joissain vastauksissa painotettiin vanhempien vertaisryhmien merkitystä. *”Jos ryhmätoiminnan saisi hyväksytyksi, se voisi olla tehokasta tukea ylipainoisille lapsille. Kouluterveydenhoitajille tarpeeksi aikaa ohjaustyöhön.”* Vastauksissa nähtiin liikuntatoimi ja voimisteluseura potentiaalisina ryhmäliikunnan järjestäjinä. Kouluterveydenhoitajat korostivat, ettei heillä koulutuksensa perusteella ole taitoja toteuttaa liikuntaryhmiä. Kouluterveydenhoitajat painottivat myös, ettei heillä ole yhtenäistä ohjeistusta tehdä työtä lasten painonhallinnan hyväksi, vaan jokainen toimii oman kykynsä ja mielenkiintonsa mukaisesti. *”Jonkinlainen yhtenäinen ohjeistus voisi olla hyvä, jokainen terveydenhoitaja tukee ylipainoisia lapsia omalla tyylillään”.*

Yhtenä ideana järjestää lasten painonhallinta kouluterveydenhoitajat ehdottavat lihavuusklinikan perustamista, jossa olisi monipuolista tietoa ravinnosta ja liikunnasta. Lisäksi ehdotuksina ovat koululiikunnan lisääminen, perusterveydenhuollon monitahoisten painonhallintatiimien perustaminen ja määrärahojen kohdentaminen liikuntapaikkarakentamiseen. Kouluterveydenhoitajien vastauksista näkyi myös pelko lasten negatiivisesta leimautumisesta, jos erityisiä liikunta- tai painonhallintaryhmiä perustetaan. Varsinkaan pienillä paikkakunnilla ei koettu hyväksi, että kouluikäiset joutuvat tuttujen kesken pohtimaan liikapainoaan.

Koululääkäreiden vastauksia saatiin vain viisi eikä heillä ollut varsinaisia kehittämisehdotuksia lasten painonhallinnan järjestämiseksi. Kaksi vastaajaa oli terveysneuvonnan kannalla, kaksi ei vastannut mitään ja yksi lääkäreistä kiteytti kantansa näin: *”Karkit, limut, läski kortille, tv:stä ohjelmaa 1–2 t/vrk.”*

Vuoden 2009 vastauksissa Raahen seudulla useassa kouluterveydenhoitajan vastauksessa painotettiin alueen yhtenäisiä toimintaohjeita lasten painonhallinnan edistämiseksi. Ohjeet olivat valmistuneet aikaisemman kyselyn jälkeen. Oulun läänin kouluterveydenhoitajat ovat vuoden 2009 vastausten perusteella aikaisempaa valmiimpia monitahoiseen yhteistyöhön. Terveyttä edistävä keskustelu ja koko perheen tukeminen työtapoina tulivat vastauksista esille voimakkaasti. Enää ei korostettu jatkolähteen tärkeyttä asiantuntijalle (esimerkiksi lääkäri, ravitsemusterapeutti), vaan osaaminen haluttiin rakentaa yhdessä perusterveydenhuol-

toon. Lihavuusklinikoiden perustamista ehdotettiin perusterveydenhuoltoon, mutta enemmän kannatusta sai erikoissairaanhoidon perustettavaksi ehdotettu lihavuuskliniikka.

Kouluterveydenhoitajien ehdotuksissa päävastuu lihavan lapsen painonhallinnassa olisi vanhempien lisäksi kouluterveydenhoitajalla, joka toimisi koordinaattorina, mutta painonhallintatyötä tehtäisiin ryhmätyönä. Eri ammattiryhmien edustajat toimisivat alusta alkaen yhdessä. Mukana voisi kouluterveydenhoitajien mielestä olla myös liikuntatoimen tai vapaaehtoisjärjestön edustaja, opettaja ja kouluruokailusta vastaava henkilö. Perheiden ryhmätoiminnan järjestäminen kiinnostaa kouluterveydenhoitajia, mutta he ovat valmiit luovuttamaan liikuntaosuuden fysioterapeuteille tai liikuntaseuroille. Konsultaatioapuna ja erittäin hankalan lihavuuden tai moniongelmaisuuuden suhteen käytettäisiin lähetettä erikoissairaanhoidon. Yksittäisinä uusina työmuotoina ehdotettiin kokeiltavaksi moniammatillisia kotikäyntejä ja perheiden palkitsemista hyvistä tuloksista.

8.3 Voimisteluseurojen toimijoiden näkemyksiä lasten lihavuudesta

Suomen voimisteluliiton lasten ja nuorten toimintaa tarjoavista seuroista (n=234) 53,8 % vastasi kyselyyn vuonna 2006. Kyselyt lähetettiin kirjeitse ja sähköpostilla (Taulukko 17). Vuonna 2009 kysely lähetettiin kohderyhmän liiton kotisivuilla olleisiin yhteyshenkilöiden sähköpostiosoitteisiin. Toimiva osoite oli 146 vastaanottajalla ja vastausprosentiksi saatiin 56,8 %. Vastajat olivat ensisijaisesti seurojen puheenjohtajia, varapuheenjohtajia tai sihteereitä. Vapaaehtoistyölle tyypillisesti vastauksista näkyi, että toimijoista 60 % toimi myös ohjaajina johtoryhmätyöskentelyn lisäksi.

Taulukko 17. Suomen voimisteluliiton toimijoille lähetettyjen kyselyjen ja saatujen vastausten määrät vuosina 2006 ja 2009.

Tiedonantajat	Kyselyjä lähetetty 2006 (kirje, sähköposti)	Vastauksia saatu 2006	Vastaus %	Kyselyjä lähetetty 2009 (toimiva sähköposti)	Vastauksia saatu 2009	Vastaus %
Svoli-seurat	234	126	53,8	146	83	56,8

Voimisteluseurojen toimijoiden mukaan lasten lihavuus *näkyi* erityisesti harrasteryhmissä, joihin kaikki lapset olivat tervetulleita (Taulukko 18). Lapset kokeilevat

liikuntaa harrastuksena, mutta saattavat lopettaa muutaman käynnin jälkeen. Lasten lihavuuden esiintyvyys harrastustoiminnassa jakautui vastaajien mukaan niin, että 53 % seurojen toimijoista ilmoitti lihavuuden näkyvän seuratyössä, 30 % seuroista kertoi, ettei lihavuus näy seuratyössä ja 17 % ei osannut sanoa kantaansa asiaan.

Taulukko 18. Esimerkkejä lasten lihavuuden näkymisestä voimisteluseurojen harraste-toiminnassa 2006–2009.

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria
Hengästyvät ja istuvat useammin kuin muut tai pyytävät juomaan (117).	Hengästyvät ja istuvat useasti, pyytävät juomaan	Jaksamattomuus tunneilla	
Lapset ja nuoret eivät enää tunneilla jaksaa liikkua (131).	Eivät jaksaa tunneilla liikkua		Heikko aerobinen kunto
Kunto on huonontunut, painavaa kroppaa on raskaampi liikuttaa, myös "normaalipainoiset" lapset ovat huonompikuntoisia kuin ennen (141).	Kunto on huonontunut		
Arkaillaan olla jumppavaatteilla tunneilla (40).	Arkaillaan jumppavaatteilla oloa	Ei käytetä jumppasuja	Esteettisiä ongelmia
Välttelevät riisumista, tulevat jumppalle "arkivaatteissa" (42).	Jumppalle "arkivaatteissa"		
Eivät halua esiintyä tyköistuvissa jumppapuvuissa, kiinnittävät muodoillaan huomiota (146).	Muodot kiinnittävät huomiota esiintymisasuissa	Esiintymisasujen istuvuudessa ja käytössä ongelmia	
Esiintymistilanteessa erottuu muusta ryhmästä (148).	Erottuvat esiintymisissä muista		

Pitkään ohjaustyötä tehneiden ohjaajien mukaan ryhmiin tulevilla lapsilla ei ole niitä motorisia taitoja, joita aikaisemmin on ollut samanikäisillä. Liikapainoiset lapset ovat usein kömpelöitä ja perusliikkumisen taidot ja kunto ovat kehittymättömiä (Taulukko 19). Ohjaustyö on vaikeutunut, kun ryhmä on heterogeeninen ja opettamiseen tarvitaan uusia keinoja ja enemmän aikaa kuin ennen. *"Ohjaajan kannalta avustaminen on raskaampaa (erityisesti rekillä, nojapuilla ja permanolla)" ja "Lasten normaali luontainen ketteryys on osakseen kadonnut. Lapsia tulee opettaa perusliikkeitä, jotka aiemmin osattiin jo tultaessa voimistelemaan"*. Levottomuus ryhmissä on lisääntynyt muun muassa jatkuvien juomataukojen

takia. Aikuisilta otettu malli juomapullon käytöstä houkuttelee juomaan monta kertaa tunnin aikana. Lapset eivät jaksakaan 45 minuutin tuntia lepäämättä, sillä he eivät pidä hikoilusta ja hengästyvät helposti. ”Lapset eivät tahdo jaksaa pysyä liikkeessä koko 45 min pituista tuntia, vaan välillä istutaan lattialle lepäämään ja juomatauko pitäisi olla joka viides minuutti” Lihavat lapset eivät halua pukeutua liikuntavaatteisiin, vaan yrittävät voimistella arkivaatteissaan.

Lasten lisääntyvä lihavuus ei näkynyt vastaajien mielestä seuratoiminnassa, koska lihavat lapset eivät osallistuneet voimistelutoimintaan. Vastaajien mukaan toiminnan sisältö ei motivoinut liikapainoisia ja lihavia lapsia (Taulukko 19). Kilpailulajien vastaajat toivoivat osallistujien olevan ruumiinrakenteeltaan hoikia ja liikunnallisesti lahjakkaita.

Taulukko 19. Lihavien lasten osallistumattomuus voimisteluseuran toimintaan 2006–2009.

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistys	Kategoria 1	Kategoria 2	Yläkategoria
Ehkä lihavimmat eivät halua tulla jumpparyhmiin (32).	Eivät halua tulla jumpparyhmiin			Voimisteluseuran toimintaa ei kohdisteta
Lihavat lapset eivät ilmeisesti osallistu seuratoimintaan (108).	Eivät osallistu seuratoimintaan	Eivät halua tulla osallistu Eivät harrasta liikuntaa	Lihavat lapset eivät osallistu järjestettyyn voimistelutoimintaan	lihaville lapsille.
Seuramme tunneille ei tuoda pullukoita, joskus ylipainoiset käyvät muutaman kerran ja lopettavat (111).	Ei tuoda pullukoita, joskus käyvät muutaman kerran ja lopettavat	Ei tuoda, lopettavat muutaman kerran jälkeen Aloittavat, karsiutuvat, innostus loppuu	Lihavat lapset saattavat aloittaa voimisteluharrastuksen, mutta lopettavat muutaman kerran jälkeen	
Harvoin kouluikäiset lihavat lapset haluaa harrastaa ylimääräistä liikuntaa (112).	Harvoin harrastavat ylimääräistä liikuntaa			
Syksyisin muutama aloittamassa, näyttävät karsiutuvan, loppuuko innostus? (170).	Muutama aloittaa, karsiutuvat, loppuuko innostus?			

Osa liikapainoisista lapsista innostuu liikunnasta ja saa siitä harrastuksen. Kuitenkin noin 10 % voimisteluseuroista ilmoittaa jäsenmääränsä laskeneen lasten li-

sääntyneen lihavuuden sekä yleisen asennoitumisen myötä. ”Lasten jäsenmäärä vähentynyt jkv. Yksi syy saattaisi olla yleisesti liikunnan väheneminen yhteiskunnassa, on perheitä, joissa ei liikunta kiinnosta, joten he eivät lapsiaankaan ohjaa liikunnan pariin”.

Kilpailutoimintaa harjoittavissa seuroissa ei tunneta lasten lihavuutta. Kilparyhmään valikoituvat hoikat ja liikunnallisesti taitavat lapset. Kilpailua harrastavien lasten ja nuorten taipumus anoreksiaan huolettaa seuraväkeä enemmän kuin liikapainoisuus. ”Päälajimme... on joukkuevoimistelu. Seikka mikä enemmänkin koskettaa ja huolettaa lajiamme on liika laihuus, anorexia”.

”Psyykkinen pahoinvointi altistaa syömiselle...”

Voimisteluseuroissa vanhemmat ovat ohjaajille tutuimpia perheliikuntaryhmissä. Toimijoiden mukaan vanhemmat osallistuvat huonosti seuran järjestämiin palaverihin tai kokeiluihin, joissa on tarjota heille ravitsemusluentoja ja muuta kokoon-tumista. Kilpailutoimintaa järjestävillä seuroilla on erilainen näkemys vanhempien aktiivisuudesta. Valmentajilla on joukkueen vanhempien kanssa lähes kuukausittain tapaamisia, joihin vanhemmat osallistuvat. Vanhemmat ovat myös kiinnostuneita ravintoasioista. Huoli ei liity liikapainoisuuteen, vaan erilaisiin laihuutta aiheuttaviin syömishäiriöihin, joita saattaa esiintyä taitolajien harrastajilla.

Voimisteluseurojen toimijoiden vastauksissa kaivattiin vanhemmilta vastuullisempaa otetta perheen ruokailujen järjestämisessä. Vastaaajien mukaan suomalaisten lasten paino on nousemassa, koska perheiden ruokailutottumusten muuttuminen on noussut merkittäväksi tekijäksi lasten lihomisessa. Perheissä ei enää laiteta kotiruokaa säännöllisesti, eineksiä käytetään usein ja ruoka on ravintoarvoltaan yksipuolista. Makeat juomat ja välipalat ovat lasten eväitä esiintymismatkoilla ja harjoituksissa. Voimisteluseurojen toimijoiden lisäksi kouluterveydenhoitajat painottivat vuoden 2009 vastauksissaan energiajuomien ja -välipalojen lisääntynyttä osuutta lasten ruokailussa.

Voimisteluseurojen toimijoiden vastauksissa oltiin huolestuneita koulu-liikunnan vähäisestä määrästä sekä liikuntaopetuksen sisällöstä. Välitunnit pitäisi vastaaajien mielestä hyödyntää paremmin liikuntaan innostavina tuokioina.

Voimisteluseuroissa on toistaiseksi vaiettu lasten lihavuudesta. Noin 10 % kyselyyn vastanneista oli sitä mieltä, ettei lasten lihavuuden hoito kuulu voimisteluseuroille. Verrattaessa kahta kyselyä (2006 ja 2009), voidaan kuitenkin todeta, että suhtautuminen lasten lihavuuteen on muuttunut harrasteryhmissä. Vuoden 2009 vastausten mukaan seurat kokevat olevansa merkityksellisiä toimijoita en-

naltaehkäistäessä lasten lihavuutta ja ovat muuttaneet toimintatapojaan lihavuuden ennaltaehkäisyyn suuntaan.

8.4 Voimisteluseurojen toimijoiden keinot toimia lasten painonhallinnan hyväksi

Voimisteluseurojen toimijoiden mielestä lasten painonhallinnassa tärkeintä toimintaa ja yhteistyötä perheiden kanssa oli voimistelutoiminnan järjestäminen paikkakunnalla. Seurat tarjoavat liikuntaa eri ikäisille harraste- ja kilparyhmille. *”Pyrimme järjestämään toimintaa ja ryhmiä kaikille lapsille. Niin voimistelua innokkaasti kilpajoukkueessa harrastaville, että lapsille jotka haluavat liikkua, jumpata kerran tai pari viikossa. Pyrimme viemään liikunnan ilon ja terveellisyyden sanomaan eteenpäin ja saamaan lapset liikkumaan”*. Voimistelutoiminnan lisäksi tarjotaan juhlia, kilpailumatkoja ja leirejä. Vanhemmilla on mahdollisuus osallistua seuran työryhmiin ja talkoisiin sekä toimia huoltajina matkoilla ja tapahtumissa. Vanhemmat voivat vaikuttaa seuran toiminnan kehittämiseen antamalla palautetta, jota pyydetään lähes kaikissa seuroissa vuosittain. Harrastetoiminnassa yhteistyö perheiden kanssa oli vastausten mukaan tiivistä alle kouluikäisten kanssa ja perheliikunta- ja jumppakouluryhmien kanssa. Vanhemmilla oli mahdollisuus osallistua säännöllisesti tarjottaville voimistelutunneille yhdessä lapsen kanssa. Sen sijaan jumppakouluryhmien pelisääntökeskustelut ja muut ryhmien vanhempainillat harrasteryhmien parissa eivät saaneet vanhempia osallistumaan seuroja tyydyttävällä tavalla. Kilparyhmien vanhemmille järjestetään säännöllisesti palavereita kilpailumatkoihin tai muihin järjestelyihin liittyen. Voimistelijat ja vanhemmat saavat opastusta ruokailusta harjoitus- ja kilpailukaudella. Osasta seuroista ilmoitettiin että yhteistyö toteutuu keskustelemalla vanhempien kanssa, kun he tuovat lapsia harrastuksen pariin tai sähköpostitse muuna aikana. Muutamissa seuroissa ei koettu tarvetta (alle 10 %) erilliseen yhteistyöhön.

8.5 Voimisteluseurojen toimijoiden ehdotuksia lasten painonhallinnan järjestämiseksi

Voimisteluseurojen toimijoiden mielestä suuria panostuksia seuroissa ei voida tehdä rajallisten ohjaaja- ja saliresurssien takia. Aikaisemmasta kyselystä poiketen harrasteseuroissa oli vuoden 2009 vastauksissa selkeää halua toimia myös lasten painonhallinnan hyväksi.

”...painonhallintaryhmää voisi ajatella niin lapsille kuin vanhemmillekin.”

Seurojen edustajien vastaukset keinoista tukea lasten painonhallintaa jakaantuivat niin, että harrasteseurojen kyselyyn vastanneet olivat valmiita *”perustamaan uusia ryhmiä, jos toimintaresurssit ja ohjaajien koulutus tukisivat asiaa”*. Tiedonpuutetta lasten painonhallinnasta pidettiin suurena esteenä toiminnalle. Vastaajat lisäksiivät *”tiedotusta ja yhteistyötä”* perheille ja neuvoloiden, päiväkotien ja koulujen kanssa tulisi tehdä aktiivisemmin yhteistyötä. Seurojen vastauksissa haastetaan Svolin alueet järjestämään tapahtumia, joissa eri tahot voisivat toimia yhdessä ja erilaisten näytetuntien avulla päiväkodeissa ja kouluissa voitaisiin saavuttaa oikeat kohderyhmät. *”Seuran on tunnistettava roolinsa lasten kasvattajana”* nousi 2009 vastauksista, toisaalta *”..ei kuulu seuran toimenkuvaan.”*-ryhmä (alle 10 %) on pysynyt lähes ennallaan vuoden 2006 vastauksiin verrattaessa.

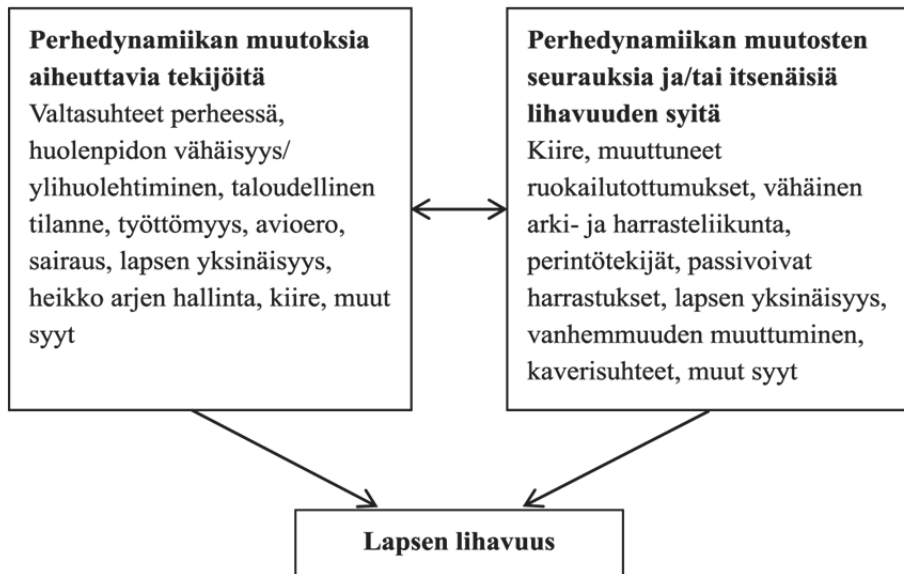
Vastaajien mukaan pitäisi miettiä yleensäkin voimistelutuntien sisältöjen mielenkiintoisuutta ja tehokkuutta. *”Liikuntatunneilla on mielestäni vaikea järjestää yksityistä tukemista, mutta ohjaajakin voitaisiin kouluttaa antamaan leikinomaisesti lapsille erilaisia pieniä terveyteen liittyviä ”terveyskylpyjä.”* Ohjaajat kokivat tarvitsevansa lisätietoa ja yhteistyötä vanhempien, terveydenhuollon ja muiden tahojen kanssa. Tiedotusta ja keskustelua aiheesta oltiin valmiita lisäämään lapsien ja vanhempien kanssa. Voimisteluseuroissa on vastausten mukaan käytössä kotisivut, joita voisi hyödyntää tehokkaammin tiedottamisessa ja materiaalin jaossa. Vastaajat näkivät voimisteluseuran lapsen oheiskasvattajana perheiden tukena ja siksi esimerkkinä olo ja asennekasvatus terveellisiin elämäntapoihin koettiin tärkeäksi. Alle 10 % voimisteluseurojen vastaajista ohjaisi lihavat lapset terveyskeskukseen erityisryhmään. Vanhempien pelättiin loukkaantuvan, jos seuratyössä otettaisiin puheeksi lapsen paino. Näissä vastauksissa katsottiin, ettei painonhallinta ole seuran tehtävä eikä tarvetta painonhallintaryhmien perustamiselle ole. Osa ilmaisi asian niin, *”ettei lihaviin ryhmät oikein innosta”*.

Vuoden 2006 kyselyn jälkeen viidessä seurassa oli perustettu matalan kynnyksen ryhmiä lapsille (myös useampia ryhmiä samassa seurassa) ja niiden suosio oli yllättänyt järjestäjät. Lisäksi kolme seuraa ilmoitti perustaneensa aikuisten painonhallintaryhmän. Lasten liikuntatarjontaa oli monipuolistettu vastausten perusteella ja harrasteryhmissä korostuivat perheliikunta ja pelisääntökeskustelut toimintamuotoina. Seurat olivat tarjonneet aikaisempaa useammin ravitsemusluentoja ja -tietoa voimistelijoille ja heidän vanhemmilleen. Seurojen vastauksissa näkyi myös halua yritys yhteistyöhön, josta toivottiin rahoitus- ja toiminta-apua seuratoiminnan monipuolistamiseksi.

