



**PAINONHALLINTA PSYKOLOGISELLA LYHYTHOITO-  
OHJELMALLA SAIRAANHOITAJAOPISKELIJOIDEN  
TOTEUTTAMANA**

**Opinnäytetyö**

**Sara Ihalainen  
Riitta Suominen**

**Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja**

Hyväksytty \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ \_\_\_\_\_

# SAVONIA- AMMATTIKORKEAKOULU

**Terveysala, Kuopio**

## OPINNÄYTETYÖ

### Tiivistelmä

Koulutusohjelma: Hoitotyön koulutusohjelma	
Suuntautumisvaihtoehto: Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto	
Työn tekijä(t): Sara Ihalainen & Riitta Suominen	
Työn nimi: Painonhallinnan psykologinen lyhythoito-ohjelma sairaanhoitajaopiskelijoiden toteuttamana	
Päiväys: 15.3.2010	Sivumäärä / liitteet: 93/8
Ohjaajat: TtT, lehtori Eeva-Riitta Ylinen	
Työyksikkö / projekti: VireTori	
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli toteuttaa käytännössä Tampereella psykologian laitoksella kehitetty lyhyempi painonhallinnan psykologinen lyhythoito-ohjelma. Tavoitteena oli edistää mukana olleiden asiakkaiden terveyttä. Lisäksi haluttiin herättää Pohjois-Savon väestössä kiinnostusta oman terveyden edistämiseen painonhallinnan kautta. Yhteistyökumppanina toimi VireTori. Vuonna 2007 julkaistu Ohjaajan opas toimi perustana painonhallintaohjelmalle.</p> <p>Kohderyhmänä olivat 18–64-vuotiaat ylipainoiset, joiden painoindeksi oli vähintään 25. Ohjelmaan kuului kaksi tapaamista: alku- ja seurantatapaaminen. Alkutapaamiset järjestettiin toukokuussa 2009 ja seurantatapaamiset syyskuussa 2009. Alkuun osallistui yhteensä 26 asiakasta, 22 osallistui seurantatapaamisiin. Painonhallintaohjelma perustui alkutapaamisessa annettuun materiaalipakettiin sekä kotona itse tehtäviin mittauksiin. Alkutapaamisissa asiakkailta mitattiin pituus, paino, vyötärönympäryys ja painoindeksi. Asiakkaille opetettiin mittausten teko kotioloissa. Asiakkaat täyttivät molemmissa tapaamisissa kyselyn, jolla selvitettiin ohjelman vaikutusta syömistapoihin. Seurantatapaamisissa asiakkailta mitattiin paino, vyötärönympäryys ja painoindeksi.</p> <p>Asiakkaat antoivat palautteensa ohjelmasta ja sen toteutuksesta. Enemmistö osallistujista piti ohjelmaa ja sen toteutusta hyvänä. Tapaamiskertoja olisi kaivattu lisää. Monet kokivat kesän hankalaksi ajaksi painonhallinnan kannalta. Kolme neljästä seurantatapaamiseen osallistuneista oli onnistunut pudottamaan painoaan. Enemmistöllä vyötärönympäryys ja painoindeksi pienenevät. Syömistavoissa tapahtui positiivisia muutoksia: tietoinen itsehillintä lisääntyi, kontrolloimaton ja tunnepohjainen syöminen vähenivät. Tulosten perusteella painonhallintaohjelma soveltuu sairaanhoitajaopiskelijoiden käyttöön. Ohjelma sopii käytettäväksi, koska se edistää asiakkaiden terveyttä painonhallinnan avulla.</p>	
Avainsanat: (1-5) painonhallinnan psykologinen lyhythoito-ohjelma, painonhallinta, ohjaaminen, sairaanhoitajaopiskelijan osaamisvaatimukset	
Julkinen _x_	Salainen ___

# SAVONIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

## Health Professions Kuopio

### THESIS

Degree Programme: Degree Programme of Health Care	
Option: Nursing Branch	
Authors: Sara Ihalainen & Riitta Suominen	
Title of Thesis: Psychological Short Treatment Programme for Weight Control Performed by Nursing Students	
Date: 15.3.2010	Pages / appendices: 93/8
Supervisor: PhD, senior lecturer Eeva-Riitta Ylinen	
Contact persons: VireTori	
Abstract: <p>The purpose of this thesis was to put into effect psychological short treatment programme for weight control that was developed in Tampere University's Psychological Facility. The purpose was to find out the programme's suitability for nursing students use. The purpose was to improve the health of the participants in this programme. It was also wanted to inspire inhabitants in North Savo area to take interest into their own health by weight control. VireTori worked as a partner. The guide's handbook, published in 2007, was used as foundation to weight control programme.</p> <p>In target group were overweight 18-64 old people with weight index at least 25. In the programme there were two meetings: starting and follow up meeting. The starting meeting was in May 2009 and the follow up in September 2009. There were 26 clients first, 22 came to follow up meeting. The weight control programme is based on reading material given in starting meeting and measurements were taken by each person at home. In starting meeting the clients height, weight, waist line and weight index were measured. The clients were taught how to make measurements at home. The clients filled in a questionnaire in both meetings concerning the programme's influence in eating habits. In follow up meeting client's weight, waist line and weight index were measured.</p> <p>The clients gave their feedback on the programme and how it was carried out. Most of the participants found the programme and its realisation good. More meetings were wanted. Many found summertime a difficult time for weight control. Three out of four of the participants had managed to lose their weight. The majority's waist line and weight index got smaller. There were positive changes in eating habits: conscious self control grew, uncontrolled and emotional eating were lessening. Because of the results the weight control programme is suitable for nursing students use. The programme is useable, because it improves the clients health by weight control.</p>	
Keywords: (1-5) psychological short treatment programme for weight control, weight control, guiding, the nursing student's demands of competences	
Public <input checked="" type="checkbox"/>	Secure <input type="checkbox"/>

# SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	6
2	HANKKEEN PERUSTA .....	7
2.1	Painonhallinta ja paino.....	7
2.1.1	Vyötärönympäryys .....	9
2.1.2	Ylipaino ja sen aiheuttamat ongelmat .....	10
2.1.3	Painonpudotus .....	13
2.2	Asiakkaan ohjaaminen painonhallintaan .....	14
2.3	Sairaanhoidtajaopiskelijan osaamisalueet.....	17
2.4	Painonhallinnan psykologinen lyhythoito-ohjelma .....	18
3	HANKKEEN TOTEUTUS .....	21
3.1	Hankkeen tausta ja tarve .....	21
3.2	Hankkeen tarkoitus ja tavoite .....	23
3.3	Hankkeen yhteistyökumppani ja yhteistyö.....	24
3.4	Hankkeen suunnittelu ja toteutus.....	25
3.4.1	Osallistumiskriteerit .....	25
3.4.2	Tiedottaminen.....	26
3.4.3	Ilmoittautuminen .....	26
3.4.4	Ohjaustilaisuuksien aikataulu ja sisältösuunnitelma .....	27
3.4.5	Alkutapaaminen.....	28
3.4.6	Seurantatapaaminen.....	32
4	HANKKEEN ARVIOINTI .....	34
4.1	Painossa, BMI:ssä ja vyötärönympäryksessä tapahtuneet muutokset .....	34
4.2	Syömistapakyselyn tulokset.....	35
4.3	Mielipidekyselyn tulokset.....	37
4.4	Painonhallintaohjeiden kokeilu.....	41
4.5	Osallistujien palaute lyhythoito-ohjelmasta ja sen toteutuksesta .....	42
4.6	Toteutuksen arviointi .....	43
5	POHDINTA.....	47
5.1	Oman oppimisen arviointi .....	48
5.2	Hankkeen toteutuksen onnistuneisuus .....	54
5.3	Hankkeen luotettavuus.....	55
5.4	Hankkeen hyödynnettävyys ja sovellettavuus .....	56
5.5	Johtopäätökset ja kehittämishaasteet .....	57

LÄHTEET .....	60
---------------	----

## LIITTEET

Liite 1. Materiaalipaketti .....	69
Liite 2. Tiedote tutkittavalle .....	80
Liite 3. Tutkittavan suostumus .....	84
Liite 4. Tutkittavan tiedot, alkutapaaminen .....	86
Liite 5. Syömistapakysely .....	87
Liite 6. Materiaalipaketin alustus .....	89
Liite 7. Painonhallintaohjelmaan liittyvä kysely .....	91
Liite 8. Tutkittavan tiedot, seurantatapaaminen .....	93

# 1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli toteuttaa Tampereella psykologian laitoksella kehitetty lyhyempi painonhallinnan psykologinen lyhythoito-ohjelma. Lyhyen tähtäimen tavoitteena oli pudottaa tai hallita osallistujien painoa. Lisäksi pitkän tähtäimen tavoitteena oli herättää Pohjois-Savon väestössä kiinnostusta oman terveyden edistämiseen painonhallinnan kautta. Halusimme kokeilla, voivatko sairaanhoitajaopiskelijat järjestää tämänkaltaisen ohjaustilaisuuden. Halusimme hankkeen aikana kehittää omaa ammatillista osaamistamme ylipainoisten ohjaamisessa. Samalla pyrimme syventämään tietojamme painonhallinnasta ja ylipainosta sekä sen aiheuttamista ongelmista.

Ylipaino on ajankohtainen aihe, sillä Suomessa väestön ylipainoisuus on kasvava kansanterveydellinen ongelma. Suomalaisen paino on 2000-luvulle tultaessa lisääntynyt merkittävästi. Miehillä ylipainoisuus on yli kaksinkertaistunut, naisilla nousu on ollut hieman maltillisempaa. (Mustajoki 2007, 112.) Vuonna 2008 itse ilmoittamiensa pituus- ja painotietojen perusteella 56 % suomalaisista miehistä ja 44 % naisista oli ylipainoisia (Helakorpi, Paavola, Prättälä, & Uutela 2008). Ylipainoisuus lisää huomattavasti riskiä sairastua erilaisiin sairauksiin ja siten lisää kuolleisuutta (Mustajoki 2007, 92, 98-99). Ylipainon myötä lisääntyvät sairaudet ovat taloudellinen rasite yhteiskunnalle. Ylipainoisuus aiheuttaa suomalaiselle yhteiskunnalle vuosittain noin 260 miljoonan euron kokonaismenot. (Pekurinen 2006.) Tulevina terveystalouden ammattilaisina kohtaamme työssämme tämän ongelman, johon olisi löydettävä ratkaisuja.

Opinnäytetyön pohjana oli Tampereen yliopistossa tehty tutkimus, jossa tutkittiin kahta eripituista painonhallinnan lyhythoito-ohjelmaa. Tämän opinnäytetyön aiheeksi valittiin näistä kahdesta ohjelmasta lyhyempi, joka käsittää alkuintervention sekä 4 kuukauden kuluttu järjestettävän seurantatapaamisen. Painonhallinnan lyhythoito-ohjelma on laajasti käytettävissä, koska se on edullinen, vähän aikaa vievä ja helppo toteuttaa.

## 2 HANKKEEN TEORIAPERUSTA

### 2.1 Painonhallinta ja paino

Painonhallinta tarkoittaa Fogelholmin (1999, 220) mukaan elintapojen muuttamista siten, ettei paino nouse. Näin sairauksien vaara pienenee. Tässä työssä painonhallinnalla tarkoitetaan tämän lisäksi, että tavoitepaino saavutetaan ja sitä pyritään säilyttämään. Paino nousee miehillä ja naisilla iän myötä (Uusitupa 2007a, 376), joten painonhallinnan oppiminen on tärkeää, jotta jatkuvilta painonpudotusyriyksiltä vältytään (Niemi, 2007, 18). Painon nousu normaalipainon yli lisää riskiä sairastua ylipainon aiheuttamiin sairauksiin kuten sydän- ja verisuonisairauksiin sekä tuki- ja liikuntaelimestön sairauksiin. Lisäksi se lyhentää elinikää. (Käypä hoito 2007, 2; Paturi 2008.)

Aikuisen (yli 18-vuotiaan) paino voidaan arvioida painoindeksin eli body mass indexin (BMI) avulla, jossa huomioidaan henkilön pituus ja paino. BMI lasketaan kaavalla paino / (pituus x pituus). (Käypä hoito 2007, 2; Mustajoki 2007, 81; Uusitupa & Fogelholm 2007, 278.) Taulukosta 1. nähdään kuinka paino määritellään painoindeksin avulla.

Taulukko 1. Painon määrittäminen painoindeksin avulla (Käypä hoito 2007, 2).

<b>Painoindeksi (BMI) (kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>Painon määrittäminen</b>
18,5 – 24,9	normaalipaino
25,0 – 29,9	lievä ylipaino
30,0 – 34,9	merkittävä ylipaino
35,0 – 39,9	vaikea ylipaino
≥ 40,0	sairaalloinen ylipaino

Uusituvan (2007, 369) mukaan painoindeksiä käytetään painon määrittelyyn eniten aikuisilla. Painoindeksin ylittäessä 25 on kyse ylipainosta (Käypä hoito 2007, 2). Pelkkä painoindeksi ei kuitenkaan kerro erikseen rasva- ja lihaskudoksen määrää. Usein voidaan silmämääräisesti todeta, kumpi tekijä vaikuttaa enemmän painoindeksin muodostamiseen.

tumiseen. On muistettava, että BMI kasvaa lihasmassan lisääntyessä. (Fogelholm 1999, 199.)

Fogelholmin (1999, 199, 217–220) mukaan normaalipainoisen, eli painoindeksin ollessa alle 25, on huolehdittava siitä, että paino ei pääse nousemaan. Myös lievässä ylipainossa, eli kun painoindeksi on 25–30, painonhallinta riittää useimmiten keinoksi huolehtia terveydestä. Tässä yhteydessä on tärkeää huomioida myös vyötärön ympärysmitta. Mikäli lievästi ylipainoisella on kapea vyötärö (naisilla <80 cm), eikä muita lihavuuden liitännäissairauksia ole (kuten verenpainetauti, tyypin 2-diabetes, veren korkea kolesterolipitoisuus tai polven nivelrikko), on painonhallinta riittävä keino huolehtia terveydestä. Lihavuuden liitännäissairaus edellä mainitussa tapauksessa merkitsee sitä, että pelkkä painonhallinta ei enää riitä, vaan painoa on pudotettava. Painonhallintaan kannattaa kiinnittää huomiota myös niin sanotussa nopeassa painon vaihtelussa, eli jos paino on vuoden aikana noussut yli 5 % (Niemi 2007, 18).

Painonhallinta on monista eri elämäntapamuutoksista koostuva kokonaisuus. Tarvitaan tahtoa ja myös tietoa eri tavoista vaikuttaa energian saantiin ja kulutukseen (= energiatasapaino) sekä taitoa toteuttaa muutokset juuri itselle sopivin keinoin (Leino & Mustajoki 2004, 27; Mustajoki & Lappalainen 2001, 20-21). On tärkeää, että tehdyt muutokset ovat sellaisia, että niitä pystytään noudattamaan pysyvästi. Realistisilla, pienillä ja asteittaisilla muutoksilla saavutetaan varmemmin pysyviä tuloksia. (Mustajoki ym. 2001, 20-21; 1999, 77-78.) Rasvan käytöllä, ateriarytmillä ja syömisen hallinnalla on tutkimuksen mukaan ollut selvä yhteys painonpudottamisen jälkeiseen painonhallintaan (Hakala 2002, 6).

Painonhallinnan onnistumiseen tarvitaan hyvää motivaatiota (Lappalainen, 2004a, 12; Leino & Mustajoki 2004, 27). Jos motivaatiota on tarpeeksi, ei ruokavalion ravintosisältöjen vaihtelulla ole merkitystä painon putoamisessa (Sacks ym. 2009, 859, 871). Hujalan (2006, 21) mukaan hyvän motivaation aikaansaamiseksi täytyy elämäntapamuutosten perustua omiin arvoihin. Arvojen tarkastelu on tärkeä vaihe, sillä sen avulla syntyy hyvä motivaatio painonhallintaan (Lappalainen 2004a, 12-13).

Painonhallintaan saa apua esimerkiksi internetistä. Helmikuun 2003 maaliskuun 2005 välillä yhdysvaltalaiset tutkijat seurasivat ja vertailivat kahden eri internetsivuston tarjo-



amien palveluiden vaikutusta osallistujien painoon. Puolet osallistujista käytti kaupallista, puolet ei-kaupallista sivustoa. Saatujen tulosten mukaan ei-kaupallinen sivusto oli tehokkaampi, sillä sen käyttäjät pudottivat kuudessa kuukaudessa keskimäärin enemmän painoaan ja kahdentoista kuukauden kuluttua he olivat ylläpitäneet suuremman painonpudotuksen. (Gold, Burke, Pintauro, Buzzell, & Harvey-Berino 2007, 155-161.)

### 2.1.1 Vyötärönympäryys

Pelkällä painoindeksillä ei pystytä osoittamaan vatsan alueelle kertyvän terveydelle haitallisen rasvan määrää (Fogelholm 1999, 199). Mittaamalla vyötärönympäryys saadaan lisätietoa terveyshaittojen määrittelemiseksi (Käypähoito 2007, 3). Perimällä, elintavoilla ja sukupuolella on vaikutusta rasvakudoksen kertymiseen keskivartalolle ja eri arvioiden mukaan perimän vaikutus on jopa 35-50 % (Kolehmainen & Uusitupa 2006, 63). Tupakointi, alkoholinkäyttö sekä vähäinen liikunta lisäävät rasvan kertymistä suolten ja sisäelinten väliin. Tätä rasvaa nimitetään sisälmysrasvaksi eli viskeraaliseksi rasvaksi. (Mustajoki 2009a.) Vatsaonteloon kertyvä rasva on haitallisempaa kuin muualle kehoon, kuten lantioon, reisiin ja pakaroihin kertyvä rasva (Uusitupa 2007, 370), koska se vaikuttaa erityisesti maksan ja haiman toimintaan (Kolehmainen & Uusitupa 2006, 63). Miehillä on tyypillisempää vartalo- eli omenatyyppinen lihavuus, kun taas naisilla tavataan enemmän alavartalolle ja reisiin painottuvaa lihavuutta eli päärynätyyppistä lihavuutta (Niemi 2007, 12; Uusitupa 2007, 370). Mustajoen (2009a) mukaan keskivartalolle kertyvä rasva lisää riskiä sairastua tyyppin 2 diabetekseen, kohonneeseen verenpaineeseen, veren rasvahäiriöihin, sydänsairauksiin, kihtiin sekä syöpäsairauksiin. Naisilla se voi aiheuttaa lisäksi muun muassa kuukautiskierron häiriöitä sekä hedelmällisyyden alenemista.

Vyötärönympäryksen mittaaminen mittanauhalla on hyvä keino selvittää rasvan sijainti (Fogelholm 1999, 199; Mustajoki 2009a). Vyötärönympäryys mitataan siten, että mitattava on seisaallaan. Mittanauhan on oltava joustamatonta materiaalia, jotta mittausvirheiltä vältyttäisiin. Sen on pysyttävä vaakasuorassa. Mittauskohta on alimman kylkiluun ja suoliluun harjanteen puolivälissä. Mittaus tapahtuu uloshengityksen lopussa (Niemi 2007, 11; Uusitupa & Fogelholm 2007a, 279). Mittaus toistetaan kolme kertaa peräkkäin ottamalla mittanauha välillä pois vatsan ympäriltä. Mittauksista lasketaan

keskiarvo, jolloin saadaan luotettava tulos. ( Fogelholm 1999, 199-200.) Taulukosta 2 nähdään, miten vyötärön ympäryksen avulla voidaan arvioida riskiä sairastua.

Taulukko 2. Vyötärön ympäryksen raja-arvot sairastuvuuden vaaran arvioinnissa (Uusitupa & Fogelholm 2007, 280).

	Ei riskiä	Lievä riski	Huomattava riski
Mies	alle 90 cm	90-100 cm	yli 100 cm
Nainen	alle 80 cm	80-90 cm	yli 90 cm

Yhdysvalloissa kerättiin vuosina 1959–2004 aineisto, jonka pohjalta arvioitiin vyötärön ympäryksen ja BMI:n välistä suhdetta. Kyseisellä aikavälillä toteutettiin viisi kansallista tutkimusta, joihin osallistui yhteensä 30730 henkilöä. Osallistujat jaettiin neljään ryhmään sukupuolen ja rodun mukaan. Saatujen tulosten mukaan kaikissa ryhmissä oli havaittavissa hienoista kasvua vyötärön ympäryksen ja BMI:n suhteessa. Tämä tarkoittaa että vuosien 1954-2004 aikana Yhdysvalloissa koko väestö on keskimäärin lihonut. (Elobeid, Desmond, Thomas, Keith & Allison 2007, 2380-2382.)

### 2.1.2 Ylipaino ja sen aiheuttamat ongelmat

Ylipainoisuus aiheutuu siitä, että elimistö saa liian paljon energiaa suhteessa siihen, mitä se kuluttaa (Mustajoki 2007, 8). Elimistö varastoi ylimääräisen energian rasva-aineiden eli lipidien muodossa rasvasoluihin. Nämä solut eivät toimi vain passiivisesti varastoina, vaan ne ottavat jatkuvasti rasvoja sisäänsä sekä vapauttavat niitä takaisin verenkiertoon. Elimistön ollessa energian suhteen tasapainossa rasvan siirtyminen solusta ulos ja sen sisään on yhtä suurta. Energiaa ollessa liikaa ylimääräinen rasva jää soluun, eli sitä siirtyy solun sisälle enemmän kuin sitä poistuu verenkiertoon. (Mustajoki 2007, 88-90.)

Ylipainoisuuteen vaikuttavat myös geenit ja ympäristötekijät. Ylipainon on todettu olevan periytyvää yhdellä kolmesta (Uusitupa 2007a, 378). Tämä ei ole kuitenkaan yksiselitteinen asia, vaan ylipainoon vaikuttavat useat geenit ja niiden yhteisvaikutukset. Jul-

kaistua tutkimustietoa lihavuuteen vaikuttavista geneistä on vähän, mutta silti näiden tutkimustulosten käyttö on kasvanut viime vuosina. (Comuzzie, Williams, Martin & Blangero 2001, 65-68.) Uusituvan (2007a, 378) mukaan useimmilla ylipainoisilla ympäristötekijöiden merkitys on suurempi kuin geenien.

Ylipaino on uhka terveydelle, koska riski sairastua useisiin eri sairauksiin kasvaa. Lisäksi se lisää kuolemanvaaraa. Mitä enemmän on ylipainoa, sitä suurempi riski on sairastua pitkäaikaissairauksiin. Tavallisimmat ylipainoon liittyvät sairaudet ovat tyypin 2 diabetes, kohonnut verenpaine ja metabolinen oireyhtymä (MBO). Lisäksi on useita muita sairauksia, joiden puhkeaminen liittyy usein ylipainoon. Niitä ovat esimerkiksi närästys, rasvamaksa, uniapnea sekä syöpätaudit. (Käypä hoito 2007, 3-4; Mustajoki 2007, 92-98; Uusitupa 2007, a 380-381.)

### *Tyypin 2 diabetes*

Diabeteksen määritelmään kuuluu pysyvästi koholla oleva paastoverensokeri (vähintään 7 mmol/l) tai sokerirasituskokeen yhteydessä kahden tunnin arvo (yli 11 mmol/l). Haimasta erittyvä insuliini-hormoni vaikuttaa veren sokeritasapainoon ja sitä kautta kudosten energiansaantiin. Tyypin 2 diabeteksessa haiman toiminta on häiriintynyt. Insuliinin tuotanto vähentyy tai loppuu kokonaan. Insuliinin vaikutusteho maksaan sekä rasva- ja lihaskudoksiin heikentyy. Vaikutustehon heikkenemistä kutsutaan insuliiniresistenssiksi. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2006, 538-539, 560; Käypä hoito 2009a, 2-5, 20-27; Mustajoki 2007, 92-94.) Resistenssin vuoksi verensokeri nousee, mikä puolestaan altistaa muun muassa verisuoni- ja munuaisvaurioille. (Holmia ym. 2006, 538-539, 560; IDF 2009; Käypä hoito 2009a, 2-5, 20-27; Mustajoki 2007, 92-94.) Tyypin 2 diabetesta voidaan sairastaa tietämättä vuosia (IDF 2009), joten varhainen seulonta esimerkiksi ylipainon ja erityisesti keskivartalolihavuuden yhteydessä on tärkeää (Käypä hoito 2009a, 6).

Kiinassa tehtiin vuosina 2000-2001 tutkimus, jossa selvitettiin vyötärönympäryksen, vyötärö-lantio-suhteen sekä BMI:n yhteyttä tyypin 2 diabetekseen ja poikkeavaan paastoglukoosiarvoon. Saatujen tuloksien mukaan vyötärönympäryksellä, vyötärö-lantio-suhteella ja BMI:llä oli selvä yhteys tyypin 2 diabetekseen ja poikkeavaan paastoglu-

koosiarvoon. Erityisesti vyötärön ympäryys ja vyötärö-lantiosuhde liittyivät näihin sairauksiin voimakkaasti. (Hu ym. 2007, 2809-2814.)