Jotta voimisteluseurat voisivat vastata lasten liikapainohaasteeseen, keinoiksi nähtiin uusien liikuntaryhmien perustaminen ja seuraväen kouluttaminen painonhallintaan. Jos seuroissa olisi paljon tarjontaa, jokaisella olisi mahdollisuus löytää itselleen sopiva ryhmä. Seurat ovat valmiita tarjoamaan lapsille samalla hinnalla useampia harjoitustunteja viikoittain. Tuntien tulisi olla myös monipuolisia ja hauskoja, jotta voimistelijat pysyisivät ryhmissä. Joissain vastauksissa painotettiin lasten palkitsemista liikunnan harrastamisesta ja liikuntakortin täyttämistä oma-toimisuuden lisäämiseksi. Lasten ryhmissä voisi olla koko perheelle pari kertaa vuodessa teematunteja, joihin liitettäisiin liikunnan lisäksi painonhallintaan liittyvää tietoa ja keskustelua. Pelisääntökeskustelujen ja vanhemmille tarjottavien ravitsemusluentojen tärkeyttä korostettiin edelleen yhteistyössä vanhempien kanssa. Seurojen toimijat tuovat esille vanhempien vastuun lasten käytöstavoista sekä voimistelutunneilla ja matkoilla sallittavien juomien ja välipalojen laadusta. Vastauksissa vaaditaan ”vanhemmille tiukempia rajoja”. Seuratoimijoiden mielestä vanhemmat ”paapovat” lapsiaan liikaa eivätkä opeta lapsilleen tapoja eivätkä kohtuullisuutta. Vanhempien ylihuolehtivuus koettiin vastauksissa myös lasta passivoivaksi.

8.6 Tulosten yhteenveto

Yhdeksi tämän tutkimuksen tulokseksi tutkija nostaa muutokset perhedynamiikassa (perheiden toiminnassa) lasten lihavuuden syynä. Perheiden muoto, koko, tehtävät ja keskinäinen sitoutuneisuus näyttäytyvät tutkimuksessa ”löyhänä” kokonaisuutena. Tutkijan havaintojen pohjalta perheenjäsenet elävät kukin tahoillaan itsenäistä elämää ja yhteistä aikaa on vähän. Ääri-ilmaisuuina vanhempia voidaan kuvata vanhempien roolissa ”voimattomiksi” ja lapsia ”kotonaan syjättyviksi”. Lasten lihavuus syntyy tämän tutkimuksen mukaan perintötekijöistä, lapsen elämässä tapahtuneista muutoksista, yksinäisyydestä, vanhempien tavasta korvata yhteistä aikaa rahalla ja herkuilla sekä perheen epäsäännöllisistä elintavoista. Kysyttäessä vanhemmilta, kouluterveydenhoitajilta ja voimisteluseurojen toimijoilta syitä lasten lihavuuteen vastattiin, että syinä lihavuuteen ovat ruokailutottumusten muutokset ja lasten vähäinen arkiliikunta. Perheet painottivat perintötekijöiden osuutta ja lasten yksinäisyydestä johtuvaa liikunnan vähäisyyttä, kun taas kouluterveydenhoitajat ja seurojen toimijat nostivat kiireen aiheuttamat epäsäännöllisyydet ruokailu- ja liikuntatottumuksissa etusijalle (Kuvio 8).

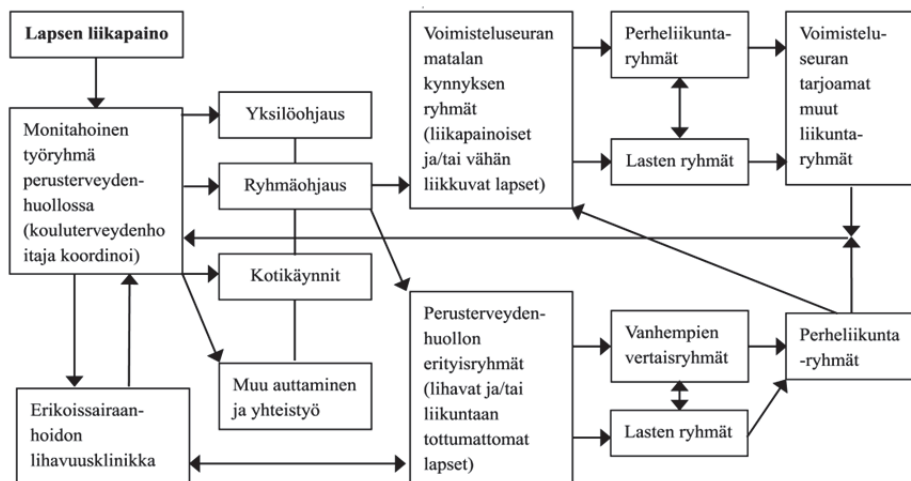


Kuvio 8. Lapsen lihavuuden syyt vanhempien, kouluterveydenhuollon ja voimisteluseurojen vastaajien kokemusten ja näkemysten mukaan 2006–2009.

Toisena tutkimustuloksena korostuu kouluterveydenhuollon toimintatapojen, osaamisen ja resurssien riittämättömyys. Kiireiset vanhemmat eivät ehdi tapaamiin, vaan yhteydenotto tapahtuu usein puhelimitse. Materiaalin lähettäminen kotiin ja lapsen tapaaminen kuukausittaisissa punnituksissa jää suppeaksi keinoksi tukea lapsen painonhallintaa. Erikoistyöntekijöitä (esimerkiksi koululääkäri, ravitsemusterapeutti) ei ole tai heitä on rajallisesti. Perusterveydenhuollon henkilökuntamäärä on usein riittämätön vastaamaan perheiden monitahoisiin ongelmiin, sillä lapsen lihavuus voi olla seurausta perheen kokonaistilanteesta. Ryhmätoiminta työtapana ei onnistu nykyisellä töitten organisoinnilla ja tietomäärällä. Henkilökunta tarvitsee koulutusta painonhallinnasta ja yhteistyökumppaneita koulusta, päiväkodista, voimisteluseurasta ja perheistä.

Kolmantena tuloksena korostuu tarve kouluterveydenhuollon ja voimisteluseurojen yhteistyöstä toteuttaa painonhallinnan ryhmätoimintaa. Erittäin lihaviin lasten liikunnan osuuden toteuttaisivat fysioterapeutit terveyskeskuksen toimintana ja liikapainoisten ja vähän liikkuneiden lasten ja vanhempien toiminnan toteuttaisi voimisteluseura. Vanhempien vertaisryhmät toteutuisivat terveydenhoitajien koordinoimina. Vastausten perusteella tutkija on luonut mallin yhteistyön järjes-

tämiseksi (Kuvio 9). Lapset pitivät omasta liikuntaryhmästään ja vain heille kohdennettu toiminta tutustutti liikuntaan sekä antoi rohkeutta osallistua toisiin liikuntakerhoihin. Lasten liikuntaryhmästä välittynyt lasten tasavertaisuus ja vanhempien ryhmässä toteutunut avoimuus ja toisten ryhmäläisten kunnioittaminen koettiin toimintaan sitouttavina tekijöinä. Vanhemmat eivät halua lasten olevan ”hoidossa” painon takia. Perheliikuntaa kehittämällä saadaan uusia työtapoja kouluterveydenhuoltoon. Kouluterveydenhoitajat ja voimisteluseurojen ohjaajat tarvitsevat koulutusta ja resursseja toiminnan toteutumiseksi. Voimisteluseuroissa ollaan valmiita lisäämään lasten liikuntaryhmiä, tiedotusta ravinnosta ja tekemään yhteistyötä neuvolan, päivähoidon ja kouluterveydenhuollon kanssa. Tiedottamisen tärkeys korostui toimintaa suunniteltaessa ja motivoitaessa perheitä osallistumaan ryhmiin (Kuvio 9).



Kuvio 9. Kouluterveydenhoitajien ja voimisteluseurojen toimijoiden vastauksista kehitetty malli lasten painonhallinnan järjestämiseksi julkisen terveydenhuollon ja voimisteluseuran yhteistyönä.

8.6.1 Tulokset luettelona vastaajaryhmien mukaan

1. *Vanhempien* vastauksien perusteella lasten painonnousun syinä olivat lapsen yksinäisyys, perintötekijät, muutokset perhe-elämässä, arkiliikunnan ja liikunnan harrastamisen vähäisyys, ruokailutottumukset ja kiire.

2. Lasten kokema yksinäisyys ja kiusaaminen, vaatteidenoston vaikeus, liikuntaharrastusten vähäisyys ja terveydelliset uhat sekä vanhempien tarvitsema tieto ja vertaistuki saivat vanhemmat hakeutumaan lasten painonhallintaa tukevaan ryhmään terveydenhoitajan kannustamana.
3. Vanhemmat kokivat omat keinosensa rajallisiksi vaikuttaa lasten liikapainoisuuteen. He sanoivat tarvitsevansa asiantuntijoiden apua. Perheen herkuttelu- ja napostelutottumukset sekä perheen ja suvun liikapainoisuus eivät tukeneet painonhallintaa. Lapsen lihavuuden tunnistaminen ja tunnustaminen oli vanhemmille vaikeaa.
4. Vanhemmat odottivat saavansa ryhmästä tietoa, tukea, lapselle ystäviä ja liikuntaharrastuksen sekä ohjausta koko perheen painonhallintaan.
5. Vanhemmat kokivat saaneensa lapselle miellyttäviä kokemuksia liikunnasta ja rohkeuden hakeutua urheiluseurojen toimintaan. Vanhemmat saivat tietoa ruokailuun ja liikuntaan liittyvistä asioista, keinoja toteuttaa painonhallintaa kotona sekä tasa-arvoista kohtelua lapsille ja itselleen.
6. Vanhempien vyötärön ympäryksen keskiarvo oli pienentynyt 13 cm ensimmäiseen mittaukseen verrattuna ja kolmessa perheessä yhteinen liikunta-aika lisääntyi. Vanhempien työmatkaliikunta kävellen ja pyöräillen lisääntyi.
7. *Lapset* pitivät liikuntaryhmää itselleen tärkeänä harrastuksena. He lähtivät liikuntatunnille mielellään ja saivat liikunnasta onnistumisen kokemuksia. Lapset saivat rohkeutta laajentaa liikuntakokeilujaan urheiluseuroissa, mikä oli kaikille uusi kokemus.
8. Lapset saivat kavereita liikuntaryhmästä ja he kertoivat muuttuneista ruokailutottumuksistaan, erityisesti säännöllisistä karkkipäivistä ja välipalojen muuttumisesta terveellisemmiksi.
9. Intervention aikana lähes kaikkien lasten painonhallintaan pystyttiin vaikuttamaan painonnousua hidastamalla ja tukemalla koko perhettä terveellisiin elämäntapoihin. Vuosi intervention jälkeen neljällä lapsella (n=10) oli liikuntaharrastus seurassa ja kolmen paino oli normaali. Kuuden lapsen osalta ei saatu tietoja.
10. Jatkossa toiminnasta tulee vanhempien mukaan tiedottaa tehokkaammin, opettajille tulee antaa tietoa lasten painonhallinnasta ja perheen tulee yhdessä sitoutua asiaan.
11. *Kouluterveydenhoitajat* mainitsevat perheiden ruokailutottumukset tärkeimmäksi syyksi lasten lihavuuteen. Liikunnan vähäisyys ja passivoivat harrastukset lisäävät lihomista. Perheiden kiireet estävät säännöllisen päivärytmin sekä perheiden yhteiset ateriat ja liikunnan. Lihavat lapset vieraantuvat arki-

- liikunnasta ja liikunnan harrastamisesta ja lapset ovat usein yksinäisiä. Vanhempien heikot asenteet kotiruokailua ja perheen yhdessä toimimista kohtaan olivat kouluterveydenhoitajien mielestä lihavuutta edistäviä asioita.
12. Kouluterveydenhoitajat mainitsevat lasten lihavuuden syiksi myös perheiden ”napostelukulttuurin”, lasten rahankäytön ja makeisten ja rasvaisten välipalojen helpon saannin ja hinnoittelun. Koululiikunnan vähäisyys mainitaan lisäksi syyksi lasten lihavuuteen, samoin kouluruokailun vähäinen kasvatuksellinen merkitys.
 13. Kouluterveydenhoitajat tuovat selkeästi esille yhteistyön muuttumisen vanhempien kanssa. Terveystarkastukset tärkeimmäksi yhteistyön muodoksi, koska vanhemmille tarjotaan mahdollisuus olla mukana tapaamisissa. Kuitenkaan vanhemmat eivät ehdi kiireittensä taktia osallistumaan tapaamisiin. Puhelinyhteydestä on tullut käytännössä yhteistyön muoto vanhempien kanssa.
 14. Kouluterveydenhoitajat ovat kiinnostuneita monitahoisen yhteistyön kehittämistä lasten painonhallinnassa. He ehdottavat perheiden tukemista positiiivisella otteella ja muun muassa moniammatillisten kotikäyntien kokeilua. Perheiden voimavarat on löydettävä ja otettava käyttöön. Heikot henkilökunta- ja taloudelliset resurssit estävät yhteistyön ja ryhmätoiminnan toteutuksen. Kouluterveydenhoitajat haluavat antaa liikuntaryhmien toteutuksen fysioterapeuteille ja voimisteluseuroille, mutta ovat halukkaita toteuttamaan vanhempien vertaisryhmiä, kun resursseja saadaan lisää.
 15. Kouluterveydenhoitajat ehdottavat perustettavaksi lasten painonhallinnan tueksi lihavuusklinikoita keskussairaalaan ja laaja-alaisia työryhmiä perusterveydenhuoltoon.
 16. *Voimisteluseurojen* toimijoiden vastauksissa lasten lisääntynyt lihavuus näkyy harrasteryhmissä. Lasten motoriset taidot ja aerobinen kunto ovat heikot, lapset eivät halua pukeutua liikunta-asuihin, ryhmien heterogeenisyys vaikeuttaa ohjaajien työtä ja seurojen jäsenmäärä on laskenut lihavuuden lisääntyessä. Liikuntaryhmissä aloittavat lihavat lapset lopettavat usein osallistumisensa muutaman käynnin jälkeen.
 17. Kilpailutoimintaa toteuttavissa voimisteluseuroissa ei lasten lihavuus ole näkynyt. Kilparyhmiin odotetaan ja sinne hakeutuvat hoikat ja motorisilta taidoiltaan edistyneet lapset. Syömishäiriöt ja erityisesti laihuuden ihannointi koettiin ongelmaksi kilparyhmissä.

18. Yhteistyö perheiden kanssa on harrasteseuroissa luontevaa perheliikunta- ja Jumppakouluryhmissä. Vanhemmat osallistuvat tunneille sovitusti. Pelisääntökeskustelut ja muut tapaamiset eivät motivoi vanhempia.
19. Kilpailutoimintaa toteuttavissa seuroissa yhteistyö valmennusryhmien vanhempien kanssa on tiivistä ja vanhemmilla on tehtäviä kilpailuihin valmistauttaessa rahanhankinnassa ja huoltajina.
20. Liikunnan vähäisyys vapaa-ajalla ja koulussa sekä perheen ruokailutottumukset ovat voimisteluseurojen toimijoiden mukaan syynä lasten lihavuuteen. Vanhempien antamat makeat juomat voimistelutunneille ja tapahtumamatoille annetut eväät eivät ole tarkoituksenmukaisia liikkuvalla lapselle.
21. Voimisteluseurojen mahdollisuudet vaikuttaa lasten painonhallintaan on parasta silloin, kun seurat voivat tarjota paljon erilaisia liikuntaryhmiä lapsille. Näistä vanhemmat voivat valita lapsilleen sopivimmat. Seurat ovat valmiita tarjoamaan lapsille samalla hinnalla useamman ryhmän viikossa.
22. Voimisteluseuroissa halutaan tehostaa tuntien suunnittelua ja toteutusta. Koulutuksen tarve on keskeinen mietittäessä painonhallintaryhmien aloittamista.
23. Harrasteryhmissä on noussut halu painottaa seuran kasvatuksellista roolia. Näissä seuroissa ollaan valmiita kokeilemaan niin sanottuja matalankynnyksen ryhmiä lapsille ja aikuisille. Yhteistyön mahdollisuus nähtiin neuvoloiden, kouluterveydenhuollon, päiväkotien ja koulujen kanssa.
24. Noin 10 % vastaajista haluaa ohjata lihavat lapset terveyskeskuksen erityisryhmiin eivätkä he näe voimisteluseuran tehtäväksi järjestää liikuntaa lihaville lapsille.

9 Pohdinta ja päätelmät

9.1 Perhedynamiikan muutokset lapsen lihavuuden taustalla

Lasten lihavuuden taustalla on tämän tutkimuksen mukaan useita tekijöitä, jotka painottuvat eri perheissä eri tavalla. Perhedynamiikan (toiminta perheessä) muutokset näyttävät nousevan tämän tutkimuksen mukaan tärkeimmäksi tutkimustulokseksi lasten lihavuuden taustalla. Perheiden monenlaiset rakenteet, elämän kiireellisyys ja epäsäännöllisyys luovat kontekstin, jossa voi olla vaikeata turvata lapsen kehityksen ja kasvun kannalta säännöllinen ja huolehtiva elämäntapa. Muutokset myös yksittäisen lapsen elämässä voivat heijastua moniin lihavuuden syihin ja voivat olla lapsen lihavuuden syynä itsenäisesti. Kouluterveydenhoitajat ja voimisteluseurojen toimijat nostavat vanhempien roolin merkittäväksi heidän mahdollistaessaan lastensa päivittäistä hyvinvointia ravinnon, liikunnan ja säännöllisen elämänrytmin avulla. Kirjallisuudessa korostetaan samoin säännöllistä ja turvallista elämänrytmiä lapsen kehittymisen perustekijöinä (vrt. Vertio 1998, Mikkilä ym. 2002, Suomalaiset ravitsemussuositukset 2005, Terveysliikuntasuositukset 2007). Tutkimusryhmän perheet hakivat ryhmän toiminnasta keinoja lapsiperheiden ruokailun ja muun elämän yhteensovittamiseen ja toteuttamiseen. Perheenjäsenten omien intressien korostuminen yhdessä tekemisen sijaan sekä lasten yksinäisyys saattavat olla edistämässä lasten lihavuutta. Ruuan käyttöä kannustimena ja lohduttajana pidettiin kouluterveydenhoitajien ja voimisteluseurojen toimijoiden vastauksissa kyseenalaisena kasvatukseen. Kyselyssä saatuja vastauksia perheen keskinäisestä toiminnasta ja perheenjäsenten rooleista tukee muun muassa Hakulinen (1998), (vrt. Javanainen ym. 2007), joka toteaa tutkimuksessaan, että perheen vuorovaikutussuhteilla ja toiminnalla eli perhedynamiikalla on merkitystä perheenjäsenten terveyteen, sairastuvuuteen ja yleiseen hyvinvointiin.

Vanhempien ”voimattomuutta kasvattajina” kuvaa se, että he olivat tietoisia lastensa runsaasta television ja tietokoneen käytöstä (ruutuajasta), mutta eivät kouluterveydenhoitajien ja voimisteluseurojen toimijoiden mukaan toimineet niin, että lapsi käyttäisi aikaansa esimerkiksi harrastustoimintaan tai perhe toimisi muuten yhdessä. Lasten liikuntasuosituksissa (2007) suositellaan kouluikäisille lapsille 1,5–2 tuntia liikuntaa päivittäin ja ruutu-aikaa kehoitetaan rajoittamaan kahteen tuntiin päivässä. Vanhempien tulisi myös seurata, mitä lapsi tekee tietokoneensa äärellä. Yläkoululaisille kohdistetussa Kouluterveyskyselyssä (2006) todetaan tutkimustuloksina lasten yleinen väsymys, joka syntyy pitkään valvomi-

sesta ja riittämättömästä nukkuma-ajasta, lasten epäsäännöllinen ruokailu ja epä-terveelliset välipalat, päänsärky, masentuneisuus ja liikapaino. Epäsäännöllisyys aiheuttaa oireita, joita voisi ehkäistä ja hoitaa säännöllisellä elämäntavalla. (Matti-la 2009.) Perheiden yhdessä toimimista ja yhteisöllisyyttä tulisi tutkimuksen tu-lostien mukaan vahvistaa.

Voimisteluseuroissa vanhempien kiireet koettiin osallistumattomuutena van- hempien tilaisuuksiin ja kouluterveydenhuollossa osallistumattomuutena lasten terveystarkastuksiin. Tutkimuksessa mukana olleissa perheissä vanhemmat olivat kokeneet työttömyyttä, sairauksia ja perheiden sisällä saattoi olla erilainen käsitys lapsen lihavuudesta ja tarpeesta toimia asian hyväksi. Jokaisessa perheessä oli liikapainoisia tai lihavia sisaruksia tai vanhemmat olivat liikapainoisia tai lihavia. Perheet sopivat kirjallisuudessa esitettyjen kriteerien mukaisiksi perheiksi, joissa myös vanhempien koulutuksella ja sosioekonomisella tasolla saattaa olla yhteyttä perheen lihavuuteen. Kantomaa (2010) osoittaa, että vanhempien alhaisella sosio- ekonomisella asemalla on yhteyttä lasten vähäiseen liikunta-aktiivisuuteen. Sa- moin vähän liikkuvat lapset kärsivät tunne- ja sosiaalisen elämän häiriöistä. Vä- häinen liikunta, perheen alhainen sosioekonominen asema sekä sosiaaliset ongel- mat vaikuttavat tutkimuksen mukaan koettuun terveyteen. Saksalaisessa lasten liikapainon ehkäisyä koskevassa systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa (valin- tojen jälkeen 31 julkaisua) painottuu perheiden sosioekonominen asema tärkeim- pänä vaikuttavana tekijänä ennen kulttuurillisia ja koulutuksellisia tekijöitä (Frösch, Wirl & Haas 2007). Tutkimusryhmän perheissä on yhtäläisyyttä aikai- sempien tutkimusten kanssa siinä, että lihavuutta on kaikissa sosiaaliluokissa (Vanhala & Vanhala 1998; Terveys 2000 -tutkimus 2002; Blair 2004; Konsensus- lausuma 2005). Samoin tutkimustuloksia tukee huomio, että vanhempien liha- vuudella on vaikutusta lapsen lihavuuteen. Mitä vaikeampaa lapsen lihavuus on jo varhain lapsena, sitä todennäköisempää hänen lihavuutensa on aikuisiässä. (Van- hala & Vanhala; Lasten lihavuus – Käypä hoito 2005.)