### *Kohonnut verenpaine*

Kohonneella verenpaineella (hypertonia, hypertensio) tarkoitetaan valtimoissa olevaa painetta, joka on jatkuvasti koholla verrattaessa normaaliarvoihin. Normaali verenpaine on 130/85 mmHg tai alle. Ihanteellisena pidetään alle 120/80 mmHg:n mittaustulosta. Verenpaine on koholla, kun systolinen eli yläpaine on 140 mmHg tai sen yli tai diastolinen eli alapaine 90 mmHg tai enemmän. Verenpaine on merkittävästi koholla, kun yläpaine on yli 200 ja alapaine on yli 130. Tämä voi tuntua huimauksena ja/tai päänsärkinä. Kohonnut verenpaine on kuitenkin usein oireeton. (Mustajoki 2009b.) Korkea verenpaine kuormittaa sydäntä sekä valtimoiden seinämiä ja altistaa muun muassa sydämen vajaatoiminnalle, aivohalvaukselle sekä sydäninfarktille. (Käypä hoito 2009b; Holmia ym. 2006, 264-265.) Diabetesta, sydän- ja verisuonitautia tai munuaissairautta sairastavalle kohonnut verenpaine on erityinen haitta (Jula 2009). Korhosen tutkimuksessa (2009, 5) ilmeni, että suomalaisilla verenpainepotilailla voi olla piilevänä sairautena diabetes, munuaisten vajaatoiminta tai alaraajavaltimoiden kovettuminen.

### *Metabolinen oireyhtymä*

Metabolisella oireyhtymällä (MBO) tarkoitetaan tilaa, jossa samalle henkilölle on kasautunut useita sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä. Pääkriteerinä oireyhtymässä on suuri vyötärön ympäryys, miehillä yli 94 cm ja naisilla yli 80 cm. Lisäksi vähintään kahden seuraavista tekijöistä tulee täytyä: veren triglyseridien määrä on suurentunut ( $\geq 1,7$  mmol/l), veren HDL-kolesteroli on pienentynyt (miehillä alle 1,03 mmol/l, naisilla alle 1,29 mmol/l), verenpaine on koholla (yläpaine  $\geq 130$  mmHg tai alapaine  $\geq 85$  mmHg) tai sokeriaineenvaihdunta on häiriintynyt, jolloin verensokerin paastoarvo on 5,6 mmol tai enemmän. (Törnroos 2009, 42-43; Uusitupa 2007b, 32; Mustajoki 2007, 96; IDF 2005.) MBO lisää riskiä sairastua muun muassa erilaisiin valtimotauteihin ja tyypin 2 diabetekseen (Mustajoki 2009c; Niemi 2007, 17). Noin 80 %:lla tyypin 2 diabetesta sairastavista on MBO. MBO:ssä valtimoiden tukosriski lisääntyy, mikä voi aiheuttaa sydäninfarktin tai aivohalvauksen. (Holmia ym. 2006, 579.) Edellä mainitun ryhmän naisilla on suurempi riski saada aivohalvaus kuin miehillä (Najarian ym. 2006).

### 2.1.3 Painonpudotus

Ylipainon aiheuttamia sairauksia voidaan ehkäistä ja hoitaa painonpudotuksella (Käypä hoito 2007, 4). Tällä on toimintakykyä edistävä vaikutus (Karppi 2002, 8). Paino putoaa, kun elintavoissa tehdään muutoksia (Leino & Mustajoki 2004, 26). Muutokset kohdistuvat pääasiassa ruokavalioon ja liikuntaan (Käypä hoito 2007, 6, 11). Painonpudotuksen terveyshyödyt saavutetaan jo 5–10 %:n painonalennuksella. Se vaikuttaa edullisesti sydän- ja verisuonitautien ehkäisyyn sekä rasva-, sokeri- ja verenpaine- arvoihin. (Fogelholm 1999, 219, 236; Käypä hoito 2007, 4; Lappalainen, 2004b, 43; Leino ym. 2004, 28; Niemi 2007, 18.) Painonpudotus vaikuttaa myös olemassa olevien sairauksien hoitoon sekä parantaa elämänlaatua (Hakala 2002, 1).

Vyötärönympäryksen ollessa naisilla yli 80 cm ja miehillä yli 90 cm vaikuttavat tietyt sairaudet painonpudottamistarpeeseen. Näitä sairauksia ovat muun muassa kohonnut verenpaine, kohonnut veren kolesteroli, korkea verensokeripitoisuus, aikuisiän diabetes, kihti ja alaraajan nivelrikko. (Fogelholm 1999, 219 - 220.) Mustajoki (2009a) korostaa, että mikäli ylipainoa on vähän tai kohtalaisesti (BMI 25–32) ja todetaan vyötärölihavuus (naisilla vyötärönympäryys  $\geq 90$  cm ja miehillä  $\geq 100$  cm), on siitä eroon pääsy tärkeää, koska sairastumisriski on suurentunut. Hänen mukaansa vyötärölihavan kannattaa laihtuttaa liikuntavoittoa, koska liikunta vähentää vatsaontelon rasvaa. Pitkäkestoinen kuntoa parantava liikunta on siinä tehokkainta. Vuonna 2007 Yhdysvalloissa tehdyssä tutkimuksessa ilmeni, että ryhmässä painoaan pudottaneet olivat pudottaneet painoaan liikunnalla ja laihtuneet enemmän kuin yksin kirjallista laihdutusohjelmaa noudattaneet (Rigsby, Gropper & Gropper 2009, 128).

Painoindeksin ollessa yli 30 (merkittävä ylipaino) on laihtuttaminen tarpeen, koska sairastuvuus- ja kuolleisuusriski ovat suurentuneet (Uusitupa & Fogelholm 2007, 278, 385). Vyötärön ympärysmittan ollessa tässä tapauksessa naisilla yli 80 cm ja miehillä yli 90 cm edellyttävät myös suvussa ilmenevät tietyt sairaudet laihtuttamista. Näitä sairauksia ovat lihavuus, sepelvaltimotauti tai aikuisiän diabetes. (Fogelholm 1999, 220.) Mikäli painoindeksi on 35 tai enemmän (vaikea ylipaino) on 10–20 %:n laihtuttaminen tarpeen (Uusitupa & Fogelholm 2007, 278; Fogelholm 1999, 219), jotta ylipainon aiheuttamilta sairauksilta vältytään (Mustajoki 2009a).

Normaalipainon saavuttaminen ei aina ole järkevää (Leino & Mustajoki 2004, 27; Mustajoki 2007, 123; Mustajoki & Lappalainen 2001, 17). Näin on erityisesti silloin, jos ylipainoa on paljon (Mustajoki 2007, 123; Mustajoki & Lappalainen 2001, 17; Niemi 2007, 18). Painonpudotuksen on todettu onnistuvan parhaiten pienillä välitavoitteilla, sillä ne auttavat ja kannustavat kohti suurempaa tavoitetta (Lappalainen, 2004b, 43). Terveysvaikutukset ovat jo merkittäviä, koska poistuneet kilot ovat pois ylipainosta ja ylimääräinen rasva vähenee ensimmäisenä vatsaontelosta (Leino & Mustajoki 2004, 28; Mustajoki 2009a; Mustajoki 2007, 122-123).

Painonpudotuksessa on tärkeää, että pudotettu paino on rasvaa, sillä painon laskiessa liian nopeasti on vaarana, että rasvan sijasta menetetään lihaskudosta. Paino putoaa kilon viikossa, kun energiaa saadaan päivässä 1000 kcal vähemmän kuin sitä kulutetaan (Mustajoki & Lappalainen 2001, 61). Painonpudotusvauhti on sopiva, kun paino putoaa 0,5–1 kiloa viikossa. Painonpudotus voi tapahtua hitaamminkin. Esimerkiksi 250–500 gramman painon pudotus viikossa vaikuttaa painon putoamiseen 6–13 kiloa puolessa vuodessa. (Lappalainen, 2004, 43b; Leino & Mustajoki 2004, 32.)

Fogelholmin (1999, 245) mukaan painon pudotessa myös energiantarve pienenee ja tämän vuoksi ruokavaliota on kevennettävä. Jo 10 %:n laihtuminen pienentää vuorokauden energiankulusta 250-400 kcal, joten tämän vuoksi elintapojen on muututtava pysyvästi, jotta paino ei nouse. Kevyempänä ihminen myös kuluttaa vähemmän energiaa kuin painavampana, sillä silloin hän käyttää vähemmän energiaa liikkumiseen. Näin ollen liikunnan aikainen energiankulutus pienenee. Energiankulutuksen pieneminen johtuu lepoenergiankulutuksen sekä liikkumiseen tarvittavan energiankulutuksen vähenemisestä. Ihmisen laihtuessa sisäelimiä ympäröivä rasvakudos vähenee ja sydämen pumppaustyö kevenee. Tämän johtaa lepoenergiankulutuksen pienemiseen. Nämä seikat huomioon ottaen on tärkeää, että elämäntavat muutetaan painonpudotuksen jälkeen uutta energiankulutusta vastaavaksi. (Mustajoki & Lappalainen 2001 15-17.)

## 2.2 Asiakkaan ohjaaminen painonhallintaan

Ohjaaminen on vuorovaikutteista toimintaa, joka perustuu suunnitelmaan ja jossa osapuolina ovat ohjaaja ja ohjattava. Ohjaukseen vaikuttavat sekä ohjaajan että ohjattavan

fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden lisäksi myös ympäristötekijät. Näitä tekijöitä kutsutaan yhteisellä nimellä konteksteiksi. Fyysisiä tekijöitä ovat ikä, sukupuoli ja terveys. Psyykkisillä tekijöillä puolestaan tarkoitetaan oppimisvalmiuksia, motivaatiota, oppimistyylejä, kognitioita/tietoja, tarpeita, käsityksiä, kokemuksia, odotuksia sekä selviytymistyylejä. Kulttuuri, sosiaalisuus ja eettisyys ovat sosiaalisia tekijöitä. Ympäristötekijät kuten käytössä oleva tila ja sen luomat mahdollisuudet muodostavat ohjausympäristön. Kaikki edellä mainitut tekijät vaikuttavat ohjaamisen tavoitteisiin sekä sisältöön ja ne myös kehittyvät ohjaussuhteessa. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 250-258.)

Painonhallinnassa käytetään kahta ohjausmuotoa: ryhmä- ja yksilöohjausta. Näistä yleisemmin käytetään ryhmäohjausta. (Mustajoki, Rissanen & Uusitupa 2006, 166; Uusitupa 2007a, 385.) Toteuttamassamme painonhallintaohjelmassa hyödynnetään sekä ryhmä- että yksilöohjausta.

### *Ryhmäohjaus*

Ryhmäohjauksessa tarvitaan yksilöohjaukseen nähden erilaisia ohjaustaitoja. Ryhmäohjauksessa tyypillisiä ovat alustus sekä selkeä suunnitelma ohjauksen toteuttamiseksi. Ohjaajan tehtävä on johtaa ohjaustilannetta niin, että se etenee suunnitelman mukaan. Tärkeää on ohjata siten, että kaikki ymmärtävät annetut ohjeet. Sopiva painonhallinnan ryhmäkoko on noin 10–15 henkilöä, koska tätä suuremmassa ryhmässä on hankalampaa käydä keskusteluja ja tehdä ryhmätöitä. Pienen ryhmän (5–8 henkeä) etuna on, että keskusteluyhteys helpottuu ja työskentelyyn riittää pieni tila. Ryhmäohjaus mahdollistaa monipuolisemmat ohjausmenetelmät kuin yksilöohjaus, kuten ryhmätyöt ja erilaiset harjoitukset. Ryhmässä on mahdollista vaihtaa kokemuksia, tukea muita ryhmän jäseniä ja luoda uusia ystävyysuhteita. Lisäksi se on myös edullisempaa kuin yksilöhoito. (Mustajoki & Lappalainen 2006, 275, 281-282; Mustajoki & Lappalainen 2001 32-34.) Laihdutusryhmässä on saatu parempia tuloksia kuin yksin laihduttamalla (Rigsby, Gropper & Gropper 2009, 128).

### *Yksilöohjaus*

Yksilöohjaukseen ei tarvita niin tarkkaa suunnitelmaa kuin ryhmäohjaukseen. Yksilöohjauksessa ohjaajan kuuntelutaidot korostuvat. Ohjaajan on osattava selvittää ohjaustilan-

teessa ohjattavan tarpeet ja toteuttaa ohjausta niiden mukaan. Yksilöohjauksessa voidaan käsitellä henkilökohtaisempia asioita. Jotkut voivat tarvita henkilökohtaisempaa tukea onnistuakseen painonhallinnassa. (Mustajoki & Lappalainen 2006, 282; Mustajoki & Lappalainen 2001, 59-60.)

### *Ohjausmuodot ja -menetelmät*

Mustajoen ja Lappalaisen (2006, 276-279) mukaan painonhallintaryhmässä voidaan käyttää samanaikaisesti useita ohjausmenetelmiä: alustukset ja luennot, ohjeet ja neuvot, palaute käyttäytymisestä ja terveydestä, tekeminen, toiminta ja harjoittelu sekä kielellisen käyttäytymisen muuttaminen. *Alustukset ja luennot* voivat sisältää tietoa muun muassa terveyteen liittyvistä asioista. *Ohjeet ja neuvot* voivat liittyä esimerkiksi rasvan käyttöön. *Palautteen* avulla pyritään vaikuttamaan käyttäytymiseen ja sitä kautta omaksumaan uusia elämäntapoja. *Toiminta ja harjoittelu* ovat toimintatapojen muuttamista aiempaan verrattuna, kuten esimerkiksi nälän tunteiden hallinnassa tai ruokaostoksilla käydessä. *Kielellinen käyttäytyminen* tarkoittaa ajattelun ja puhumisen muuttamista, koska toiminta tapahtuu yleensä näiden jälkeen. Tämä vaikuttaa esimerkiksi niin, että muuttuneet ajatukset ja mielipiteet muuttavat käsityksiä ruuasta ja saavat tekemään terveellisempiä valintoja. Ohjausmenetelmien avulla pyritään saamaan aikaan muutoksia, jotka johtavat toimivaan painonhallintaan.

Erilaiset ohjausmenetelmät on oltava tiedossa ja niitä on osattava soveltaa (Hujala 2006, 21). Ohjausmenetelmien on oltava sellaisia, että ne edistävät ohjattavien omaaloitteisuutta sekä aktiivisuutta (Mustajoki & Lappalainen 2001, 23). Ohjaaja tukee, motivoi ja rohkaisee ottamaan vastuuta ja ohjaa tiedoillaan ja taidoillaan kohti muutosta, mutta lopullisen päätöksen ja toteutuksen tekee ohjattava itse (Hujala 2006, 21). Motivaatiolla ja käyttäytymiseen liittyvillä tekijöillä on erityinen merkitys painonpudotuksen onnistumisessa (Sacks ym. 2009, 870-871). Näihin voidaan vaikuttaa taitavalla ohjausmenetelmien käytöllä.

### *Lyhythoito-ohjelma*

Molemmissa ohjausmuodoissa (niin ryhmä- kuin yksilöohjauksessa) voidaan käyttää lyhythoito-ohjelmia. Lyhythoito-ohjelmassa ohjauskertoja on yksi tai useampia. Ohjaus



on tärkeää suunnitella etukäteen, koska yhden kokoontumisen aikana voidaan käsitellä vain rajallinen määrä tietoa. Aluksi ohjattaville annetaan tietoa elämäntavoista, terveydestä sekä elämäntapojen muuttamisesta. Tässä yhteydessä voidaan jakaa aiheeseen liittyvää materiaalia ja lisäksi tapaamisen aikana voidaan tehdä tehtäviä. Lopuksi sovitaan seuranta-tapaaminen. Aiheesta tehdyt tutkimukset viittaavat siihen, että yhden tai muutamana kerran tapaaminen yhdistettynä kirjalliseen materiaaliin voi johtaa kohtuulliseen painonlaskuun. (Mustajoki & Lappalainen 2006, 273-277.)

### 2.3 Sairaanhoidajaopiskelijan osaamisalueet

Työelämä ja siihen valmistavat työharjoittelut ovat yksi tärkeimmistä sairaanhoidajaopiskelijan kompetensseihin eli pätevyysvaatimuksiin vaikuttavista osa-alueista. Vuonna 2005 julkaistun kehittämisraportin mukaan vastavalmistuneilta sairaanhoidajilta odotetaan osaamista erityisesti eettisissä, kliinisissä ja yhteistyöhön liittyvissä taidoissa. Muita osaamisalueita ovat terveyden edistäminen, opetus ja ohjaus, hoitotyön tutkimus ja kehittäminen, johtaminen, monikulttuurisuus sekä yhteiskunnallinen osaaminen. (Palta 2005, 4, 13-14.)

Lainsäädännöllä määrittää kuka saa toimia laillistettuna terveydenhuollon ammattihenkilönä. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä on tarkoitettu edistämään potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon tarjoamien palvelujen laatua. (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006, 4; Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.) Tämän lain mukaan terveydenhuollon ammattihenkilöllä on oltava ”ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, muu riittävä ammatillinen pätevyys ja ammattitoiminnan edellyttämät muut valmiudet” (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559).

Opetusministeriö päivitti vuonna 2006 ohjeitaan, jotka koskevat eri sosiaali- ja terveysalan tutkintonimikkeiden edellyttämää osaamista ja koulutuksen vähimmäisvaatimuksia. Nämä ohjeet on tarkoitettu ammattikorkeakouluille opetussuunnitelmien luomista varten. Pyrkimyksenä on kouluttaa valtakunnallisesti yhdenmukaisia opetussuunnitelmia noudattaen päteviä ammattihenkilöitä. (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006, 5.) Savonia-ammattikorkeakoulu noudattaa näitä ohjeita. Vuoden 2009 syksyn opetussuunnitelma sisältää samat pääkohdat kuin Opetusministeriön vuoden 2006 oh-

jeet. Keskeisimmiksi osaamisalueiksi luetellaan eettinen toiminta, terveyden edistäminen, hoitotyön päätöksenteko, ohjaus ja opetus, yhteistyö, tutkimus- ja kehittämistyö sekä johtaminen, monikulttuurinen hoitotyö, yhteiskunnallinen toiminta, kliininen hoitotyö sekä lääkehoito. Sairaanhoidajakoulutuksessa opintojen laajuuden tulee olla 210 opintopistettä ja keston 3,5 vuotta. Harjoitteluita on yhteensä 90 opintopisteen edestä ja siitä 15 opintopistettä muodostuu opinnäytetyöstä. (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006, 63-70; Opetussuunnitelma 2009, 3-9.)

Paltan (2005) laatima raportti syntyi tarpeesta kehittää sairaanhoitajien koulutusta vastaamaan paremmin työelämän tarpeita. Siinä kartoitettiin Varsinais-Suomen alueen hoitotyön johtajien näkemyksiä ja mielipiteitä siitä, mitkä heidän mielestään ovat vastaavalmistuneen sairaanhoitajan osaamisvaatimukset. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat ylihoitajat, sillä heidän tehtävänsä on vastata organisaation hoitotyöstä sekä henkilökunnan rekrytoinnista. Tutkimuksessa selvitettiin, millaiset ominaisuudet ylihoitajien mielestä olivat tärkeitä tarkasteltaessa sairaanhoitajien osaamisalueita. Tärkeimmiksi osa-alueiksi miellettiin eettinen osaaminen, kliininen osaaminen ja yhteistyöosaaminen. Vähiten tärkeäksi koettiin yhteiskunnallinen osaaminen. Muut osa-alueet sijoittuivat tärkeysjärjestyksessä keskitasolle. Niitä olivat terveyden edistämisen osaaminen, opetus- ja ohjausosaaminen, hoitotyön tutkimus- ja kehittämisosaaminen, johtamisosaaminen ja monikulttuurisen hoitotyön osaaminen. Paltta itse arvioi tulosten heijastelevan varsin hyvin todellista tilannetta ja sitä, mitä vastaavalmistuneelta sairaanhoitajalta odotetaan. (Paltta 2005, 7-15.)

#### 2.4 Painonhallinnan psykologinen lyhythoito-ohjelma

Psykologialla tarkoitetaan tietoa ihmisen toiminnasta, joka on nähtävissä olevaa. Sel- laista on esimerkiksi käyttäytyminen tai piilossa tapahtuva toiminta kuten ajattelu, muisti tai mielen toiminta (Himberg, Laakso, Niemi, Näätänen & Peltola 2000, 10-11). Lap- palaisen (2006b, 14, 16) mukaan psykologia auttaa meitä ymmärtämään syömistä ja syömiseen liittyviä ongelmia. Itsehavainnointi omasta painosta, syömiskäyttäytymises- tä, syömiseen liittyvistä ajatuksista ja tunteista sekä liikunnasta ja havaintojen järjestel- mällinen kirjaaminen voivat tehostaa painonhallintaa. Kun näitä tapoja ja toimintoja

tunnistetaan, pystytään niihin myös vaikuttamaan. (Käypä hoito 2007, 11; Lappalainen 2006a, 233-235.)

Tampereen yliopiston psykologian laitoksella tehdyssä tutkimuksessa on kehitetty kaksi psykologista lyhythoito-ohjelmaa, jotka ovat lyhyitä ja edullisia toteuttaa. Pidemmässä lyhythoito-ohjelmassa tapaamisia oli yhteensä 5: alku- ja seurantatapaaminen sekä näiden välillä kolme kokoontumista. Lyhyemmässä ohjelmassa tapaamisia oli kaksi: alku- ja seurantatapaaminen. (Lappalainen & Turunen 2007, 7, 12-13.) Keskitymme kuvaamaan tarkemmin lyhyemmän lyhythoito-ohjelman toteutusta, koska se toimi opinnäytetyömme lähtökohtana.

#### *Alkutapaaminen ja seurantatapaaminen*

Alkuperäiseen Tampereella toteutettuun lyhyempään hoito-ohjelmaan kuului kaksi tapaamista: alkutapaaminen ja tästä neljän kuukauden kuluttua seurantatapaaminen. Osallistujat olivat iältään 17-79-vuotiaita. Lyhythoito-ohjelman alussa osallistujille tehtiin alkumittaukset ja heitä ohjattiin vyötärönympäryksen mittaamisessa. Osallistujilta mitattiin paino (kg), pituus (m) ja vyötärön ympäryys (cm) sekä laskettiin painoindeksi (BMI). Näiden mittausten lisäksi osallistujat täyttivät samanaikaisesti erilaisia kyselylomakkeita, jotka liittyivät tutkimukseen. Kyselylomakkeissa arvioitiin muun muassa syömistapoja. Tämän jälkeen ryhmässä käytiin läpi asiakkaille jaettu materiaalipaketti ja annettiin ohjeistettu kotitehtävä. *Seurantatapaamisessa* neljän kuukauden kuluttua alkutapaamisesta kerrottiin tutkimuksen sen hetkisestä vaiheesta lyhyesti ja suoritettiin samat mittaukset kuin alkutapaamisessa. Tilaisuuden lopussa oli vielä ryhmäkeskustelu, jossa puhuttiin muun muassa muutosten sekä itsehavaintojen tekemisestä. (Turunen 2004a, 2, 24-25, 27 - 29, 33-34; Turunen 2004b, 3-6, 20-21.)

#### *Kirjallisen materiaalipaketin osat*

Tampereella toteutettuun hoito-ohjelmaan kuuluva kirjallinen materiaalipaketti (Liite 1) sisältää kolme osaa. *Painonhallintaosio* sisältää tietoa terveydestä, painonhallinnasta, syömisestä, ruokamuutosten ja painonhallinnan esteistä, energian kulutuksesta, laihdutustuloksen ylläpitämisestä, kylläisyydestä, rasvoista, hiilihydraateista ja alkoholista sekä ruokien energia- ja ravintosisällöstä. (Pulkkinen & Lappalainen 2007, 32-

38). *Ohjeita painonhallintaan* -osiossa on vaihtoehtoja muutosten toteuttamiseen. Nämä muutokset liittyvät itsehavaintojen tekemiseen, liikunnan lisäämiseen, syömistapojen-, ruuan määrän ja laadun muuttamiseen sekä tunteiden vastaisesti toimimiseen. *Itsehavainnot painonhallinnan apuna*, sisältää ohjeet painon ja vyötärön ympäryksen mittaamisesta. (Lappalainen & Turunen 2007, 39-42.)

#### *Materiaalipaketin hyödyntäminen*

Onnistuakseen lyhythoito-ohjelman avulla hallitsemaan painoaan, tuli osallistujan tutustua jaettuun materiaaliin, tehdä itsehavaintoja (paino sekä vyötärön ympäryys) ja kokeilla kotona jotain itse valittua muutosta. (Lappalainen & Turunen 2007, 12 – 16.) Käyttäytymistä voidaan muuttaa psykologisin menetelmin. Nämä muutokset auttavat puolestaan tekemään elämäntapamuutoksia ruokavaliossa ja liikunnassa (Käypä hoito 2007, 11). Hoito-ohjelman aikana on tärkeää, että aletaan kiinnittää huomioita omiin tapoihin sekä toimintaan. Nämä voivat liittyä esimerkiksi syömistä edeltäviin tilanteisiin tai itse syömistilanteisiin. Kun näitä tapoja ja toimintoja tunnistetaan, pyritään niihin tämän jälkeen myös vaikuttamaan. (Käypä hoito 2007, 11; Lappalainen 2006a, 233-235.)

#### *Alkuperäisen tutkimuksen tulokset*

Tampereella seurantatapaamisessa tehtyjen mittausten perusteella asiakkaiden painossa, BMI:ssä, vyötärön ympäryksessä ja syömistavoissa tapahtui muutoksia parempaan. Asiakkaiden keskimääräinen paino putosi noin 2,8 kg. Keskimääräinen vyötärön ympäryys pieneni noin 3,5 cm. Keskimääräinen BMI pieneni noin yhdellä ( $\text{kg/m}^2$ ). Myös syömistapakyselyn tulokset paranivat alkutapaamiseen verrattuna. Syömisen rajoittaminen lisääntyi ja hallitsematon syöminen sekä tunnesyöminen vähenivät. (Turunen 2004a, 47-49.)

#### *Lyhythoito-ohjelmaan liittyvä seurantatutkimus*

Vuonna 2007 tehtiin seurantatutkimus alkuperäisen vuonna 2004 tehdyn psykologisen lyhythoito-ohjelman pohjalta. Siinä selvitettiin lyhyen ja pitkän lyhythoito-ohjelman vaikuttavuutta painonhallintaan kaksi vuotta alkuperäisten ohjelmien aloituksen jälkeen.

Osallistumisprosentti tähän tutkimukseen oli noin 65 %. Seurantatutkimus toteutettiin puhelinhaastatteluina. Ohjelmien vaikuttavuutta arvioitiin painon ja psyykkisen hyvinvoinnin muutosten avulla. Kahden vuoden seurantalutkimuksessa havaittiin, että lyhyempään ohjelmaan osallistuneiden keskimääräinen painonpudotus oli tässä vaiheessa 2,9 kg. (Kuukka 2007, 17-18, 20, 22, 29.)

### **3 HANKKEEN TOTEUTUS**

#### **3.1 Hankkeen tausta ja tarve**

Opinnäytetyön aihevalintaan vaikutti opinnäytetyöntekijöiden kiinnostus tehdä käytännönläheinen opinnäytetyö ajankohtaisesta aiheesta, jonka teoria- ja käytännönsuutta voisi hyödyntää mahdollisimman paljon tulevassa sairaanhoitajan työssä. Suomalaisten ylipaino ja sen aiheuttamat ongelmat ovat tulleet usein esille opiskelun yhteydessä. Lisäksi se on ollut puheenaiheena niin lähipiirissä kuin mediassakin. Tiedetään, että 40 prosenttia turhista kuolemista johtuu ihmisen käyttäytymisestä, 30 prosenttia perimästä, 15 prosenttia sosiaalisesta ympäristöstä, 5 prosenttia ympäristöaltistuksesta ja ainoastaan 10 prosenttiin voidaan vaikuttaa suoraan terveydenhoidolla. (Lääperi 2008, 13.)

Stakesin kehittämispäällikkö Erja Wiili-Peltola toteaa haastattelussa, että tulevaisuudessa väestön elintapoihin vaikuttaminen tulee yhä tärkeämmäksi. Hänen mielestään tulevaisuudessa tulee pyrkiä vaikuttamaan asiakkaiden elintapoihin, kuten ravintoon sekä liikuntaan. Hän on myös sitä mieltä, että sairaanhoitajilla on runsaasti osaamista näiden elintapojen vaikuttamisen osa-alueilla. (Lääperi 2008, 13.)

Opinnäytetyön aihetta suunnitellessamme pohdimme, voiko koulutuksen kautta vaikuttaa tulevien sairaanhoitajien asenteisiin tehdä ennaltaehkäisevää hoitotyötä. Onko näiden ohjaustaitojen käytännön harjoitteluun panostettava vielä lisää jo opiskeluaikana? Nämä kaikki asiat vaikuttivat osaltaan siihen, että aloimme suunnitella tekevämme käytännön läheisen opinnäytetyön, joka liittyisi terveyden edistämiseen ja ylläpitämiseen sekä sairauksien ehkäisemiseen. Ovathan nämä lain mukaan kaikki hoitotyön päämääriä

ja eettisiä velvoitteita sairaiden parantamisen sekä kärsimysten lievittämisen lisäksi. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994.)

Kuulimme oppilaitoksemme ravitsemuksen lehtorilta lokakuussa 2008, että painonhallintaan on kehitetty psykologinen lyhythoito-ohjelma Tampereella ja että aiheesta on julkaistu kirja, johon kannattaa tutustua. Kiinnostuimme painonhallinnan psykologisesta lyhythoito-ohjelmasta. Lopulta internetistä selvisi, että aiheesta on tehty ohjaajan opas nimeltään ”Psykologinen lyhythoito painonhallinnassa” (ks. Lappalainen & Turunen 2007). Hankittuamme tämän oppaan pääsimme tutustumaan tarkemmin aiheeseen.

Painonhallinnan psykologinen lyhythoito-ohjelma vaikutti ohjaajan oppaaseen tutustumisen jälkeen selkeältä toteuttaa. Sillä oli saatu aikaan hyviä tuloksia lyhyessä ajassa. Valitsimme lyhyemmän lyhythoito-ohjelman, koska se oli yksinkertaisempi toteuttaa ja sillä oli saatu aikaan jopa hieman parempia tuloksia painonpudotuksessa kuin pidemmällä hoito-ohjelmalla. Suunnittelimme opinnäytetyön toteutusta siltä pohjalta, että teemme toiminnallisen opinnäytetyön, jonka viitekehyksenä toimii painonhallinnan psykologinen lyhythoito-ohjelma. Viitekehys raamittaa työn, jotta aiheessa pysytään. Tämän vuoksi aiheeseen liittyvään teoriaan ja tutkimuksiin on tutustuttava. Lisäksi on otettava huomioon myös käytäntö eli kuinka työ lopulta toteutetaan. (Heikkilä 2008, 26.)

### *Toiminnallinen opinnäytetyö hankkeena*

Toiminnallinen opinnäytetyö liittyy käytännön toimintaan. Sen aihealueita voivat olla ohjeistaminen, opastaminen, toiminnan järjestäminen tai järjeistäminen. Opinnäytetyön tulisi muun muassa olla työelämälähtöinen ja käytännönläheinen. (Vilka & Airaksinen 2003, 9-10.) Tämän opinnäytetyön toteutimme hankkeena, joka on työelämälähtöinen ja käytännönläheinen. Hankkeella eli projektilla tarkoitetaan suunnitelmallista toimintaa, jossa toimitaan päämäärätietoisesti jonkin asian hyväksi ja tietyllä aikataululla. Tätä varten on käytössä tietyt resurssit, ja toiminnan toteutuksesta vastaa organisaatio. Hankkeessa on havaittavissa eri vaiheita: ideointi, suunnittelu, käynnistäminen, toteutus, tulosten kokoaminen sekä niiden julkaisu, tulosten arviointi ja hankkeen loppuraportointi. (Heikkilä, Jokinen, & Nurmela, 2008 25-26.) Tässä opinnäytetyössä käytetään toteuttamamme painonhallintaohjelmasta nimitystä hanke.

### *SWOT-analyysi*

SWOT-analyysin avulla huomioitiin sisäiset ja ulkoiset tekijät, jotka voivat vaikuttaa hankkeeseen. Näitä arvioitavia tekijöitä olivat: vahvuudet (S=strengths), heikkoudet (W=Weaknesses), mahdollisuudet (O =opportunities) ja uhat (T=threats). Sisäisiin tekijöihin voidaan vaikuttaa, ja niitä ovat vahvuudet ja heikkoudet. Ulkoisiin tekijöihin eli ympäristöstä tuleviin tekijöihin ei voida vaikuttaa, ja niitä ovat mahdollisuudet ja uhat. (Heikkilä ym. 2008, 64.)

Hankkeen suunnitteluvaiheessa arvioimme sitä SWOT-analyysin avulla. Tämän nelikenttäanalyysin avulla pohdimme toteutuksen *vahvuuksia*. Niitä olivat hankkeen pohjana oleva yliopistossa tehty tutkimus sekä yhteistyö VireTorin kanssa. Pohtiessamme hankkeen *heikkouksia* keskustelimme siitä, ovatko sairaanhoitajaopiskelijoiden ohjaustaidot riittävät tämän ohjaustilaisuuden toteuttamiseen, mutta mielestämme ne olivat riittävät ja emme kokeneet niitä heikkoudeksi. *Uhkiksi* muodostui kireä aikataulu, vähäinen osallistujamäärä, seurantatapaamisen asiakaskato sekä mittauksissa tarvittavien avustajien saamiseen liittyvät ongelmat. *Mahdollisuuksia* olivat hankkeen toteutuksesta vastaavien sairaanhoitajaopiskelijoiden oman ammattitaidon kehittyminen sekä terveydenhuoltoalan kehittäminen. Lisäksi haluttiin vaikuttaa osallistujien ja Pohjois-Savon väestön terveyteen.

### 3.2 Hankkeen tarkoitus ja tavoite

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli toteuttaa käytännössä Tampereella psykologian laitoksella kehitetty lyhyempi painonhallinnan psykologinen lyhytohjelma. Halusimme myös kokeilla, voivatko sairaanhoitajaopiskelijat järjestää tämänkaltaisen ohjaustilaisuuden. Lyhyellä aikavälillä tavoitteena oli pudottaa tai hallita osallistujien painoa ja pitkällä aikavälillä tavoitteena oli edistää Pohjois-Savon väestön terveyttä.

Tämän opinnäytetyön kautta halusimme kehittää ammatillista osaamista ylipainoisten asiakkaiden ohjaamisessa ja pyrimme samalla syventämään tietojamme painonhallinnasta, ylipainosta sekä sen aiheuttamista ongelmista. Tavoitteena oli saada kokemusta

ryhmän ja yksilön ohjaamisesta sekä ohjaustilaisuuksien suunnittelusta ja järjestämisestä. Halusimme vaikuttaa opinnäytetyömme kautta ammattialamme kehittymiseen. Ajatuksenamme oli, että terveysalan opiskelijat voisivat järjestää esimerkiksi VireTori/Valkeisella painonhallintaan liittyviä ohjaustilaisuuksia. Näiden tilaisuuksien pohjana voitaisiin hyödyntää tekemäämme opinnäytetyötä. Tällaisen ohjaustaitojen harjoittelun kautta painonhallinnasta ja sitä kautta sairauksien ehkäisemisestä tulisi luontevampi osa tulevien sairaanhoitajien päivittäistä työtä.

### 3.3 Hankkeen yhteistyökumppani ja yhteistyö

Opinnäytetyönä toteutettavan hankkeen yhteistyökumppanina oli VireTori, joka on osa ”Oppimistori-toiminta – avaimia Pohjois-Savon väestön hyvinvoinnin edistämiseen” – projektia (VireTori 2008). Kyseessä on Savonia-ammattikorkeakoulun, Savon ammatti- ja aikuisopiston ja Kuopion yliopiston yhteistyöprojekti. Yhteistyöverkostona toimivat lisäksi julkinen sosiaali- ja terveysala, yksityiset hoiva- ja hoitopalvelujen tuottajat, seurakunnat sekä kolmas sektori. Projektin rahoittaa Euroopan sosiaalirahasto, ESR (Työ- ja elinkeinoministeriö 2008) ja se toteutetaan 1.3.2008-31.12.2009 (Hankesuunnitelma 2008, 3, 9; Oppimistoritoiminta – avaimia Pohjois-Savon väestön hyvinvoinnin edistämiseen – projekti 2008).

Oppimistori-toiminnassa toteutetaan ja kehitetään työikäisten ja vanhusten hyvinvointi- ja terveystilapalveluja. Keskeinen tavoite on Pohjois-Savon väestön hyvinvoinnin edistäminen. (Hankesuunnitelma 2008, 3.) Savonia-ammattikorkeakoulun, Savon ammatti- ja aikuisopiston sekä Kuopion yliopiston opiskelijat tarjoavat hyvinvointipalveluja, ohjausta ja neuvontaa VireTorin toimipisteissä (VireTori Pressa ja VireTori Valkeinen), asiakkaiden luona tai muussa toiminnan mukaisessa paikassa. Opiskelijoilla on opintojensa kautta perusvalmius toteuttaa erilaisia palveluja käytännössä (VireTori 2008), jolloin he saavat kokemusta ja varmuutta työelämää varten.

Saimme tietoa ”Oppimistori-toiminnasta” syyskuussa 2008, kun toiminnan projektipäällikkö kertoi siitä opinnäytetyön aiheita esittelevällä oppitunnilla. ”Oppimistorin toiminta - avaimia Pohjois-Savon väestön hyvinvoinnin edistämiseen” -projekti vaikutti heti kiinnostavalta yhteistyökumppanilta, sillä ajatuksenamme oli ollut alusta alkaen tehdä



opinnäytetyö, josta hyötyisivät asiakkaat sekä opiskelijat. Ilmaisimme kiinnostuksemme projektipäällikölle projektia kohtaan ja sovimme, että otamme yhteyttä sähköpostitse, kun tiedämme tarkemmin millaista ohjausta ja neuvontaa voimme tarjota.

Helmikuussa 2009 teimme yhteistyösopimuksen toimeksiantajamme, ”Oppimistori-toiminnan” projektipäällikön sekä opinnäytetyön ohjaajan kanssa. Hankkeen osallistujiksi suunniteltiin VireTorin yhteistyöverkostossa mukana olevia tahoja. Saimme projektipäälliköltä yhteystiedot kuuteen hoito- ja hoivapalvelun tuottajaan sekä yhteen kolmannen sektorin yhteyshenkilöön. Mikäli näistä ei saataisi tarpeeksi osallistujia hankkeeseemme, yrittäisimme seuraavaksi saada heitä Savonia-ammattiopiston henkilökunnasta. Yhteistyösopimuksen teon yhteydessä keskustelimme myös mahdollisuudesta käyttää VireTori/Valkeisen asiakastiloja ohjaustilaisuuksissamme. Lisäksi sovittiin, että osallistujille jaettavan materiaalipaketin kopiointi järjestyy yhteistyökumppanimme kautta.

### 3.4 Hankkeen suunnittelu ja toteutus

Maaliskuussa 2009 alkoi hankkeen suunnittelu ja aikatauluttaminen. Toukokuu 2009 oli mielestämme realistinen ajankohta järjestää alkutapaamiset. Siihen mennessä ehtisimme suunnitella ohjaustilaisuuden yksityiskohdat. Sitä ennen oli otettava yhteyttä mahdollisiin osallistujiin. Ennen alkutapaamista meidän tuli laatia tarvittavat lomakkeet, tiedottaa hankkeesta, antaa siitä tarvittaessa lisätietoja sekä vastaanottaa ilmoittautumiset. Ohjaustilaisuuksia varten meidän tuli varata tilat sekä huolehtia loppuista käytännönjärjestelyistä.

#### 3.4.1 Osallistumiskriteerit

Valitsimme hankkeemme osallistujien osallistumiskriteereiksi iän ja painon. Osallistujien tuli olla 18-64-vuotiaita ja heidän BMI:nsä tuli olla vähintään 25. Osallistujien tuli myös olla terveitä, eli heillä ei saanut olla todettuja sairauksia eikä säännöllistä lääkitystä. Perusteena näille kriteereille oli, että mikäli 65 ikävuoteen mennessä ei ole ilmennyt tyypin 2 diabetesta tai muuta lihavuuden liitännäissairautta, ei laihduttaminen enää ole tarpeen sairauksien ennaltaehkäisemiseksi (Fogelholm 1999, 221). Lihavuuden hoitoa

pidetään aiheellisena yli 65-vuotiailla vain jos se uhkaa toimintakykyä (Käypä hoito 2007). Lisäksi lääkkeiden käyttö lisääntyy ikääntyneillä (Hartikainen 2008, 248). Monet lääkeaineet vaikuttavat painoon muun muassa fyysisen aktiivisuuden ja aineenvaihdunnan kautta (Saano 2007, 346). Alle 18-vuotiaita emme ottaneet mukaan tutkimuksemme, koska kasvuikäisten laihduttaminen voi tapahtua ainoastaan lääkärin tai ravitsemusterapeutin ohjauksessa (Fogelholm 1999, 221).

### 3.4.2 Tiedottaminen

Tiedotimme mahdollisille osallistujille tekeillä olevasta hankkeestamme ja sen tarkoituksesta tiedotteen avulla (Liite 2). Etsimme osallistujia aluksi kuudesta hoiva- ja hoitokodista sekä yhden kolmannen sektorin toimijan kautta. Viikolla 14 kerroimme ensin hankkeesta puhelimitse. Samalla kysyimme mahdollisuutta tiedottaa hankkeesta koko organisaatiota. Kaikki suhtautuivat hankkeesta tiedottamiseen myönteisesti. Tässä yhteydessä tiedustelimme, kuinka monen henkilön tiedoksi tämä hankkeemme menee, sillä tämän tiedon avulla pystyimme tekemään johtopäätöksiä osallistujien kiinnostuksesta osallistua tämän tyyppiseen hankkeeseen. Näiden organisaatioiden kautta tieto painonhallintaohjelmasta meni noin 350 henkilölle. Samalla viikolla lähetimme virallisen tiedotteen sähköpostitse (Liite 2). Toimitimme tiedotteita vielä postitse paperiversiona, jotta niitä laitettaisiin esille organisaatioiden toimitiloihin. Postitimme ja veimme tiedotteita organisaatioihin yhteensä 150 kappaletta. Yritimme näin vähentää organisaatioille kohdistuvaa vaivaa tulostaa tiedotetta tutkimuksestamme. Vähäisen osallistujamäärän vuoksi hankkeesta tiedotettiin lisäksi Savonia-ammattikorkeakoulun henkilökuntaa sekä VireTorin/Valkeisen asiakkaita. Savonia-ammattikorkeakoulun henkilökunta sai tiedon sähköpostitse. VireTori/Valkeisen asiakkaita informoitiin hankkeesta jättämällä tiedotteita VireTori/Valkeisen asiakastiloihin.

### 3.4.3 Ilmoittautuminen

Ohjelmaan ilmoittauduttiin sähköpostitse ja puhelimitse. Puhelimella ilmoittautumiseen oli varattu kaksi päivää. Sähköpostitse ilmoittautuville aikaa oli varattu pari viikkoa. Osallistujat valittiin ilmoittautumisjärjestyksessä. Ilmoittautumisen yhteydessä pyydet-

tiin ilmoittamaan ikä, pituus, paino sekä mahdolliset sairaudet ja/tai lääkitykset. Lisäksi kerättiin yhteystiedot mahdollisten muutosten varalta.

Toiveikkuus osallistujien määrän suhteen karisi nopeasti. Kun lähes viikko oli kulunut ilmoittautumisajasta, oli mukaan saatu vasta kaksi osallistujaa. Päädyimme lähettämään kohderyhmäämme kuuluvalle kolmannen sektorin toimijalle sähköpostiviestin. Toivoimme heidän lähettävän jäsenilleen vielä muistutusviestin painonhallintaohjelmasta. Harkitsimme myös tarvittaessa tiedottavamme osallistujatarpeesta Savonia-ammattikorkeakoulun henkilökuntaa.

Ilmoittautumisajan päätyttyä (viikolla 16) meillä oli 15 osallistujaa painonhallintaohjelmaan. Päätimme jatkaa ilmoittautumisaikaa vielä parilla viikolla. Luvan saatuamme tiedotimme hankkeesta oppilaitoksemme henkilökuntaa. Tässä vaiheessa VireTorin koordinaattori tarjosi mahdollisuutta tiedottaa hankkeesta myös heidän asiakkaitaan. Lopulta painonhallintaryhmään ilmoittautui yhteensä 27 osallistujaa, joista 14 sähköpostitse ja 13 puhelimitse.

#### 3.4.4 Ohjaustilaisuuksien aikataulu ja sisältösuunnitelma

Päätimme järjestää alkutapaamiset viikolla 20: tiistaina 12.5. kello 17.00 - 18.30 sekä keskiviikkona 13.5. kello 16.00 – 17.30. Suunnittelimme, että tarjoamme osallistujille seurantatapaamisajan viikolta 36: tiistaina 1.9. kello 17.00 – 18.00 tai keskiviikkona 2.9. kello 17.30 – 18.30. Mielestämme oli järkevää varata seurantatapaamisaika alkutapaamisen yhteydessä.

Lähtökohtainen ajatuksemme oli, että toteutamme ohjaustilaisuudet mahdollisimman tarkasti alkuperäistä tutkimusta noudattaen. Jouduimme kuitenkin tekemään joitakin asioita toisin, koska lähtökohtamme olivat erilaiset kuin alkuperäisessä tutkimuksessa. Resurssimme olivat pienemmät emmekä myöskään pitäneet oman työmme kannalta mielekkäänä toteuttaa kaikkia alkuperäisessä tutkimuksessa tehtyjä kyselyjä. Mielestämme tekemämme muutokset olivat hyödyllisiä ja tarpeellisia.

### 3.4.5 Alkutapaaminen

#### *Alkutapaamisten valmistelut*

Tiistain alkutapaamiseen oli etukäteen ilmoittautunut 12 ja keskiviikon 15 osallistujaa. Pidimme näitä ryhmäkokoja hyvinä, koska tätä suurempien ryhmien ohjaaminen olisi ollut haastavaa tilojen ja henkilöresurssien vuoksi. Ohjaustilaisuudet suunniteltiin pidettäväksi VireTori/Valkeisen 120 m<sup>2</sup>:n tiloissa, joten ryhmien koko oli siinä mielessä hyvä. Tavoitteenamme oli, että ohjaustilaisuudet onnistuvat mahdollisimman sujuvasti ja luontevasti niin ohjaajien kuin osallistujien kannalta. Olimme harjoittaneet ohjaustaitoja opiskeluaikana sekä työelämässä. Näissä tilanteissa ryhmät olivat olleet kooltaan noin 20 henkilöä. Kokemuksen puutteen vuoksi koimme haastavaksi lähteä ohjaamaan tätä suurempia ryhmiä. Koska ohjaustilaisuuksiin oli ilmoittautunut enimmillään 15 osallistujaa, riitti meille mittausavuksi yksi henkilö.

Ohjaustilaisuuden runko suunniteltiin. Suunnitelmassa alussa osallistujat kokoontuvat VireTori/Valkeisella. Annamme heille täytettäväksi tutkimukseen osallistumisen suostumus –lomakkeen (Liite 3). Tämän jälkeen toivotamme osallistujat tervetulleiksi ja kerromme lyhyesti ohjaustilanteesta ja mittauksen kulusta. Osallistujille jaetaan kirjallinen materiaalipaketti (Liite 1) sekä tarvittavat kyselylomakkeet. Materiaalipaketti käydään suullisesti läpi osallistujien kanssa. Tämän jälkeen siirrytään mittauksiin siten, että osa osallistujista on mitattavana ja muut täyttävät sillä aikaa annettuja kyselylomakkeita. Suunnittelimme aikataulun siten, että alkuinformaatioon käytetään aikaa puoli tuntia ja mittauksiin 15 min/osallistuja. Kokonaisuudessaan alkutapaamiseen oli varattu aikaa puolitoista tuntia. Tiedetään, että ryhmäkokoontumisen sopiva pituus on noin 75-90 minuuttia (Mustajoki & Lappalainen 2001, 32), joten suunnittelemamme ohjelma oli pituudeltaan optimaalinen.

Suunnittelimme, että mittaustilanteessa läsnä ovat ainoastaan osallistuja ja mittaaja. Tällä tavoin luodaan luottamuksellinen ilmapiiri ja taataan asiakkaan intymiteettisuoja. Mustajoen (2008, 2150) mukaan painoon puuttuminen koetaan muita sairauksia tai riskitekijöitä kiusallisemmaksi puheenaiheeksi. Mittaustilanteessa osallistujalta oli tarkoi-

tus mitata pituus, paino sekä vyötärön ympäryys. Näitä mittauksia varten meidän oli järjestettävä oma tila, jotta osallistujan yksityisyys säilyy.

Alkutapaamisten järjestelyihin kuului myös monia käytännön asioita. Ennen varsinaisia tapaamisia muistutimme puhelimitse ja sähköpostilla osallistujia ohjaustilaisuudesta. Varasimme VireTori/Valkeiselta käyttöömmä tilat ja tarkistimme niiden toimivuuden. Tarkistimme ja varasimme etukäteen mittauksissa tarvittavat välineet, eli mittanauhut ja vaa'at. Alkutapaamisissa käytetyt lomakkeet piti hyväksyttää sekä opinnäytetyötämme ohjaavalla opettajalla että VireTorin koordinaattorilla. Lomakkeet, joita käytimme alkutapaamisissa, olivat tutkittavan suostumus- ja tutkittavan tiedot alkutapaamisessa – lomakkeet sekä syömistapakysely (Liitteet 3, 4 ja 5). Lisäksi monistimme osallistujille kirjallisen materiaalipaketin (Liite 1). Osallistujat saivat ohjaustilaisuuden ja mittausten välillä halutessaan täyttää Suomen Sydänliiton ry:n suolan ja rasvan käyttöön liittyvät testit. Nämä testit oli varattu asiakkaille sitä varten, että osallistujat voivat täyttää niitä odotellessaan vuoroaan henkilökohtaiseen ohjaustilaisuuteen. Lisäksi jokaiselle osallistujalle varattiin kotiseurantaa varten ruutuvihkot. Kävimme läpi materiaalipaketin osiot ja suunnittelimme ohjaustilaisuuden kulun. Kerroimme mittausavuksi tulevalle henkilölle, kuinka mittaukset ja osallistujien ohjaus tulee tehdä. Mittausapuna olevalla henkilöllä oli myös terveysalan koulutus.

#### *Alkutapaamisten toteutus*

Opinnäytetyön tekijät saapuivat puolitoista tuntia ennen ensimmäisen alkutapaamisen alkamista VireTori/Valkeiselle. Alkuinfoa ja materiaalipaketin läpikäyntiä varten järjestelimme huoneen siten, että osallistujille varatut tuolit oli sijoitettu ohjaustilaisuuden vetäjiin nähden puoliympyrän muotoon. Mielestämme tuolit oli hyvä asetella näin, jotta osallistujien on helppo seurata ohjaustilannetta. Näin saimme luotua ohjaustilaisuutemme intiimimmän tunnelman.

Mittauksien tekoa varten olimme varanneet kolme pientä erillistä huonetta, joiden ovet pystyi sulkemaan mittausten ajaksi. Näihin huoneisiin veimme tarvittavat mittausvälineet. Koodasimme vaa'at kirjaintunnuksilla A, B ja C, koska halusimme varmistaa, että jokaisen osallistujan paino mitattaisiin alku- ja seurantatapaamisissa samalla vaa'allalla.