Kouluterveydenhoitajat ja voimisteluseurojen edustajat odottivat opettajilta kouluruokailuun osallistumista yhdessä oppilaiden kanssa. Jos lapsi ei saa kotona hyviä esimerkkejä ruokailuasioissa, voisi opettajan esimerkkinä oleminen kannus- taa säännöllisiin ja terveellisiin ruokailutottumuksiin. Peruskoulujen rehtoreille lähetetyn kyselyn (2007) mukaan lähes kaikki opettajat osallistuvat kouluruokai- luun oppilaiden kanssa. Vanhempien osallistuminen kouluruokailun kehittämiseen on ollut peruskoulukyselyn mukaan vähäistä. (Rimpelä ym. 2008.)

Perheiden toiminnan muuttuessa suomalaisen neuvolajärjestelmän (vrt. Ha- kulinen 1998) ja kouluterveydenhuollon (vrt. Tossavainen ym. 2002, Haarala &

Tervaskanto-Mäentausta 2008) olisi uudistuttava. Toiminnan painopisteitä tulisi siirtää yksilöiden fyysisen terveydentilan seurannasta kokonaisvaltaiseen perheiden tukemiseen ja hyvinvoinnin edistämiseen. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö on kiinnittänyt huomiota kouluterveydenhoitajien määrään ja on antanut asetuksella (2008) ohjeet kunnille lisätä kouluterveydenhoitajien määrää suhteessa oppilasmäärään.

Harrastetoimintaa järjestävissä voimisteluseuroissa korostettiin urheiluseuran kasvatustehtävää kodin rinnalla. Svolin arvojen mukaan toiminnassa tulisi näkyä voimistelun ilo ja elämykset, onnistumiset yhdessä toimien sekä osallistumisen mahdollisuus koko elinkaaren ajan. Svolin strategiassa vuodelle 2010 on yhtenä painopisteenä kaikille avoin voimistelutoiminta, jolla halutaan mahdollistaa harrastus erilaisille voimistelusta kiinnostuneille henkilöille (Svoli toimintasuunnitelma 2010.) Kokko (2010) on väitöskirjatyössään kuvannut terveyden edistämistä suomalaisissa urheiluseuroissa. Urheiluseurat toteavat tavoitteekseen terveyden edistämisen, mutta Kokon mukaan asia näkyy vähän käytännössä. Eniten terveyden edistämiseen kiinnitettiin huomiota Nuoren Suomen Sinetin saaneissa seuroissa. Kyselyyn vastanneiden mukaan voimisteluseurojen toimintaa tarjotaan pääasiassa voimistelusta kiinnostuneille lapsille eivätkä tuntien sisällöt välttämättä tue lapsen painonhallintaa. Kilpailutoimintaa järjestävissä seuroissa ei tunnusteta tarvetta lasten painonhallinnalle liikapainoisuuden takia, mutta harrastetoimintaa tarjoavat voimisteluseurat ovat tutkimuksen aikana (2005–2009) laajentaneet toimintaansa myös painonhallintaan ja yleensä terveyden edistämiseen. Lapsen perhe ja lähin toimintaympäristö näyttävät olevan tärkeitä tekijöitä lapsen kehitykselle, terveystottumusten vakiintumisille ja painonhallinnalle.

Vanhempien käsityksen mukaan taipumus lasten lihavuuteen on perinnöllistä, mutta kouluterveydenhoitajat pitävät perinnöllisyyttä opittuja ruokailu- ja liikuntatottumuksia vähäisempänä vaikuttajana lasten lihavuuteen. Taipumus lihavuuteen on tutkimusten mukaan merkityksellistä ja erityisesti lihavuuden vaikutuksista sairauksiin tiedetään paljon (vrt. Laaksonen ym. 2004, Lasten lihavuus, Käypä hoito 2005, Frayling ym. 2007, Freathy ym. 2008, Ortega-Alonso 2009.) Kun alttiuden lihavuuteen tietää, tulisi entistä enemmän keskittyä säännöllisiin elämäntapoihin ja painonhallintaan eikä antautua perintötekijöiden armoille, vaikka perheessä ja lähisukulaisissa olisikin lihavuutta (Tammelin ym. 2000, Myöhänen & Säätelä 2000, Valle ym. 2001, Mattila 2009). Vanhempien esimerkin vaikutuksia korostetaan myös neuvolatoimintaan ja kouluterveydenhuoltoon liittyvässä asetuksessa (380/2009). Terveystieteiden ministeriö on suunnattava tarvelähtöisesti molemmille vanhemmille, sillä LATE-tutkimuksen tulokset osoittavat, että vanhem-

pien terveystottumuksissa on parantamisen varaa. Tätä tutkimusta tukee tarve kiinnittää huomiota vanhempien elämäntapoihin, lihavuuden ja liikapainoisuuden yleisyyteen, tupakointiin ja alkoholin riskikäyttöön. (Lasten terveys – LATE -tutkimuksen perustulokset 2010.)

Lasten kasvukäyrät ovat uudistuneet 2010, mikä muuttaa käsityksiä lasten pituuskasvun nopeudesta suhteessa entisiin kasvukäyriin. Uusien kasvukäyrien mukaan alle 10-vuotiaiden keskimääräinen paino ei näyttäisi nousseen nopean pituuskasvun takia, mutta todellisuudessa lihavien lasten määrä on lisääntynyt. Terveiden ja Hyvinvoinnin laitos on asettanut työryhmän selvittämään asiaa ja uudet kasvukäyrät on suunniteltu otettavan käyttöön 2011 aikana, mutta käyrien käyttöönottoon siirrytään vaiheittain. (Terveiden ja Hyvinvoinnin laitos 10.3.2010.) Mikäli alakoululaisten liikapainoisuuteen ei puututa, se näyttää jatkuvan, sillä myös toisen asteen oppilaisissa lihavuus on lisääntynyt. Koulu-terveyskyselyn (2007) mukaan Oulun alueen ja Kainuun maakunnan ammattikoululaiset ovat lihavampia kuin samanikäiset lukiolaiset. Vähäisten yöunien aiheuttama väsymys, niska-hartiaseudun vaivat sekä masentuneisuus korostuvat ja itsestä huolehtimisen taidot ovat ammattikoululaisilla lukiolaisia heikommat. Terveysterot ovat suurimmat tytöillä, pojilla korostuu ammattikoululaisten poikien liikapaino lukiolaisiin verrattuna. (Luopa ym. 2008.)

Tutkimukseen osallistuneilla lapsilla ei ollut säännöllistä liikuntaharrastusta seurassa. Toimintaa kokeilleet olivat lopettaneet harrastamisen, koska tarjottu toiminta ei motivoinut lasta. Lihavat lapset hakeutuvat mielellään harrastuksiin, joissa motoriset taidot eivät korostu. Javanaisen (2007) mukaan vanhempien merkitys alle kouluikäisten lasten liikunnan tukijoina on vähentynyt ja vastuu liikuntaan aktivoimisesta on siirtynyt terveydenhoitajille lastenneuvolaan. Päiväkodeissa olisi mahdollisuus tukea lasten motorista kehitystä esimerkiksi Iivanaisen (2008) väitöskirjassaan esittämän liikuntaohjelman avulla. Samoin Nuori Suomi tarjoaa liikuntakoulutusta ja materiaaleja päiväkotien henkilökunnalle (www.nuorisuomi.fi). Tämän tutkimuksen alueella Virpiniemen Liikuntaopisto tarjoaa Liikunnan ammattitutkinto-opintoja lasten ja nuorten liikunnasta, 10 opintoviikon täydennyskoulutusta lasten liikunnasta kiinnostuneille henkilöille ja tekee koulutusyhteistyötä eri lajiliittojen kanssa (www.virpiniemi.fi).

Svolin keskeinen toiminta-alue on lasten- ja nuorten liikunta. Ohjaajien koulutusjärjestelmä mahdollistaa ikäkausikohtaiset ohjaustaidot, mutta järjestelmän avulla tietoa lasten liikapainosta ja keinoista vastata liikunnan keinoin asiaan voisi tehostaa. Kouluikäisten lasten koululiikuntaan ja välituntiliikuntaan kaivataan vastauksissa lisäystä. Tällä hetkellä lasten omaehtoinen liikunta ei riitä lapsen

päivittäisen liikuntamäärän toteuttajaksi. (Terveysliikuntasuositukset 2007). Liikunnan opetuksen sisällöillä voidaan vaikuttaa lapsen elinikäisen liikuntaaktiivisuuden kehittymiseen tai sammumiseen.

Interventioon osallistuneiden perheiden (n=10) liikunta-aika lisääntyi jokaisessa perheessä. Lasten viikoittainen osallistuminen liikuntakerhoon mahdollisti vähintään kerran kuukaudessa perheiden yhteisen liikunnan ja lisäksi vanhemmille 1–2 kertaa kuukaudessa omaa liikuntaa. Terveysliikuntasuositukset edellyttävät päivittäistä liikuntaa, jotta liikunnalla olisi terveyttä ylläpitäviä tai edistäviä vaikutuksia. Tutkimusryhmäläiset eivät lisänneet liikuntaa riittävästi, mutta he liikkui enemmän kuin aiemmin. (Terveysliikuntasuositukset 2007.) Perheiden kohdalla totuttelu liikuntaan onnistui ja osallistuminen antoi lapsille rohkeutta hakeutua urheiluseurojen toimintaan. Vanhempien ryhmän vyötärönympäryys kaivautui 109 senttimetrinä 96 senttiin, joka on konkreettinen tulos elämäntapamuutoksista ja intervention vaikutuksista. Vuosi intervention jälkeen kolmessa perheessä kaikki neljä lasta harrastivat säännöllisesti liikuntaa urheiluseurassa ja heistä kolmen paino oli terveydenhoitajan ilmoituksen mukaan normaali. Intervention vaikutus oli parhain, kun kontrolli oli tiivistä. Osallistuminen urheiluseuratoimintaan sitoutti lapset säännölliseen liikuntaan ja kouluterveydenhoitajan painokontrollit tukivat toimintaa. Seitsemältä perheeltä ei saatu vastauksia vuosi intervention päättymisen jälkeen. Tutkija voi arvailla, liittyykö vastaamattomuus vähäisiin tuloksiin intervention aikana tai kontrollin puutteeseen intervention jälkeen. Elintapamuutokseen sitoutuneet perheet olivat löytäneet uutta sisältöä (rytmiä) päivä- ja viikko-ohjelmaansa. Taulun (2010) tekemän selvityksen mukaan painonhallintainterventioiden vaikutus on paras, kun mukana on opastusta sekä liikuntaan että ruokailuun. Vaikka kaikilta perheiltä ei saatu tuloksia vapaaehtoisessa kyselyssä, on todettava perheiden kiitettävä sitoutuminen painonhallintaryhmän toimintaan.

Perhedynamiikan muutokset näkyivät myös lasten ruokailutottumuksissa. Kouluterveydenhoitajien ja voimisteluseurojen toimijoiden vastauksissa alakouluikäisten lasten kofeiinipitoisten energiajuomien ja -välipalojen lisääntynyt käyttö koettiin huolestuttavaksi. Lapset korvasivat heikkoa ruokailuaan energiajuomilla ja -patukoilla. Finravinto-tutkimuksessa (2007) todetaan, ettei alakouluikäisten ravinto- ja juomatottumuksista ole kerätty edustavaa aineistoa Suomessa. Lasten ruokavalio ennen kouluikä -raportissa (2008) mainitaan alle kouluikäisten lasten tärkeimmäksi kofeiinin lähteeksi kolajuomat, kun taas nuoret saavat kofeiiniannoksensa kolajuomien lisäksi kahvista. Kofeiinia saadaan juomien lisäksi monesta lähteestä, esimerkiksi suklaasta.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta julkaisi vuonna 2008 kouluruokailusuosituksen, jonka mukaan energiajuomat ja -tuotteet eivät ole sopivia välipaloja ja myyntituotteita kouluissa. THL:n tekemän Yläkoululaisten ravitsemus- ja hyvinvointitutkimuksen (2008) mukaan 2 % tytöistä ja 8 % pojista käyttää urheiluja energiajuomia säännöllisesti. Euroopan elintarvikeviranomaisen (2009) mukaan kofeiinista eikä muista energiajuomien ainesosista tule lapsille haittavaikutuksia käytettäessä tuotteita kohtuullisesti. Eri tuotteiden kofeiinipitoisuuksien yhteisvaikutukset saattavat ylittyä helposti eikä yhteisvaikutuksista ole riittävästi tutkimusta. Kofeiinisuositus on 50 kg painavalla lapsella 15 mg, 20 mg voi aiheuttaa säännöllisesti käytettynä haittavaikutuksina esimerkiksi sydämentykytystä. Pienestä tölkestä (0,33l) energiajuomaa saa noin 100 mg kofeiinia. (Valtion ravitsemusneuvottelukunnan raportti 2008.)

9.2 Perinteiset keinot eivät enää riitä tuettaessa perheitä lapsen painonhallinnassa

Toinen merkittävä tutkimustulos korostaa kouluterveydenhuollon rakenteiden ja työtapojen muutostarvetta. Kyselyjen (2006 ja 2009) mukaan kouluterveydenhoitajien keinot hoitaa lapsen liikapainoa keskittyivät perinteisiin toimintatapoihin, terveystarkastuksiin, terveystapaamisiin ja liikapainoisen lapsen punnituksiin. Tutuksi havaitusta toimintatavasta poiketaan harvoin ja haluttomuus uudistuksiin selitetään kiireellä. Vastauksia tukee Lasten lihavuuden alueellisen hoitoketjutyöryhmän tekemä Webropol-kysely kouluterveydenhoitajille Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella. Kyselyyn vastasi 37 tiedonantajaa. (Lasten lihavuuden alueellinen hoitoketju 2008.) Perheet tarvitsevat aikaisempaa enemmän ohjausta ja tukea, ja perheiden ongelmat saattavat olla moninaiset. Tämän tutkimuksen mukaan kouluterveydenhoitajat ilmoittavat heidän voimavaransa menevän perusasioiden hoitamiseen eikä asioihin ehditä paneutua kunnolla. Työnantajat eivät tue kouluterveydenhoitajien mielestä riittävästi työtapojen kehittämistä lasten painonhallinnassa. On esitetty kouluterveydenhoitajien työtapojen kehittämistä (Rimpelä ym. 1997, Strid 2002, Haarala ym. 2008), jotta kouluterveydenhuollossa voidaan vastata lasten muuttuneisiin tuentarpeisiin. LATE-hankkeen vauhdittamana asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten suun ehkäisevästä terveydenhuollosta (380/2009) mahdollistaa terveystarkastuskäytäntöjen yhdenmukaistamisen, mittaustapojen kehittämisen sekä kirjaamisen ja arvioinnin yhdenmukaistamisen. Lisäksi tarvitaan henkilö-

kunnalle tarkentavaa perus- ja täydennyskoulutusta ja yksityiskohtaisia ohjeita kasvun, kehityksen ja terveydentilan arviointiin.

Australialainen kirjallisuuskatsaus (Hearn ym. 2008) antaa tähän tutkimukseen verrattaessa samantyyppisiä tuloksia terveydenhuollon riittämättömistä keinoista tukea perheitä, joissa on liikapainoisia lapsia. Katsauksen mukaan terveydenhuollon edustajilla on tietoa lasten painonhallinnasta vain yleisellä tasolla, ohjaustaidot eivät ole riittävät, kommunikointi vanhempien kanssa voi olla eriarvoista ja erilaisten keinojen käyttö yhdessä on rajallista. Tiedon ja keinojen hallinta on merkityksellistä, kun halutaan kehittää lasten painonhallintaa. Terveydenhuollossa tärkeitä työkaluja tulee olla hyvät vuorovaikutustaidot, asiakaslähtöisyys, ammatillinen suhtautuminen asioihin, monipuoliset menetelmät sekä tiedonhallinta. Lasten painonhallinnan kohdalla terveydenhuoltoalan henkilökunnan koulutuksen tarve on ilmeinen. Tämän tutkimuksen vanhempien vastauksissa välittyy henkilökunnan tiedon puute sekä vaihteleva suhtautuminen perheisiin, joissa on lihavuutta.

Perheiden elämäntapamuutoksiin suunnatut menetelmät, muun muassa Mend-menetelmä ja amerikkalainen perheisiin kohdistettu elämäntapamuutosinterventio, ovat samantyyppisiä kuin tässä tutkimuksessa toteutettu liikuntapainotteinen interventio. Lähellä perheiden arkea oleva toiminta säännöllisine kokoontumisineen ja tietoisuineen näyttäisi sitouttavan perheitä ja tuovan positiivisia tuloksia.

Opetushallituksen ja Stakesin (nykyisin THL) yhteistyönä lähetettiin 2007 kysely peruskouluille (n=2204). Kyselyssä selvitettiin muun muassa kodin ja koulun välistä yhteistyötä, terveystarkastuksia, kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuutta ja henkilöstön toimintaa, kouluruokailun toteutumista ja kiusaamisen yleisyyttä. Kyselyn tarkoituksena oli kehittää kyselyä, jolla tullaan keräämään tietoa määräjain peruskoululaisten ja toisen asteen opiskelijoiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä. Vastauksia saatiin 1432 koululta. Perusraportin mukaan kodin ja koulun yhteinen kasvatusvastuu edellyttää resurssien ja käytettyjen toimintatapojen selvittämistä. Raportin mukaan kouluterveydenhoitaja toimi lähes jokaisessa oppilaitoksessa, mutta joka neljännessä koulussa ei ollut koululääkärin tai psykologin palveluja lainkaan (Rimpelä ym. 2008.) Oulun läänin kouluterveydenhoitajien vastaukset henkilökuntatilanteesta ovat samansuuntaiset. Perusraportin mukaan vanhempien osallistumisaktiivisuudessa on suuria eroja verrattaessa maan etelä- ja pohjoisosaa. Pohjoisen alueen vanhemmat osallistuivat vähemmän kodin ja koulun yhteistyöhön kuin maan eteläosissa. Kyselyt kouluterveydenhoitajille (2006 ja 2009) osoittivat, että vanhempien osallistumisaktiivisuus yhteisiin

tapaamisiin on laskenut viime vuosina. Yhteistyö vanhempien kanssa toimii yhä enemmän puhelimitse.

Verrattaessa vuosien 2009 vastauksiin vuosina 2006 ja 2009 tehtyjä kyselyjä kouluterveydenhoitajat ovat aikaisempaa valmiimpia kehittämään monitahoista yhteistyötä opettajien, toisten terveydenhuoltoalan ammattilaisten, mutta myös vapaaehtoistoimijoiden kanssa. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä D2-toimintana järjestetty terveydenhuoltoalan henkilökunnalle suunnattu koulutus lasten painonhallinnasta on ollut merkityksellinen työkalu koulutukseen osallistuneille kouluterveydenhoitajille. Vastaajista yli 70 % oli osallistunut koulutukseen. Vastauksissa painotettiin edelleen lisäkoulutuksen tarvetta. Vuoden 2009 kyselyn mukaan kouluterveydenhoitajat kuvasivat aikaisempaa enemmän motivoinnin ja kannustamisen merkitystä perheiden ohjauksessa. Jälkimmäisen kyselyn mukaan oli tapahtunut selkeä muutos myös ryhmätoiminnan kehittämisen suhteen. Kouluterveydenhoitajat olivat lähes yksimielisiä ryhmätoiminnan tarpeellisuudesta painonhallinnassa ja yhteistoiminnan kehittämisestä painonhallinnassa. Kouluterveydenhoitajat olivat naisia ja se saattaa yksipuolistaa ryhmätoiminnan sisältöjä ja toteutuksia. Miesohjaajan osallistuminen toimintaan saattaisi aktivoida poikia ja perheiden isiä. Kyselyyn vastanneet viisi terveystieteiden opiskelijaa olivat niukkasa-naisia kuvatessaan yhteistyön tai ryhmätoiminnan merkitystä lasten painonhallinnassa. Lääkäreiden vähäinen osallistuminen kyselyyn herätti tutkijassa ajatuksia asian vähättelystä tai tietämättömyydestä.

Sosiaali- ja terveysministeriö on vastannut haasteeseen kehittää koululaisten ennaltaehkäisevää terveydenhuoltoa asettamalla uudet henkilökuntasuositukset oppilaita kohden. Toimenpide-ehdotuksessa tarkastellaan oppilaanohjausta kokonaisuutena ja samalla painopistettä on siirretty ennaltaehkäisevään lastensuojelutyöhön. Tällöin lapsi ei ole lastensuojelun piirissä. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:34.) Stakes (nykyisin THL) on aloittanut järjestelmällisen tiedonkeruun lasten terveydestä. Tietoja voidaan hyödyntää kehitettäessä toimintatapoja kouluterveydenhuoltoon ja parannettaessa ennaltaehkäisevän terveydenhuollon vaikutusmahdollisuuksia. (Mäki ym. 2008.)

Kyselyyn vastanneiden mukaan voimisteluseurat olivat harvoin profiloituneet erityisryhmien liikunnan toimijoiksi, koska se liikuntalain (Liikuntalaki 1998, 2001) mukaan on ensisijaisesti kunnan liikuntatoimen tehtävä. Kyselyä tehtäessä (2006) keskustelu lasten lihavuudesta oli vasta yleistymässä mediassa eikä lasten painonhallintaryhmistä ollut juurikaan kokemuksia voimisteluseuroissa. Tässä tutkimuksessa tuli selkeästi esille lasten ja vanhempien toive omasta liikuntaryhmästä liikapainoisille lapsille. Liikunnan harrastaminen oli lapsille helppoa ja

motivoivaa vertaisryhmässä ja hyvien kokemusten jälkeen lapset uskalsivat haakeutua urheiluseurojen tarjoamiin ryhmiin. Kun vuonna 2009 kysyttiin uudelleen seuran mahdollisuuksista tukea lasten painonhallintaa, niin mediassa oli jo runsaasti käsitelty asiaa ja tutkijoiden mielenkiinto oli vilkastunut aihetta kohtaan (vrt. Suomalaisia hankkeita lasten ja nuorten painonhallinnan hyväksi 1998–2010, Taulukko 4). Seuroissa oli herännyt myötämielisyys järjestää lasten painonhallintaryhmiä tai ”matalankynnyksen ryhmiä. Jumppakoulu- ja liikuntaleikkikoulu-toiminta antavat valmiuksia myös mahdollista lasten painonhallintaa tukevaa toimintaa suunniteltaessa. Ohjaajakoulutuksessa painotetaan leikin ja perusvoimistelutaitojen kehittämistä ikäryhmän motoristen taitojen mukaisesti. Erityisryhmän kuuluminen seuran toimintaan kertoo erikoisosaamisesta seurassa. Ohjaajalla on joko liikunnan ja/tai terveydenhuollon erityisosaamista, josta on hyötyä suunniteltaessa lasten painonhallintaa tukevaa toimintaa. Myös lasten ja aikuisten painonhallintaryhmän toteutus seurassa viittaa perehtyneisyyteen painonhallinta-asioihin ja antaa hyvät valmiudet erityisryhmien toiminnalle jatkossakin. Svolin 2010 strategian painopisteenä oleva ’avoin liikuntatoiminta kaikille’ kannustaa suunnittelemaan liikuntatunteja niin, että ryhmään voisi osallistua taidoiltaan erilaisia lapsia. Samalla erityisryhmien tarjontaa mahdollisesti vähennetään. Tutkimustuloksen mukaan liikapainoisille lapsille tarjottavia erityisryhmiä tarvitaan liikuntaharrastukseen tutustuttaessa.

9.3 Lasten painonhallinnan järjestäminen yhteistyönä

Kolmas tutkimustulos on kouluterveydenhuollon ja voimisteluseuran yhteistyönä toteuttama lasten painonhallinnan ryhmätoiminta. Kouluterveydenhoitajilla on tutkimuksen edetessä kasvanut tarve monitahoiseen yhteistyöhön eri toimijoiden kanssa. Aikaisemmasta kyselystä poiketen, vuonna 2009 tehdyn kyselyn mukaan kouluterveydenhoitajat ovat valmiita ryhmätoiminnan kehittämiseen esimerkiksi voimisteluseurojen toimijoiden kanssa. He kertoivat, ettei kouluterveydenhoitajilla ole koulutuksensa perusteella taitoja liikuntaryhmien toteuttamiseen, mutta ne voisi toteuttaa seuran ohjaajat, liikuntatoimen henkilökunta tai terveyskeskuksen fysioterapeutti.

Kouluterveydenhoitajien vastauksista tutkija jäi kaipaamaan juuri yhteistyötä fysioterapeuttien kanssa. Fysioterapeutin koulutus antaa valmiuksia toimia erityisryhmän ohjaajana, ja ammattiryhmä olisi luonteva yhteistyökumppani kouluterveydenhoitajille (www.suomenfysioterapeutit.fi). Kouluterveydenhoitajien vastausten perusteella terveyskeskuksiin tulisi perustaa monitahoisia työryhmiä, jotka

asiantuntijaryhminä ottaisivat vastuun lasten ja koko perheen painonhallinnasta. Työryhmään voisi kuulua myös voimisteluseuran edustaja tilanteen mukaan. Kouluterveydenhoitaja toimisi asiassa koordinaattorina ja erikoissairaanhoidon konsultointiin vain moniongelmaisissa tapauksissa. Erikoissairaanhoidon tulisi perustaa ”lihavuusklinikoita”, joissa olisi erikoisosaamista perusterveydenhuoltoon enemmän. Painonhallintatyön painopisteen siirtyminen perusterveydenhuoltoon edellyttää myös lääkäreiden asiantuntemuksen vahvistamista lasten painonhallinnasta, lihavuuden ennaltaehkäisystä ja hoidon toteutuksesta.

Kouluterveydenhoitajat edellyttävät lisää resursseja ja koulutusta toimintaansa, jotta uusia työtapoja olisi mahdollista kokeilla. Työtapoina olisivat koko perheen ohjaaminen ruokailu- ja liikunta-asioissa sekä yksilö- ja ryhmäohjaus monitahoisen työryhmän toteuttamana. Toimintaympäristöinä olisivat terveyskeskus, perheen koti, koulu, voimisteluseura ja päiväkotit. Kouluterveydenhuollon verkottumisen, toimintaympäristön laajentumisen ja moniammatillisuuden puolesta ovat raportoineet Terho ym. 2002, Strid 2002 ja Tossavainen ym. 2002. Sisäministeriön vuonna 2007 asettama työryhmä, jonka tehtävänä oli selvittää lasten ja nuorten syrjäytymisen ehkäisyä ja rikosten ja häiriöiden ennaltaehkäisyä, esittää muistiossaan, että raskausajasta peruskoulun loppuun asti vanhempien tulisi saada ohjausta vanhempana olemisesta. Moniammatillinen ja poikkiallinen yhteistyö nähdään vanhempien valmentamisen mahdollistajana. (Vanhemmuus ja toimiva viranomaisyhteistyö – lasten ja nuorten syrjäytymisen ennalta ehkäisyn avaimet 2007.) Lasten lihavuuden hoitoketjua on kehitelty Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella ja siinä painotetaan perusterveydenhuollon merkitystä asiantuntijana ja ensisijaisena toimijana lasten painonhallinnassa (Lasten lihavuuden alueellinen hoitoketju 2008).

Voimisteluseurojen edustajat ehdottavat lasten painonhallinnan tueksi lisää liikuntaryhmiä seuroihin sekä tiedottamisen tehostamista kotisivujen ja esimerkiksi pari kertaa vuodessa pidettävien teemapäivien avulla. Toiminnasta tiedottaminen kouluterveydenhuoltoon, päiväkoteihin ja kouluihin koettiin tärkeäksi. Keinoina tavoittaa liikapainoiset perheet voisivat olla maksuttomat näytetunnit ja esitteet. Seuroissa halutaan antaa ravintotietoa vanhemmille, mutta niissä tarvitaan markkinointiosaamista, jotta vanhemmat saadaan tulemaan tarjottaviin tilaisuuksiin. Ohjaajien koulutuksen tarve painonhallintaan on suuri. Voimisteluseurojen vähäisiä resursseja ei haluta kohdentaa painonhallintaan, kun ohjaajilla ei ole tarpeeksi tietoa, minkälaisia ryhmiä tulisi perustaa. Ohjaaja- ja saliresurssien riittämättömyys seuroissa estävät uusien ryhmien perustamisen.

Seuroissa ehdotetaan järjestettäväksi alueellisia tapahtumia yhteistyössä yri-tyssyhteistyökumppaneiden, kouluterveydenhuollon ja koulujen kanssa. Iloinen ja leikkimielinen liikunta yhdessä koko perheen kanssa voisi olla tapahtuman ideana ja painonhallinta-asiaa tuotaisiin esille esimerkiksi tarjoamalla terveellisiä välipa-voja.

9.4 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan tässä työssä prosessin eri vai-heiden ja kokonaisuuden avulla. Aineistonkeruun tulee olla tarkoituksenmukaista (saadaanko paras tieto aiheesta näillä tutkimusmenetelmillä), tutkijan roolin mer-kityksellä (subjektiivisuuden tunnistaminen esimerkiksi analysoinnissa ja rapor-toinnissa), analyysiin liittyvillä tutkijan arvostuksilla ja taidoilla sekä raportin tulosten siirrettävyydellä tai yleisyydellä (kuinka tietyssä kontekstissa saatua tu-lostoa voidaan hyödyntää toisessa kontekstissa). Luotettavuuden arvioinnissa ko-rostuu koko tutkimusprosessi. (Patton 1990, Paunonen & Vehviläinen- Julkunen 1997, Johnson 1997, Eskola & Suoranta 2008.)

Tutkimusta aloitettaessa oli luonteva tapa valita menetelmäksi toiminta-tutkimus, joka toiminnallisena menetelmänä voisi antaa tietoa voimisteluseuran lasten painonhallintaryhmän toteuttamismahdollisuudesta yhteistyössä koulu-terveydenhuollon kanssa. Lasten painonhallintaryhmän toiminta ei ollut aikai-semmin voimisteluseuran ohjelmassa. Toimintatutkimusta käytettiin soveltaen niin, että siinä pyrittiin osallistamaan tutkimusryhmiin osallistuneita, ja tutkija käytti osallistuvaa havainnointia. Lapsilla ja vanhemmillä sekä lasten ryhmien ohjaajilla oli tutkimukseen osallistujina mahdollisuus tehdä ehdotuksia tuntien aiheisiin ja työtapoihin koko intervention ajan. (Grönfors 2001, Eskola & Suoran-ta 2008.) Tutkimukseen osallistujat nähtiin aktiivisina tutkimukseen vaikuttajina ja tiedonantajina (Kurtakko 1991).

Tutkijan osallistuminen ohjaajana toimintaan asetti vaatimuksia tutkijalle. Ai-neistonkeruussa, analysoinnissa ja raportoinnissa tuli tunnistaa oma subjektiivinen osuus ja mahdolliset toivotut tutkimustulokset. Vahva sidos voimisteluseuraan ei saanut ohjata tutkijaa analysoinnissa ja tutkimustulosten raportoinnissa. Laadulli-nessa tutkimuksessa tutkijan analysointia ja tulkintaa ohjaa aina subjektiivinen lähestymistapa, kuten tutkimukseen osallistujienkin aineistossa, mutta aineiston käsittelyssä tulee pyrkiä avoimuuteen ja luotettavuuteen. (Paunonen & Vehviläi-nen- Julkunen 1997, Eskola & Suoranta 2008.) Tutkija ymmärtää, että hänen teh-tävänsä oli kuvata tutkimukseen osallistujien kokemuksia ja käsityksiä asioista

niin, kuin he ovat asian kokeneet, mutta tiedostaa, että johtopäätökset ovat aina tutkijan tulkintaa. Tutkijan henkilökohtainen näkemys asiasta ja tunteet saattoivat vaikuttaa tulkintaan. Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa tulkitaan kaksinkertaisesti; tulkinnat koostuvat tutkimukseen osallistujien ja tutkijan tulkinnoista. Tärkeätä on, että validiteettia arvioitaessa voidaan osoittaa aineiston ja johtopäätösten aitous tutkittavan ajatuksiin ja samalla aineiston tulee osoittaa yhteys tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin (relevanssi). Esimerkiksi haastattelutilanteessa relevanssi tarkoittaa ”asiassa pysymistä” ja haastateltavalle annettua aitoa mahdollisuutta vastata asiaan, jonka hän ymmärtää. (Syrjälä ym.1994.) Tutkija on lisännyt tutkimuksen luotettavuutta lisäämällä tekstiin alkuperäisiä lausumia, mitä kutsutaan laadullisessa tutkimuksessa myös ”uskottavuudeksi” (sisäinen validiteetti). Uskotavuuden lisäksi tekstit elävöittävät tekstiä, tiivistävät aineistoa ja toimivat otsikkoina aiheyhteydestä toiseen. Analyysin reliabiliteetti (pysyvyys) voi horjua, jos tutkija tekee koodauksessa tai tulkinnessa virheitä. Luotettavuutta on lisätty käyttämällä tutkimusprosessiin aikaa usea vuosi ja kuvaamalla koko tutkimusprosessi tarkasti. Yhtä totuutta ei kuitenkaan ole, mikä on tyypillistä laadulliselle tutkimukselle, mutta aineistosta saatujen vastausten tai merkitysten yhteys tutkimuskohteeseen on ymmärrettävä. (Metsämuuronen 2000, Tuomi & Sarajärvi 2002.) Tutkija käytti analysoinnin ajan vastaajista tunnistemerkintää (esimerkiksi p3t = perhe 3, tyttö), jotta vastausten alkuperää voi seurata alkuperäisistä ilmauksista tuloksiin ja päinvastoin. Tutkija on halunnut lisätä työnsä luotettavuutta siten, että ohjaajan kanssa tarkasteltiin alkuperäisiä lausumia ja niitä verrattiin yhdessä tutkijan tekemään analysointiin (Krippendorff 2004).

Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä tutkimustulosten yleistettävyyteen vaan yleisyyteen, jolla tarkoitetaan tulosten arvioimista teoreettisella, yleisellä tasolla. Tuloksilla tai johtopäätöksillä ei pelkästään kuvata ilmiötä, vaan yleisyys tarkoittaa, että käsityksiä tai ilmiötä voidaan myös selittää. Laadullisen tutkimuksen kontekstisidonnaisuus mahdollistaa johtopäätösten käytettävyyden ja ilmiöiden ymmärtämisen samantyyppisessä ympäristössä tai toiminnassa. Tämän vuoksi tutkimusjoukko voi olla pieni. (Syrjälä ym. 1994, Tuomi & Sarajärvi 2002.) Tutkija halusi kuitenkin tässä tutkimuksessa lisätä tutkimustulosten mahdollista yleisyyttä ja käyttöarvoa valitsemalla kyselyyn kaikki 1–4-luokkalaisten kouluterveydenhoitajat Oulun läänin alueelta sekä kaikki Svolin lasten ja nuorten toimintaa järjestävien voimisteluseurojen edustajat Suomessa. Valintaa tutkija perustele sillä, että lasten painonhallinta oli aineistoa kerätessä (2006) epäselvä ilmiö kouluterveydenhuollossa ja voimisteluseurojen toiminnassa koko maassa. Läänin kouluterveydenhoitajilta haluttiin laaja-alainen näkemys asiasta. Kysyessä

mahdollisia syitä lasten lihavuuteen saavutettiin saturaatiopiste melko pian, mutta toisten kysymysten kohdalla laaja otos oli perusteltua. Syvyyttä tutkija olisi voinut lisätä esimerkiksi korvaamalla vuoden 2009 kyselyt muutamien kouluterveydenhoitajien syvähaastattelulla. (Hirsjärvi ym. 2000, Tuomi & Sarajärvi 2002.) Keskustelu lasten lihavuudesta ja painonhallinnasta oli tutkimusajankohtana vilkasta ja tutkija halusikin saada esille saman tutkimukseen osallistuneiden ryhmän kokemuksia ja näkemyksiä kolmen vuoden kuluttua edellisestä kyselystä. Sama ilmiö oli voimisteluseurojen kokemuksissa järjestää liikuntaa liikapainoisille lapsille. Tutkija on vakuuttunut, että kyselyn uusinta antoi tutkittavalle ilmiölle, lasten lihavuudelle, tarvittavaa syvyyttä ja tutkimustuloksille käyttöarvoa.

Tutkijan motiivina ottaa voimisteluseurat yhteistyökumppaniksi oli seuratoiminnan ulottuminen lähes joka kuntaan ja Svolissa olemassa oleva hyvä koulutusjärjestelmä. Tutkija uskoi saavansa voimisteluseurojen edustajilta luotettavaa tietoa laaja-alaisesti, seurantoiminnan eri olosuhteet huomioiden. Koulutusjärjestelmän avulla tietoa lasten painonhallinnasta voisi saada seurojen toimijoille luontevasti. Saaduilla tutkimustuloksilla saattaisi olla soveltamismahdollisuuksia myös toisiin urheilulajeihin.

Paneutumalla monta kertaa tutkimukseen osallistuneilta saatuun aineistoon tutkija saattoi lisätä työnsä luotettavuutta. Tutkija osallistui Thule-instituutin järjestämään ”Tohtorijunaan”, jotta tapaamisissa saattoi vaihtaa ajatuksia ja saada vahvistusta ja kehittäväää kritiikkiä omasta toiminnastaan. Tutkijalle tuli analysoinnin aikana omia toiveita tutkimustuloksista ja se vaati kriittisiä keskusteluja ohjaajien kanssa. Samoin tutkijan oli oltava valppaana analysointia tehdessään, koska halu osoittaa voimisteluseuran toiminnan hyvyys oli vähällä värittää suhtautumista työhön. Oli tärkeätä päästä pois tutkimukseen osallistujan roolista, jotta pystyi näkemään asioita mahdollisimman objektiivisesti. Tutkija koki ristiriitaiseksi tilanteen, jossa oli ohjaajana päässyt sisälle tutkittavaan ilmiöön, mutta samalla tutkijana sokaistui tilanteesta. Vanhempien ryhmän ohjaajana oli helppoa toimia ryhmässä ja osallistua vanhempien keskusteluihin, mutta samalla joutui kyselemään itseltään tutkijalta vaadittavaa havainnoinnin tarkkuutta ja objektiivisuutta. Tutkija piti lähes kahden vuoden tauon tutkimustyössään analysoinnin ja ensimmäisten tutkimustulosten kirjaamisen jälkeen ja analysoi tauon jälkeen yhden tutkimukseen osallistuneen ryhmän aineiston uudelleen. Pitkä tauko kirkasti ajatuksia ja liiallinen henkilökohtainen tunneside oli löystynyt. Uudelleen analysoinnilla tutkija saattoi varmistua tutkimustulosten yhdenmukaisuudesta ja lisätä siten työn luotettavuutta. (Johnson1997, Krippendorff 2004.)

Tutkija toteutti haastattelut ja analysoinnit itse lisätäkseen työnsä luotettavuutta. Haastattelujen aikana tutkija teki päiväkirjamerkintöjä haastattelutilanteen tunnelmasta, keskustelusta ja kestosta. Lisäksi tutkija kirjoitti haastattelun vastaukset ja videoi tilanteen. Kysymyksiä ei lähetetty haastateltaville etukäteen, vaan tutkija ajatteli haastateltavien ja vastausten olevan aidompia, kun niihin ei ollut valmistauduttu etukäteen. Haastateltavat saattavat antaa tutkijalle sosiaalisesti toivottuja vastauksia ja näin minimoitiin tuo tilanne. (Åstedt-Kurki 1992.)

Tutkimusryhmään ohjautuivat kouluterveydenhoitajien valitsemat perheet voimisteluseuran antamien kriteerien mukaan. Lasten (1–4-luokkalaiset tytöt ja pojat) painon tuli olla vähintään 20 % liikapainoa verrattaessa painoa samaa sukupuolta olevan samanpituaisen lapsen keskipainoon. (Lasten lihavuus – Käypä hoito 2005.) Kouluterveydenhoitajilla oli tarvittavat tiedot lapsista säännöllisten terveystarkastusten ansiosta. Kriteeriksi riitti myös kouluterveydenhoitajan arvioima lapsen uhkaava painonnousu. Tutkimusryhmään oli mahdollista ottaa 15–20 lasta.

Perheet itse saivat päättää, ottavatko he yhteyttä tutkijaan ja osallistuvatko perheet voimisteluseuran toimintaan. (Eettiset periaatteet terveydenhuollossa 2004.) Yhteydenotto koteihin vaati kouluterveydenhoitajilta aktiivisuutta, eivätkä kaikki kouluterveydenhoitajat tehneet yhteistyötä. Tutkija ei tiedä, kuinka moni kouluterveydenhoitaja suositteli lasten painonhallintaryhmän toimintaa perheille ja kuinka monelle perheelle asiasta informoitiin. Käsitös kouluterveydenhoitajien aktiivisuudesta perustuu perheiden haastatteluun, jossa tuli ilmi, keneltä kouluterveydenhoitajalta perheet olivat saaneet tiedon lasten painonhallintaryhmästä. Alle kymmenen kouluterveydenhoitajaa Oulussa oli ollut tämän mukaan aktiivinen tiedottaja. Kaksi perhettä kertoi saaneensa tiedon voimisteluseuran www-sivuilta ja itse ottaneensa yhteyttä kouluterveydenhoitajaan. Yksi perhe oli saanut tiedon lääkäriltä.

Tutkimuksen kannalta heikko kohta tutkimuksen suunnittelussa oli terveydenhoitajien vapaaehtoinen perheiden ohjaus voimisteluseuran toimintaan. Kouluterveydenhoitajien mukaan he, joilla on suosituksia enemmän lapsia vastuullaan, eivät jaksakaan keskittyä kyselyjen vastaamisiin tai uusiin vapaaehtoisiin työtapoihin. Toinen heikko kohta oli tiedottamisen rajallinen aika ja keinot.

Perheillä on oikeus valita toiminta, joihin lähtevät mukaan. Perheiden itsemääräämisoikeus korostui tutkimuksessa siinä, että perheitä ei ohjattu hoitoon, vaan aktiivisesti osallistumaan voimisteluseuran toimintaan, jossa keskityttiin lasten painonhallinnan tukemiseen. (Eettiset periaatteet terveydenhuollossa 2004.)

Kouluterveydenhoitajien soitto kotiin ja esitteen lähettäminen lasten mukana koteihin oli kriittinen vaihe vanhempien motivoimisessa. Perheiden kertomusten mukaan he, joihin kouluterveydenhoitajat ottivat yhteyttä, olivat kahta lukuun ottamatta säännöllisessä painontarkkailussa käyneiden lasten perheitä. Heille painonseuranta oli tuttua ja asenteet seuran toimintaa kohtaan saattoivat olla avoimempia kuin niillä perheillä, joille yhteydenotto asiasta tuli ensi kertaa. Painonseurannassa olo saattoi valikoida perheitä tutkimusryhmään. (Tuomi & Sarajärvi 2002.) Toinen motivoinnin kannalta kriittinen vaihe oli vanhempien yhteydenotto tutkijaan. Jos tutkija oli kiireinen tai ei osannut kertoa ryhmästä riittävän luotettavasti ja innostavasti, saattoi perhe myös tästä syystä perääntyä toiminnasta. Osa vanhemmista epäröi, kun he kuulivat, että vanhemmilta odotetaan osallistumista lasten painonhallinnan tukemiseen. Kaksi perhettä ei tullut mukaan, vaikka ottivat yhteyttä tutkijaan.

9.5 Eettiset kysymykset

Tässä työssä eettisinä kysymyksinä painottuvat perheiden itsemääräämisoikeus, tutkimuksen toteuttamismahdollisuudet ja tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden kunnioittaminen. Tutkimuksen tekemistä ohjaavat Etenen terveydenhuollon eettiset periaatteet, jotka edellyttävät tutkimukselta hyvän tieteellisen käytännön toteuttamista. (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999, Eettiset periaatteet terveydenhuollossa 2004.) Tutkimuksen kohderyhmää oli koko perheen lisäksi erityisesti lapset ja siksi tutkijan tuli tutustua Etenen (2003) lasten tutkimista koskeviin ohjeisiin.

Lasten painonnousu on arka aihe, joka koetaan perheen henkilökohtaiseksi asiaksi. Kouluterveydenhoitajien ottaessa asian esille vanhemmat saattavat kokea syyllistämistä ja he joskus kieltävät kouluterveydenhoitajia puhumasta asiasta lapselle. Ammattihenkilöiltä vaaditaan hienotunteisuutta ja laaja-alaisia vuorovaikutustaitoja aiheesta puhuttaessa. Kouluterveydenhuollossa koetaan tärkeäksi puuttua lapsen liikapainoon, mutta kouluterveydenhoitajilla ei ole keinoja toimia, jos vanhemmat kieltäytyvät yhteistyöstä. Osa kouluterveydenhoitajista koki lasten painonhallinnan niin vaikeaksi asiaksi, ettei puuttunut siihen ollenkaan. (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999, Eettiset periaatteet terveydenhuollossa 2004.)