Näin varmistimme, että suuria mittausvirheitä ei tule. Olimme päättäneet merkitä jokaisen osallistujan mittaustulosten yhteyteen käytetyn vaa'an tunnuksen.

Hetkeä ennen ohjaustilaisuuden alkamista opinnäytetyön tekijät ja mittauspuna ollut henkilö kävivät vielä läpi ohjelman rungon ja mittausten toteuttamisen. Näin varmistimme, että kaikki mittaukset suoritetaan samalla tavoin. Olimme sitä mieltä, että mittausten yhteydessä osallistujia tulee opastaa ja kannustaa elämäntapamuutoksiin ja mittausten kotiseurantaan. Jokainen mittaaja saa tässä yhteydessä mahdollisuuden hyödyntää omaa tietämystään ja persoonallisuuttaan.

Osallistujien saapuessa paikalle annoimme heille täytettäväksi tutkittavan suostumus – lomakkeen (Liite 3). Kun kaikki olivat saapuneet ja täyttäneet lomakkeet, siirryimme varsinaiseen ohjaustilaisuutta varten järjestettyyn huoneeseen. Siellä toivotimme kaikki yhteisesti tervetulleiksi. Esittelimme itsemme ja kerroimme, että teemme opinnäytetyötä kliittyen painonhallinnan psykologiseen lyhytmenetelmään. Kerroimme, että Tampereen yliopistolla psykologian laitoksella on vuosina 2003–2004 kehitetty painonhallintaan kaksi psykologista lyhythoito-ohjelmaa, ja että tarkoituksena on kokeilla käytännössä näistä lyhyemmän ohjelman toteuttamista. Kerroimme toteuttavamme tämän painonhallinnan ohjauksen näitä ohjaustilanteita varten laaditun oppaan mukaan.

Kerrottuamme lyhyesti painonhallintaohjelmasta, jaoimme asiakkaille kirjallisen materiaalipaketin (Liite 1) ja syömistapakyselylomakkeen (Liite 5). Kävimme materiaalipaketin läpi Ohjaajan oppaassa annetun rungon mukaisesti (Liite 6). Seuraavaksi tutustuimme syömistapakyselyyn (Liite 5). Kävimme kyselyn läpi ja ohjasimme, kuinka se tulisi täyttää. Kysyimme osallistujilta, oliko heillä tässä vaiheessa jotain kysyttävää lomakkeista tai ohjaustilaisuudesta. Kenelläkään ei herännyt kysymyksiä.

Yhteisen ohjaustilaisuuden loppuun kävimme läpi mittaussuunnitelmat ja niiden käytännön toteutuksen. Tarkoitus oli, että osallistujista kolme pääsi kerrallaan mitattavaksi kukin eri huoneeseen. Muut osallistujat saivat täyttää omaa vuoroaan odottaessaan annetun syömistapakyselyn (Liite 5). Kerroimme antavamme mittausten yhteydessä henkilökoh- taista ohjeistusta itsehavaintojen tekemiseen.

Mittaajat koodittivat syömistapakyselylomakkeet mittausten yhteydessä. Koodi muodostettiin osallistujan sukupuolesta (M/N), syntymävuoden kahdesta viimeisestä numerosta, etunimen kahdesta ensimmäisestä kirjaimesta sekä sukunimen kahdesta ensimmäisestä kirjaimesta. Tarkempia henkilötietoja ei kerätty. Painotimme, että on tärkeää koodittaa lomakkeet, koska muuten emme pystyisi vertailemaan alku- ja seurantatapaamisissa täytettyjä lomakkeiden tietoja keskenään. Muistutimme vielä, että lomakkeita ei saa palauttaa palautuslaatikkoon, ennen kuin ne on kooditettu.

Yhteisen ohjaustilaisuuden lopuksi pyysimme uudestaan osallistujia esittämään kysymyksiä. Niitä ei esitetty. Saimme vaikutelman, että osallistujien mielestä kaikki oli selvää. Tähän alkuinformaatioon kului aikaa yhteensä noin puoli tuntia.

Mittausten aluksi suoritimme lomakkeiden koodittamisen. Tämän jälkeen mittasimme osallistujan pituuden. Osallistujaa ohjattiin riisumaan kengät ja laittamaan kantapäät seinää vasten ja selkä suoraksi. Pään oikea asento tarkistettiin varmistamalla korvan ja silmän linja. Pituus mitattiin viiden millimetrin tarkkuudella. Tämän jälkeen mittasimme osallistujan painon. Paino mitattiin sadan gramman tarkkuudella osallistujan ollessa alusvaatteisillaan. Tämän jälkeen mittasimme vyötärönypäryksen joustamattomalla mittanauhalla (ks. kappale ”Vyötärönypäryksen mittaaminen”). Vyötärönypäryksen mittaustulos saatiin laskemalla kolmen mittauksen keskiarvo. Tulos kirjattiin viiden millimetrin tarkkuudella. Kirjasimme kaikki mittaustulokset kyselylomakkeen (Liite 4) lisäksi vielä osallistujille annettuun pieneen ruutuvihkoon. Vihko oli tarkoitettu kotiseurantaa varten. Mittausten yhteydessä opastimme osallistujia mittauksissa. Kannustimme heitä tekemään mittauksia kotona säännöllisin väliajoin ja kirjaamaan tulokset ylös. Rohkaisimme osallistujia tekemään elämäntapamuutoksia. Lopuksi sovimme ajan seurantatapaamiseen syyskuulle. Kirjasimme seurantatapaamisajan kyselylomakkeelle (Liite 4) sekä osallistujalle annettuun ruutuvihkoon. Osallistujat poistuivat tilaisuudesta sitä mukaa kun mittaukset oli tehty ja syömistapakyselylomake (Liite 5) palautettu.

Toiseen alkutapaamiseen, joka oli seuraavana iltana, opinnäytetyöntekijät tulivat järjestelmään ohjaustilaisuutta noin tuntia ennen tilaisuuden alkamista. Myös mittausapuna ollut henkilö saapui paikalle. Olimme saaneet kokemusta yhdestä onnistuneesta alkutapaamisesta, joten tiesimme, että nämä järjestelyt ovat riittävät. Etukäteisvalmistelut sekä

alkutapaaminen sujuivat edellisen illan tapaan. Molemmat alkutapaamiset sujuivat suunnitelmien mukaisesti ja pysyimme hyvin aikataulussa.

### 3.4.6 Seurantatapaaminen

#### *Seurantatapaamisten valmistelut*

Seurantatapaamisten ennakkojärjestelyt aloitettiin viikkoa ennen varsinaisia seurantatapaamisia. Varmistimme VireTorin koordinaattorilta, että keväällä tekemämme varaus VireTori/Valkeisen tiloista oli edelleen voimassa ja että seurantatapaamiset oli mahdollista toteuttaa näissä tiloissa suunnitelmamme mukaisesti. Suunnittelimme seurantatapaamisia varten painonhallintaohjelmaa ja sen toteutusta käsittelevän palautelomakkeen (Liite 7). Lisäksi teimme mittaustuloksia varten oman lomakkeen (Liite 8). Opinnäyte-työtä ohjaava opettaja hyväksyi laatimamme lomakkeet.

Viikkoa ennen seurantatapaamista muistutimme osallistujia puhelimitse sekä sähköpostilla tulevasta tapaamisesta. 15 osallistujaa tavoitimme puhelimitse ja 11 osallistujalle lähetimme viestin sähköpostilla. Kolme painonhallintaohjelmaan osallistujista ilmoitti puhelinkeskustelun yhteydessä, että ei pääse osallistumaan tilaisuuteen. Heidän kanssaan sovimme, että lähetämme heille kyselylomakkeet palautuskuorineen postitse. He vastasivat kyselylomakkeisiin sekä merkitsivät niihin oman mittaustuloksen perusteella sen hetkisen painon ja vyötärön ympäryksen. Yksi osallistuja ei peruuttanut osallistumistaan. Hän ei saapunut paikalle eikä häneltä saatu kerätyksi seurantatapaamiseen liittyviä tietoja.

Ensimmäistä seurantatapaamista edeltävänä päivänä tarkistimme vielä VireTorin tilat ja mittausvälineet. Lisäksi monistimme seurantatapaamista varten laaditut kyselylomakkeet. Näitä lomakkeita olivat tutkittavan tiedot seurantatapaamisessa, syömistapa- sekä mielipidekysely (Liitteet 8, 5 ja 7). Kävimme läpi vielä seurantatapaamisen kulun ja tehtävät mittaukset mittauspuna olleen henkilön kanssa. Sama henkilö oli ollut apuna alkutapaamisissa. Suunnittelimme, että seurantatapaamisen alussa on lyhyt yhteinen koontuminen ja sen jälkeen tehdään mittaukset. Nämä mittaukset oli tarkoitus toteuttaa samalla tavalla kuin alkutapaamisessa tehtävät mittaukset.



### *Seurantatapaamisten toteutus*

Noin tuntia ennen tilaisuuden alkua opinnäytetyöntekijät sekä mittausapuna ollut henkilö valmistautuivat VireTori/Valkeisella seurantatapaamiseen. Tilat ja mittaushuoneet järjestettiin asianmukaisesti. Varmistimme, että kussakin huoneessa oli tarpeelliset mittausvälineet. Kertasimme vielä yhdenmukaiset mittausmenetelmät, jotta kaikki mittaukset tehtäisiin samalla tavoin.

Yksi seurantatapaamiseen osallistujista tuli paikalle noin puoli tuntia ennen tilaisuuden alkua. Hän oli sopinut tästä etukäteen. Hänen toivomuksestaan mittasimme hänet etukäteen ennen varsinaisen tilaisuuden alkua, koska muuten hän ei olisi päässyt osallistumaan seurantatapaamiseen. Hän täytti myös kyselylomakkeet ja näin saimme tärkeää palautetta ohjaustilaisuudestamme. Muut seurantatapaamiseen osallistujat saapuivat paikalle noin 15 minuuttia ennen tilaisuuden alkua.

Aloitimme tilaisuuden toivottamalla kaikki osallistujat yhteisesti tervetulleiksi seurantatapaamiseen. Kerroimme olevamme hyvillämme siitä, että osallistujat olivat saapuneet paikalle. Heidän osallistumisellaan oli suuri merkitys opinnäytetyön onnistumisen kannalta. Osallistujilta saadut tiedot ja palaute olivat meille tärkeitä. Kerroimme osallistujille, että mittaukset suoritetaan samalla tavoin kuin alkutapaamisessa. Toivoimme, että osallistujat hakeutuvat mitattavaksi samalle henkilölle, joka oli mitannut heidät alkutapaamisessa. Näin mittaukset tehtäisiin samalla vaa'alla ja tulokset olisivat näin luotettavampia.

Jaoin osallistujille syömistapa- ja mielipidekyselylomakkeet (Liitteet 5 ja 7). Kävimme ne yhteisesti läpi. Korostimme, että lomakkeet tulee palauttaa mittaajalle tai palautuslaatikkoon vasta koodituksen jälkeen. Seuraavaksi osallistujilla oli mahdollisuus esittää kysymyksiä. Kaksi osallistujaa halusi tietää tarkemmin lomakkeiden koodituksesta. Kerroimme aiheesta. Muita kysymyksiä enää esitetty.

Mitattavaksi otettiin alkutapaamisen tavoin kerrallaan kolme osallistujaa. Muut osallistujat jäivät sillä aikaa täyttämään kyselylomakkeita. Mittaukset suoritettiin samalla tavalla kuin alkutapaamisessa. Osalla osallistujista oli alkutapaamisessa antamamme seurantavihkot mukanaan. Merkitsimme niihin ja tietolomakkeelle (Liite 8) mittauksessa

saamamme tulokset. Useimmat osallistujista halusivat vielä hetken aikaa keskustella mittaustuloksista ja niihin vaikuttavista tekijöistä. Jokainen mittaajan ja osallistujan välinen keskustelu oli yksilöllinen. Mittaajat käyttivät hyväkseen omaa tietämystään ja persoonallisuuttaan. Osallistajat poistuivat seurantatapaamisesta sitä mukaa kun mittaukset oli tehty ja lomakkeet täytetty.

Seurantatapaamisten toteutus ja aikataulu onnistuivat suunnitelmien mukaan. Yhteinen alkuinformaatio kesti 5 minuuttia ja henkilökohtainen tapaaminen, jossa mittaukset tehtiin, keskimäärin 7 minuuttia/asiakas. Seurantatapaamisiin osallistui yhteensä 22 henkilöä. Heistä 7 saapui ensimmäiseen ja 15 toiseen seurantatapaamiseen. Neljä henkilöä jäi tulematta, eikä heidän tietojaan näin ollen saatu kerättyä luotettavasti.

## **4 HANKKEEN ARVIOINTI**

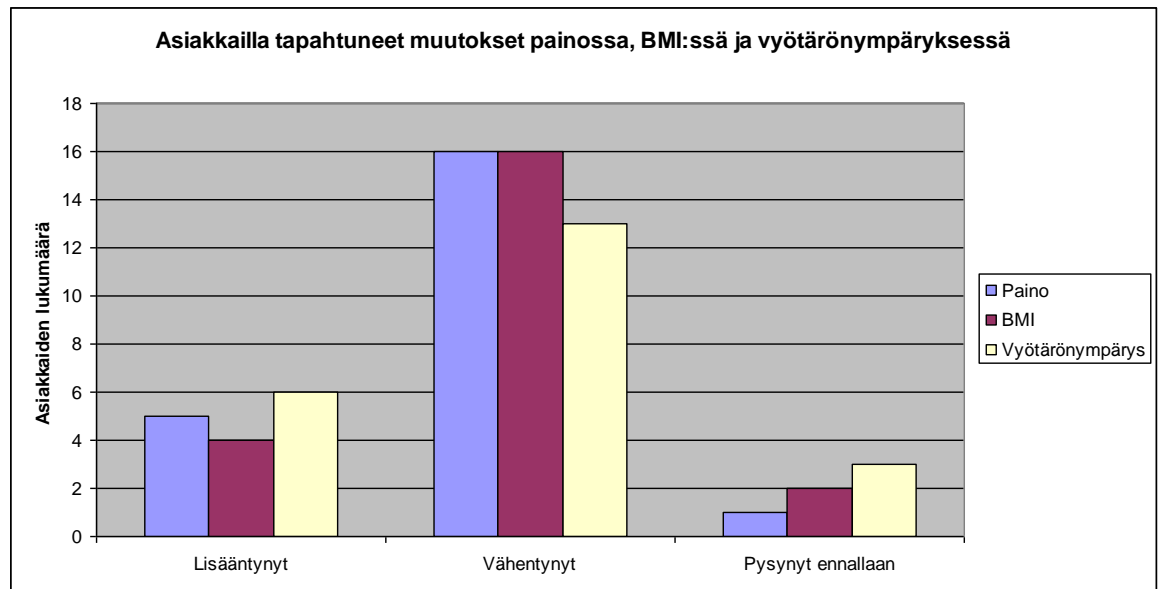
Painonhallintaohjelman pohjalta kerättyjä tietoja käsiteltiin 22 osallistujan kohdalta. Alun perin osallistujia oli yhteensä 26, mutta neljä henkilöä ei saapunut seurantatapaamiseen. Kolme heistä lähetti kyselylomakkeiden tiedot sekä mittaustulokset postitse. Mittaukset he tekivät itse kotonaan. Nämä mitatut tiedot eivät ole vertailukelpoisia alkutapaamisen mittaustulosten kanssa, koska käytetyt mittausvälineet eivät olleet samat. Tämän vuoksi ne on jätetty pois hankkeen arvioinnista.

Osallistujilta kerättiin tarvittavia tietoja lomakkeiden avulla (Liitteet 4, 5, 7 ja 8). Tietoja kerättiin sekä alku- että seurantatapaamisten yhteydessä. Kerätyt tiedot käsiteltiin SPSS 17.0 -ohjelmalla. Osallistujia oli vähän, joten kerätyt tiedot ja niiden pohjalta tehdyt päätelmät eivät ole tilastollisesti merkittäviä. Ne ovat kuitenkin karkeasti suuntaantavia, joten ne haluttiin ottaa mukaan tähän opinnäytetyöhön.

### **4.1 Painossa, BMI:ssä ja vyötärönympäryksessä tapahtuneet muutokset**

Painonhallintaohjelmaan osallistuneilla tapahtuneet muutokset olivat verrattain hyviä, kun tarkastellaan osallistujien painoa ja BMI:tä. Kolmella neljästä (16) loppuun asti

mukana olleista paino putosi alkumittausten jälkeen. Noin neljäsosalla (5) paino nousi ja yhdellä osallistujalla se pysyi samana. BMI pieneni noin kolmella neljästä (16), noin viidenneksellä (4) se nousi ja kahdella osallistujalla se pysyi samana. Vyötärönympäryys kapeni noin kolmella viidestä (13), neljänneksellä (6) se kasvoi ja kolmella osallistujalla se pysyi ennallaan. Osallistujien keskimääräinen alkupaino oli noin 87,7 kg. Seurantatapaamisessa keskimääräinen paino oli noin 86,2 kg, eli se oli pudonnut lähes 1,5 kg.



KUVIO 1. Osallistujilla tapahtuneet muutokset painossa, BMI:ssä ja vyötärönympäryksessä.

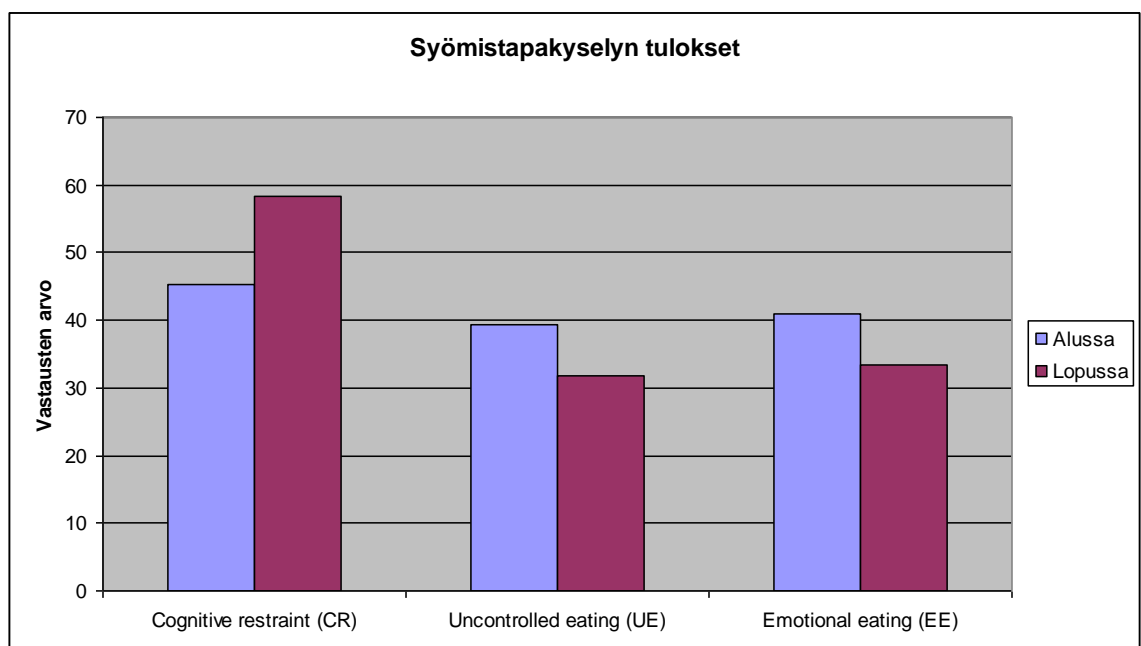
#### 4.2 Syömistapakyselyn tulokset

Osallistujat saivat alku- ja seurantatapaamisten yhteydessä täytettäväkseen syömistapakyselyn. Kyseessä on neljän ruotsalaistutkijan kehittämä lomake (Liite 5) jonka avulla tutkitaan vastaajien syömiskäyttäytymistä. Lomaketta analysoitaessa tulokset jaetaan kolmeen ryhmään: CR eli ”cognitive restraint”, UE eli ”uncontrolled eating” ja EE eli ”emotional eating”. (Karlsson, Persson, Sjöström & Sullivan 2000, 1717-1721; Suomen lihavuustutkijat ry a; Suomen lihavuustutkijat ry b.) Vapaasti suomennettuna nämä kolme käsitettä tarkoittavat kognitiivista itsehillintää, kontrolloimatonta syömistä ja tunnepohjaista syömistä.

Kerättyjen tietojen käsittelyssä hyödynnettiin Exceliä ja SPSS 17.0 -ohjelmaa. Syömistapakyselyn tulkintaohjeet löytyivät Suomen lihavuustutkijat ry:n nettisivuilta (Suomen lihavuustutkijat ry b). Tulkintaohjeista puuttuivat kohdat 14-17. Puuttuvat osiot paikattiin International journal of nutrition -lehdestä löytyneen artikkelin pohjalta (de Lauzon ym. 2004).

Tulkinnan helpottamiseksi osallistujien vastauksista muodostettiin niin sanottu ”skaalaan muunnettu pistemäärä”. Muunnettu pistemäärä sai arvon väliltä 0-100. Saatua tulosta tulkittiin siten, että mitä lähempänä sataa se oli, sitä suurempi oli osallistujan CR-, UE- tai EE-arvo. (Suomen lihavuustutkijat ry b.)

Oheisessa kuvaajassa (Kuvio 2) esitetään, millaisia muutoksia osallistujien syömistavoissa oli ilmennyt alku- ja seuranta-aikavälillä. Muutokset olivat olleet myönteisiä. Osallistujien keskimääräinen CR-arvo oli noussut hieman. Tämä tarkoittaa, että kognitiivinen itsehillintä oli parantunut painonhallintaohjelman aikana. Samanaikaisesti UE- ja EE-arvoissa oli tapahtunut laskua, eli sekä osallistujien kontrolloimaton että tunnepohjainen syöminen olivat vähentyneet hieman.

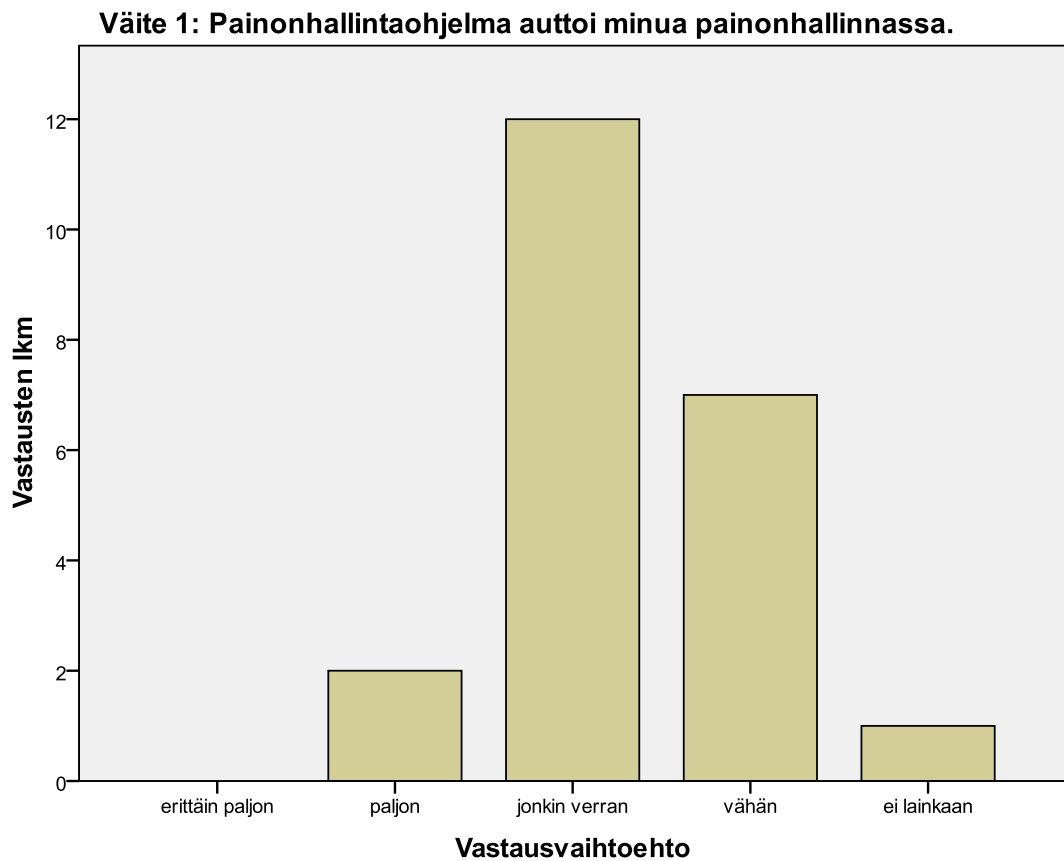


KUVIO 2. Skaalaan muunnettujen pistemäärien keskiarvot kaikilla osallistujilla.

### 4.3 Mieliäidkyselyn tulokset

Osallistujien mieliäiteitä painonhallintaohjelmasta ja sen toteutuksesta selvitetiin seurantaatapaamisessa kyselylomakkeen avulla (Liite 7). Palaute oli keskimääräisesti positiivista.