Lähtökohtana tutkijalla oli koko ajan perheiden kunnioittaminen sekä heidän tietonsa ja kokemuksensa arvostaminen. Toiminta perustui yhdessä toimimiseen, tasavertaisuuteen, ongelmanratkaisuun, avoimuuteen ja luottamukseen. (Määttä

2001.) Perheet olivat kokeneet pettymyksiä painonhallinnassa niin omassa toiminnassaan kuin asiantuntijatoiminnassakin. Lasten mahdolliset negatiiviset kokemukset liikunnassa koulussa ja vapaa-aikana eivät saaneet olla esteenä osallistumiselle, vaan lasten tuli saada liikunnasta onnistumisen kokemuksia. (Jaakkola 2002.)

Sosiaalinen syrjintä liikapainon takia on monella lapsella syynä välttää ryhmätilanteita. Lihavan lapsen mahdolliset heikot motoriset taidot ja huono kunto eivät kannusta osallistumaan liikunta-aktiviteetteihin. Ulkonäkönsä takia lapsen itsetunto voi olla heikko, jota nimittely heikentää entisestään. Lapsi eristäytyy helposti ja pakenee virtuaaliystävien pariin. Sosiaalisten taitojen harjoittelu kaventuu ja osallistuminen ryhmätilanteisiin voi olla entistä vaikeampaa. (Dietz 1998, Korhonen ym.1998, Halme 2008.)

Tutkimukseen osallistuminen tulee tehdä perheille helpoksi ja heidän tulee saada alusta alkaen onnistumisen kokemuksia toiminnasta. Tutkimukseen osallistuneet perheet olivat etsineet lapsilleen sopivaa liikuntaryhmää tuloksetta. Osa vanhemmista ilmoitti kokevansa helpotusta ryhmän aloittaessa kokoontumiset. He eivät sysänneet toiminnasta vastuuta tutkijalle, vaan olivat mukana vastuullisina vanhempina.

Perheiden itsemääräämisoikeutta kunnioitettiin niin, että tutkija ei tiennyt, mihin perheisiin kouluterveydenhoitajat olivat ottaneet yhteyttä. Perheet itse päättivät, tulevatko he mukaan ryhmään. Aloitteen tekivät vanhemmat. (Waltz ym. 1991.) Vanhemmat ilmoittivat myöhemmin, että voimisteluseuraan oli helpompi tulla kuin osallistua terveyskeskuksen ohjaukseen. Nyt he saattoivat ilmoittaa tuttavilleen, että ”lapsi käy liikuntakerhossa”, ei hoidossa liikapainon takia. Tutkijan ehdottamana vanhemmat esittelivät itsensä etunimiltä, kunnes tuntuisi luontevalta käyttää koko nimeä tarvittaessa. Lopulta koko ryhmästä tehtiin omaan käyttöömmä sähköpostilista, jonka avulla perheet ja tutkija saattoivat pitää yhteyttä. Voimakasta luottamusta tutkijaan ja ryhmää kohtaan kuvasi myös se, että perheet lähtivät mukaan televisio-ohjelmaan. He kokivat, että asiasta pitää puhua julkisesti, jotta apua tarvitsevat saavat esimerkin hakea ohjausta. Vanhemmat halusivat rohkaista eri toimijoita yhteistyöhön lasten painonhallinnan tukemiseksi.

Tutkimukseen osallistuvat perheet allekirjoittivat vapaaehtoisesti tutkimusluvan (Liite 5). Heille kerrottiin tutkimuksen sisällöstä, tarkoituksesta ja työtapoista. Koko ajan korostettiin luottamuksellisuuden ja vaitiolovelvollisuuden merkitystä. (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999.) Eettisen toimikunnan kliinisiä asiantuntijoita konsultoitiin 20.3.2006 eikä keskustelun tuloksena eettisen toimi-

kunnan lausuntoa tarvittu, koska tutkimuksessa ei käytetty perheiden potilastietoja.

Lasten painonhallintaa tukevan ryhmän tiedotus osana Kumppanuushanketta käynnistyi ennen kuin tutkija sai päätöksen aiheen hyväksymisestä tutkimusaiheeksi. Seuratoimintaan kuuluu osallistumismaksu kulujen kattamiseksi, mitkä ilmoitettiin osallistujille esitteessä ja puhelinkeskustelussa tutkijan kanssa. Muutamat seuratoimintaan tottumattomat vanhemmat vierastivat maksua, vaikka he tiesivät osallistuvansa vapaaehtoisjärjestön toimintaan. Myönteisen tutkimuspäätöksen tultua samat henkilöt ilmoittivat, että tutkimukseen osallistumisen kuuluu olla maksutonta. Kaksi perhettä jäi syksyllä pois, toinen perheistä osallistumismaksujen takia. Perheen vanhempien mielestä *”kaupungin kuuluu maksaa kulut”* ja että *”on erikoista, että joutuu maksamaan, vaikka antaa tietoja tutkimukseen”*. Samalla ryhmästä lähti kaksi lasta.

Osallistumismaksu seuran toimintaan oli puolivuositain 45 € perheeltä. Maksu sisälsi lastenryhmän ohjaajien palvelut, tutkijan osuuden vanhempien ryhmän ohjaajana, kirjalliset materiaalit, tuotemaistajaiset, salivuokrat ja yhden kerran uintiliput koko perheelle. Lasten määrää perheittäin ei rajoitettu.

Tutkija on vanhempien kanssa samaa mieltä, että tutkimukseen osallistumista tulee tukea maksuttomuudella. Osallistumismaksun kerääminen ei ollut ainutlaatuaista, sillä Savo-Karjalassa RAY:n rahoituksella toteutetussa Aapo-projektissa on kerätty osallistumismaksu leirikustannusten kattamiseksi. (Tverin 2006.) Nyt toteutettu toiminta ja tiedonkeruu toteutettiin jo alkaneessa vapaaehtoisjärjestön ryhmässä. Voimisteluseuralla ei ole mahdollisuutta järjestää toimintaa maksutta. Nopeasti aloitetun tiedonkeruun takia tutkija ei saanut rahoitusta toiminnalleen. Asiasta keskusteltiin vanhempien kanssa, jotka pääsääntöisesti ymmärsivät tilanteen eivätkä oudoksuneet asiaa. Vanhemmat ilmoittivat maksavansa mielellään, jos sillä taataan ryhmän toteutuminen. Perheet, joka eivät hyväksyneet asiaa, jäivät pois toiminnasta. Jatkotutkimusten kannalta on mietittävä yleishyödyllisten toimijoiden mahdollisuutta olla mukana tutkimuksissa. Tutkimussuunnitelmat rahoituspäätöksineen tulee olla varmistettuna hyvissä ajoin. Vapaaehtoistyötä tekevältä seuralta ei voida odottaa osallistumista kustannusten suorittamiseen, koska seuratoiminnan mahdollistuminen perustuu osallistumismaksuihin. Toisaalta tutkimukseen osallistuminen ei saa tuoda kustannuksia osallistujille. Oulun kaupunki tuli vastaan maksamalla lasten ryhmän toisen ohjaajan palkkion eikä lasten ryhmän salimaksua tarvinnut maksaa.

9.6 Jatkotutkimushaasteet

Lasten lihavuus tulee nähdä osana tämänhetkistä yhteiskuntamme tilaa. Rakenteelliset ja taloudelliset muutokset ovat muuttaneet perheiden arkea eikä niiden vaikutuksia ole osattu ennakoida. Lapsen lihavuus voi olla seurausta hallitsemattomasta tilanteesta perheissä. Vanhemmuuden vastuullisuutta voidaan väistää muuttamalla aikuisten roolia lasten kaveriksi, elintason ylläpitäjäksi keskittymällä perheen sijaan vain työelämään tai unohtamalla vanhemman tehtävät omien mielihalujuen voittaessa perheen yhteiset tarpeet. Lasten syrjäytymisen uhka on todellista, vaikka kommunikoinnin mahdollistavat tekniikan ja sosiaalisen median keinot ovat lähes kaikkien saatavilla. Elinikäiseen kouluttautumisen mahdollisuuden ja sivistyksen lisäämiseen kiinnitetään yhteiskunnassamme huomiota, mutta silti elämänhallinta perheissä on vaihtelevaa ja kärsijöinä ovat lapset. Suomi saa erinomaisia tuloksia kansainvälisissä koulumenestysvertailuissa, mutta lapset kärsivät yhä enemmän masennuksesta, epäsäännöllisestä päivärytmistä ja liikapainosta.

Jatkotutkimuksissa tulisikin keskittyä monitahoiseen ennaltaehkäisevään perhetyöhön sekä sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteisiin ja resursseihin. Selvityksissä on mietittävä, kuinka paljon ja mitä tukea voidaan antaa ja mikä on perheiden oma vastuu perheen tasapainoisessa elämässä. Kuntouttava työote pätee myös perhetoiminnassa; ei auteta perheitä avuttomiksi vaan ohjataan ja tuetaan oma-toimisuuteen. Perheiden sitouttaminen toimimaan terveyttä edistävasti tulee aloittaa äitiysneuvolassa luonnollisena asiana, ei vasta sairauden hoitona, kun perheessä todetaan esimerkiksi liikapainoa. Perheiden sosiaalista vahvistamista on tuettava laaja-alaisesti.

Käytössä olevien terveystieteiden keinojen, keskustelun, painokontrollin ja ohjausmateriaalin lisäksi tulee kehittää toimintaa, jossa vanhemmat voivat olla suunnittelemassa ja toteuttamassa terveyden edistämistä omassa lähiympäristössään. Lasten painonhallinnassa terveyden edistäminen on arvoihin perustuvaa tavoitteellista ja osittain välillistä toimintaa lapsen terveyden ja hyvinvoinnin aikaansaamiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi. Lapsen ja nuoren painonhallinta edellyttää yksilön ja hänen läheistensä jatkuvaa osallistumista asiaan ja vastuunottoa painonhallinnasta yhteistyössä muun lähiympäristön kanssa. Tulosten saavuttaminen painonhallinnassa edellyttää tietoa, vuorovaikutusta, halua onnistua ja monitahoista yhteistyötä. Kouluterveydenhuollon edustajien tietoja ja taitoja lasten painonhallinnasta tulee vahvistaa. Painonhallinnasta tulee negatiivinen sävy, kun se samaistetaan pelkästään laihduttamisen tarpeeseen. Jatkossa

kannattanee keskittyä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen, jolloin painonhallintaa ei tarvitse korostaa ilmiönä tai epänormaaliutena. Terveys prosessina antaa aikaa tavoitteiden yksilölliselle saavuttamiselle ja ymmärrystä moninaisten asioiden vaikutusmahdollisuuksiin elämän eri tilanteissa.

Painonhallinnasta on tullut liiketoimintaa. On vain ajan kysymys, milloin lasten lihavuudella aletaan tehdä kauppaa. Lasten painonhallinnan tutkimustiedon lisäämistä tulee tukea ja julkisen terveydenhuollon ja vapaaehtoistoimijoiden tulisi saada resursseja osallistua uusien toimintatapojen kehittämiseen. Yksityiset palveluntuottajat tulee saada yhteistyökumppaneiksi julkisen terveydenhuollon ja tutkimuslaitosten kanssa. Yleishyödylliset yhdistykset, kuten urheiluseurat, ovat hyviä yhteistyökumppaneita perheille ja julkiselle terveydenhuollolle, koska laaja-alainen toiminta kunnissa ja liittojen yhteistyö Suomen Liikunta- ja Urheilun sekä Nuoren Suomen tapaisten organisaatioiden kanssa takaavat tiedonkulun, tutkimuksellisen otteen sekä tiedon ja toiminnan jalkautumisen seuroihin. Seurojen tekemää työtä ei pystytä korvaamaan julkisen tahon resursseilla. Liikuntajärjestöt ja -opistot tulee valjastaa terveyden edistämisen toimijoiksi muiden tehtäviensä rinnalla.

Tätä tutkimusta tullaan hyödyntämään paikallisesti liikunta-alan ammatillisessa koulutuksessa sekä perheliikuntaryhmissä Oulun Voimisteluseurassa sekä Virpiniemen liikuntaopistossa. Tämän tutkimuksen toiminta-alueella Oulun yliopiston, Suomen Voimisteluliiton ja Terveiden ja Hyvinvoinnin laitoksen lasten ja nuorten yksikön sekä Virpiniemen liikuntaopiston yhteistyö saattaisi olla menestyksellistä kehitettäessä valtakunnallista ohjeistusta, hyviä käytänteitä ja tutkimusta lasten painonhallinnasta.

Lähteet

- AAPO – alakouluikäisten painonhallintaohjelma 2003–2005 projektiraportti (2006) Huoltoliitto, RAY, Kunnat Pohjois-Savossa, Hannele Tverin. URI: http://www.kunnonpaikka.com/huoltoliitto/Kehittamistoiminta/fi_FI/Projektit/.
- Alasuutari P (1994) Laadullinen tutkimus. Tampere, Vastapaino.
- Allardt E (2001) Urheilu kansakunnan rakentajana. Teoksessa Roiko-Jokela H & Sironen E (toim.) Urheilun etiikka ja arki. Suomen urheiluhistoriallisen seuran vuosikirja 2000: 13–25.
- Argyris S & Schön D (1991) Participatory action research and action science compared: A Commentary. Teoksessa Whyte W (toim.) Participatory action research. Newbury Park, Sage Publications: 85–96.
- Berg IM ym. (2001) Prevalence of overweight and obesity children and adolescents in a county of Sweden. *Acta paediatr* 90(6): 671–676.
- Bessesen DH (2008) Update on Obesity *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 93(6): 2027–2034.
- Blair SN & Church TS (2004) The fitness, obesity, and health equation. Is physical activity the common denominator? *The Journal of the American Medical Association* 292: 1232–1234.
- Borg P (1999) Liikkuvan lapsen ravitsemus. Teoksessa Miettinen P (toim.) Liikkuva lapsi ja nuori. VK-Kustannus: 28–30.
- Borg P & Fogelholm M (2007) Stakeholder appraisal of policy options for responding to obesity in Finland. *Obesity Review* 8 Suppl 2: 47–52.
- Borodulin K (2006) Physical activity, fitness, abdominal obesity, and cardiovascular risk factors in Finnish men and women. Publications of the National Public Health Institute A/1.
- Borodulin K, Laatikainen T, Lahti-Koski M, Jousilahti P & Lakka TA (2008) Association of age and education with different types of leisure-time physical activity among 4437 Finnish adults. *Journal of physical activity & health* 5(2): 242–51.
- Carr W & Kemmis S (1986) *Becoming Critical. Education, Knowledge and Action Research*. London, Falmer Press 156–166.
- Cavanagh S (1997) Content analysis: concepts, methods, and applications. *Nurse Researcher* 4(3): 5–16.
- Cleland VJ, Schmidt MD, Dwyer T & Venn AJ (2008) Television viewing and abdominal obesity in young adults: is the association mediated by food and beverage consumption during viewing time or reduced leisure-time physical activity? *The American Journal of Clinical Nutrition* 87: 1148–1155.
- Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM & Dietz WH (2000) Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal* 320(7244): 1240–1246.
- Data and Maps (2007) Centers for Diseases control and Prevention. Department of Health and Human Services. CDS's Behavioral risk Factor Surveillance System (BRFSS). URI: <http://www.cdc.gov/brfss>. Viitattu 11.12.2007.

- Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämissuunnitelma 2000–2010. Tampere, Diabetesliitto.
- Diabetesliitto (2009) Tyypin 2 diabetes. Hyvä hoito hillitsee diabeteksen aiheuttamia kustannuksia. Maailman diabetespäivän tiedote 14.11.2009. URI: http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/ajankohtaista/ajankohtaista_arkisto/hyva_hoito_hillitsee_diabeteksen_aiheuttamia_kustannuksia.html.
- Diabeetikon ruokavalio-suositus (2008) Diabetesliitto.
- Dietz WH (1998) Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. *Pediatrics* 101: 508–525.
- Dunkel L (toim.) (2000) Lasten endokrinologian käsikirja. URI: <http://www.lastendokrinologit.net/kirja/index.html>. Viitattu 16.3.2007.
- Eettiset periaatteet terveydenhuollossa: Sosiaali- ja terveysministeriö (2004). Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE.
- Elmeri-yläkoululaisten elämän ja painonhallinnanprojekti Pohjois-Savossa (2007–2009) Huoltoliitto, Hannele Tverin. URI: http://www.kunnonpaikka.com/huoltoliitto/Kehittamistoiminta/fi_FI/Projektit/.
- Etene (2003) Näkökulmia lääketieteellisistä tutkimuksista lapsilla. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan asettaman työryhmän loppuraportti. ETE-NE:n lasten tutkimuksia käsittelevä työryhmä: Lötjönen K, Hoppu K, Kiviniitty K, Reen E, Tammela O & Halila R. URI: <http://www.etene.org/dokumentit/Lapsetfin131003.pdf>. Viitattu 1.5.2009.
- Epstein L (1996) Family-based behavioral intervention for obese children. *International Journal of Obesity* 20: 14–21.
- Epäterveellisen ruoan markkinointi lapsille Euroopassa (2005) Projekti ”Lapset, lihavuus ja siihen liittyvät vältettävissä olevat krooniset sairaudet” Vaiheen 1 raportti. Euroopan Sydänverkosto (EHN).
- Eskola J & Suoranta J (2008) Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 8. painos. Tampere, Vastapaino.
- EU:n KOM päätös 0285 /2000. Viitattu 28.6.2006.
- EU:n Parlamentin ja Neuvoston päätös 1786/2002/EY Euroopan Terveysstrategian toimitaohjelma 2003–2008. Viitattu 28.6.2006.
- EU:n Parlamentin ja Neuvoston päätös 135072007/EY Euroopan Terveysstrategian toimintaohjelma 2008–2013. Viitattu 5.7.2009.
- EU:n ”Vihreä kirja” (2005) Terveellisen ruokavalion ja liikunnan edistäminen: eurooppalainen ulottuvuus ylipainoisuuden, lihavuuden ja kroonisten sairauksien ehkäisemisessä. KOM 637 (2005). URI: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/green_paper/consultation_en.htm. Viitattu 28.6.2006.
- Fernandez JR, Redden DT, Pietrobelli A, Allison DB (2004) Waist circumference percentiles in nationally representative samples of African-American, European-American, and Mexican-American children and adolescents. *Journal of Pediatrics* 145: 439–444.
- Fogelholm M (1998) Diet, physical activity and health in Finnish adolescents in the 1990s. *Scandinavian Journal of Nutrition* 42: 10–12.

- Fogelholm M (2004) Antropometriset ja kehon koostumusta kuvaavat mittaukset. Teoksessa Keskinen KL, Häkkinen K & Kallinen M (toim.) Kuntotestauksen perusteet. Liikuntatieteellisen Seuran julkaisu 156: 45–50.
- Fogelholm M & Kaukua J (2005) Lihavuus. Teoksessa Vuori I, Saimela S & Kujala U (toim.) Liikuntalääketiede. 3. uudistettu painos. Duodecim: 423–437.
- Fogelholm M (2007) Terveysliikunnan suositus päivitetty. Tiedote 16.8.2007 UKK-instituutti. URI: <http://www.ukkinstituutti.fi>. Viitattu 10.9.2007.
- Fogelholm M, Paronen O & Miettinen M (2007) Liikunta – hyvinvointipoliittinen mahdollisuus. Suomalaisen terveystieteiden tutkimuskeskuksen tila ja kehittyminen 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1.
- Fogelholm M & Vuori I (2005) Terveystieteellinen tutkimus. Gummerus: 77.
- Forsen T, ym. (2000) The fetal and childhood growth of persons who develop type 2 diabetes. *Annals of Internal Medicine* 133(3): 176–182.
- Frayling T, Timpson N, Weedon M, ym. (2007) A Common Variant in the FTO Gene is Associated with Body Mass Index and Predisposes to Childhood and Adult Obesity. *Science Express* 316(5826): 889–894.
- Freathy RM, Timpson NJ, Lawlor DA, ym. (2008) Common variation in the FTO Gene Alters Diabetes-Related Metabolic Traits to the Extent Expected Given Its Effect on BMI. *Diabetes* 57: 1419–1426.
- Fröschl B, Wirl C & Haas S (2009) Overweight prevention in adolescents and children (behavioral and environmental prevention). *GMS Health Technology Assessment* 5: 1–10.
- Grönfors M (2001) Havaintojen teko aineistonkeräyksen menetelmänä. Teoksessa Aaltola J & Valli R (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeräys: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä, PS-kustannus: 124–141.
- Haapakorva M (2007) (toim.) Siikalatvan seutukunnan lasten ja nuorten hyvinvointistrategia 2007–2012. Haapaveden kaupunki, SiiKE-hanke.
- Haarala P & Mellin O-K (2008) Kansanterveystyö ja terveyden edistäminen. Teoksessa Haarala P, Honkanen H, Mellin O-K & Tervaskanto-Mäentausta T (toim.) Terveystieteiden osaaminen. Helsinki, Edita: 42–61.
- Haarala P & Tervaskanto-Mäentausta T (2008) Terveystieteiden osaaminen ammattina. Teoksessa Haarala P, Honkanen H, Mellin O-K & Tervaskanto-Mäentausta T (toim.) Terveystieteiden osaaminen. Helsinki, Edita: 13–27.
- Hakanen M (2009) Childhood Overweight – Predictors, Consequences and Prevention (Lapsuusiän ylipaino – ennustavat tekijät, seuraukset ja ennaltaehkäisy). *Annales Universitatis Turkuensis D* 872.
- Hakanen M, Lagström H, Kaitosaari T, ym. (2006) Development of overweight in an atherosclerosis Prevention trial starting in early childhood. The STRIP study. *International Journal of Obesity* 30: 618–626.
- Hakonen A (2006) Kansallinen liikuntatutkimus 2005–2006. Urheiluseurojen suosio kasvanut entisestään. *Sinettisanomat* 2: 25–26.