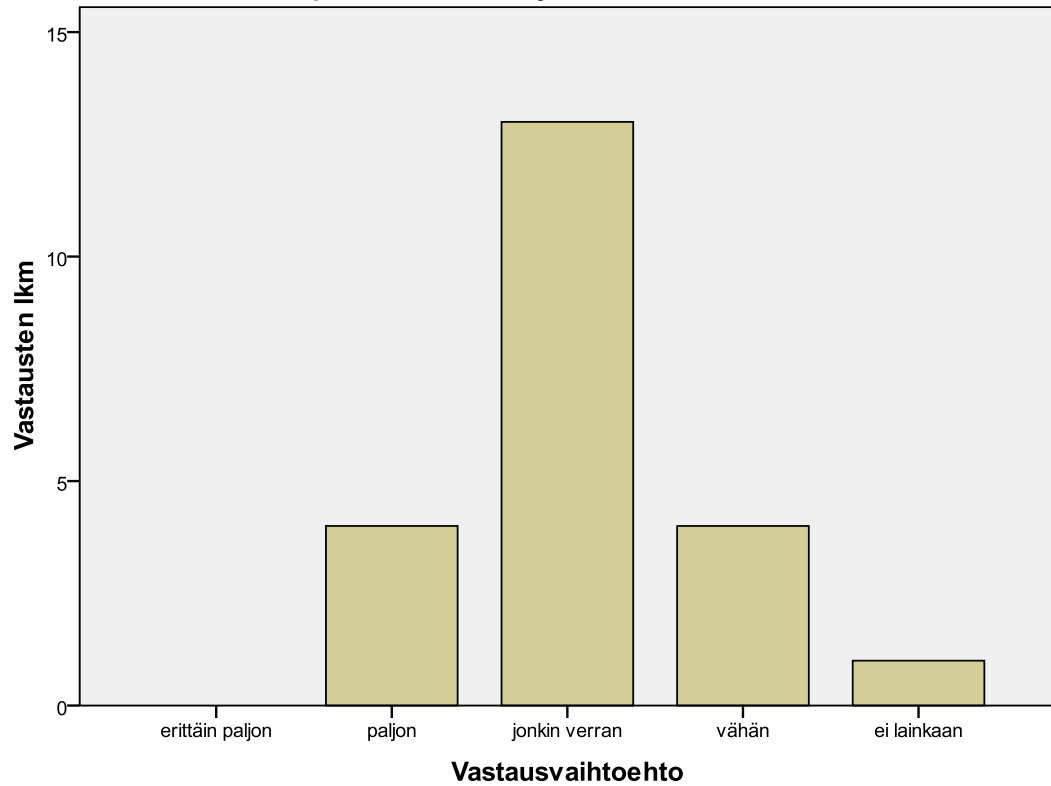
Suurin osa osallistujista koki, että painonhallintaohjelma auttoi heitä painonhallinnassa jonkin verran. Noin kolmasosan mielestä siitä oli apua vähän. Kahdelle siitä oli apua paljon ja yhdelle ei lainkaan. (Kuvio 3.)



KUVIO 3. Painonhallintaohjelman vaikutus osallistujien painonhallintaan.

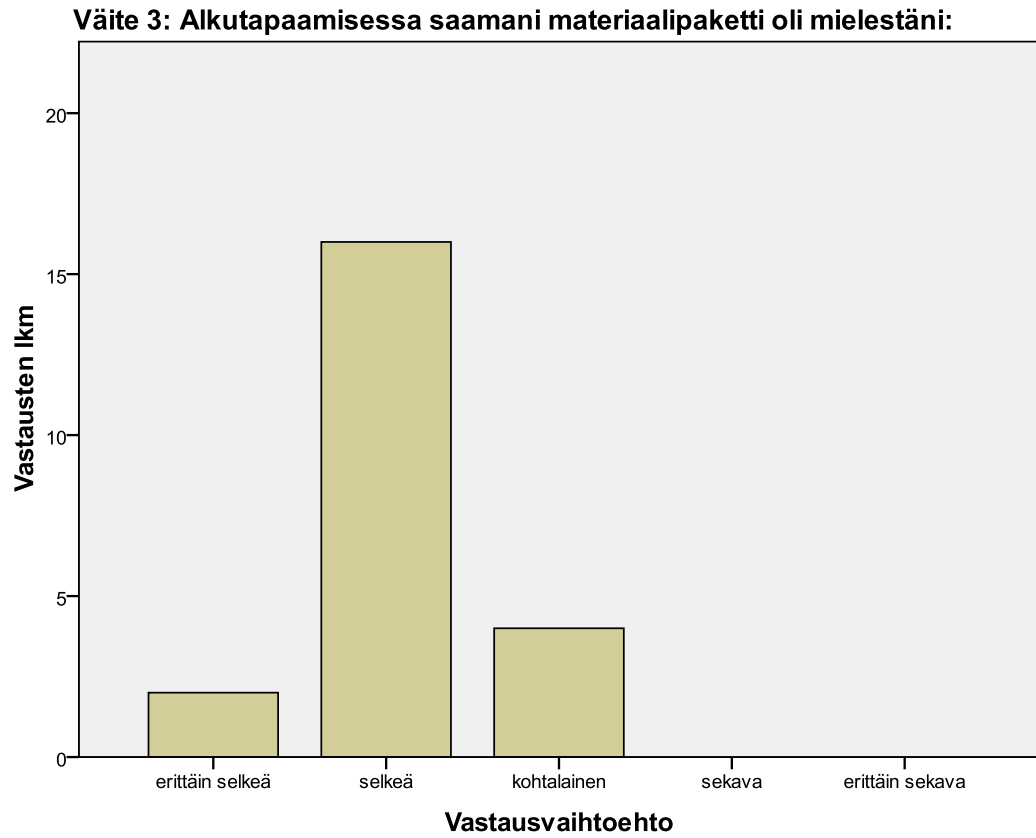
Suurimmalla osalla osallistujista tapahtui jonkin verran muutoksia elintavoissa painonhallintaohjelman aikana. Neljällä heistä muutoksia tapahtui paljon. Yhtä moni koki muutoksia tapahtuneen vähän. Yhdellä muutoksia ei tapahtunut lainkaan. (Kuvio 4.)

**Väite 2: Elintavoissani (ravitseminen ja/tai liikunta) on tapahtunut muutoksia painonhallintaohjelman aikana.**



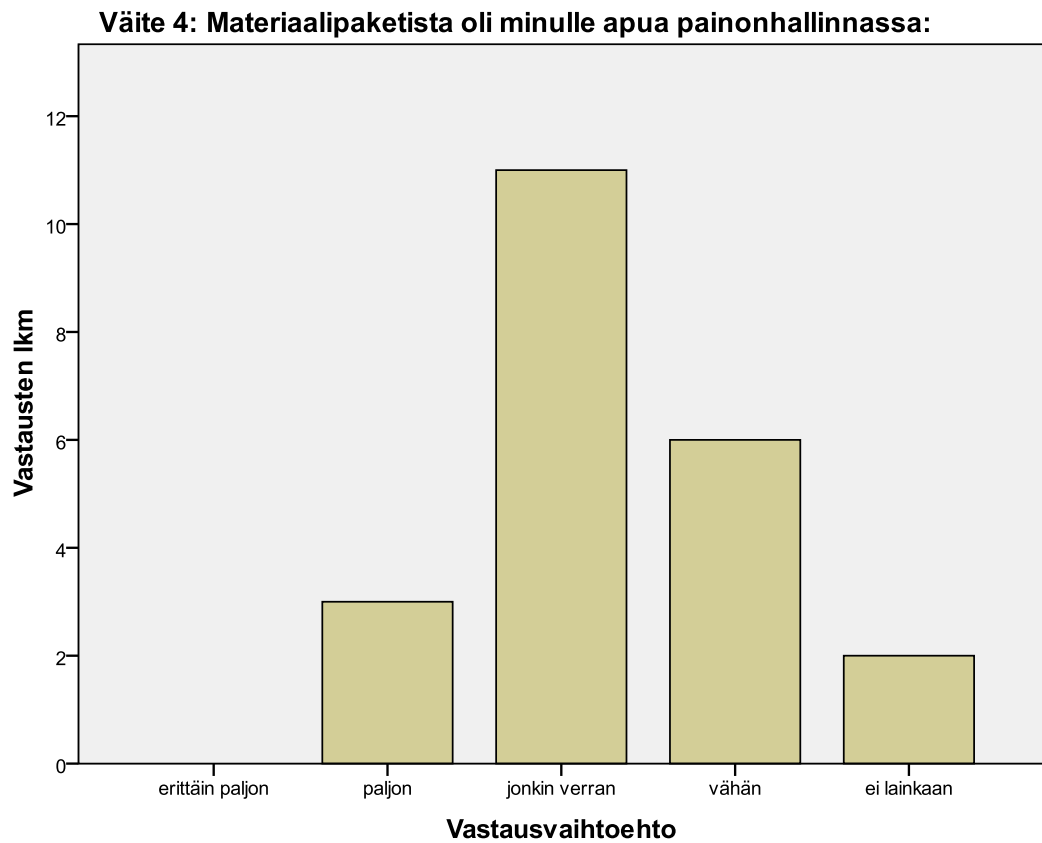
KUVIO 4. Osallistujien elintavoissa tapahtuneet muutokset.

Alkutapaamisessa annettu materiaalipaketti koettiin valtaosan mielestä selkeäksi. Kahden mielestä se oli erittäin selkeää ja neljän mielestä kohtalainen. (Kuvio 5.)



KUVIO 5. Osallistujien mielipide materiaalipaketista.

Materiaalipaketista oli suurimmalle osalle osallistujista hyötyä jonkin verran. Kolme heistä koki saaneensa siitä paljon apua. Vähän apua sai kuusi ja kahdelle siitä ei ollut lainkaan apua. (Kuvio 6.)

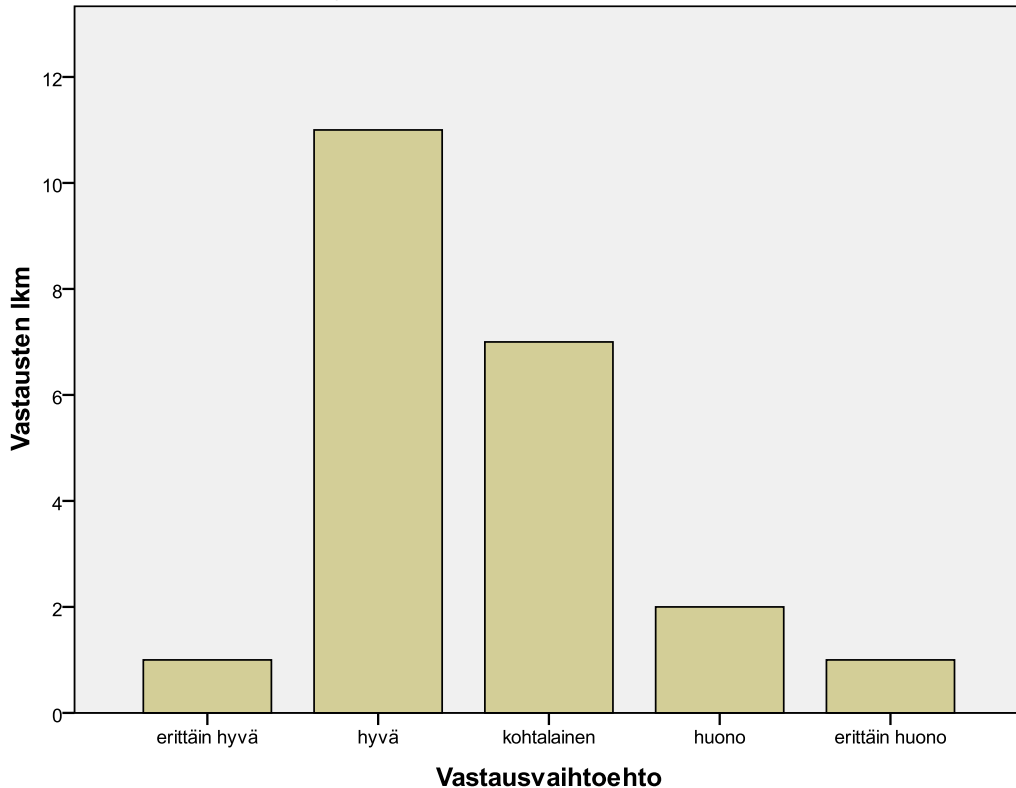


KUVIO 6. Materiaalipaketin antaman avun määrä.



Kokonaisuutena painonhallintaohjelmaa enemmistö osallistujista piti hyvänä. Yhden mielestä se oli erittäin hyvä. Kolmasosa piti painonhallintaohjelmaa kohtalaisena. Kaksi koki ohjelman huonoksi ja yksi erittäin huonoksi. (Kuvio 7.)

**Väite 5: Painonhallintaohjelman toteutustapa oli mielestäni kokonaisuutena:**



KUVIO 7. Osallistujien mielipide painonhallintaohjelmasta kokonaisuutena.

#### 4.4 Painonhallintaohjeiden kokeilu

Osallistujien kokeilemia painonhallintaohjeita selvitettiin seurantatapaamisen kyselylomakkeella (Liite 7). Selkeästi suosituin ohje oli alkutapaamisessa annettuun tietopakettiin tutustuminen. Ainoastaan yksi osallistuja ei tutustunut pakettiin lainkaan. Muita suosittuja ohjeita olivat muun muassa painon mittaaminen, veden juomisen lisääminen sekä rasvaisten, makeiden tai suolaisten ruokien vähentäminen. Vähiten suosittuja ohjeita olivat vyötärön ympäryksen mittaaminen ja kirjaaminen, ruokavaihtoehtojen vähentäminen sekä puurojen ja keittojen syömisen lisääminen. Yhtä lukuun ottamatta kaikki osallistajat kokeilivat vähintään yhtä annetuista painonhallintaohjeista.

Annettujen painonhallintaohjeiden lisäksi osa kokeili myös muita keinoja hallita painoaan. Tällaisia olivat muun muassa rasvahappokapseleiden käyttö, alkoholin kulutuksen vähentäminen sekä hiilihydraattipitoisten ruokien käytön rajoittaminen. Yksi osallistuja kertoi myös miettivänsä, miksi syö ja millaisissa tilanteissa. Toinen taas kertoi lopettaneensa vitamiinien saannista huolehtimisen ja syövänsä sen takia vähemmän mutta monipuolisesti.

#### 4.5 Osallistujien palaute lyhythoito-ohjelmasta ja sen toteutuksesta

Noin puolet seurantatapaamiseen osallistuneista antoi kyselylomakkeen lopussa kirjallista palautetta. Annetuista palautteista kahdeksan oli sävyltään negatiivisia, kaksi selkeästi positiivisia ja kaksi neutraaleja. Yhteensä kirjallisia palautteita annettiin 12 kappaletta.

Negatiivisissa palautteissa oli yhteistä, että niissä moitittiin painonhallintaohjelman ajankohtaa huonoksi. Vastaajien mielestä kesä on huonoa aikaa painonhallinnalle, sillä silloin on loma-aika. Kesällä tulee syötyä tavallista raskaammin ja runsaammin. Myös alkoholia kuluu kesän aikana normaalia enemmän. Muita negatiivisiksi koettuja asioita olivat liika itsenäisyyden korostaminen painonhallinnassa sekä kiireen tuntu ohjaustilanteessa. Osa vastaajista myös totesi, ettei tämä menetelmä yksinkertaisesti toiminut heidän kohdallaan.

Positiivisessa palautteessa kiiteltiin sitä, miten kotona itse tehdyt mittaukset ovat olleet apuna painonhallinnassa. Toinen positiivisen palautteen antajista totesi kirjaamisen paljastaneen hänelle itselleen vaikeat tilanteet.

Sekä neutraalit että monet negatiivissävytteiset palautteet käsittelivät parannusehdotuksia koskien painonhallintaohjelmaa ja sen toteutusta. Palautteissa ehdotettiin muun muassa seurantatapaamisten järjestämistä kerran kuussa. Monen mielestä tapaamisia oli liian vähän. Ohjelmaan toivottiin lisäksi luentoja esimerkiksi terveellisestä ruokavalios- ta ja liikunnan tärkeydestä. Painonhallintaohjelman ajankohdaksi koettiin nykyistä kevät- ja kesäaikaa paremmaksi syksy tai joulun jälkeinen aika.

Suullisen palautteen mukaan osallistuminen tähän tutkimukseen oli saanut lähes kaikki osallistujat miettimään omaa terveyttään. Se oli lisännyt heidän mielenkiintoaan painonhallintaa ja sen pudottamista kohtaan.

#### 4.6 Toteutuksen arviointi

Alun perin tarkoituksemme oli toteuttaa Tampereen psykologian laitoksella kehitetty painonhallinnan psykologinen lyhythoito-ohjelma mahdollisimman tarkasti alkuperäistä toteutustapaa noudattaen. Lähtökohtana olleeseen tutkimukseen nähden teimme muutoksia omassa toteutuksessa. Pyrimme muutoksissa huomioimaan omat resurssimme ja aikataulumme. Muutoksia tehtiin ohjaustilaisuuksien ajankohtaan, osallistumiskriteereihin sekä alku- ja seurantatapaamisten toteutukseen.

Alkuperäisessä tutkimuksessa alkutapaaminen oli järjestetty tammikuussa ja seurantatapaaminen toukokuussa. Jouduimme järjestämään tilaisuudet aikataulullisista syistä siten, että alkutapaamiset olivat toukokuussa ja seurantatapaamiset syyskuussa. Syynä tähän olivat opinnäytetyön tekijöiden muut omat opinnot sekä tarve järjestää tapaamiset mahdollisimman pian. Alku- ja seurantatapaamisten väliin oli jätettävä neljä kuukautta, joten syksyllä järjestettynä aikataulu olisi ollut tekijöiden kannalta liian tiukka. Emme voineet ajatella aikataulua suunniteltaessa optimaalisinta aikaa osallistujien kannalta. Tämä loi kuitenkin meille haasteen, sillä osallistujien saaminen oli erittäin ongelmallista. Mielestämme ajankohdalla oli tässä suuri merkitys. Olimme suunnitteluvaiheessa tehneet SWOT-analyysin, jossa tiedostimme kireän aikataulun ja vähäisen osallistujamäärän olevan uhka. Mikäli ohjaustilaisuudet järjestettäisiin uudelleen, ne alkaisivat heti vuodenvaihteen tai kesän jälkeen. Näin mahdollistettaisiin suurempi osallistujamäärä.

Alkuperäisessä tutkimuksessa osallistujien yläikärajaa ei ollut määritelty. Lisäksi joillakin osallistujilla oli pitkäaikaissairauksia ja -lääkityksiä. Tätä emme pitäneet hyvänä, koska korkea ikä, sairaudet sekä monet lääkkeet voivat vaikuttaa painonhallintaan ja sen tuloksiin. Osallistumiskriteereitä suunnitellessamme päätimme, että ohjaukseen haettaisiin terveitä ylipainoisia henkilöitä. Osallistujien tuli olla 18–64-vuotiaita ja painoindexin vähintään 25. Heillä ei saisi olla pitkäaikaissairauksia eikä -lääkityksiä, sillä ne voi-

sivat vaikuttaa tutkimustuloksiin. Jouduimme kuitenkin tinkimään näistä kriteereistä, koska osallistujamäärä olisi jäänyt nykyistäkin pienemmäksi. Suuressa osallistujamäärässä nämä seikat olisi voitu huomioida ja karsia tällaiset osallistujat pois. Tässä tilanteessa jokainen ohjaustilaisuuteen osallistuva oli kuitenkin meille tärkeä, jotta ohjaustilaisuudet saatiin ylipäänsä järjestettyä. Tämän vuoksi otimme ohjelmaan mukaan henkilöitä, joilla oli pitkäaikais-sairauksia ja -lääkityksiä. Mielestämme tämä oli tilanteeseen nähden oikea ratkaisu, koska tämän opinnäytetyön pääpaino on painonhallintaohjelman toteutuksessa. Saadut tulokset ovat vain karkeasti suuntaa-antavia, eikä tämän työn pääpaino sijoitu niille.

Hankkeesta tiedotettiin aluksi noin 350 henkilöä. Lopulta tutkimuksemme alkutapaamisiin ilmoittautui 27 osallistujaa. Olimme yllättyneet näin vähäisestä osallistujamäärästä, sillä oletimme, että painonhallintaa kohtaan tunnetaan enemmän kiinnostusta. Lisäksi ohjaukseen osallistuminen oli ilmaista. Kyseessä oli vain vähän aikaa vievä ohjelma. Näin jälkempäin ajateltuna, tiedottaminen VireTori/Valkeisen asiakkaille heti alusta lähtien olisi ollut järkevää, koska sitä kautta saimme osallistujia muita tiedotuskanavia nopeammin ja tehokkaammin. Tämä kohderyhmä lienee jo alunperin kiinnostunut omasta terveydestään, joten potentiaalisia osallistujia olisi ollut suhteessa enemmän kuin muissa kohderyhmissä.

Alkutapaamisiin saapui yhteensä 26 henkilöä, eli yksi ilmoittautuneista ei tullut. Mielestämme ryhmäkoot olivat otollisia ryhmätapaamisen onnistumiseen. Tämän kokoiset ryhmät mahdollistivat aikataulussa pysymisen. Kuten suunnittelimme, kesti alkutapaamisten alussa pidetty ohjaustilaisuus noin puoli tuntia. Henkilökohtainen ohjaus ja mittausten teko kesti keskimäärin 12 min/asiakas. Alkutapaamisessa ohjaustilaisuuden sujuva eteneminen oli tärkeää, koska mielestämme se vaikutti halukkuuteen osallistua myös seurantatapaamiseen. Jos alkutapaaminen olisi ollut epämiellyttävä tai huonosti toteutettu, osallistujat tuskin olisivat halunneet osallistua enää seurantatapaamiseen. Taivoittelimme mahdollisimman hyvää osallistumismäärää myös seurantatapaamisiin. Alkutapaamisten sujuvuutta edistimme tarkalla minuuttiaikataululla ja suunnittelemalla tapahtumien kulun tarkasti etukäteen. Ennen alkutapaamisia kävimme läpi suunnitelmat ja mittausten toteutuksen.

Oli mielenkiintoista havaita miten hyvin pysyimme aikataulussa, vaikka jokainen henkilökohtainen ohjaustilanne muokkautui osallistujan tarpeiden mukaan. Mittaukset tehtiin ja opastettiin yhdenmukaisesti, mutta jokainen mittaja hyödynsi ohjaustilanteessa omaa tietämystään ja persoonallisuuttaan.

Alkuperäisessä tutkimuksessa osallistujien mittaukset suoritettiin alkutapaamisen alussa. Ohjaustilaisuus, jossa käytiin läpi materiaalipaketti, oli vasta tilaisuuden lopussa. Päätimme omassa toteutuksessa siirtää mittaukset tilaisuuden loppuun. Tämän ansiosta osallistujien tilaisuuteen käyttämä aika lyheni heidän päästessään poistumaan heti oman mittauksensa jälkeen. Tämä järjestely osoittautui hyväksi, sillä osalla tutkimukseen osallistujista oli kiire, jolloin heidät voitiin mitata ensin. Järjestely teki sujuvaksi koko tapaamisten kulun.

Alkutapaamisten jälkeen keskustelimme ohjaajien kesken ohjaustapahtumista ja olimme sitä mieltä, että toinen alkutapaaminen onnistui kokonaisuutena paremmin kuin ensimmäinen. Molemmissa ohjaustilaisuuksissa pysyimme aikataulussa. Toisen alkutapaamisen ohjaustilaisuus sujui hieman nopeammin kuin ensimmäisen, vaikka tässä tilaisuudessa osallistujia oli neljä enemmän. Tunnelma molemmissa tapaamisissa oli mielestämme hyvä, mutta jälkimmäisessä ohjaustilaisuudessa se oli hieman rennompi. Mielestämme olimme vapautuneempia toisessa ohjaustilaisuudessa, koska meillä oli kokemusta jo yhden ohjaustilaisuuden järjestämisestä.

Seurantatapaamisiin osallistui yhteensä 22 henkilöä. Muistutimme osallistujia tapaamisista viikkoa ennen soittamalla heille tai laittamalla sähköpostitse muistutusviestin. Mielestämme tämä paransi olennaisesti osallistujamäärää, sillä osa osallistujista oli ajatellut perua osallistumisensa. Syynä perumiseen oli painonhallinnassa epäonnistuminen. Saimme heidät kuitenkin vakuutettua osallistumisen tärkeydestä, sillä painonhallinnan epäonnistuminen on tulos siinä missä onnistuminenkin. Työmme kannalta oli olennaista saada mahdollisimman moni osallistuja saapumaan seurantatapaamiseen. Yhden osallistujan kanssa sovittiin, että hän voi tulla mittauksiin ja täyttämään kyselylomakkeet jo puolitoistatuntia ennen tilaisuuden alkua, koska muuten hän ei olisi ehtinyt osallistua seurantatapaamiseen. Tätä varten toinen opinnäytetyöntekijöistä tuli paikalle jo aikaisemmin. Mikäli emme olisi olleet joustavia tämän osallistujan suhteen, meiltä olisi jäänyt hänenkin tiedot saamatta.

Seurantatapaamisten aikataulun onnistumiseen vaikutti hyvät ennakkosuunnitelmat sekä alkutapaamisista saatu kokemus. Osallistujat kävivät seurantatapaamisessa samalla mittajailla kuin alkutapaamisessa. Myös mittaukset olivat samat lukuun ottamatta pituutta, jota ei mitattu enää uudelleen. Tämä helpotti mittaajan ja osallistujan kohtaamista, sillä molemmille osapuolille oli muodostunut jo ennakkoon mielikuva tapaamisesta. Tilanne ei ollut enää uusi.