- Hakulinen T (1998) The family dynamics of childbearing and childrearing families, related family demands and support received from child health clinics. *Acta Universitatis Tamperensis* 585.
- Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M & Haapakorva A (2005) Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 22.
- Halme T (2008) Fyysismotorinen suorituskyky ja sitä selittävät tekijät 3–8-vuotiailla lapsilla. LIKES-tutkimuskeskus, Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 20.
- Hart E & Bond M (1996) Action research for health and social care – a guide to practice. Buckingham, Open University Press: 15–19.
- Hearn LA, Miller MR & Campbell-Pope R (2008) Review of evidence to guide primary health care policy and practice to prevent childhood obesity. Evidence into policy in Australian primary health care. *Medical journal of Australia* 188(8): 87–91.
- Heikkala J (2006) Seuratutkimus 2006. Keskeiset tulokset. Helsinki, Suomen Voimisteluliitto Svoli.
- Heikkala J & Koski P (2000) Järjestöt kolmen merkitysolottuvuuden – vapaaehtoisuuden, valtion ja markkinoiden – leikkauspisteessä. Teoksessa Itkonen H, Heikkala J, Ilmanen K & Koski P (toim.) Liikunnan kansalaistoiminta – muutokset, merkitykset ja reunaehdot. Helsinki, Liikuntatieteellinen Seura: 107–118.
- Heikkilä A. (2004) Hyvän olon keittokirja 2. Helsinki, Rasalas.
- Heikkilä A (2008) Diabeteksen hoito ruokavaliolla. Rasalas.
- Heikkinen HLT (2001) Toimintatutkimus – Toiminnan ja ajattelun taitoa. Teoksessa: Aaltola J & Valli R (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä, PS-Kustannus.
- Heinonen M (2009) Apelin, Orexin A and Ghrelin levels in obesity and Metabolic syndrome. *Kuopio University Publications G. – A.I. Virtanen Institute for Molecular Sciences* 72.
- Helakorpi S, Pajunen T, Jallinoja P, Virtanen S & Uutela A (2011) Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys (Health Behaviour and Health among the Finnish adult Population). Terveystieteen ja Hyvinvoinnin laitos, Raportti 15.
- Hietaniemi H, Velling T & Haiko N (1996) Arvioi kuntosi Lähde liikkeelle, terveysliikunnan opas. Asiantuntijoina dosentti Jari Parkkari ja professori Markku Ojanen. Hyvä-Terveys Duodecim.
- Hietanen-Peltola M & Suontausta-Kyläinpää S (2009) Perhe ja verkostotyöskentely kouluterveydenhuollossa. Teoksessa Larivaara P, Lindroos S & Heikkilä T (toim.) Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. Duodecim: 155–164.
- Hirsjärvi S, Remes, P & Sajavaara P (2000) Tutki ja kirjoita. Helsinki, Tammi.
- Hite A, Goldstein-Bergowitz V & Bergowitz K (2011) Low-Carbohydrate Diet Review Shifting the Paradigm. *Nutrition in Clinical Practice* 26(3): 300–308.
- Hoppu U, Kujala J, Lehtisalo J, Tapanainen H & Pietinen P (toim.) (2008) Yläkoululaisten ravitsemus ja hyvinvointi. Lähtötilanne ja lukuvuonna 2007–2008 toteutetun interventiotutkimuksen tulokset. *Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B* 30/2008. URI: http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b30.pdf.

- Hoppu U & Pietinen P (2008) Yläkoululaisten ruokavaliassa parannettavaa. *Kansanterveyslehti* 7: 4–5.
- Horelli L (2003) Valittajista tekijöiksi. Nuoret valtautumisen verkoissa Pohjois- Karjalassa. Espoo, Teknillinen korkeakoulu, Yhdyskuntasuunnittelun tutkimus- ja koulutuskeskus.
- Huotari P (2004) Kaikki kunnossa? – Suomalaisten koululaisten fyysinen kunto vuosina 1976 ja 2001. Jyväskylä, Liikunnan ja kansanterveyden edistämissäätiö LIKES.
- Howard BV, van Horn L, Hsia J, ym. (2006) Low-fat dietary pattern and risk of cardiovascular disease: the Women’s Health Initiative Randomized Controlled Dietary Modification Trial. *The Journal of American Medical Association* 295(6): 655–666.
- Huttunen J (2011) Mitä terveys on? *Terveyskirjasto Duodecim* 1.7.2011.
- HYRRÄ – Hyvinvointia yhdessä liikunnasta 1.3.2009–31.10.2011. Pohjois-Pohjanmaan Hyvinvointihanke 2007–2017 osana Terveempi Pohjois-Suomi -hanketta.
- Hyyppä M (2008) Liikuntaa porukassa. *Liikunta & Tiede* 45(4): 5–7.
- Härkönen J & Räsänen P (2008) Liikalihavuus, työttömyys ja ansiotaso. Artikkelin perustuu European Community Household Panelin (ECHP) Suomen osa-aineistoon vuosilta 1998–2001. *Työelämän tutkimus – arbetslivsforskning* 1: 3–16.
- IASO (2008) International Association for the Study of Obesity. URI: <http://www.iaof.org>. Viitattu 1.11.2009.
- Iivonen S (2008) Liikuntaohjelma kehittää päiväkotilasten liikkumistaitoja. *Studies in Sport, Physical Education and Health* 131.
- Iloa lähiliikunnasta (2006) Oulun lääninhallituksen lähiliikuntaprojektin raportti (julkaisunumero 110) Oulun lääninhallitus, Oulun yliopiston arkkitehtiosasto, Pohjois-Pohjanmaan Liikunta ry, Kainuun Liikunta.
- IOTF (International Obesity Task Force) About Obesity: Incidence, Prevalence & Comorbidity. URI: <http://www.obesite.chaire.ulaval.ca/iaof.htm>.
- Jaakkola T (2002) Osaava ohjaus antaa onnistumisen kokemuksia. *Liikunta ja tiede* 39(3): 13–15.
- Janhonen S & Nikkonen M (2001) Johdanto: laadullinen tutkimusmetodologia hoitotieteellisen tiedon tuottamisessa. Kirjassa Janhonen S & Nikkonen M (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki, WSOY: 7–20.
- Janson A ja Danielsson P (2005) Painonsa arvoiset. Lasten ylipainosta vanhemmille ja ammattilaisille. Edita: 30–36.
- Javanainen-Levonen T, Poskiparta M, Rintala P (2007) Terveystieteiden mahdollisuudet liikunnan edistämiseen lastenneuvolatyössä *Liikunta & Tiede* 44(1): 22–30.
- Johnson BR (1997) Examining the validity structure of qualitative research. *Education* 118(3): 282–292.
- Jutras S, Normandeau S, Kalnins I & Morin P (1998) Mental health referents within children’s health cognitions. *Canadian Journal of Community Mental Health* 17: 21–35.
- Järvi L (2008) Lapsen lihavuuden hoito, elintapaohjaus ja hoidon porrastus. Oulun seudun ammattikorkeakoulu Sosiaali- ja terveysala, Ylempi ammattikorkeakoulututkinto, Terveystieteiden edistämisen koulutusohjelman opinnäytetyö.
- Järvinen P & Järvinen A (2004) Tutkimustyön metodeista. Tampere, Opinpaja.

- Kaikille avoin-ohjelma (2006–2010) Suomen Liikunta ja Urheilu ry. URI: <http://www.kaikilleavoin.fi>.
- Kainulainen A (2002) Nuoren mielenterveyden suojaus ja haavoittuvuus – yhdeksäsluokkalaisten käsityksiä mielenterveydestä ja sen kokemisesta. Kuopion yliopisto, hoitotieteidenlaitos, opinnäytetyötutkielma: 34–40.
- Kaltiala-Heino R (2003) Alaikäisen tahdosta riippumaton hoito. Mitä mielenterveyslain käsite vakava mielenterveydellinen häiriö alaikäisillä tarkoittaa? Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö: selvityksiä 7.
- Kansallinen liikuntaohjelma (2008) Opetusministeriö URI: <http://www.opm.fi/kansallinenliikuntaohjelma>.
- Kansanterveyslaki 66/1972.
- Kantomaa MT, Tammelin TH, Näyhä S, Taanila AM (2007) Adolescents' physical activity in relation to family income and parents' education. *Preventive Medicine* 44: 410–415.
- Kantomaa M, Tammelin T, Ebeling H & Taanila A (2008) Vähäinen liikunta liittyy tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöihin nuorilla. *Liikuntalääketieteen päivät 12–13.11.2008. Liikunta & Tiede* 45(5): 50.
- Kapanen M (2010) "Oi hurmaa rytmin ja voimistelun". Oulun Kisa-Siskoista Oulun Voimisteluseuraksi 1930–2010. Oulun Voimisteluseura ry.
- Karlsson M (2006) Vanhemmat ja lapset laihtuivat yhdessä. *Dialogi* 5: 16–17.
- Karvonen T, Rahkola A & Nupponen H (2008) "En ole liikunnallinen tyyppi" – sanoo aiempaa useampi kouluikäinen. *Liikunta & Tiede* 45(6): 9–12.
- Kasper-Lasten ja nuorten perhekeskeinen sydänterveyden edistämisohjelma (1997–2002) Kainuun Sydänyhdistys ry, Terveystieteiden tutkimuskeskus, Annikki Aitoaho ja terveydenhoitajat, RAY. URI: http://www.kainuu.fi/UserFiles/lanupo/File/Lasten_sydanmalli/KASPER_lasten_ja_nuorten_malli.
- KASTE-ohjelma (2008–2011) Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (KASTE). Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö.
- Kautiainen S, Rimpelä A, Vikat A & Virtanen S (2002) Secular trends in overweight and obesity among Finnish adolescents in 1977–1999. *International Journal of Obesity* 26: 544–552.
- Kelan ja valtion ravitsemusneuvottelukunnan (VRN) suositus korkeakouluruokailun periaatteista 10.1.2011.
- Kemmis S (1994) Action research. Teoksessa: Husen T & Postlewaite S (toim.) *International encyclopedia of education*, Volume 1. Exeter, Elsevier.
- Keskinen K, Häkkinen K & Kallinen M (2004) Kuntotestauksen käsikirja. Tampere, Liikuntatieteellisen seuran julkaisuja 156.
- Kevin LJ, Kong HA, Khiem MN & Gregory FY (1996) *Obesity in Children*. Australia. URI: <http://elecpress.monash.edu.au/IJHP/1996/2>. Viitattu 28.3.2005.
- Kleemola I (1996) Naisliikuntaa 100 vuotta. Suomen Naisten Liikuntakasvatusliitto 1896–1994. Suomen voimistelu- ja Liikuntaseurat Svoli ry - Finlands gymnastikföreningar FGF RF. 1995-. Otava.

- Kokko S, Kannas S & Itkonen H (2004) Urheiluseura lasten ja nuorten terveyden edistäjänä. *Terveyttä edistävä urheiluseura. Liikunta & Tiede* 6: 101–112.
- Kokkonen J, Taanila A & Kokkonen E-R (1996) Diabetes in adolescence: The effect of family and psychologic factors on metabolic control. *Nordic Journal of Psychiatry* 51: 165–172.
- Kokkonen R (2006) Huoleton, tiedostava ja fyysisesti normaali-vanhempien ”tervettä lasta” koskevat ristiriitaiset käsitykset. *Yhteiskuntapolitiikka* 71(5): 471–483.
- Komitean mietintö (2001) Terveyttä edistävän liikunnan kehittämistoimikunnan mietintö 2001:12.
- Korhonen A-L (1999) Mahtavat Muksut: ratkaisuja lihavan lapsen hoitoon. Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. Helsinki, Dieettimedia.
- Korhonen A-L, Nuutinen O & Lappalainen R (1998) Lyhytkestoinen painonhallintakurssi lihaviin nuorten hoidossa. URI: <http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely/FI/tulokset/indikaattorit/terveys2006.htm>.
- Koskelainen M, Sourander A & Helenius H (2001) Dieting and weight concerns among Finnish adolescents. *Nordic Journal of Psychiatry* 55 (6): 427–431.
- Koskenvuo M & Mattila K (2009) Terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisyperiaatteet 19.1.2009. *Terveyskirjasto Duodecim*.
- Kouluikäisen hyvinvoinnin polku terveyden edistäjänä -hanke (2007–2009) Pohjois-Karjalan kansanterveyden keskus. URI: <http://www.kansanterveys.info>.
- Koululaiset liikkeelle (2006) Nuori Suomi ry, OPM, yritys yhteistyökumppanit. URI: http://www.nuorisuomi.fi/files/ns/julkaisut/080129Liikuntasuosituskirja_08.pdf.
- Kouluterveyskysely nuorten hoidossa. *Suomalainen Lääkärilehti* 53: 1415–1418.
- Kouluttajamateriaali Svolin Jumbpakoulu (2007) Suomen voimisteluliitto (Svoli ry).
- Kouluterveydenhuollon laatusuositus (2004) STM 2004, 27.
- Kouluterveydenhuollon Opas (2002) Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 37.
- Kouluterveydenhuolto, syksy 2005 – perusraportti kyselystä terveyskeskusjohdolle (2005) Rimpelä M, Wiss K, Saaristo V, Kivimäki H, Kosunen E, Rimpelä A. Stakes/KHS-ryhmä ja Tampereen yliopisto/KERTTU- tutkimusohjelma: 7–10.
- Kouluterveyskysely (2007) Indikaattoreiden määrittäminen vuosina 2006–2009, *Terveys*. Diaesityksen on koostanut erityistutkija Minna Pietikäinen. Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos 2007. URI: <http://www.info.stakes.fi>. Viitattu 11.7.2009.
- Krippendorff K (2004) *Content Analysis An introduction to Its Methodology*. Sage Publications.
- Krueger RA & Casey MA (2000) *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. 3. painos. Thousand Oaks CA, Sage Publications.
- Kuntalaki (1995) nro 365/1995.
- Kurtakko K (1991) Toimintatutkimus koulun ja opetuksen kehittämisessä. Teoksessa Syrjäälä L & Merenheimo J (toim.) *Kasvatustutkimuksen laadullisia lähestymistapoja*. Oulun yliopisto: 52.
- Kuula A (1999) Toimintatutkimus. Kenttätöitä ja muutospyrkimyksiä. Tampere, Vastapaino.
- Kyngäs H & Vanhanen L (1999) Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11(1): 3–12.

- Kyttä M & Kahila M (2006) PehmoGis elinympäristön koetun laadun kartoittajana. Maanmittaustieteiden Seura ry:n julkaisu n:o 44112. Teknillinen korkeakoulu, Yhdyskuntasuunnittelun tutkimus- ja koulutuskeskus (YTK).
- Käypä hoito -suositus liikunnasta (2008) Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Käypä hoito -suositus -johtoryhmän asettama työryhmä. Aikakauskirja Duodecim 19/2008 ja LUM 14/2008 SLU.fi.
- Laakso L, Nupponen H, Rimpelä A & Telama R (2006) Suomalaisten nuorten liikuntaaktiivisuus: Katsaus nykytilaan, trendeihin ja ennusteisiin. Liikunta ja Tiede 43(1): 4–12.
- Laaksonen DE, Niskanen L, Lakka H-M ym. (2004) Epidemiology and threatment of the metabolic syndrome. *Annals of Medicine* 36: 332–346.
- Laaksonen DE & Niskanen L (2006) Metabolinen oireyhtymä ja diabetes – lihavuuden hoidon ykköskohteet. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 122(10) 1227–1234.
- Laaksonen DE & Uusitupa M (2005) Liikunta, energiankulutus ja ravitsemus. Teoksessa: Vuori I, Taimela S & Kujala U (toim.) Liikuntalääketiede. Hämeenlinna, Karisto: 68–69.
- Laine T (2001) Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa Aaltola J & Valli R (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittavalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin Jyväskylä, PS-kustannus.
- Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999 Suomen laki. Sosiaali- ja terveydenhuoltolainsäädäntö 2005. Ranta H (toim.) Jyväskylä, Gummerus.
- Lakka T, Laaksonen H-M, Lakka N, Männikkö L, Niskanen, R, Rauramaa R & Salonen T (2003) Sedentary lifestyle, poor cardiorespiratory fitness, and the metabolic syndrome. *Medicine & Science & in Sports & Exercise* 35: 1279–1286.
- LAPS SUOMEN (2001–2005) Parkkisenniemi S, Halme T, Takalo S, Pehkonen M, Romar J-E, Nupponen H. Liikuntatieteiden laitos, Jyväskylän yliopisto Kasvatustieteiden tiedekunta, Lapin yliopisto, Opettajankoulutuslaitos, Rauman yksikkö, Turun yliopisto, Institutionen för lärarutbildning, Åbo Akademi.
- Lasten hyvinvointihanke Hyvis. Porin kaupunki ja lähikunnat (2007–2009) (Pomarkku, Noormarkku, Luvia, Ulvila, Merikarvia) URI: <http://www.pori.fi/hyvis>.
- Lasten lihavuus: Käypä hoito-suositus (2005) Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. URI: <http://www.kaypahoito.fi>. Viitattu 20.8.2006.
- Lasten ja nuorten liikunnan asiantuntijatyöryhmä (2008) Fyysisen aktiivisuuden suositus kouluikäisille 7–18-vuotiaille. Kirjoittajat: Ahonen T, Hakkarainen H, Heinonen O, Kannas L, Kantomaa M, Karvinen J, Laakso L, Lintunen T, Lähdesmäki L, Mäenpää P, Pekkarinen H, Sääkslahti A, Stigman S, Tammelin T, Telama R, Vasankari T & Vuori M. URI: [http://www.nuorisuomi.fi/files/ns/julkaisut/080129Liikuntasuositus-kirja\(kevyt\)_08.pdf](http://www.nuorisuomi.fi/files/ns/julkaisut/080129Liikuntasuositus-kirja(kevyt)_08.pdf). Viitattu 31.1.2010.

- Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelma (2007) Hallitus antoi 5. joulukuuta 2007 periaatepäätöksen hallituksen strategia-asiakirjasta 2007. Poliittikaohjelmien sisältö hyväksyttiin osana strategia-asiakirjaa. URI: <http://www.valtioneuvosto.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/lapset/fi.jsp>
- Lasten lihavuuden alueellinen hoitoketju (2008) Sairaanhoidopiiriin hoito-ohjelmat 7.7.2008. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoidopiiri.
- Lasten terveys-LATE -tutkimuksen perustulokset lasten kasvusta, kehityksestä, terveydestä, terveystottumuksista ja kasvuympäristöstä (2010) Raportti 2/2010. LATE -työryhmän kokoonpano Hakulinen-Viitanen T, Kaikkonen R, Koponen P, Koskinen S, Laatikainen T, Leinonen A, Mäki P, Sippola R, Vartiainen E, Virtanen S (toim.). Yliopistopaino. Helsinki 2010.
- Lasten lihavuuden ehkäisy-RALLI (2005–2010) Oulun Diakonissalaitoksen Liikuntaklinikka, Oulun kaupunki, Oulun yliopistollinen sairaala, Virpiniemen Liikuntaopisto. URI: <http://www.odl.fi>. Viitattu 3.8.2006.
- Lautala P & Ala-Laurila E-L (2002) Lihavuus. Teoksessa Terho P, Ala-Laurila E-L, Laakso J, Krogius H & Pietikäinen M (toim.) Kouluterveydenhuolto. Duodecim: 311–315.
- Lepola U & Koponen H (2002) Syömishäiriöt. Teoksessa Lepola U, Koponen H, Leinonen E, Joukamaa M, Isohanni M & Hakola P (toim.) Psykiatria. 1–2. painos. Helsinki, WSOY: 156–158.
- Lewin K (1951) Field theory in social science: selected theoretical papers (Edited by Dorwin Cartwright). American Psychological Association.
- Lihavuus – painavaa asiaa painosta (2005) Konsensuskokous 26.10.2005/lausuma, puheenjohtajana professori Pertti Mustajoki. Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia.
- Liikuntaa kaikille lapsille (2008) SIU, SKLU, NKL (2002–2008) Saari A (toim.), Rautio S & Remahl V. 2008. Kohtaamisia lasten liikunnassa: Liikuntaa kaikille lapsille – hanke 2002–2008. Kalevaprint.
- Liikunta valintojen virrassa; Kansallista liikuntaohjelmaa valmisteleva toimikunta (2007) Väliraportti. Puheenjohtaja Mari Kiviniemi, sihteeri Teijo Pyykkönen. Julkaisusarja, Opetusministeriön työryhmämuistioista ja selvityksiä 13.
- Liikkuva ja hyvinvoiva Suomi 2010-luvulla (2008) Ehdotus kansalliseksi liikuntaohjelmaksi julkisen ohjauksen näkökulmasta Opetusministeriön työryhmän muistioita ja selvityksiä 14.
- Liikkuva koulu- hanke (2009–2012) Käynnistynyt 1.9.2010. Opetushallitus. Koululaisten liikuntasuosittelun vakiinnuttaminen peruskouluihin. URI: <http://www.edu.fi/liikkuvakoulu>.
- Liikunnallisen iltapäivän kehittäminen (2004–2007) OPM, lääninhallitukset, Nuori Suomi, Suomen Liikunta ja Urheilu (SLU).
- Liikuntalaki 1054/1998, 2001.
- Lindström J & Tuomilehto J (2003) The Diabetes Risk Score: A practical tool to predict type 2 diabetes risk. *Diabetes Care* 2003; 26(3): 725–31.

- Lobstein T (2006) Children's obesity - it's not their fault. Socio-economic determinants of healthy eating habits and physical activity levels among adolescents. WHO/HBS 2006 foorumi, Firenze 10–11. maaliskuuta 2006, Tiivistelmä foorumitapahtumista, Maailman Terveysjärjestö. Maailman Terveysjärjestö (1984). Health Promotion: A discussion document on the concepts and principles. Maailman Terveysjärjestö.
- Lobstein T, Baur L & Uauy R (2004) Obesity in children and young people: a crisis in public health. IASO International Obesity Task Force. Obesity reviews 5(Suppl.1): 4–85.
- Loikkanen A (2007) H-limit. PanSana.
- Ludwig DS ja Ebbeling CB (2001) Type 2 Diabetes Mellitus in Children: primary Care and Public Health Considerations. The Journal of the American Medical Association 286: 1427–1430.
- Luomanen J & Räsänen P (2000) Tietokoneavusteinen laadullinen analyysi ja QSR NVivo-ohjelmisto. University of Turku, Department of Sociology, Sosiologin tutkimuksia A 23 Sociological research.
- Luopa P, Pietikäinen M & Jokela J (2008) Nuorten hyvinvoinnin kehitys ja alueelliset erot Kouluterveyskysely 1998–2007 Stakes raportteja 23.
- Lääketieteen sanasto. Terveyskirjasto Duodecim. URI: <http://www.terveysportti.fi>.
- Maailman Terveysjärjestö (1986) Ottawa Charter for Health Promotion, First International Conference on Health Promotion, Ottawa. Kööpenhamina, WHO:n Euroopan alue-toimisto: 17–21.
- Maffei C, Zaffanello M, Pinell L & Schutz Y (1996) Total energy expenditure and patterns of activity in 8–10-year-old obese and nonobese children. Journal of Pediatric gastroenterology and Nutrition 23: 256–261.
- Mager U (2008) The role of ghrelin in obesity and insulin resistance. Kuopion yliopisto, Kliininen ravitsemustiede, julkaisuja D. Lääketiede 428.
- Mahtavat muksut. Ratkaisuja lihavan lapsen hoitoon. Opaskirja (1999) Ravitsemusyhdistys, Kuopion yo, 1999. Korhonen A-L, Kalavainen M, Ihanainen M, Nuutinen O. Dieettimedia, Helsinki. URI: <http://www.rty.fi>.
- Mattila R (2009) Moniammatillisen elintapaintervention vaikuttavuus kohonneeseen verenpaineeseen, sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöihin ja tuki- ja liikunta-elinoireisiin. Kuopion yliopisto, Väitöskirja.
- Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma (2007) URI: <http://www.hallitus.fi/hallitus/hallitusohjelma/fi.jsp>.
- Mend-ohjelma 2005–2007: Fitter, Healthier, Happier Families. URI: <http://www.mendprogramme.org/>.
- Metsämuuronen J (2000) Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia-sarja 4.
- Mikkilä V, Lahti-Koski M, Pietinen P, Virtanen S & Rimpelä M (2002) Nuorten lihavuuteen ja koettuun painoon liittyvät tekijät. Duodecim 118(9): 921–929.
- Mustajoki P (2006) Lihava potilas lääkärin vastaanotolla. Duodecim 122: 1256–1260.
- Mäki P, Laatikainen T, Koponen P & Hakulinen-Viitanen T (2008) LATE -työryhmä, THL. Lasten ja Nuorten terveysseurannan kehittäminen. KTL Julkaisuja B 28.

- Myöhänen E & Säätelä T (2000) Lapsuusiän lihavuus ja fyysinen aktiivisuus. *Fysioterapia* 8: 13–17.
- Mäki M (2004) Subjektiiivinen ja objektiivinen ylipaino. *Terveysanomat* 5. URI: <http://www.terveysry.fi>. Viitattu 9.4.2005.
- Määttä P (2001) Yhteistyö vanhempien kanssa – perhekeskeisyyttä vai perhelähtöisyyttä. Teoksessa *Työkaluja päivähoiton erityiskasvatukseen*. Sosiaali- ja terveysministeriö, Julkaisuja 14: 27–30.
- Neuvokas perhe – lapsiperheiden liikunta- ja ravitsemus-ohjausmenetelmä (2006–2011) Suomen Sydänliitto ry, RAY, STM, STRIP- tutkimus-projekti. Pilotointi marraskuu 2006 – huhtikuu 2007.
- Niemi M & Winell K (2005) Diabetes Suomessa – esiintyvyys ja hoidon laadun vaihtelu. *Stakes Raportteja* 2005.
- Nuorisolaki (2006) nro 72/2006.
- Nuori Suomi, Strategia vuoteen 2012. URI: <http://www.nuorisuomi.fi>. Viitattu 10.10.2010.
- Nuutila P (2009) Lihavuus terveydenhuollon haasteena. PDF 25.3.2009 sisätaudit ja PET keskus, TYKS/TY.
- Nuutinen O (2001) Lasten lihavuus. Teoksessa: Fogelholm M, Mustajoki P, Rissanen A: 177-192.
- Nuutinen O & Nuutinen M (2001) Lapsuusiän lihavuus lisää sepelvaltimotaudin vaaraa. Sepelvaltimotaudin riskitekijät lapsilla ja nuorilla. *Duodecim* 117(13): 1352–1362.
- Ogden CL, Troiano R P, Briefel R R, Kuzmarkski RJ, Flegal K M & Johnson CL (1997) Prevalence of overweight among preschool children in the United States, 1971 through 1994. *Pediatrics* 99.
- Ogden CL, Flegal K M, Carroll MD & Johnson CI (2002) Prevalence and trends in overweight among US children and adolescents 1999–2000. *The Journal of American Medical Association* 288: 1728–1732.
- Ogden CL, Carroll MD & Flegal KM (2008) High Body Mass index for Age among US Children twins. *Studies in Sports, Physical Education and Health*.
- Ojala K, Välimaa R, Tynjälä J, Villberg J, Vuori M & Kannas L (2005) Painon kokemisesta, pudottamisesta ja hallinnasta: WHO-Koululaistutkimuksen tuloksia. *Terveiden edistämisen tutkimuskeskus, Terveystieteiden laitos, Jyväskylän yliopisto*.
- Ojala K, Vuori M, Välimaa R, Tynjälä J, Villberg J & Kannas L (2006) Pojat nostavat painoja ja tytöt pudottavat niitä: WHO-koululaistutkimuksen tuloksia. Teoksessa: Karvonen S (toim.) *Onko sukupuolella väliä? Hyvinvointi, terveys, pojat ja tytöt*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Nuorisotutkimusverkosto: Nuorisotutkimusseuran julkaisuja 35: 72–82.
- Ortega-Alonso A (2009) Genetic effects on mobility, obesity and their association in older female twins. *Studies in Sport, Physical Education and Health*.
- Orlikowski WJ & Baroudi JJ (2002) “Studying Information Technology in Organizations: Research Approaches and Assumptions”. Teoksessa Myers MD & Avison DE (toim.) *Qualitative Research in Information Systems*. Sage Publications.
- Oulun Eteläisen lastenneuvolatyön kehittämishanke (2005–2007) Sydänliitto ja Oulun Eteläisen lastenneuvolat, STM. Pilotti 10 kunnassa, kaiken kaikkiaan 14 kuntaa.

- Oulun Voimisteluseuran Toimintakertomus (2005).
- Paalanen N, Korpelainen R, Taimela S, Auvinen J, Tammelin T, Hietikko T, Kaikkonen H, Kaikkonen K & Karppinen J (2008) Liikunnan ja television katselun yhteys lihaskuntoon nuorilla aikuisilla. Liikuntalääketieteen päivät 12–13.11.2008. Liikunta & Tiede 45(5): 53–54.
- Pahkala K, Heinonen OJ, Lagström H, Hakala P, Sillanmäki L, Kaitosaari T, Viikari J, Aromaa M & Simell O (2010) Parental and childhood overweight in sedentary and active adolescents. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports* 20(1): 74–82.
- Painokas-projekti (2006–2008) Turun kaupunki/perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido, liikunta- ja kulttuuritoimi.
- Patton MQ (2002) *Qualitative Evaluation and Research Methods*. 3. painos. Thousand Oaks CA, Sage Publications.
- Paturi M, Tapanainen H, Reinivuo H & Pietinen P (2008) Finravinto 2007 -tutkimus. The National Findiet 2007 Survey. *Kansanterveyslehti* 9.
- Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K (1997) (toim.) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Juva, WSOY.
- Pekurinen M (2006) Mitä lihavuus maksaa? *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 122(10): 1213–1214.
- Peltonen M, Korpi-Hyövälti E, Oksa H, ym. (2006) Lihavuuden, diabeteksen ja muiden glukoosiaineenvaihdunnan häiriöiden esiintyvyys suomalaisessa aikuisväestössä. *Suomalainen Lääkärilehti* 61: 163–170.
- Peltonen M, Harald K, Männistö S, Saarikoski L, Peltomäki P, Lund L, Sundvall J, Juolevi A, Laatikainen T, Aldén-Nieminen H, Luoto R, Jousilahti P, Salomaa V, Taimi M & Vartiainen E (2008) Kansallinen FINRISKI 2007 -terveystutkimus – Tutkimuksen toteutus ja tulokset. *Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B34*.
- Penttinen S (2008) Hyvä, paha, tärkeä koululiikunta. *Liikunta & Tiede* 45(4): 40–43.
- Perttilä K (1999) Terveiden edistäminen kunnan tehtävänä. *Stakes Tutkimuksia* 103.
- Perttula J & Lomaa T (2005) (toim.) *Kokemuksen tutkimus. Merkitys – tulkinta – ymmärtäminen*. Helsinki, Dialogia.
- Pietilä A-M, Eirola R & Oikarinen K (1998) Terveysmuotokuva-käsitéjärjestelmä Hoitotieteen näkökulma terveyden tutkimiseen. *Hoitotiede* 2: 78–86.
- Pohjois-Suomen syntymäkohortti (NFBS) (2007) Oulun yliopisto. Aloitettu 1966. Lasten lihavuuteen liittyvät tutkimukset (mm. Sikiökautisen ohjelmoitumisen mekanismeja (sydänsairaudet, metabolinen oireyhtymä), Metabolisen oireyhtymän ja kroonisen tulehduksen/ravinnon/liikunnan välinen yhteys lapsilla, Liikkumattomuus ja tuki- ja liikuntaelinten oireet 16-vuotiailla). URI: <http://www.ouluunliopisto.fi>.
- Polit DF & Hungler BP (1999) *Nursing Research Principles and Methods*. 6. painos.
- PorGrow – Policy options for responding to the growing challenge of obesity 2004–2006. Co-ordinator: Dr Erik Millstone, E.E.P.Millstone@sussex.ac.uk. SPRU – Science and Technology Policy Research Unit Freeman Centre University of Sussex, Brighton BN1 9QE, UK.
- Public Health Programmes 2008–2013 European Union. URI: http://www.ec.europa.eu/health/ph_determinants.

- Purhonen A-K (2008) Signals arising from the gastrointestinal tract that affect food intake (Syömiseen vaikuttavat maha-suolikanavan signaalit). Kuopion yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Molekulaarinen lääketiede, väitöskirja.
- Raevuori Anu (2009) Male eating disorders and related traits: Genetic epidemiological study in Finnish twins. University of Helsinki, Faculty of Medicine, Department of Public Health, Doctoral dissertation.
- Raitakari O, Porkka K, Taimela S, ym. (1994) Effects of persistent physical activity and inactivity on coronary risk factors in children and young adults. *American Journal of Epidemiology* 140: 195–204.
- Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010. URI: <http://www.ravitsemuskotona.fi>.
- Richards L (1999) *Introducing NVivo. A workshop handbook*. Australia.
- Rimpelä M, Rimpelä A, Vikat A, Hermanson E, Kaltiala-Heino R, Kosunen E & Savolainen A (1997) Miten nuorten terveys on muuttunut 20 vuoden kuluessa? *Suomen lääkäri-lehti* 24: 2705–2712.
- Rimpelä M, Kuusela J, Rigoff A-M, Saaristo V & Wiss K (2008) Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen peruskouluissa 2 – peruseräraportti kyselystä 1.–6. vuosiluokkien kouluille. Helsinki, Opetushallitus ja Stakes.
- Rimpelä M, Wiss K, Saaristo V, Happonen H, Kosunen E & Rimpelä A (2007) Kouluterveydenhuollon laatusuosituksen toteutuminen 2004–2007. Helsinki, Stakes Työpapereita 32.
- Salsberry PJ & Reagan PB (2005) Dynamics of early childhood overweight *Pediatrics* 116: 1329–1338.
- Salo M (2006) Lasten lihavuus – paljon työtä edessä Voimavaroja on suunnattava ehkäisyyn. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 10: 1211–1212.
- Sandström S (2007) Paino hallintaan. Ylipainon ja lihavuuden hoidon ohjausmalli Oulun kaupungin kouluterveydenhuollossa. Terveyden edistämisen koulutusohjelman opinäytetyö, Sairaanhoidtaja (ylempi AMK).
- Santtila M, Kyröläinen H, Vasankari T, Tiainen S, Palvalin K, Häkkinen A & Häkkinen K (2006) Physical fitness profiles in young Finnish men during the years 1975–2004. *Medical science sports and exercise* 38(11): 1990–1994.
- Sardinha LB, Andersen LB, Anderssen SA, Quiterio AI, Ornelas R, Froberg K, Riddoch CJ & Ekelund U (2008) Objectively measured time spent sedentary is associated with insulin resistance independent of overall and central body fat in 9- to 10-year-old Portuguese children. *Diabetes Care* 31: 569–575.
- Savola E & Koskinen-Ollonqvist P (2005) Terveyden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 3705.
- Schön D (1983) *The reflective practitioner: how professionals think in action*. New York, Doubleday, Basic Books.
- Simovska V, Jensen BB, Carlsson M & Albeck C (2006) Kohti tervettä ja tasapainoista varttumista Lapset ja aikuiset toimivat yhdessä. Alkuperäinen julkaisu: Towards a healthy and balanced growing up. Children and adults taking action together! Barcelona, Espanja, P.A.U. Education.

- Sinkkonen-Tolppi M (2005) ”Maailma kutsuu, katkeavatko juuret?” Nuorten kotiseudulle kiinnittyminen ja sen yhteys nuorten sosiaaliseen pääomaan. Kuopion yliopisto, yhteiskuntatieteet, väitöskirja.
- Sipiläinen R (1997) Lihavuuden genetiikka alkaa selvitä. Kansanterveyslehti 1/3. URI: <http://www.ktl.fi/kansanterveyslehti/arkisto/1997/1/3.html>.
- Sosiaali- ja terveystietokeskus (2000) Sosiaali- ja terveysministeriö URI: <http://www.stm.fi>.
- Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:34. URI: <http://www.stm.fi>.
- Sosiaali- ja Terveysministeriö (2007) Sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton tiedote kunnille kunta- ja palvelurakenteen uudistamisesta 8.3.2007. URI: www.stm.fi.
- Sosiaaliturvan suunta (2004) Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 21.
- Stenholm S, Rantanen T, Sainio P & Koskinen S (2008) Lihavuus yli 55-vuotiaiden liikumisvaikeuksien riskitekijänä. Suomen Lääkärilehti 63(6): 487–493.
- Stigman S (2008) Lapsuusiän lihavuus ja liikunta. Terveysliikunnan tutkimusuutiset: 4–5. Strategia Nuori Suomi vuoteen 2012 URI: <http://www.nuorisuomi.fi>.
- Strid O (2002) Oppilaiden terveystarkastukset. Teoksessa Kouluterveydenhuolto. 2. uudistettu painos. Helsinki, Duodecim: 139–143.
- Suomalainen sydänohjelma, varhaislapsuudessa alkavan sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisyprojekti; STRIP- projekti. Aloitettu 1990-Turun yliopiston sydäntutkimuskeskus, Turun yliopistollinen sairaala. Useita rahoittajia ja yhteistyökumppaneita. URI: <http://stripstudy.utu.fi/index.html>.
- Suomalaiset ravitsemussuosituksien – ravinto ja liikunta tasapainoon (2005) Helsinki: Valtion ravitsemusneuvottelukunta. URI: <http://www.mmm.fi/ravitsemusneuvottelukunta/FIN11112005>.
- Suomen voimisteluliiton (Svoli ry) Kumppanuus-hanke (2005–2006) Svoli ry, KKI, 9 kaupunkia, 11 voimisteluseuraa www.svoli.fi Esimerkkinä Oulussa toteutettu lasten painonhallintaan kohdistunut hankkeen osa. katri.virtanen@oulunvoimisteluseura.net.
- Suomessa toteutetut lapsiin ja nuoriin suunnatut ravitsemusaiheiset hankkeet 2000-luvulla Karjalainen K & Koskinen-Ollonqvist P Terveystieteiden tutkimuskeskus ry, Elintarvike- ja ravitsemusohjelma ERA, Suomen itsenäisyyden juhlarahasto Sitra 2006. URI: <http://www.sitra.fi>.
- Suomi K (2008) Liikuntasuunnittelu haastaa osalliseksi. piha, kortteli, kunta elinpiiri. Liikunta & Tiede 45(1): 43–45.
- Suunnitelma Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toteuttamiseksi 2003-2007 (2004) Projektisuunnitelma Dehkon 2D-hanke (D2D) Pirkanmaan, Etelä-Pohjanmaan, Keski-Suomen ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiireissä. Projektisuunnitelma 2. painos. Suomen Diabetes-liitto.
- Suurenmoinen Nuori. Ratkaisuja liikapainoisen nuoren painonhallintaan. Opaskirja. (2000) Ravitsemus-yhdistys, Kuopion yo, 2000. E Nykänen, M Ihanainen ja M Kalavainen ja O Nuutinen. URI: <http://www.rty.fi>.
- Sydänliitto Pieni päätös päivässä (2005) www.pienipaatospaivassa.fi, www.sydanliitto.fi.
- Syrjälä L, Ahonen S, Syrjäläinen E & Saari S (1994) Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Kirjayhtymä: 24, 25-29.

- Svoli Koulutuskalenteri (2008).
- Svoli Kouluttajamateriaali – Jumppakoulu (2007).
- Svoli Toimintakertomus (2005)
- Svoli Toimintakertomus (2007)
- Svoli Toimintakertomus (2008).
- Sääkslahti A (2005) Liikuntaintervention vaikutus 3–7-vuotiaiden lasten fyysiseen aktiivisuuteen ja motorisiin taitoihin sekä fyysisen aktiivisuuden yhteys sydän- ja verisuonitautien riskitekijöihin. Jyväskylän yliopisto, *Studies in Sport, Physical Education and health* 104.
- Sääkslahti A (2006) Reipas liikunta lapsena on sydämen asialla. *Liikunta & Tiede* 43(5): 4–7
- Takalo S (2004) Kuka minua liikuttaa? : Sosiaalisen ympäristön koettu merkitys 10–12-vuotiaiden lasten liikunta-aktiivisuuteen. Jyväskylän yliopisto, Liikuntakasvatuksen laitos, Liikuntapedagogiikan lisensiaatintutkimus. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 163.
- Tammelin T & Karvinen J (toim.) (2008) Fyysisen aktiivisuuden suositus kouluikäisille 17–18-vuotiaille. Opetusministeriö ja Nuori Suomi.
- Tammelin T, Näyhä S, Rintamäki H & Järvelin M-R (2000) Suojaako nuoruusiän liikunta inaktiivisuudelta aikuisena? *Liikunta & Tiede* erikoisliite 2000. Sivut Oulun aluetyöterveyslaitos. Lääketieteellinen tiedekunta, Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos, Oulun yliopisto.
- Tammelin T (2003) Physical activity from adolescence to adulthood and health-related fitness at age 31. Cross-sectional and longitudinal analyses of the Northern Finland birth cohort of 1966. Academic Dissertation to be presented with the assent of the Faculty of Medicine, University of Oulu, for public discussion in the Auditorium I of the Institute of Dentistry, on December 13th, 2003, at 12 noon.
- Tammelin T, Pirkola J, Laitinen J, Näyhä S, Ekelund U, Remes J, Ruokonen A & Järvelin M-R (2008) Metabolinen oireyhtymä ja liikunta-aktiivisuus 16-vuotiailla nuorilla. *Liikuntalääketieteen päivät* 12.–13.11.2008. *Liikunta & Tiede* 45(5): 61–62.
- Taalu A (2010) Pienryhmämuotoinen ravitsemus- ja liikuntainterventio lasten ylipainon ja lihavuuden ehkäisyssä – Kvasikokeellinen interventiotutkimus. (A small-group-based nutritional and physical activity intervention for preventing children's overweight and obesity – a quasi-experimental intervention trial). *Acta Electronica Universitatis Tampereensis* 965.
- Tedre S (2002) Tutkimus ja tutkija kehittämistoiminnan kentällä. Teoksessa: Sivonen S (toim.) *Yhteisö kehittämisen kentällä*. Joensuu, Joensuun yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen julkaisuja, Sarja B 20.
- TEJO-hanke (2002–2009) THL. URI: <http://www.info.stakes.fi/tejo>. Viitattu 3.7.2008.
- Telama R, Yang X, Viikari J, Välimäki I, Wanne O & Raitakari O (2005) Physical activity from childhood to adulthood: a 21-year tracking study. *American Journal of Preventive Medicine* 28: 267–273.

- Terho P (2002) Kouluterveydenhuollon historiaa. Teoksessa Terho P, Ala-Laurila E-L, Laakso J, Krogius H & Pietikäinen M (toim.) Kouluterveydenhuolto. 2. uudistettu painos. Helsinki, Duodecim: 12–15.
- Terho P (2002a) Kouluterveydenhuollon tavoitteet ja merkitys. Teoksessa Terho P, Ala-Laurila E-L, Laakso J, Krogius H & Pietikäinen M (toim.) Kouluterveydenhuolto. 2. uudistettu painos. Helsinki, Duodecim: 20–21.
- Tervaskanto-Mäentausta T (2008) Kouluikäinen ja nuori. Teoksessa: Haarala P, Honkanen H, Mellin O-K, Tervaskanto & Mäentausta T (toim.) Terveystieteiden tutkimuskeskuksen osaaminen. Helsinki, Edita: 365–404.
- Tervettä voimaa (2006–2008) Kajaanin, Mikkelin, Pohjois-Karjalan amk:t, Savonia ammattikoulu, Beneway Oy. URI: <http://www.innovatiivisettoimet.fi>.
- Terveyden edistämisen keskus ry:n strategia vuosille 2005–2009. URI: <http://www.tekry.fi>.
- Terveyden edistämisen laatusuositus (2006) Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 19.
- Terveyden edistämisen politiikkaohjelma (2007) Hallitus antoi 5. joulukuuta 2007 periaatepäätöksen hallituksen strategia-asiakirjasta 2007. Politiikkaohjelmien sisältö hyväksyttiin osana strategia-asiakirjaa. URI: <http://www.valtioneuvosto.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/terveys/fi.jsp>.
- Terveysliikunnan paikalliset suositukset (2000) Helsinki, Sosiaali- ja terveysministeriö, Julkaisuja 1.
- Terveysliikuntasuosituks (2007) URI: <http://www.sporttimedia.fi>.
- Terveysliikunnan tutkimusuutiset (2008) Lasten liikunta-teemanumero. URI: <http://www.ukkinstituutti.fi>. Viitattu 3.7.2009.
- Terveys 2000 -tutkimus (2002) Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3.
- Terveys 2015 -Kansanterveysohjelma (2001) Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015-kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 4.
- Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos (2010) Asiantuntijaryhmä tukemaan lasten kasvukäyrien uudistamista. URI: <http://www.thl.fi/doc/fi/22158>. Viitattu 10.3.2010.
- The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World 2006. URI: <http://www.who.int/healthpromotion>.
- Tossavainen K, Tupala M, Turunen H & Larjomaa R (2002) Kouluterveydenhuollon hyvä käytäntö. Kouluterveydenhuollon seurantajärjestelmän arviointitutkimus. Helsinki, Suomen Kuntaliitto.
- Tukiainen S & Lindroos S (2009) Perheen rakenteet ja kehitysvaiheet. Teoksessa Larivaara P, Lindroos S & Heikkilä T (toim.) Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. Duodecim: 36–55.
- Tuomi J & Sarajärvi A (2004) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki, Tammi.
- Tverin H (2006) Aapo, alakouluikäisten painonhallintaohjelma. Projektiraportti 2006, Tiivistelmä. Huoltoliiton julkaisuja 1.
- Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma 2003–2007 (2003) Suomen Diabetesliitto ry.
- UKK-instituutti (2007) Nuorten liikuntasuositus Fyysisen aktiivisuuden suositus 13–18-vuotiaille. URI: <http://www.ukkinstituutti.fi/fi/suosituksia/878>. Viitattu 31.5.2009.