Pohdimme seurantatapaamisten onnistuneisuutta niiden toteuttamisen jälkeen. Mielestämme tunnelma tapaamisissa oli iloinen ja rento. Toisessa seurantatapaamisessa tunnelma oli hieman rennompia kuin ensimmäisessä. Pohdimme sen johtuvan siitä, että olimme edellisenä iltana pitäneet yhden seurantatapaamisen ja kaikki oli sujunut suunnitelman mukaan. Olimme saaneet lisää varmuutta ensimmäisen tilaisuuden onnistumistuttua. Se auttoi ohjaamaan luontevammin.

Ohjaustilaisuuksia suunnitellessamme olimme SWOT-analyysin avulla pohtineet työmme vahvuuksia, heikkouksia, uhkia ja mahdollisuuksia. Olimme miettineet, olisiko meillä riittävästi ohjaustaitoja, jotta painonhallintaohjelma onnistuisi. Ohjelman järjestämisen jälkeen asiaa pohtiessamme tulimme siihen tulokseen, että ohjaustaitomme olivat riittävät. Tämä ei siis muodostunut heikkoudeksi hankkeemme kannalta.

SWOT-analyysissä olimme kokeneet vahvuudeksi yhteistyön VireTorin kanssa sekä sen, että hankkeemme pohjana oli yliopistossa tehty ja julkaistu tutkimus. ViReTorin koimme vahvuudeksi myös hankkeen toteuttamisen jälkeen. Yliopistossa tehty tutkimus sen sijaan ei jälkikäteen tarkasteltuna ollut aivan yhtä selkeä vahvuus. Syynä tähän olivat alkuperäisessä tutkimuksessa ilmenneet seikat. Näitä seikkoja olemme käsitelleet tarkemmin pohdinnassa.

SWOT-analyysin avulla mahdollisia uhkia määritellessämme näimme muun muassa asiakaskadon seurantatapaamisissa ja mittausavustajien saamisen ongelmiksi. Asiakaskato ei onneksi ollut kovin suuri, vaan suurin osa osallistujista saapui seurantatapaamiseen. Mittausavustajien saamisessa oli ongelmia, sillä yritimme aluksi saada mukaan kolme avustajaa. Saimme mukaan yhden henkilön. Tämä ei muodostunut ongelmaksi, koska osallistujia oli vähemmän kuin alun perin suunnittelimme.

Hankkeen mahdollisuuksina SWOT-analyysissä pidimme opinnäytetyöntekijöiden omaa sekä terveydenhoitoalan kehittymistä. Lisäksi mahdollisuutena oli vaikuttaa painonhallintaohjelmalla myönteisesti osallistujien painoon ja edistää Pohjois-Savon väestön terveyttä painonhallinnan avulla. Opinnäytetyön tekijöiden kohdalla kehittymistä tapahtui monella tavalla (ks. Luku 5). Terveydenhoitoalan kehittymistä tai Pohjois-Savon alueen väestön terveyden edistämistä ei vielä tässä vaiheessa opinnäytetyön tekoa voida arvioida, koska työtä ei ole vielä julkaistu eikä sitä vielä ole voitu hyödyntää. Ohjelmaan osallistujien terveyteen onnistuttiin vaikuttamaan (ks. Luku 4).

## 5 POHDINTA

Opinnäytetyön ja sen toteutuksen kriittinen arviointi on ollut tärkeää koko hankkeen ajan. Kykyä kriittiseen arviointiin on tarvittu, koska tämän työn aikana on jouduttu tekemään useita koko hankkeen etenemiseen vaikuttaneita päätöksiä. Päätöksentekotaidot ovat olleet olennaisia, jotta hanke on saatu toteutettua. Arviointikykyä on harjoiteltu koko koulutuksemme ajan. Tämän opinnäytetyön tekeminen on edistänyt tätä taitoa.

Toiminnalliselle opinnäytetyölle asettamamme tarkoitus oli toteuttaa käytännössä Tampereella kehitetty lyhyempi painonhallinnan psykologinen lyhythoito-ohjelma. Tämä tavoite saavutettiin. Meille selvisi, että ohjelma soveltuu sairaanhoitajaopiskelijoiden käyttöön, sillä koulutuksemme antaa meille laaja-alaiset valmiudet tehdä ohjaustyötä. Havaitsimme kuitenkin, että opintoihin kaivattaisiin lisää perustietoa liittyen painonhallintaan ja painonpudotukseen. Olimme hankkineet sitä itse opinnäytetyötä tehdessä ja näin pystyimme hyödyntämään sitä ohjaustilaisuudessa.

Painonhallintaohjelmalla oli positiivista vaikutusta ainakin osalle osallistujista. Mikäli ohjelmaa toteutettaisiin systemaattisesti ja laajemmin, voitaisiin sillä vaikuttaa Pohjois-Savon väestön terveyteen. Painonhallintaohjelmaa voitaisiin soveltaa käyttöön esimerkiksi työterveyshuollossa.

Tämän opinnäytetyön kautta halusimme kehittää ammatillista osaamista ylipainoisten asiakkaiden ohjaamisessa ja pyrimme samalla syventämään tietojamme painonhallin-

nasta, ylipainosta sekä sen aiheuttamista ongelmista. Olemme saavuttaneet tämän tavoitteen ja mielestämme meillä on nyt entistä paremmat valmiudet tehdä ryhmä- ja yksilöohjausta tulevassa ammatissamme.

## 5.1 Oman oppimisen arviointi

Opinnäytetyön teko on ollut pitkä ja vaativa prosessi. Sen tekeminen on kuitenkin monella tavalla edistänyt kehittymistä kohti valmiin sairaanhoitajan ammatillisia vaatimuksia. Sairaanhoitajaopiskelijan osaamisvaatimukset ovat laajat, mikä on tuntunut myös tätä työtä tehdessä. Painonhallinohjelman järjestäminen ja toiminnan arviointi ovat vaatineet monipuolista tieto-taitoa ja uuden oppimista. Myös tervettä itsekritiikkiä ja asioiden objektiivista tarkastelua on tarvittu.

Olemme tarkastelleet oppimaamme sairaanhoitajaopiskelijan osaamisvaatimusten mukaan. Keskeisiä osa-alueita ovat eettinen toiminta, terveyden edistäminen, hoitotyön päätöksenteko, ohjaus ja opetus, yhteistyö, tutkimus- ja kehittämistyö, johtaminen, monikulttuurinen hoitotyö, yhteiskunnallinen toiminta, kliininen hoitotyö ja lääkehoito. Jokainen näistä osa-alueista on tullut muodossa tai toisessa vastaan tätä työtä tehdessä. Ammatillinen kehittyminen sairaanhoitajaksi tapahtuu näiden osaamisen eri osa-alueiden kautta.

### *Eettisyys*

Tämän opinnäytetyön tekijät ovat koko opinnäytetyöprosessin ajan pyrkineet siihen, että lopputuloksena olisi eettisesti mahdollisimman korkeatasoinen työ. Sen eettistä tasoa voidaan peilata Tutkimuseettisen toimikunnan julkaisemia tutkimusetiikkaa käsitteleviä ohjeita vasten. Niiden mukaan julkaistun työn tulee muun muassa noudattaa yleisesti tunnustettuja toimintatapoja, kuten ”rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa”. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 24; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2004, 1-3.)



Eettisesti erittäin tärkeä asia on ollut osallistujien tietosuojaa. Tutkimustiedotteessa korostimme osallistumisen vapaaehtoisuutta. Kerroimme, että tutkimuksen aikana kerättyjä tietoja käsitellään luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Tiedot olisivat vain opinnäytetyön tekijöiden tiedossa ja hallussa. Osallistujilla olisi halutesaan mahdollisuus keskeyttää tutkimus ja pyytää hävittämään kerätyt tiedot. Kerroimme keräävämmme osallistujien yhteystiedot ilmoittautumisen yhteydessä ainoastaan tiedotusasioiden vuoksi. Yhteystietojen luovuttaminen oli vapaaehtoista. Kaikki kerätyt tiedot luvattiin hävittää opinnäytetyön julkistamisen jälkeen.

Kunkin osallistujan lomakkeet tuli erotella tietojen käsittelyä varten. Tietosuojan vuoksi emme voineet kirjata näille lomakkeille esimerkiksi nimiä, koska tämä olisi saattanut loukata tietosuojaa. Ratkaisimme tämän ongelman kehittämällä koodituksen. Sen avulla pystyimme erottelemaan tiedot toisistaan, mutta henkilöiden tunnistaminen sen perusteella oli mahdotonta.

Eettisyyttä on sekin, että koko hankkeen ajan osallistujille taattiin tiedonsaantimahdollisuus. Sekä alku- että seurantatapaamisissa osallistujat saivat esittää kysymyksiä sekä yhteisien osuuksien että henkilökohtaisempien mittaustilaisuuksien yhteydessä. Lisäksi heille annettiin tutkimustiedotteiden yhteydessä opinnäytetyön tekijöiden nimi- ja yhteystiedot, jotta he voisivat tarpeen vaatiessa ottaa yhteyttä.

Pyrimme siihen, että osallistujilta kerätyt tiedot on kirjattu ja käsitelty asianmukaisin menetelmin. Kirjaamisessa on käytetty yhteistyökumppanin ja ohjaavan opettajan hyväksymiä lomakkeita. Kerättyjen tietojen käsittelyssä on käytetty hyväksi havaittuja menetelmiä, kuten SPSS 17.0 -ohjelmaa. Loppupäätelmät on esitelty tässä opinnäytetyössä, joka tulee olemaan vapaasti saatavilla Theseus-tietokantaan.

Intimiteettisuoja on tärkeä asia. Pyrimme ottamaan tämän huomioon järjestämällä mitaukset erillisissä huoneissa, joiden oven sai kiinni. Syynä tähän oli mittausten yhteydessä tapahtuva riisuuntuminen. Mielestämme painosta puhuminen on henkilökohtainen asia. Puhuminen voi olla helpompaa, jos ympäristö on rauhallinen, eikä ulkopuolisia ole paikalla.

### *Terveyden edistäminen ja yhteiskunnallinen toiminta*

Terveyden edistäminen on ollut tämän opinnäytetyön keskeisimpiä elementtejä. Tarkoituksena on ollut paikallisella tasolla edistää terveyttä ylipainoisen väestön keskuudessa. Tämä osa-alue on erittäin tärkeä, sillä sairaanhoitajina olemme ennen kaikkea terveyden edistäjiä ja sen ylläpitäjiä. Tämänkaltaisen yhteiskunnallinen toiminta on tärkeää taistelussa väestön ylipainoisuutta vastaan. Olemme saaneet hyvän tilaisuuden nähdä, millaisia mahdollisuuksia ja ongelmia voi tämänkaltaiseen painonhallintaohjelmaan liittyä. Toteutus on opettanut kantapään kautta paljon muun muassa siitä, että on vaikea saada kiinnostuneita osanottajia, vaikka tarjolla oli ilmainen ja vähän aikaa vievä painonhallintaohjelma.

Hankkeemme taustalla oli myös halu vaikuttaa opinnäytetyömme kautta koko ammattialamme kehittämiseen, jotta terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäiseminen on luonteva osa sairaanhoitajien päivittäistä työtä. Meille selvisi, että koulutuksemme antaa meille hyvät valmiudet toteuttaa käytännössä tämän tyyppistä ohjausta. Ainoastaan tietoutta painonhallinnasta ja –pudottamisesta tarvitsemme lisää. Osallistujat esittivät kysymyksiä muun muassa ruokavalioon, painonpudotusnopeuteen ja energian kulutukseen liittyen. Osa ihmetteli, miksi paino nousee laihduttamisen jälkeen nopeasti takaisin entisiin lukemiin. Näihin kysymyksiin pystyimme vastaamaan, koska olimme opinnäytetyötä tehdessä perehtyneet näihin asioihin.

### *Ohjaus ja monikulttuurisuus*

Alku- ja seuranta tapaamisten yhteydessä pääsimme kehittämään ohjaustaitojamme. Yhteisen koko ryhmälle suunnatun ohjaustilanteen lisäksi ohjausta tapahtui osallistujakohtaisesti mittausten yhteydessä. Oli mielenkiintoista toteuttaa saman illan aikana molemmat ohjausmuodot ja havaita konkreettisesti kuinka erilaisia taitoja näissä ohjaustilanteissa tarvitaan. Ryhmäohjaus toteutui tietyn kaavan mukaan ja oli siten tavallaan turvallisempi toteuttaa. Yksilöohjauksessa vuorovaikutustaidot korostuivat ja tekivät ohjaustilanteesta haastavamman ja mielenkiintoisemman. Myös tiedotteet, joilla etsittiin osallistujia, voidaan luokitella ohjaukseksi, sillä niiden avulla kerroimme lyhyesti painonhallintaohjelmasta.

Hyvät vuorovaikutustaidot olivat tärkeitä, sillä jokainen osallistuja oli yksilöllinen persoona. Ohjauksessa oli huomioitava jokaisen osallistujan yksilölliset tarpeet ja voimavarat. Aina kun kohtaamme toisen ihmisen, kohtaamme myös toisen kulttuurin. Näissä tilanteissa on osattava kuunnella ohjattavaa, sillä jokaisen kulttuurin sisällä on yksilö, jolla on omat arvonsa ja asenteensa. Tämä edellyttää ohjaajalta aitoa kiinnostusta toista kohtaan.

Kannustimme jokaista osallistujaa tekemään itselle sopivia elämänmuutoksia. Annoimme neuvoja liittyen ravitsemukseen ja liikuntaan. Esimerkiksi nivelkivuista kärsiville neuvoimme sellaisia liikuntamuotoja, jotka ovat heille sopivia. Lisäksi keskustelimme ylipainoon liittyvistä terveysriskeistä ja niiden ehkäisystä. Tavoitteena oli saada osallistujat motivoitumaan painonhallintaan tai painonpudotukseen, mutta toteuttaa ohjaus siten, että lopulliset päätöksen elämäntapojen muutoksesta tekee ohjattava itse.

Mielestämme meillä ohjaajilla olisi ollut valmiuksia antaa ohjausta ja neuvoja enemmänkin, mutta yksittäistä asiakasta kohden varattu aika oli rajallinen. Opintojen aikana olimme saaneet perustietoa ravitsemuksesta ja terveystieteistä. Lisäksi tämän opin- näytetyön myötä saimme lisätietoa painonhallintaan ja -pudotukseen liittyen. Näitä tietoja hyödynsimme mittaustilaisuuksissa keskustellessamme osallistujien kanssa kahden kesken.

### *Päätöksentekotaidot*

Hoitotyön päätöksentekoa on ollut muun muassa se, että olemme miettineet kriittisesti koko hankkeen toteutusta. Esimerkiksi osallistujien valintaan ja itse tapaamisissa heidän kanssaan työskentelyyn on liittynyt monia asioita, jotka ovat vaatineet päätöksiä ja kriittistä ajattelua. Hoitotyön päätöksentekoon kuuluu myös asianmukainen kirjaaminen, jonka olemme pyrkineet hoitamaan tarvittavien lomakkeiden avulla.

Päätöksentekotaitomme kehittyivät koko oppinäytetyöprosessin ajan. Ajantasaisen tiedon etsiminen luotettavista lähteistä oli tärkeää. Painoon liittyviä julkaisuja on tarjolla runsaasti, mutta hyvän tutkimustiedon poimiminen tästä joukosta oli haastavaa. Tieto- ja viestintäteknikan taidot kehittyivät tiedonhankinnassa sekä tietojen käsittelyssä.

Olemme oppineet etsimään tietoa tarkoituksenmukaisemmin erilaisista tietokannoista ja soveltamaan sitä käyttöömme.

#### *Tutkimus- ja kehittämistyö sekä johtaminen*

Opinnäytetyö itsessään edustaa tutkimus- ja kehittämistyötä, sillä tavoitteenamme on ollut soveltaa jo olemassa olevaa painonhallintaohjelmaa. Onnistunut painonhallintaohjelman toteutus luo pohjan tuleville hankkeille, joissa voidaan hyödyntää tätä painonhallintaohjelmaa. Tekemämme pohjatyö voi edistää tämän painonhallintamenetelmän käyttöönottoa esimerkiksi VireTori/Valkeisella.

Tulevina hoitotyön ammattilaisina hyödynnämme hoitotyössä muun muassa tutkimustietoon perustuvaa tietoa sekä hoitosuosituksia. Olemme oppineet tämän prosessin aikana etsimään, käsittelemään sekä hyödyntämään tietoja. Teoreettiset tiedot ovat syventyneet ja meistä on tullut entistä kriittisempiä tutkittua tietoa kohtaan. Tarvitsemme toiminnallemme perusteluja, jotta voimme toteuttaa ja kehittää ammattimaisesti hoitotyötä. Tulevassa työssä sairaanhoitajina olemme vastuussa oman ammattitaitomme kehittämisestä ja ylläpitämisestä.

Johtamistaitojamme saimme kehittää sitoutuessamme hankkeen toteutukseen. Hankkeen toiminnallinen suunnittelu ja toteutus vaativat meiltä tekijöiltä itsenäistä kokonaisuuden sekä osien hahmottamista, aikatauluttamista sekä jatkuvaa arviointia. Ohjaava opettaja oli apuna, mutta vastuu suunnittelusta ja toteutuksesta oli meillä itsellämme. Kyky vastuun kantamiseen kahden tekijän yhteisessä hankkeessa oli erittäin tärkeää. Vaikeita tilanteita tuli vastaan, mutta niistä selvittiin.

#### *Kliininen hoitotyö*

Kliinistä hoitotyötä ovat edustaneet osallistujille tehdyt mittaukset, sillä niiden toteutus vaatii oikeaoppisia tekniikoita ja käytännön osaamista. Näitä taitoja olemme kehittäneet tuoreen tutkimustiedon pohjalta sekä harjoittelemalla esimerkiksi vyötärönympäryksen mittaamista toisillamme. Osalle osallistujista tuli yllätyksenä se, että pituutta oli vähemmän kuin edellisessä mittauksessa, josta oli kulunut jo vuosia. Tiedetään, että ihminen alkaa lyhentyä 40 ikävuoden jälkeen ja se johtuu luuston kasaan painumisesta (Val-

lejo Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2007, 24). Oikeat asiakastapaamiset ovat olleet kullanarvoisia kokemuksia, joista oppimiamme asioita voimme jatkossa hyödyntää tulevassa työssämme. Hankkeemme kannalta mittaukset eivät ole olleet merkittäviä, mutta mielestämme ne olivat hyvä lisä työhömmme.

### *Lääkehoito*

Lääkehoito oli monia muita osa-alueita pienemmässä roolissa, mutta senkin huomiointi oli olennaista työmme kannalta. Osallistujien valintakriteereitä pohtiessamme jouduimme miettimään, millaisia vaikutuksia eri lääkkeillä on painoon ja sen hallintaan. Vähäisen osallistujamäärän vuoksi jouduimme ottamaan mukaan muutamia sellaisia henkilöitä, joilla oli pitkäaikaislääkityksiä. Neuvoimme heitä keskustelemaan lääkkeen vaikutuksista painoon ja sen hallintaan oman lääkärin kanssa. Mielestämme lääkkeen määrännyt lääkäri on paras henkilö arvioimaan lääkkeen kokonaisvaltaisia vaikutuksia. Tiedossamme oli, että tietyillä lääkeaineilla voi olla vaikutusta painoon (Saano 2007, 346).

### *Yhteistyötaidot*

Opinnäytetyön tekeminen kehitti monipuolisesti yhteistyötaitojamme. Olemme tehneet tiivistä yhteistyötä joidenkin koulumme opettajien sekä opinnäytetyön yhteistyökumppanina toimivan VireTorin projektipäällikön ja koordinaattorin kanssa. Hankkeen tiedottamisvaiheessa olimme yhteydessä kuuteen hoiva- ja hoitokodin yhteyshenkilöön sekä yhteen kolmannen sektorin toimijaan. Heidän kauttaan saimme välitettyä tietoa painonhallintaohjelmastamme. Myös osallistujien kanssa työskentely kuuluu yhteistyön osa-alueeseen. Vuorovaikutustaitomme ovat kehittyneet hyvin paljon tämän työn aikana. Tämä on hyvä, sillä tarvitsemme tätä taitoa tulevassa ammatissamme päivittäin.

Yhteistyötä on ollut myös opinnäytetyön tekijöiden välinen kanssakäyminen. Tämän tyyppisen suuren työn tekeminen kahdestaan luo omat haasteensa. Näkemuserot ja aikataulujen yhtensovittaminen ovat olleet haastavia. Helpotimme näitä ongelmia työskentelemällä pääosin itsenäisesti omiin aihealueisiin keskittyen. Neuvottelutaitojen kehittäminen, kompromissien tekeminen sekä ohjaavan opettajan ohjaustaidot olivat tärkeässä roolissa, jotta yhteisen opinnäytetyön saatiin tehtyä.

## 5.2 Hankkeen toteutuksen onnistuneisuus

Opinnäytetyön onnistuneisuutta voidaan arvioida osallistujilta saadun kirjallisen ja suullisen palautteen avulla. Osallistajat vastasivat alku- ja seurantatapaamisissa syömistapa-kyselyyn. Molemmilla kerroilla heille tehtiin myös mittauksia, joiden avulla selvitettiin heidän painonsa, BMI:nsä ja vyötärönmpäryksensä.

Saatujen tulosten mukaan toteuttamamme painonhallintaohjelma vaikuttaa olleen hyvä, sillä se on keskimääräisesti edistänyt osallistujien terveyttä (ks. luku 4) Kaikilla osallis-tujilla muutoksia myönteisempään suuntaan ei ole tapahtunut, mutta toisaalta mikään painonhallintamenetelmä ei liene täysin aukoton.

Painonhallinnassa onnistuneet tuntuivat sisäistäneet painonhallinnan perusidean: muu-toksien on oltava pysyviä, koko loppuelämän jatkuvia. Hetkelliset tehokuurit eivät edus-ta kestäväää painonhallintaa, vaan kyse on itselle mieluisista muutoksista, joita haluaa ja jaksaa noudattaa joka päivä. Onnistujat kokivat painonhallinnan positiivisena asiana, jonka toteuttaminen on ajoittain haasteellista, mutta keskimäärin mieluisaa. Itselle sopi-via vaihtoehtoja löytyi ja esimerkiksi liikunnan harrastamisesta tuli joillekin osallistujil-le uusi osa elämää.

Painonhallinnassa epäonnistuneista monet selittivät asiaa huonolla ajankohdalla. Kesä koettiin huonoksi ajaksi painonhallintaa ajatellen, koska silloin syödään ja juodaan ta-vallista raskaammin. Painonhallinnan ideana on kuitenkin muutosten pysyvyys vuoden-ajasta riippumatta, joten tämä ei yksinään selitä sitä, miksi osa ei saavuttanut myönteisiä tuloksia ohjelman avulla. Osasyynä voi olla sitoutumattomuus tai haluttomuus tehdä pysyviä muutoksia. Painonhallinta vaatii lujaa tahtoa ja aikaa miettiä, millaiset muutok-set elämäntavoissa ovat sopivia juuri itselle. Niihin on sitouduttava ja noudatettava niitä, muuten ei tuloksia saa. Itselleen voi sallia hetkellisiä lipsahduksia, mutta niitä sattuessa ei tulisi heti luovuttaa eikä toisaalta myöskään antaa lipsahdusten muuttua jokapäiväi-siksi.

Syitä painonhallinnan vaikeuteen voi hakea arjesta. Elämä voi olla epätasaista ja kun-nolliset rutiinit saattavat puuttua. Elämäntilanne voi olla sellainen, että elämästä puuttuu

rytmi. Kiire, vuorotyö tai työttömyys vaikeuttaa elämän rytmitystä. Rytmikkyys voi edistää elämänhallintaa, jota puolestaan painonhallinta vaatii.

Osallistujien saaminen mukaan tutkimukseemme oli odottamattoman vaikeaa. Voidaan olettaa, että ylipainoisia oli enemmän kuin vain ne jotka lopulta ottivat osaa painonhallintaohjelmaan. Ilmiö oli mielenkiintoinen. Totesimme, ettei edes ilmainen ja erittäin vähän aikaa vievä painonhallintaohjelma kiinnosta suurta yleisöä. Mistä moinen voisi johtua? Pohdimme, voisiko yksi syy ylipainoisten suureen määrään maassamme olla nimenomaan tämä kiinnostuksen puute painonhallintaa ja sitä myötä omaa terveyttä kohtaan? Ovatko kaupalliset nopeita ja tehokkaita tuloksia lupailevat mainokset vetoavampia, kuin tieteelliseen tutkimukseen pohjautuva ohjelma? Näkyykö yhteiskunnassamme näkyvä kasvava välinpitämättömyys myös välinpitämättömyytenä omaa terveyttä kohtaan?

Kaiken kaikkiaan mielestämme painonhallintaohjelman toteutus onnistui tilanteeseen nähden hyvin. Ohjelma saatiin toteutettua ja suurin osa osallistujista pysyi mukana seurantatapaamisiin saakka. Saadun palautteen mukaan ohjelma koettiin keskimäärin hyväksi. Myös positiiviset tulokset syömistavoissa ja painonhallinnassa tukevat ohjelman käytettävyyttä, joskin näitä tuloksia täytyy pitää vain viitteellisinä.

### 5.3 Hankkeen luotettavuus

Opinnäytetyön luotettavuutta kuvaavat sen uskottavuus ja vakuuttavuus. Tätä voidaan arvioida sen reliabiliteetin sekä validiteetin avulla. Reliabiliteetti tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta ja tarkkuutta. Käytännössä tämä ilmenee siten, että tulokset ovat johdonmukaisia ja muiden tutkijoiden on mahdollista toistaa se vastaavissa olosuhteissa. Validiteetti tarkoittaa työn pätevyyttä, eli ”mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoitus mitata”. (Heikkilä 2008, 29-30; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 231, 437.)