- UKK-instituutti (2004) Terveysliikunnan suositus Liikuntapiirakka. URI: http://www.eslu.fi/mp/db/file_library/x/IMG/13689/file/iswdqq3d.pdf. Viitattu 31.5.2009.
- UKK-instituutti (2009) Terveysliikunnan suositus Liikuntapiirakan päivitys. URI: <http://www.ukkinstituutti.fi/fi/liikuntavinkit/995>. Viitattu 28.3.2010.
- Ukkola M ”Vihreä kirja”. URI: <http://www.ptcs.fi>.
- Ukkola O (2003) Ghrelin and insulin metabolism. *European Journal of Clinical Investigation* 33(3): 183–185.
- United States Department of Health and Human Services (2005) The Problem of overweight in children and adolescent. The Surgeon General’s Call To Action To Prevent and Decrease Overweight and Obesity. URI: <http://www.surgeongneral.gov/topics/obesity/calltoaction/factadolescents.htm>. Viitattu 7.7.2006.
- U.S. Department of Agriculture (USDA) (2001) Food and Nutrition Service, Pediatrics 5.5.2001. URI: <http://win.niddk.nih.gov/notes/winter01notes/lowincome.htm>. Viitattu 20.8.2006.
- Uusitupa M (2009) Lihavuus, sairauksien ehkäisy 19.1.2009. Terveyskirjasto, Duodecim.
- Vaara J, Ohrankämnen O, Vasankari T, Santtila M, ym. (2009) Reservin fyysinen suorituskyky – tutkimus 2008. Jyväskylän yliopisto, liikuntabiologian laitos, Puolustusvoimat, Pääesikunta, UKK-Instituutti, Suomen Akatemia ym. Edita Prima.
- Vaihia K & Sarlio-Lähteenkorva S (2006) Selvitys Suomen elintarvikemarkkinoilla käytettävistä terveysväitteistä. Elintarviketurvallisuusvirasto Evira Tuoteturvallisuus- ja tuotemarkkinointiyksikkö. Kauppa- ja teollisuusministeriö. URI: http://www.palvelu.fi/evi/files/55_519_486.pdf. Viitattu 15.7.2010.
- Vainio A (2009) Biolääketieteellinen viitekehys Kivunhallinta 22.1.2009. Duodecim Terveyskirjasto.
- Valle T ym. (2002) Elämäntapamuutokset tehokkaita tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyssä: Diabetes Prevention Study, DPS. *Suomen Lääkärilehti* 57(12): 1369–1377.
- Valli-Jaakola K & Schalin-Jäntti C (2006) Lihavuusgeenit. *Suomen Lääkärilehti* 1(10): 1089–1094.
- Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (380/2009).
- Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävästä liikunnan ja ravinnon kehittämislinjauksista (2008) Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 10. URI: http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1069549.
- Valtion ravitsemusneuvottelukunnan tiedote 10.1.2011.
- Vanhala M & Vanhala P (1998) Pysyvä, lapsesta keski-ikään kestävä lihavuus ennakoivat metabolista oireyhtymää. *Suomen Lääkärilehti* 53(11): 3756–3759.
- Vanhemmuus ja toimiva viranomaisyhteistyö – lasten ja nuorten syrjäytymisen ennalta ehkäisyn avaimet (2007) Sisäasiainministeriön julkaisut 45.
- Varhaiskasvatuksen liikunnan suositukset (2005) Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 17.

- Varjoranta P & Pietilä A-M (1999) Kouluterveydenhuolto tänään. Selvitys koulu-terveydenhuollon toiminnasta 14 suomalaisessa kunnassa. Stakes. Aiheita 4/1999. URI: http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/oppaita51_2002.pdf. Viitattu 30.8.2007.
- Vertio H (1998) Terveyskasvatuksesta terveyden edistämiseen *Kansanterveyslehti* 2: 3.
- Virtanen-Laikari S (2007) Junior Coach Academy nuoria osallistavana toimintaympäristönä. Oulun yliopisto, Kasvatustieteiden tiedekunta, Kasvatustieteiden ja opettaja-koulutuksen yksikkö, Kasvatustieteen pro gradu-tutkielma.
- Voimisteluseurat terveystuokunnan asiassa (2006) Raportti Suomen Voimisteluliitto Svolin seurojen ja kuntien terveystuokunnan kumppanuushankkeesta (toim.) Ulla Mikkola. Helsinki, Suomen Voimistelu-liitto Svoli.
- Vuori I (1996) Tehokas ja turvallinen terveystuokunta. Eila Ruuskanen (toim.) Sosiaali- ja Terveystuokunta, Opetusministeriö, Kunnossa Kaiken Ikää -ohjelma, UKK-instituutti.
- Vuori I, Taimela S & Kujala U (2005) Liikuntalääkettä. Helsinki, *Duodecim*: 108–110.
- Vuori I (2008) Uudet terveystuokuntasuositukset Yhdysvalloista. Liikunnan ja Urheilun Maailma LUM 14.
- Vuori I (2008a) Uudet terveystuokuntasuositukset Yhdysvalloista: Be active, healthy, and happy! *Suomalainen Lääkärilehti* 63: 4077.
- Vuori M, Ojala K, Tynjälä J, Villberg J, Välimaa R & Kannas L (2007) Saavutetaanko liikuntasuositukset? 11-, 13-, ja 15-vuotiaiden liikunta ja tärkeimmät liikuntasyöt WHO-Koululaistutkimuksessa vuonna 2006. *Liikunta & Tiede* 44(2): 10–14.
- Vähän liikkuvien ja liikunnasta syrjäytymisvaarassa olevien lasten ja nuorten aktivointiraportti hanketoiminnasta (2010) Kirjoittaja Rajala K Työryhmä: Karvinen J, Rautio S, Rätty K, Hakamäki M, Kantomaa M, Laine K, Rajala K & Tammelin T. Nuori Suomi ry, Likes Tutkimuskeskus.
- Välimaa R (2000) Nuorten koettu terveys kyselyaineistojen ja ryhmähaastattelujen valossa. Jyväskylän yliopisto, *Studies in Sport, Physical education and Health* 68.
- Väärämäki M, Pouta A, Elloit P, Tapanainen P, Sorio U, Ruokonen A, Hartikainen A-L, McCarthy M & Järvelin M-R (2009) Adolescent manifestations of metabolic syndrome among children born to women with gestational diabetes in a general-population birth cohort. *American Journal of epidemiology* 169(10): 1209–1215.
- Waltz CF, Strickland OL & Lenz ER (1991) *Measurement in Nursing Research*. 2. painos. Philadelphia, F.A. Davis Company.
- Weber RP (1990) *Basic content analysis*. Sage Publications.
- WHO-Koululaistutkimus (2006) *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study*. Jyväskylän yliopisto.
- WHO (1998) *Obesity – preventing and managing the global epidemic*. Report of a WHO Consultation. Geneva, World Health Organization. Technical Report Series No. 894.
- Willer CJ, Speliotes EK, Loos RJ, Li S, ym. (2008) Six new loci associated with body mass index highlight a neuronal influence on body weight regulation. *Nature Genetics* 41: 25–34.
- Winell K & Reunanen A (2006) *Diabetesbarometri 2005*, 19. Suomen Diabetesliitto ry.

- Wiss K (2007) Kouluterveydenhuollon laatusuositusten toteutuminen terveystieteiden keskuksissa – Henkilöstövoimavarat. Terveystieteiden tutkimuskeskus 2005 ja 2007. Stakes. Kirsi Wiss 8.11.2007.
- Wofford LG (2008) Systematic Review of Childhood Obesity Prevention. *Journal of Pediatric Nursing* 23(1): 5–19.
- Åström AN (1998) Parental influences on adolescents' oral health behavior: two-year follow-up of the Norwegian Longitudinal Health Behavior study participants. *Eur J Oral Sci* 106: 922–930.
- Yläkouluikäisten ravitsemus ja vointi (2008) Lähtötilanne ja lukuvuonna 2007–2008 toteutetun interventiotutkimuksen tulokset. Hoppu U, Kujala J, Lehtisalo J, Tapanainen H & Pietinen P (toim.) *Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B* 30/2008.

Muut lähteet

- Kumppanuushanke, pöytäkirjat 2005–2006.
- Lasten asema ja palvelut 1990-luvun lamasta tähän päivään (2007) Lapset, lapsiperheet ja palvelut -diasarja Terveystieteiden ja Hyvinvoinnin Laitos. URI: <http://www.thl.fi>.
- Miettinen S (2008) Lasten lihavuus -luento Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin alueellinen koulutuspäivä 24.11.2008, OYS.
- Nuutila P (2007) Lihavuus terveyden haasteena -luento 25.3.2007, TYKS/TY.
- Oulun kaupungin terveystarkastusohjeet (2005) Moniste.
- Oulun Voimisteluseura, Ajankohtaista (2010) URI: <http://www.ouluvoimisteluseura.net>. Viitattu 29.12.2010.
- Oulun Voimisteluseura, Toimintalinja (2007) URI: <http://www.ouluvoimisteluseura.net>. Viitattu 8.8.2007.
- Kumppanuushankkeen päiväkirja (2005).
- Rimpelä M (2007) Opiskeluhoito oppimisen ja perheen tukena: Jatkuuko lasten hyvinvoinnin menestystarina? Oulu 22.2.2007 Rimpelä Matti, Tutkimusprofessori Stakes.
- Seminaariaineisto 12.10.2007 Oulun yliopiston jatko-opiskelijoiden seminaaripäivä, Terveystieteiden laitos, Oulun yliopisto
- Solantaus T & Marttunen M (2008) Kouluampumisen käsittely kodeissa, varhaiskasvatuksen piirissä sekä kouluissa ja oppilaitoksissa. Terveystieteiden ja Hyvinvoinnin Laitos 30.9.2008. URI: <http://groups.stakes.fi/MTR/FI/käsittelyohjeita.htm>.
- Sydänliitto, Pieni päätös päivässä (2005) www.sydänliitto.fi.
- Taanila A (2008) Sisällön analyysi -luentomonisteet Terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto.
- www.diabetes.fi
- www.suomenfysioterapeutit.fi
- www.virpiniemi.fi

Liitteet



2.9.2005 Liite 1

SUOMEN VOIMISTELULIITON (Svoli) KUMPPANUUSHANKE

yhteistyössä Oulun Voimisteluseuran ja Oulun kaupungin kanssa.

LASTEN PAINONHALLINTARYHMÄ, syksy 2005-kevät 2006

Terveystenhoitajille, lääkäreille ja muille asiasta kiinnostuneille, jotka voivat ohjata perheitä mukaan toimintaan

Aloitamme lasten painonhallintaryhmän Raksilan uimahallin liikuntasalissa syyskuun alussa. Ryhmä kokoontuu keskiviikkoisin klo 17.30- 18.30. Ryhmää ohjaa fysioterapeutti Niko Naasko. Ryhmään voi tulla myöhemminkin syksyn aikana.

Lapsille ei puhuta laihduttamisesta eikä painonhallinnasta, vaan heille annetaan mahdollisuus kokea onnistumisen kokemuksia liikunnan avulla. Samalla heitä kannustetaan omatoimisen liikunnan lisäämiseen. Liikuntakerhossa tutustutaan erilaisiin peleihin, leikkeihin ja liikutaan tarinoiden avulla 1-4-luokkalaiset tytöt ja pojat yhdessä. Muutaman kerran syksyn ja kevään aikana lapset ja aikuiset tekevät harjoituksia yhdessä ja liikkuvat yhdessä. **Lapset ovat harrastamassa liikuntaa ja oppimassa pienien elämäntapaa liittyvien päätösten tekemistä.**

Vanhemmille järjestetään lasten liikuntakerhon aikana kaksi kertaa kuukaudessa ohjelmaa. Vanhemmat keskustelevat painonhallinnasta, painon merkityksestä arkielämään, mahdollisesta kiusaamisesta, jaksamisesta, miettivät koko perheen arkiliikuntaa, karkkipäiväsopimuksia, liikkuvat yhdessä, jos niin päättävät. Vanhemmille tehdään vyötärön ympärysmittaus ja Diabeteksen riskitesti.

Vanhempien kokoontumisten sisältö koostuu vanhempien toiveista ja heidän tarpeistaan. Ryhmää ohjaa TiM,ft Katri Virtanen. Kumppanuushankkeeseen liittyy Katri Virtasen väitöskirjatyo, jossa haetaan voimisteluseuran mahdollisuuksia tukea perheitä lasten painonhallinnassa. Kaikki asiat käsitellään luottamuksellisesti ja annetut kirjalliset tiedot hävitetään tutkimuksen valmistuttua. Ketään ei voi tunnistaa annettujen tietojen perusteella raportista. Pilotiryhmän perheiden osallistuminen ja tuki on kannustanut jatkamaan työtä. Ohjaus- ja materiaalikulut ovat 45euroa lukukaudelta koko perheeltä yhteensä.

TERVETULOJA MUKAAN! Ohjaus on asiantuntevaa, innostavaa ja perheitä kannustavaa ja arvostavaa.

Katri Virtanen, 0400 767795
katri.virtanen@ouluvoimisteluseura.net

JUMPPAOHJELMA

TUNTIRAKENNE:

ALOITUS
ENERGIANPURKU
LEIKIT JA PELIT
RENTOUTUS

- 11.1 Käsipalloa
- 17.1 leikkejä sisällä
- 25.1 mäenlaskua
- 1.2 luovaa liikuntaa välineenä huivit
- 8.2 luistelua yhdessä vanhempien kanssa
- 15.2 nassikkapainia
- 22.2 reaktioleikit

- 1.3 tasapainoilua liikkeessä

HIIHTOLOMA

- 15.3 säkki välineenä
- 22.3 vanteilla taiteilua
- 29.3 sanomalehti liikuttaa
- 5.4 mailapelit yhdessä sisällä vanhempien kanssa
- 12.4 pallopelit ja leikit
- 19.4 toivetunti
- 26.4 ilmapalloilun iloa
- 3..5 ulkona seikkailurata yhdessä seuran muiden
jumppakouluryhmien ja liikuntaleikkikouluryhmien kanssa
- 10.5 hernepussit liikuttaa-kuperkeikkaa nakataan
- 17.5 patikkaretki yhdessä vanhempien kanssa

Niko 050 [REDACTED]

Sinikka 040 [REDACTED]

Arvoisa vastaanottaja!

Suomalaisten lasten painonhallinta on suuri kansanterveydellinen haaste. Teemme aiheesta tutkimusta väitöskirjatyöhön liittyen Oulun yliopistoon Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitokselle.

Tutkimuksen mielenkiinnon kohteena ovat 1-4 -luokkalaiset tytöt ja pojat ja heidän perheensä. Haluaisimme saada Teiltä, kouluterveydenhuollon ammattilaisilta, informaatiota tutkimustamme varten.

Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti eikä yksittäisiä vastaajia voida tunnistaa. Kiitos yhteistyöstäsi!

Tutkimuksella tullaan kehittämään kouluterveydenhuoltoa laajan yhteistyöverkoston löytymiseksi.

Lisätietoja tutkimuksesta antaa Katri Virtanen ja vastaukset palautetaan hänen osoitteeseensa 5.5.2006 mennessä.

Professori Anja Taanila
Oulun yliopisto
Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos

Professori Pekka Larivaara
Oulun yliopisto
Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos

Katri Virtanen
TtM, fysioterapeutti
Joukonrinne 11
90830 Haukipudas
katri.virtanen@oulunvoimisteluseura.net
0400 767795
Oulun yliopisto
Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos

KYSELY KOULULÄÄKÄREILLE JA KOULUTERVEYDENHOITAJILLE

TAUSTAKYSYMYKSET:

Ole hyvä, kirjoita vastaus tai merkitse (X) oikean vaihtoehdon kohdalle.

SUKUPUOLI: nainen _____ mies _____ IKÄ _____

AMMATTI: lääkäri _____ terveydenhoitaja _____
 kätilö _____ sairaanhoitaja _____
 perushoitaja _____ muu, mikä _____

KOKEMUS KOULUTERVEYDENHUOLLOSSA:

alle 1v _____ 1-5v _____ 6-10v _____ yli 10v _____

Olen osallistunut lasten painonhallintaa koskevaan koulutukseen:

kyllä _____ milloin _____ en _____.

Koulutuksen järjestäjä _____

KYSYMYKSET

- 1. Kerro, miksi mielestäsi suomalaisten lasten paino on nousemassa lihavuuteen asti?**

- 2. Minkälaista yhteistyötä teet perheiden kanssa?**

3. Minkälaisia keinoja sinulla on toimia lasten painonhallinnan tukemiseksi?

4. Miten mielestäsi lasten painonhallinnan tukeminen tulisi järjestää?

Liite 4

Hei!

Olen Oulun Voimisteluseuran puheenjohtaja TtM, fysioterapeutti Katri Virtanen. Olen aloittanut väitöskirjatyön teon lasten painonhallinnasta Oulun yliopiston Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitokselle. Olen saanut Suomen Voimisteluliiton (Svoli) tuen työlleni.

Mielenkiinnon kohteenani on lasten painonhallinnan kanssa kampailevien perheiden ohjaus. Haluaisinkin Teiltä seuratyön toimijoilta apua tutkimukseeni.

Vastaathan kysymyksiini perjantaihin 31. 3. 2006 mennessä. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti eikä vastaajaa voi tunnistaa tuloksista. Kiitos ajastasi!

Lähetä vastauksesi sähköpostilla osoitteeseeni. Lisätietoja saat tarvittaessa.

Toivottavasti voin tutkimuksellani kehittää myös seuratyötä tulevaisuudessa.

Yhteistyöterveisin

Katri Virtanen
Joukonrinne 11
90830 Haukipudas
katri.virtanen@oulunvoimisteluseura.net
0400 767795
Oulun yliopisto
Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos

KYSELY SVOLILAISTEN SEUROJEN EDUSTAJILLE

TAUSTATIEDOT:

Vastaa kirjoittamalla tai merkitsemällä (X) oikeaan kohtaan.

1. Seuramme kuuluu merkitsemääni Svolin alueeseen:

Pohjois-Suomi _____ Pohjanmaa _____ Länsi-Suomi _____
Savo-Karjala _____ Sydän-Suomi _____ Etelä-Suomi _____

2. Seuramme koko on alle 100 jäsentä _____
 100-799 jäsentä _____
 yli 800 jäsentä _____

3. Vastaajan sukupuoli nainen _____ mies _____ ikä _____

4. Tehtäväni
 seurassa _____

5. Seurassa on:

jumppakouluryhmä/iä	kyllä _____	ei _____
aikuisten painonhallintaryhmä/iä	kyllä _____	ei _____
erityisliikuntaryhmä/iä	kyllä _____	ei _____
lasten painonhallintaryhmä/iä	kyllä _____	ei _____

KYSYMYKSET SEUROJEN TOIMIJOILLE:

1. Kerro, miten lasten lisääntyvä lihavuus näkyy seuratoiminnassa?

2. Mistä lasten lihavuus mielestäsi johtuu?

3. Minkälaista yhteistyötä Teillä on perheiden kanssa?

4. Miten seurassasi toimitaan lasten painonhallinnan tukemiseksi?

5. Millä tavalla seurasi voisi olla enemmän mukana lasten painonhallinnan tukemisessa?

Liite 5

TUTKIMUSLUPA

Suostumukseni liittyy TtM Katri Virtasen väitöskirjatyöhön Oulun yliopiston Kansanterveystieteen- ja yleislääketieteen laitoksella.

Tutkimukseen liittyy haastatteluja, mittauksia, videointia ja keskusteluja henkilökohtaisesti ja ryhmässä.

Tiedot käsitellään luottamuksellisesti niin, ettei kenenkään henkilöllisyys selviä eikä vastaajia voida tunnistaa tuloksista.

Tutkimuslomakkeet hävitetään raportin valmistuttua. Osallistujien henkilörekisterin tiedot voi jokainen tarkistaa halutessaan omalta osaltaan.

Olen saanut informaatiota tutkimuksesta ja suostumukseni on vapaaehtoista. Tiedän, että voin irtisanoutua tutkimuksesta halutessani.

Oulussa

nimi

1155. Markkanen, Piia (2012) Human δ opioid receptor : The effect of Phe27Cys polymorphism, N-linked glycosylation and SERCA2b interaction on receptor processing and trafficking
1156. Hannula, Annukka (2012) Imaging studies of the urinary tract in children with acute urinary tract infection
1157. Korvala, Johanna (2012) In quest of genetic susceptibility to disorders manifesting in fractures : Assessing the significance of genetic factors in femoral neck stress fractures and childhood non-OI primary osteoporosis
1158. Takala, Heikki (2012) Biomarkers in esophageal cancer
1159. Hyry, Marjo (2012) Lysyl hydroxylases 1 and 2 : Characterization of their *in vivo* roles in mouse and the molecular level consequences of the lysyl hydroxylase 2 mutations found in Bruck syndrome
1160. Laatio, Liisa (2012) In search of new prognostic molecular markers in ovarian cancer
1161. Klintrup, Kai (2012) Inflammation and invasive margin in colorectal cancer
1162. Buler, Marcin (2012) Energy sensing factors modulate expression of inflammatory mediators, mitochondria acetylation and drug metabolism in the liver
1163. Salo, Jarmo (2012) Long-term consequences and prevention of urinary tract infections in childhood
1164. Ronkainen, Veli-Pekka (2012) Effects of chronic hypoxia on myocardial gene expression and function
1165. Kinnula, Sohvi (2012) Hospital-associated infections and the safety of alcohol hand gels in children
1166. Niemelä, Mika (2012) Structured child-centred interventions to support families with a parent suffering from cancer : from practice-based evidence towards evidence-based practice
1167. Pohjolainen, Virva (2012) Characterization of non-collagenous extracellular matrix proteins in cardiac and aortic valve remodelling
1168. Moilanen, Anne-Mari (2012) Identification of novel drug targets for the treatment of heart failure
1169. Jounio, Ulla (2012) Oropharyngeal carriage of respiratory bacteria among military conscripts

Book orders:

Granum: Virtual book store
<http://granum.uta.fi/granum/>

S E R I E S E D I T O R S

A
SCIENTIAE RERUM NATURALIUM

Senior Assistant Jorma Arhippainen

B
HUMANIORA

Lecturer Santeri Palviainen

C
TECHNICA

Professor Hannu Heusala

D
MEDICA

Professor Olli Vuolteenaho

E
SCIENTIAE RERUM SOCIALIUM

Senior Researcher Eila Estola

F
SCRIPTA ACADEMICA

Director Sinikka Eskelinen

G
OECONOMICA

Professor Jari Juga

EDITOR IN CHIEF

Professor Olli Vuolteenaho

PUBLICATIONS EDITOR

Publications Editor Kirsti Nurkkala

ISBN 978-951-42-9918-6 (Paperback)

ISBN 978-951-42-9919-3 (PDF)

ISSN 0355-3221 (Print)

ISSN 1796-2234 (Online)