Tämän opinnäytetyön reliabiliteettia tukee se, että toteutettu painonhallintaohjelma noudattaa mahdollisimman tarkoin lähtökohtana olleen Ohjaajan oppaan (Lappalainen & Turunen 2007) antamia ohjeita. Asiakkailta teetetty syömistapakysely (Liite 5) teetet-

tiin myös alkuperäisessä tutkimuksessa. Saamamme tulokset ovat samansuuntaisia kuin alkuperäisessä saavutetut, eli asiakkailta tapahtui myönteisiä muutoksia painossa, BMI:ssä ja syömistottumuksissa. Mittaukset pyrittiin suorittamaan siten, että asiakkaat mitattiin alku- ja seurantatapaamisissa samoilla välineillä. Myös mittaajat olivat samoja molemmilla kerroilla.

Mielestämme tässä työssä käytetyt mittarit ovat olleet hyviä. Syömistapakysely on laajasti käytössä. Itse kyselylomake ja sen tulkintaohjeet ovat julkisesti saatavilla. Mielestämme tämä mittari oli helppokäyttöinen, vaikkakin tulkintaa varten piti etsiä lisäohjeistusta.

Tässä opinnäytetyössä on käytetty useita eri kirjallisia lähteitä. Osalla näistä lähteistä ei ole suurta tieteellistä arvoa. Perustelemme näiden lähteiden käyttöä sillä, että ne ovat sellaisia, joita tavallinen kuluttaja todennäköisesti käyttäisi. Esimerkiksi Valituista paloista ja Apteekin hyllyltä -julkaisusta poimitut kohdat ovat sellaisia, jotka ovat tavalliselle kuluttajalle helposti saatavilla. Näiden lähteiden luotettavuus tai tieteellinen arvo eivät ole yhtä hyviä kuin tieteellisten julkaisujen, mutta päätimme ottaa tietoisien riskin. Koemme hyvänä oman ammattimme näkökulmasta, että tiedämme millaista ja minkä tasoista tietoa on tarjolla tavallisille painonhallinnasta kiinnostuneille kuluttajille.

#### 5.4 Hankkeen hyödynnettävyys ja sovellettavuus

Saadun asiakaspalautteen perusteella toivottiin jatkoa painonhallintaohjelmalle. Saatujen hyvien kokemusten perusteella mielestämme tätä painonhallintaohjelmaa voidaan hyödyntää jatkossakin. Ohjelmaa voi hyödyntää sellaisenaan tai osana painonhallinnan ohjausta esimerkiksi VireTorilla, jossa opiskelijoilla on hyvät mahdollisuudet kehittää muun muassa ohjaustaitojaan. Ohjelma sopisi käytettäväksi myös muualla, joskin ohjaajien on suositeltavaa olla terveysalan ammattilaisia tai pitkälle edenneitä opiskelijoita. Ohjelmaan voi kenties lisätä terveyden edistämiseen liittyviä luentoja tai käytännön ohjeita painonhallintaan. Käytännön ohjeet voivat liittyä esimerkiksi ravitsemukseen tai ruuan valmistukseen.



Tämän työn pohjalta voitaisiin tehdä jatkotutkimus, jossa seurattaisiin ovatko painonhallintaohjelmaamme osallistuneet henkilöt säilyttäneet saavuttamansa positiiviset muutokset. Olisi mielenkiintoista nähdä, millaisia muutoksia heille on tapahtunut vaikkapa kahden vuoden kuluttua. Kahden vuoden seurantatutkimus on toteutettu myös alkuperäisen tutkimuksen pohjalta, joten saatuja tuloksia voitaisiin verrata keskenään.

Toinen seurantatutkimuksen aihe voisi olla painonhallintaohjelman toteutus toisissa olosuhteissa, esimerkiksi työterveyshuollossa. Tämänkin opinnäytetyön pohjana ollut alkuperäinen tutkimus antaa mahdollisuuden testata myös pidempää painonhallintaohjelmaa, johon kuuluu useampia tapaamiskertoja. Näiden tapaamisten sisältö on määritelty Ohjaajan oppaassa (Lappalainen & Turunen 2007). Valmiille pohjalle on helppo lähteä rakentamaan uutta.

## 5.5 Johtopäätökset ja kehittämishaasteet

Kaikkea voi aina tehdä paremmin, niin myös tämän työn kohdalla. Esimerkiksi osallistujamäärä muodostui isoksi ongelmaksi opinnäytetyön toteutuksen kannalta, sillä emme päässeet lähellekään tavoitettamme. Tavoitteenamme oli saada 80-100 osallistujaa ja nyt loppuun asti mukanaolijoita oli vain 22. Heitä oli tavoitteisiin nähden vähän. Olimme voineet yrittää haalia heitä lisää esimerkiksi yhteistyökumppanimme VireTorin kautta, mutta tajusimme tämän mahdollisuuden vasta liian myöhään.

Alkuperäinen suunnitelmamme oli tehdä määrällinen tutkimus, jossa toteuttaisimme mittaukset ja kyselyt riittävän suurella osallistujajoukolla ja vertaisimme saatuja tuloksia alkuperäisen tutkimuksen tuloksiin. Toiminnalliselle opinnäytetyölle ei ole tyypillistä, että se sisältäisi mittaustuloksia tai tulosten analyysiä. Halusimme kuitenkin saada edes suuntaa-antavia viitteitä siitä, miten toteuttamamme painonhallintaohjelma toimisi. Tämän vuoksi opinnäytetyössä on edelleen mukana asiakkaiden painon, vyötärönympäryksen ja BMI:n mittaukset. Myös syömistapakysely on tällainen jääne. Päätimme kuitenkin toteuttaa ne alkuperäisten suunnitelmien mukaisesti ja sisällyttää ne opinnäytetyöhömmö. Tulokset eivät ole tilastollisesti merkitseviä, vaan etäisesti suuntaa-antavia. Mielestämme ei ollut tarpeellista poistaa mittauksia opinnäytetyöstä. Tarkoitus oli opettaa osallistujille joka tapauksessa painon, BMI:n ja vyötärönympäryksen mittaaminen

kotioloissa alkuperäisen mallin mukaisesti. Saadut tulokset kirjattiin ylös, eikä lisätyö ollut kohtuuton. Näistä tuloksista saimme lisää sisältöä opinnäytetyöllemme.

Opinnäytetyön tekemisen aikana saimme käsiimme alkuperäiseen painonhallintaohjelmaan liittyviä julkaisuja. Osa oli erittäin vaikeasti saatavilla, joten emme päässeet tutustumaan niihin oman työmme alkumetreillä. Jos olisimme, emme välttämättä olisi valinneet tätä aihetta työllemme. Alkuperäisessä tutkimuksessa oli muutamia sellaisia seikkoja, jotka mielestämme alensivat sen tieteellistä arvoa. Esimerkiksi osallistujien yläikärajaa ei ollut määritelty ja monilla oli pitkäaikaislääkityksiä ja -sairauksia. Näitä asioita ei riittävästi huomioitu tulosten tulkinnassa, vaikka mielestämme nämä tekijät vaikuttavat niihin. Mielestämme tällaiset osallistujat olisi pitänyt karsia pois luotettavamman tuloksen saavuttamiseksi. Lisäksi meissä herätti ihmetystä se, että osa tuloksista oli kerätty osallistujien itsensä mittaamina. Itse emme ottaneet tulosten käsittelyyn lainkaan mukaan tällaisia mittaustuloksia, koska osallistujien itse mittaamina ne eivät ole yhtäpitäviä virallisten mittaustulosten kanssa. Mielestämme tällaiset mittaustulokset vääristävät lopullisia tuloksia. Ihmettelimme myös alkuperäisessä tutkimuksessa tehtyä ratkaisua mitata osallistujat sisävaatteet päällä. Osallistujilla ei liene ollut samat vaatteet päällä eri mittauskertojen yhteydessä. Mielestämme vaatteiden paino vaikuttaa painon määrittelyyn. Itse ratkaisimme tämän mittaamalla osallistujat siten, että heillä oli vain alusvaatteet päällä. Näin tulosten virheellisyys minimoitiin.

Toivoisimme sairaanhoitajien koulutukseen lisää perustietoa liittyen painonhallintaan ja -pudotukseen. Ylipaino on kasvava kansanterveydellinen ongelma ja sairaanhoitajat tulevat työssään kohtaamaan tämän haasteen. Mielestämme hyvä tietoperusta antaisi hoitohenkilökunnalle lisää rohkeutta ja kykyä toimia ohjaajana sekä puuttua asiakkaiden/potilaiden paino-ongelmiin.

Kokemustemme mukaan elämäntapaohjausta saatetaan vähätellä ja asiakkaiden/potilaiden hoito keskitetään lähinnä hoitoon tulon syyhyn, kuten hoidettavaan sairauteen. Selityksenä tähän on yleensä resurssipula ja kiire. Tässä mielessä asenne elämäntapaohjausta kohtaan on koko yhteiskunnassamme muututtava, jotta ongelmaan saadaan ratkaisuja. Elämäntapaohjaus on nähtävä yhtä tärkeänä osana potilaan hoidon kokonaisuutta kuin sairauksien hoitaminen. Hoitosuunnitelmaa laadittaessa on elämäntapaohjauksen tarve huomioitava muiden tarpeiden joukossa. Elämäntapamuutoksissa

tarvitaan tukea (Thomas, Hyde & Karunaratne 2009, 92), jotta niissä onnistuttaisiin. Tämän vuoksi esimerkiksi lyhyt seurantatapaaminen sairaanhoitajan luona voi toimia kannustimena painonhallinnassa.

Ennaltaehkäisevällä hoitotyöllä ja asiakkaiden/potilaiden ohjauksella voitaisiin välttää osa ylipainon liitännäissairauksista. Pidemmällä aikavälillä tämä toisi paitsi rahallista säästöä, myös vähentäisi sairauksista johtuvaa inhimillisen kärsimyksen määrää. Sen vuoksi painonhallinnan pitäisi mielestämme olla osa asiakkaiden/potilaiden kokonaisvaltaista hoitoa.

## LÄHTEET

**Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006.** Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Opetusministeriö. Viitattu 10.1.2009. Tulostettu 13.1.2010.

<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>

**Comuzzie A. G., Williams J. T., Martin L. J. & Blangero J. 2001.** Searching for genes underlying normal variation in human adiposity. *J Mol Med*; 79 (1), 57-70.

**de Lauzon, B., Romon, M., Deschamps, V., Lafay, L., Borys, J.-M., Karlsson, J., Ducimetière, P., Charles, M. A. & the Fleurbaix Laventie Ville Sante (FLVS) Study Group 2004.** The Three-Factor Eating Questionnaire-R18 Is Able to Distinguish among Different Eating Patterns in a General Population. *The Journal of Nutrition*. Viitattu 8.1.2010. <http://jn.nutrition.org/cgi/reprint/134/9/2372>

**Elobeid, M. A., Desmond, R. A., Thomas, O., Keith, S. W. & Allison, D. B. 2007.** Waist circumference values are increasing beyond those expected from BMI increases. *International Journal of Obesity* 15 (10), 2380-2383.

**Fogelholm, M. 1999.** *Syö ja liiku mielelläsi*. Helsinki: WSOY.

**Gold, B. C., Burke, S., Pintauro, S., Buzzell, P. & Harvey-Berino, J. 2007.** Waist loss on the web: A pilot study comparing a structured behavioural intervention on a commercial program. *International Journal of Obesity* 15 (1), 155-164.

**Hakala, P. 2002.** Lihavuus, kuntoutusta, hoidon kehittämistä ja koulutusta. Veikko Kallio –symposium IV 8.11.2002. Turku. Kelan tutkimusosasto ja Suomen lihavuustutkijat ry. Viitattu 7.11.2008. Tulostettu 31.12.2009.

[http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/270103100842EP/\\$File/Lihavuusluennot.pdf?openElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/270103100842EP/$File/Lihavuusluennot.pdf?openElement)

**Hankesuunnitelma 2008.** Oppimistori-toiminta – avaimia Pohjois-Savon väestön hyvinvoinnin edistämiseen. Lyhyt versio. Savonia-ammattikorkeakoulu. Savon ammatti- ja aikuisopisto. Kuopion yliopisto.

**Hartikainen, S. 2008.** Iäkkäiden lääkehoito. Teoksessa: S. Hartikainen & E. Lönnroos (toim.) Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. 1.-2. painos. Helsinki: Edita Prima, 247-266.

**Heikkilä, T. 2008.** Tilastollinen tutkimus. 7., uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

**Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008.** Tutkiva kehittäminen – avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

**Helakorpi, S., Paavola, M., Prättälä, R. & Uutela, A. 2008.** Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2008. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 2/2009. Viitattu 14.2.2010. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/dcb684e6-d94f-4724-96d1-9f382492ac54>

**Himberg, L., Laakso, J., Niemi, P., Näätänen, R. & Peltola, R. 2000.** Toimiva ihminen psykologia 1. 1.-3. painos. Helsinki: WSOY/Oppimateriaalit.

**Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008.** Tutki ja kirjoita. 13.-14. painos. Helsinki: Tammi.

**Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2006.** Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4.-5., uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

**Hu, D., Xie, J., Fu, P., Zhou, J., Yu, D., Whelton, P. K., He, J. & Gu, D. 2007.** Central rather than overall obesity is related to diabetes in the Chinese population: the InterASIA study. *International Journal of Obesity* 15 (11), 2809-2816.

**Hujala, N. 2006.** Elämäntapamuutosohjaus keskeistä lihavuuden vastaisessa kamppailussa. *Bolus* 12 (3), 20-21.

**IDF 2005.** The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome. International Diabetes Federation. Tulostettu 28.12.2009.

[http://www.idf.org/webdata/docs/Metac\\_syndrome\\_def.pdf](http://www.idf.org/webdata/docs/Metac_syndrome_def.pdf)

**IDF 2009.** What is diabetes? IDF Diabetes Atlas. International Diabetes Federation. Tulostettu 28.12.2009.

<http://www.diabetesatlas.org/content/what-is-diabetes>

**Jula, A. 2009.** Kohonneen verenpaineen hoitosuositus tiukentunut. Suomen Lääkärilehti. Julkaistu 7.12.2009. Tulostettu 30.12.2009.

[http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news\\_id=8201/type=1](http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=8201/type=1)

**Karlsson, J., Persson, L.-O., Sjöström, L. & Sullivan, M. 2000.** Psychometric properties and factor structure of the Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ) in obese men and women. Results from the Swedish Obese Subjects (SOS) study. International Journal of Obesity 8 (24), 1715-1725.

**Karppi S-L. 2002.** Lihavuus, kuntoutusta, hoidon kehittämistä ja koulutusta. Veikko Kallio –symposium IV 8.11.2002. Turku. Kelan tutkimusosasto ja Suomen lihavuustutkijat ry. Viitattu 7.11.2008. Tulostettu 31.12.2009.

[http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/270103100842EP/\\$File/Lihavuusluennot.pdf?openElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/270103100842EP/$File/Lihavuusluennot.pdf?openElement)

**Kelan tutkimusosasto ja Suomen lihavuustutkijat ry 2002.** Lihavuus, kuntoutusta, hoidon kehittämistä ja koulutusta. Viitattu 7.11.2008. Tulostettu 31.12.2009.

[http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/270103100842EP/\\$File/Lihavuusluennot.pdf?openElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/270103100842EP/$File/Lihavuusluennot.pdf?openElement)

**Kolehmainen, M. & Uusitupa, M. 2007.** Rasvakudos – aineenvaihdunta ja merkitys lihavuudessa. Teoksessa: M. Fogelholm, P. Mustajoki, A. Rissanen & M. Uusitupa. Lihavuus - Ongelma ja hoito, 3. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 62-70.

**Korhonen, P. 2009.** Assessment of total cardiovascular risk in hypertensive subjects. Turun yliopiston julkaisuja. Valtimotautiriskin arviointi verenpainepotilailla. Sarja D. Osa 871. Väitöskirja. Turun yliopisto, Sisätautien klinikka. Julkaistu 30.10.2009. Tulostettu 30.12.2009.

<https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/47618/AnnalesD871Korhonen.pdf?sequence=1>

**Kuukka, R. 2007.** Lyhytinterventio painonhallinnassa – Kahden psykologisen lyhytohjelman kahden vuoden seurantatutkimus. Pro gradu –tutkielma Tampereen yliopisto. Psykologian laitos. Viitattu 13.2.2009. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu02041.pdf>

**Käypä hoito 2009a.** Diabetes. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton lääkarineuvoston asettama työryhmä. Julkaistu 15.9.2009. Tulostettu 28.12.2009.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50056#s5>

**Käypä hoito 2009b.** Kohonnut verenpaine. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verenpaineyhdistys ry:n asettama työryhmä. Julkaistu 23.11.2009. Tulostettu 28.12.2009.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi04010#s6>

**Käypä hoito 2007.** Aikuisten lihavuus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Julkaistu 22.1.2007. Tulostettu 28.12.2009.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi24010>

**Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005.** Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. Hoitotiede 17 (5), 250-258.

**Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä.** 28.6.1994/559. Finlex. Terveys- ja sosiaalivaltionministeriön asettama työryhmä. Yleiset velvollisuudet 15 §. Ammattieettiset velvollisuudet. Viitattu 21.10.2009. Tulostettu 21.10.2009.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

**Lappalainen, R. 2004a.** Päätös laihduttamisesta. Teoksessa: H. Gylling, R. Lappalainen & T. Martikainen (toim.) Yksi muutos – uuden elämän alku. Helsinki: Valitut Palat Reader's Digest Ab, 12-19.

**Lappalainen, R. 2004b.** Painonhallintako tylsää. Teoksessa: H. Gylling, R. Lappalainen & T. Martikainen (toim.) Yksi muutos – uuden elämän alku. Helsinki: Valitut Palat Reader's Digest Ab, 40-45.

**Lappalainen, R. 2006a.** Syömisen hallinta ja kognitiivinen käyttäytymisterapia. Teoksessa P. Mustajoki, M. Fogelholm, A. Rissanen & M. Uusitupa (toim.) Lihavuus Ongelma ja hoito. 3. uudistettu painos. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim, 222-245.

**Lappalainen, R. 2006b.** Painonhallinnan psykologia. Bolus 12 (3), 14-18.

**Lappalainen, R. & Turunen G. 2007.** Psykologinen lyhythoito painonhallinnassa. Ohjaajan opas. SKT:n julkaisusarja. Hoitomenetelmien julkaisuja nro 4.1. Suomen käyttäytymistieteellinen tutkimuslaitos. 2. painos. Tampere: Suomen Käyttäytymistieteellinen Tutkimuslaitos.

**Leino, U. & Mustajoki, P. 2004.** Laihdu pysyvästi. Hallitse painoasi. Hippokrates Duodecim-sarja. 4. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

**Lääperi, P. 2008.** Ennaltaehkäisy on paras hanke. Sairaanhoitaja 81 (9), 12-13.

**Mustajoki, M. 2007.** Lihavuuden hoidon tarpeen ja hyödyn arviointi. Teoksessa: A. Alila, E. Matilainen, M. Mustajoki, & M. Rasimus (toim.) Sairaanhoitajan käsikirja 4. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 442-445.

**Mustajoki, P. 1999.** Yksilöllinen painonhallinta. Juva: WSOY.

**Mustajoki, P. 2007.** Ylipaino – Tietoa lihavuudesta ja painonhallinnasta. 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.



**Mustajoki, P. 2008.** Mitä ajattelette painostanne? Terveystieteiden tutkimuskeskus. Suomen Lääkärilehti 63 (23), 2150-2151.

**Mustajoki, P. 2009a.** Sisätautien erikoislääkäri. Vyötärölihavuus (keskivartalolihavuus, omenalihavuus) Lääkärikirja Duodecim. Päivitetty 4.2.2009. Tulostettu 28.12.2009.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00890](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00890)

**Mustajoki 2009b.** Sisätautien erikoislääkäri. Kohonnut verenpaine (verenpainetauti). Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. Julkaistu 27.3.2009. Tulostettu 28.12.2009.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00034#s5](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00034#s5)

**Mustajoki, P. 2009c.** Sisätautien erikoislääkäri. Metabolinen oireyhtymä. Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. Julkaistu 20.3.2009. Tulostettu 28.12.2009.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00045](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00045)

**Mustajoki, P. & Lappalainen, R. 2001.** Painonhallinta – ohjaajan opas. Helsinki: Duodecim.

**Mustajoki, P. & Lappalainen, R. 2006.** Lihavuuden hoidon käytännön toteuttaminen. Teoksessa: Mustajoki, P., Fogelholm, M., Rissanen, A. & Uusitupa, M. Lihavuus – Ongelma ja hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 272-282.

**Mustajoki, P., Rissanen, A. & Uusitupa, M. 2006.** Lihavan potilaan tutkiminen ja hoitomuodon valinta. Teoksessa: Mustajoki, P., Fogelholm, M., Rissanen, A. & Uusitupa, M. Lihavuus – Ongelma ja hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 158-166.

**Najarian, R.M., Sullivan, L.M., Kannel, W.B., Wilson, P.W.F., D'Agostino, R.B. & Wolf, P.A. 2006.** Metabolic Syndrome Compared With Type 2 Diabetes Mellitus as a Risk Factor of Stroke. Tulostettu 29.12.2009. Archives of Internal Medicine. 166 (1).  
<http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/full/166/1/106>

**Niemi, A. 2007.** Onnistu painon hallinnassa. Jyväskylä: WSOYpro/Docendo-tuotteet.

**Opetussuunnitelma 2009.** Sairaanhoidaja (AMK). Savonia ammattikorkeakoulu. Terveysala. Viitattu 7.1.2010. [http://portal.savonia.fi/amk/opiskelijalle/opiskelu/opinto-opas/Sairaanhoidajat\\_TH9S\\_OPS.pdf](http://portal.savonia.fi/amk/opiskelijalle/opiskelu/opinto-opas/Sairaanhoidajat_TH9S_OPS.pdf)

**Oppimistori-toiminta – avaimia Pohjois-Savon väestön terveyden hyvinvoinnin edistämiseen 2008.** Viitattu 21.10.2009. Tulostettu 21.10.2009. <http://dmkk.savonia.fi/oppimistori/index.php?lang=fi>

**Paltta, H. 2005.** Työelämän osaamisvaatimukset sairaanhoitajakoulutuksen lähtökohtana -kehittämistehtävän raportti. Turun ammattikorkeakoulun puheenvuoroja 21. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

**Paturi, M. 2008.** Painonhallinta. Elintavat. THL 2009. Päivitetty 19.2.2008. Tulostettu 28.12.2009.

[http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa\\_terveydesta/elintavat/painonhallinta](http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/painonhallinta)

**Pekurinen, M. 2006.** Mitä lihavuus maksaa? 122 (10): 1213-1214. Duodecim. Viitattu 12.3.2010. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo95744.pdf>

**Pulkkinen, P. & Lappalainen, R. 2007.** Painonhallinta. Psykologinen lyhythoitto painonhallinnassa. Ohjaajan opas. SKT:n julkaisusarja. Hoitomenetelmien julkaisuja nro 4.1. Suomen käyttäytymistieteellinen tutkimuslaitos. 2. painos. Tampere: Suomen Käyttäytymistieteellinen Tutkimuslaitos.

**Rigsby, A., Gropper, D.M. & Gropper, S.S. 2009.** Success of women in a worksite weight loss program: Does being part of a group help? Eating Behaviors 10 (2), 128-130.

**Saano, V. 2007.** Lääkehoidon vaikutukset ravitsemukseen. Teoksessa: A. Aro, M. Mutanen, M. Uusitupa (toim.) Ravitsemustiede. 2.-3. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 343-348.

**Sacks, F.M., Bray, G.A., Carey, V.J., Smith, S.R., Ryan, D.H., Anton, S.D., McManus, K., Champagne, C.M., Bishop, L.M., Laranjo, N., Leboff, M.S., Rood, J.C., de Jonge, L., Greenway, F.L., Loria, C.M., Obarzanek, E. & Williamson, D.A. 2009.** Comparison of Weight-Loss Diets with Different Compositions of Fat, Protein, and Carbohydrates. *The New England Journal of Medicine*. 36 (9), 859-873.

**Suomen lihavuustutkijat ry a. [Ei julkaisuvuotta.]** TFEQ R-18. Syömistapakyselylomake. Viitattu 30.4.2009. Tulostettu 30.4.2009.

<http://www.suomenlihavuustutkijat.fi/lomakkeet/TFEQ.pdf>

**Suomen lihavuustutkijat ry b. [Ei julkaisuvuotta.]** TFEQ R-18. Three Factor Eating Questionnaire – 18. Käyttöohje. Viitattu 30.4.2009. Tulostettu 30.4.2009.

<http://www.suomenlihavuustutkijat.fi/lomakkeet/TFEQ%20pistelasku.pdf>

**Thomas, SL, Hyde, J. & Karunaratne, A. 2008.** ”They all work...when you stick to them”: A qualitative investigation of dieting, weight loss, and physical exercise, in obese individuals. Tulostettu 27.1.2010. *Nutrition Journal* 34 (7).

<http://www.nutritionj.com/content/pdf/1475-2891-7-34.pdf>

**Turunen, G. 2004a.** Mini-interventio painonhallinnassa –kahden psykologisen lyhyt-hoito-ohjelman kehittäminen, toteutus ja arviointi. Pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto. Psykologian laitos.

**Turunen, G. 2004b.** Ohjelmien rakenne. Pro gradu –tutkielmassa: Mini-interventio painonhallinnassa –kahden psykologisen lyhyt-hoito-ohjelman kehittäminen, toteutus ja arviointi. Perustiedot lyhythoidosta. Liite 1, 3-21.

**Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2004.** Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Viitattu 13.1.2010. <http://www.tenk.fi/HTK/htkfi.pdf>

**Työ- ja elinkeinoministeriö 2008.** Rakennerahastotoiminta Suomessa. Viitattu 6.2.2009. Tulostettu 3.1.2010. <http://www.rakennerahastot.fi/>

**Törnroos 2009.** Metabolinen oireyhtymä kuriin. Elämää terveellä sydämellä. Apteekin hyllyltä. (4) 2009. Helsinki: Yliopiston Apteekki.

**Uusitupa, M. 2007a.** Lihavuus. Teoksessa: A. Aro, M. Mutanen & M. Uusitupa (toim.) Ravitsemustiede. 2.-3. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 369-393.

**Uusitupa, M. 2007b.** Lihavuus ja terveys. Teoksessa: A. Aro, M. Mutanen, M. Uusitupa (toim.) Ravitsemustiede. 2.-3. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 24-38.

**Uusitupa, M. & Fogelholm, M. 2007.** Antropometriset mittaukset. Teoksessa: A. Aro, M. Mutanen, M. Uusitupa (toim.) Ravitsemustiede. 2.-3. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 276-281.

**Vallejo Medina, A. , Vehviläinen, S., Haukka, U-M., Pyykkö, V. & Kivelä, S-L 2007.** Vanheneminen ja vanhuus. Vanhusten hoito. 1.-3. painos. Helsinki: WSOY.

**Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003.** Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Tammi.

**Virkamäki, A. 2009.** Diabetesklinikan vastaava lääkäri, dosentti. Metabolinen oireyhtymä kuriin. Elämää terveellä sydämellä. Apteekin hyllyltä. (4) 2009. Helsinki: Yliopiston Apteekki. 41-47.

**Viretori 2008.** Mikä viretori on? Viitattu 21.10.2009. Tulostettu 21.10.2009. <http://www.viretori.fi/index.php/viretori>

## Liite 1. Materiaalipaketti

### **LIITE 1. Materiaalipaketti**

#### **MATERIAALIPAKETTI**

Painonhallinta. Pulkinen, Piia & Lappalainen, Raimo

Ohjeita painonhallintaan. Lappalainen, Raimo

Itsehavainnot painonhallinnan apuna. Painon ja vyötärön ympäryksen säännöllinen mitaaminen. Lappalainen, Raimo

## 1. PAINONHALLINTA

Piia Pulkkinen, psykologi

Raimo Lappalainen, dosentti, psykologi

Psykologian laitos, Tampereen yliopisto

### Syömisen hallinta

Syömisen hallinta on erittäin keskeinen painonhallinnan alue. Monet laihduttajat tietävät paljon ruoista ja siitä, mitä tulisi tehdä, mutta eivät pysty eri syistä toteuttamaan päätöksiään. Ruokamuutoksissa pyritään vaikuttamaan pääasiassa siihen, miten syödään eli ruokaan liittyviin valintoihin. Syömisen hallinta keskittyy siihen, miksi syödään, milloin syödään ja milloin syöminen lopetetaan.

Luonnostaan mieleen tuleva tapa vähentää syömistä on päättää, että enää ei syö liikaa. Hyvä päätös kuitenkin unohtuu helposti, kun joudutaan ”sopivaan” tilanteeseen. Yksi syy ”vähennän syömistä” –päätöksen toimimattomuuteen on päätöksen epämääräinen luonne. Siihen ei liity mitään selkeää asiaa mihin tarttua. Syömisen hallinnan menetelmissä pyritään muuttamaan jotakin konkreettista tapaa, joka vaikuttaa epäsuorasti syömiseen. Kun tapa muuttuu, syöminenkin muuttuu hallitummaksi.

Pitkät aterioiden välit heikentävät syömisen hallintaa. Nälän kehittyminen aiheuttaa ihmisessä fysiologisia ja psykologisia muutoksia, jotka johtavat helposti hallitsemattomaan syömiseen. Nälkäisinä voimme esimerkiksi reagoida voimakkaammin sekä nälän tunteilla että syljen erityksellä ruokavihjeisiin (ruoan näkeminen, haju, maku, ruokaan liittyvät kuvat ja ajatukset). Tavoitteena on estää hallitsematon syöminen huolehtimalla siitä, että aterioiden välit eivät ole liian pitkät.

Yksi nälän tunteen hallintakeino on veden juominen. Lasi tai kaksi vettä vähentää nälän ja lisää kylläisyyden tunteita. Vaikutus ei ole kovin pitkäaikainen, mutta sitä voidaan käyttää hyväksi. Esimerkiksi juuri ennen syömisen aloittamista voidaan juoda yksi lasi vettä auttamaan kylläisyyden tunteen kehittymistä.

Liikasyömistä tapahtuu yleisimmin kotona. Siellä voidaan syödä vain sitä, mitä on tarjolla, mikä taas riippuu siitä, mitä kotiin on ostettu. Kotiin ostetun ruoan laadulla ja määrällä on suuri merkitys syömisen hallinnassa. Yksi syömisen hallinnan menetelmä on vaikuttaa ruokaostoksiin. Tavoitteena on muuttaa ostoskäytäntöä siten, että ostokset ovat hallittuja. Tähän on kaksi yksinkertaista keinoa. Toinen on etukäteen tehty ostoslista. Toinen on varmistaa, ettei mennä ruokaostoksille ”vastustuskyvyttömänä” – nälkäisenä ja väsyneenä.

Ruoan näkeminen on voimakas ärsyke syömiselle. Siksi syömisen hallinta helpottuu, jos ruokaa ei ole näkyvillä. Kannattaa siis ”siivota” näkyviltä ainakin ylipainon kannalta pulmallisimmat ruoat kuten makeiset, keksit ja pähkinät ja järjestää jääkaapissa kevyemmät tuotteet etualalle.

Suuri osa syömisestämme tapahtuu lähes huomaamatta. Erityisesti naposteltavat ja välipalat syödään usein ”siinä sivussa” enempää ajattelematta. Tällainen syöminen on usein ymmärrettävästi hallitsematonta. Yksi tärkeä syömisen hallinnan keino on keksiä tapoja, joiden avulla syömiseen keskitytään enemmän. Syömiseen keskittymistä voidaan lisätä erottamalla syöminen muusta toiminnasta kuten lukemisesta tai TV:n katselusta, syömällä kotona vain yhdessä paikassa ja hidastamalla syömistä. Hidastamalla syömistä voimme

nauttia ruuasta enemmän. Pureskellaan ruokaa huolellisemmin, havainnoidaan ruoan makua sekä ajatuksia ja tunteita syömisen aikana.

Useimmiten liikasyönti on jaksottaista ja keskittyy tiettyihin tilanteisiin. Näiden tilanteiden havaitseminen ja tarkastelu on erittäin tärkeää syömisen hallinnan kannalta. Riskitilanteiden kartoittaminen ja tiedostaminen ovat alku niiden hallinnalle. Näitä voivat olla esimerkiksi kutsut, vierailut, juhla-ajat, matkat, lomat, tunnemuutokset ja arkisemmin töistä kotiin paluu. Riskitilanteet ovat hyvin yksilöllisiä. Keinot toimia niissä on räätälöitävä tilanteen mukaan itselle sopiviksi.

Edellä on käsitelty useita syömisen hallinnan keinoja. Niistä monet koskettavat syömistä edeltäviä tapahtumia. Syömisen hallinnassa on tärkeää oivaltaa, että pelkästään syömisetki ei ole ratkaiseva, vaan myös syömistä edeltävät tapahtumat saattavat olla syy liika-  
syömiseen. Monet syömiseen vaikuttaa tekijät muodostavat ikään kuin ketjun, jossa on monta lenkkiä ja jonka loppupäässä on itse syöminen. Ketjuajattelun ydin on, että syömiseen voidaan vaikuttaa monessa kohdin ketjua. Kun on tiedostanut ketjun lenkit, voi paikantaa kohdan, josta sen voi murtaa. Mitä useamman lenkin murtaa ja mitä aikaisemmin lenkin murtaa, sitä paremmin voi hallita syömistä.

### **Ruokamuutosten ja painonhallinnan esteitä**

Ihmisillä on ilmeisesti synnynnäisiä ominaisuuksia, jotka vaikeuttavat ruokailutottumusten muuttamista. Yksi niistä on *ruokaneofobia*, jolla tarkoitetaan uusien ruokien ja maku-  
jen vierastamista. Tämä on ilmeisesti ollut hyödyllinen ominaisuus lajin säilymisen kannalta aiemmin, kun ihminen eli luonnontilassa. Tuttu ruoka oli turvallista, uusien ruokien ominaisuuksista ei voinut olla varma ja niiden joukossa saattoi olla myrkyllisiäkin.

Ruokaneofobia ilmenee siten, että uusi maku tuntuu alkuun vieraalta, oudolta jopa pahalta. Uuteen makuun voi kuitenkin tottua toistamalla maistamista, syömällä ruokia hyvin pieniä määriä kerrallaan. On todettu, että kun pienenkin määrän syö 10-15 kertaa, tulee maku tutuksi ja hyväksytyksi, jopa hyväksi. Kaksi tai kolme kertaa ei välttämättä riitä uuteen makuun tottumiseen.

Meillä näyttää olevan myös synnynnäinen mieltymys makeaan ja suolaan. Mieltymys makeaan on ongelmallista erityisesti siksi, että tarjolla on runsaasti tuotteita (esim. kau-poissa), jotka ovat sekä makeita että rasvaisia. Meitä miellyttävät ruoat, joissa on runsaasti energiaa. Makeiden ja suolaisten tuotteiden hankkimista (esim. ostamista) kannattaa rajoittaa tai vähentää. Syömme niitä helposti liian paljon ja liian usein.

Opituilla nälkäreaktioilla tarkoitetaan nälän (ja myös mielihalun) tunteita, jotka liittyvät tiettyihin paikkoihin, aikoihin, tilanteisiin tai tunnetiloihin, joissa henkilö saattaa syödä, vaikkei hänellä ole energianpuutostilaa. Olemme oppineet tulemaan nälkäisiksi esimerkiksi tietyissä paikoissa. Voimme oppia tulemaan nälkäisiksi heti, kun astumme sisään kotiovesta tai kun avaamme television tai kun näemme ruokamainoksen tai paikan, josta saa maukasta ruokaa. Usein on vaikea tietää, onko meillä "oikeasti nälkä" (= tarve saada lisää energiaa) vai onko kyseessä opittu nälkä, ruoan mielihalu. Nälän tunne ei välttämättä tarkoita, että meidän tulisi "tankata". On tilanteita, joissa meidän on hyvä hyväksyä ja sietää nälän tai halun tunteita. Voimme odottaa ja antaa tunteiden mennä ohi. Opitut nälkäreaktiot voivat heiketä jo 10-15 minuutin jälkeen ilman syömistä.

Myös kylläisyyttä ohjaavat sekä synnynnäiset mekanismit että oppimiskokemukset. Saman ruokailun aikana syödyn ruoan määrään vaikuttaa ruoan maun, värin ja koostumuksen vaihtelu. Mitä enemmän vaihtoehtoja, sitä enemmän usein syömmme. Esimerkiksi juhlapyyhinä paino voi nousta, koska silloin on paljon vaihtoehtoja tarjolla ja painonhallinta on vaikeaa. Joskus vaihtoehtojen rajoittaminen on järkevä vaihtoehto. On myös mahdollista, että olemme oppineet syömään suuren annoksen ruokaa tai energiankulutukseemme nähden liian suuren määrän ruokaa. Esimerkiksi kesällä pyöräilemme ja syömmme hieman reilummin, syksyllä lopetamme pyöräilyn ja jatkamme “reilummin syömistä”. Emme osaa lopettaa, koska meillä on tunne, ettemme ole kylläisiä. Voimme kuitenkin opettaa itseämme tyytymään pienempiin annoksiin syömällä toistuvasti ja säännöllisesti pienempiä annoksia.

### **Energian kulutus**

Ihmisen kokonaisenergiankulutus voidaan jakaa kahteen osaan: lepoenergiankulutus ja lihastyön eli liikkumisen aiheuttama kulutus. Energiaa kuluu levossa, vaikka ei tehdä mitään. Sydän lyö, hengitämme, sisäelimemme toimivat jne., mikä kaikki kuluttaa energiaa. Nykyelämässä, kun työ on kevyttä ja liikutaan autoilla yms., keskimäärin 70 % kokonaisenergiankulutuksesta on lepoenergiankulutusta ja 30 % menee liikkumisen tiliin. Lepoenergiankulutukseen ihminen ei juuri pysty vaikuttamaan; liikkumisen energiankulutuksen määrä riippuu luonnollisesti liikunnan määrästä.

Liikunta on melko tehoton keino “polttaa rasvaa” ja laihduttaa. Painonhallinnassa liikunta on kuitenkin osoittautunut tehokkaaksi. Niillä, jotka ovat muuttaneet pysyvästi liikuntatottumuksiaan, tuloksen pysyvyys on parempi. Siksi on tärkeää löytää oma tapa liikkua enemmän. Energiankulutuksen kannalta on sama, liikutaanko yhtäjaksoisesti vai koostuuko sama askelmäärä lyhyemmistä liikuntakerroista. Ilmiö antaa mahdollisuuden hallita painoaan hyötyliikunnalla ja yleisellä fyysisen aktiivisuuden lisäämisellä.

### **Laihdutustuloksen ylläpito**

Laihtumistuloksen ylläpito ei onnistu ilman painon seuranta. Säännöllinen punnitus on laihtumistuloksen ylläpidossa välttämätön menetelmä. Tällöin painon nousu havaitaan ajoissa. Jokainen saa myös yksilöllistä palautetta toiminnastaan ja oppii huomaamaan, mikä säätelee painoa. Lisäksi painonhallinta on omissa käsissä eikä muiden hallinnassa. Painonseuranta helpottaa punnituksen tulosten muistiin merkitseminen ja se, että punnitus on päivittäinen tapa kuten hampaiden pesu. Muistiinpanot painosta voivat antaa pitkällä aikavälillä hyödyllistä tietoa painonhallinnasta. On myös tärkeää muistaa, että laihtuneena energiankulutus on pienempää kuin ylipainoisena. Nyrkkisääntönä on, että 15 kg kevyempänä ihminen kuluttaa noin 500 kcal vähemmän.

Jos paino nousee 1-2 kiloa, se merkitsee, että energiaa on tullut liikaa kulutukseen nähden. Jotta painonhallinta onnistuisi, kiinnitetään heti huomioita syömiseen ja liikkumiseen ja tehdään niissä muutoksia. Repsahdukset ja lipsahdukset ovat luonnollinen osa elintapojen muutosta, siksi ei kannata lyödä hankkoja tiskiänsä heti, jos paino kääntyy nousuun, vaan ottaa uudelleen käyttöön niitä muutoksia elintavoissa, jotka toimivat aiemmin. Jos paino näyttää jatkavan nousuaan omista toimenpiteistä huolimatta, on syytä etsiä apua.



## **Yleistä painonhallinnasta**

Laihduttaminen tarkoittaa painon pudotusta, painonhallinta saavutetun painon pitämistä, laihdutustuloksen ylläpitoa. Laihduttaminen on mahdollista vain, jos energian saanti on riittävän pitkään pienempi kuin energian kulutus. Ihmisen varastorasvaa ei voida "polttaa" muulla tavoin. Kaikki keinot ruoan muuttamiseksi, syömisestä hallitsemiseksi, liikuttamisen lisäämiseksi ja ajattelutavan muuttamiseksi tähtäävät siihen, että energian saanti vähenisi ja energiankulutus lisääntyisi pysyvästi. Kun painonhallitsija tekee muutoksia, pitää muuttaa sellaisia asioita, jotka vaikuttavat energiatasapainoon. Laihdutus on mahdollista eri tavoin, painonhallintaan on vain yksi tie: pysyvien muutosten tekeminen elämäntavoissa. Painonhallinta ja elämäntapojen muuttaminen vaativat aikaa ja tapahtuvat yleensä asteittain. Niiden toteutuminen edellyttää tietoa ja osaamista.

Usein pohditaan perimän osuutta lihavuudessa. Se, että lihavuus on Suomessa lisääntynyt viimeisen vuosikymmenen aikana moninkertaisesti, johtuu ympäristömme ja elintapojemme muutoksista. Perimä muuttuu hitaasti ja meillä on samat geenit kuin suomalaisilla 100 vuotta sitten. Ainoa selitys lihavuuden lisääntymiselle on siis elintason tuomat muutokset elämäntavoissamme.

Perimällä on osuutta lihavuuden synnyssä yksilötasolla eli se selittää osan siitä kysymyksestä, miksi nykyisillä elämäntavoilla jotkut lihovat helpommin kuin toiset. Ei tiedetä, mikä periytyy, eikä ole odotettavissa, että löytyisi jokin yksittäinen lihavuuden selittävä geeni. Kysymys on vain erilaisesta alttiudesta. Tärkeää on tietää, että alttius ei ole sama kuin kohtalo, väistämätön lihominen. Samat geenit omaava esi-isä on ollut normaalipainoinen. Alttiuden vuoksi jotkut joutuvat kuitenkin näkemään enemmän vaivaa painonsa hallinnassa kuin toiset.

Laihdutettuja kiloja tärkeämpi tavoite on onnistua tekemään itselleen sopivia pysyviä muutoksia elämäntavoissa. Painon muutos on seurausta elämäntapojen muutoksista ja pysyvät muutokset auttavat painonhallinnassa, laihdutustuloksen ylläpitämisessä. Painotavoite on kuitenkin hyvä olla olemassa. Normaalipainon raja menee painoindeksin 25 kohdalla. Se lasketaan esimerkiksi 170 cm:n pituiselle henkilölle seuraavasti:  $1,70^2 \times 25$  eli  $1,70 \times 1,70 = 2,98$ ;  $2,98 \times 25 = 72$  kg. Tavoitteena ei kuitenkaan välttämättä tarvitse olla normaalipainon, vaan tavoitteeksi voidaan suositella 5-10 %:n painon vähenemistä. Sen asteisen laihtumisen on todettu jo vaikuttavan hyödyllisesti mm. sydän- ja verisuonitautien vaaratekijöihin (veren rasva-arvot, verenpaine, diabeetikoiden sokeritasapaino). 20 %:n laihtumistulos on jo erinomainen, ja sen saavuttamisesta kuka tahansa voi olla ylpeä.

## **Ylipaino, painonhallinta ja terveys**

Tutkimuksissa on todettu lihavuuden liittyvän monien eri sairauksien lisääntyneeseen esiintyvyyteen. Lihavuuteen liittyviä sairauksia ovat sydän- ja verisuonitaudit (sepelvaltimotauti, aivohalvaus, kohonnut verenpaine, sydämen vajaatoiminta), aineenvaihduntasairaudet (insuliiniresistanssioireyhtymä, aikuistyypin diabetes, dyslipidemiat, kihti), keuhkosairaudet (hypoventilaatio-oireyhtymä, keuhkoverenpainetauti, keuhkosydänsairaus), uniapneaoireyhtymä, maha-suolikanavan sairaudet (sappikivitauti, maksan rasvoittuminen, refluksiesofagiitti), nivelsairaudet (nivelrikki, kihti) ja monet syöpätaudit. Lihavuus aiheuttaa myös monia muita terveyshaittoja. Huomattava lihavuus vaikeuttaa liikkumista ja jokapäiväistä elämää. Siihen voi liittyä myös monia sosiaalisia ja mielenterveysongelmia.

Lihavuus voi lisätä tapaturma-alttiutta ja lisää leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita. Näillä terveyshaitoilla ja sairauksilla taas on vaikutuksia työkykyisyyteen.

Lihavuus on riskitekijä suhteessa edellä mainittuihin sairauksiin ja useissa tapauksissa painoa pudottamalla voidaan vaikuttaa sairastumisriskiin ja joissakin tapauksissa jopa siirtää sairauden puhkeamista (esim. aikuistyyppin diabetes). Jo 5-10 %:n painon vähenemisen on todettu vaikuttavan hyödyllisesti mm. sydän- ja verisuonitautien vaaratekijöihin (veren rasva-arvot, verenpaine, diabeetikoiden sokeritasapaino). Paitsi sairausriskien madaltamisen muodossa on painon alenemisesta muutakin hyötyä. Välittömästi painon laskun jälkeen laihduttaja huomaa olonsa huomattavasti keventyneen. Liikkuminen on kevyempää, uudet vaatteet sopivat paremmin jne. Myös sosiaalisessa kanssakäymisessä ja itsetunnossa voi tapahtua muutoksia.

### Energian saanti

Painonhallinnassa keskeisenä tavoitteena on ruoasta ja juomasta saadun energiamäärän vähentäminen. Siksi on tärkeää tarkastella omaa syömistään ja juomistaan ja tehdä siihen muutoksia.

Pakkausmerkinnöissä ja painonhallintaa käsittelevissä artikkeleissa puhutaan kaloreista (kcal, oikeammin kilokalori) ja jouleista. Kilokalorit muutetaan kilojouleiksi (kJ) kertomalla 4,2:lla. Esim.  $4,2 \times 130 \text{ kcal} = 550 \text{ kJ}$ . Kilojoulet muutetaan kilokaloreiksi kertomalla 0,24:llä tai jakamalla 4,2:lla. Esim.  $0,24 \times 500 \text{ kJ} = 120 \text{ kcal}$  tai  $5000 \text{ kJ} : 4,2 = 120 \text{ kcal}$ . Ihmisen ylipainokilo ("rasvakilo") sisältää 7 000 kcal energiaa. Kun sen verran kertyy liikaenergiaa, lihotaan kilo. Kun energiaa on satu yhteensä 7 000 kcal vähemmän kuin on kulutettu, laihdutaan kilo.

### Energiasta

Eri polttoaineet sisältävät eri tavalla energiaa; esimerkiksi koivuhalko ja öljy ovat erilaisia energianlähteitä. Ruoassakin energia on kahdessa muodossa: yksi muoto on rasva (energiaa 9 000 kcal/kg) ja toinen hiilihydraatit ja proteiinit eli valkuaisaineet (energiaa 4 000 kcal/kg). Hiilihydraatteja ovat viljassa ja perunassa oleva tärkkelys ja sokerit. Rasva on siis ruoan "superpolttoainetta": se sisältää yli kaksi kertaa enemmän energiaa kuin hiilihydraatit ja valkuaisaineet. Alkoholikin sisältää energiaa 7 000 kcal/kg.

Ruoka-aineissa on muutakin kuin energiaa sisältäviä ainesosia. Kalorittomia ovat vesi, sulamattomat kuidut, vitamiinit ja mineraalit (esim. suola). Ruoan sisältämä energiamäärä riippuu siis suuresti siitä, paljonko siinä on rasvaa ja paljonko siinä on "kalorittomia" ainesosia, joista tärkein on vesi. Ruoan määrän tai annoksen koon perusteella ei voi arvioida sen sisältämää energiamäärää. Ruoan energian arvioiminen edellyttää tietoa ruoista. Esimerkiksi vihannekset ja juurekset ovat hyvin vähäenergisiä (paljon vettä, vähän hiilihydraatteja, ei rasvaa), hedelmät ja marjat varsin vähäenergisiä (paljon vettä, jonkin verran hiilihydraatteja, ei rasvaa), mutta makkarat ja juustot jne. ovat runsasenergisiä (vettä vain kohtalaisesti, paljon rasvaa).

## TIETOLÄHTEITÄ RUOKIEN ENERGIA- JA RAVINTOSISÄLLÖSTÄ

### *Sydäntautiliiton ruoka-ainetaulukko*

(Suomen sydäntautiliitto, Helsinki 1996)

Taskukokoinen kätevä kirjanen, josta löytyvät kaikkien tavallisimpien ruokien energia- ja rasvamäärät ja jossa on myös muuta tietoa, joka sopii jokaisen painonhallitsijan taskuun.

[www.ktl.fi/fineli](http://www.ktl.fi/fineli)

Kansanterveyslaitoksen internet-tiedosto, jossa on kaikki ravintotiedot kaikista ruoka-aineista.

### *Ruokien ravintosisältö*

(Kansaneläkelaitos, Helsinki 1997)

Kirja, jossa on täydelliset ruokatiedot eri ruoka-aineista; sopiva painonhallintaryhmän tietolähteeksi.

Ruokien energiapitoisuuksista saa tietoa pakkausmerkinnöistä. Pakkausmerkinnöistä ei löydy kaikkea, minkä vuoksi tarvitaan myös kaloritaulukkoa tai muuta lähdettä ruokien ravintosisällöistä. (ks. taulukko) Taulukoissa ilmoitetut kalorit kertovat kullekin ruokalajille keskimääräisen energiamäärän. Tarkka energiasisältö riippuu valmistus-tavasta. Esim. taulukossa pieni pyöreä pulla on 126 kcal, mutta kaloreita on tietysti enemmän, jos taikinaan pannaan tavallista enemmän rasvaa ja vähemmän, jos rasvaa käytetään tavallista vähemmän. Taulukoiden antama keskimääräinen tieto riittää, sillä painonhallintaan ei tarvita "pilkuntarkkaa" tietoa.

Ruokien energia- ja rasvamääristä tietäminen on tärkeää, mutta kalorien laskemiseen ei ole tarpeen ryhtyä. Tutkimukset ovat osoittaneet, että rasvan osuuden lisääntyminen ruoassa lisää lihavuutta ja rasvan vähentäminen laihtuttaa huomattavasti. Ruoan ainesosista rasva on keskeinen lihavuuden kannalta, joten ruoan rasvan vähentäminen on tärkeä tavoite. Paitsi että rasva on ruoan "superpolttoainetta" se on aineenvaihdunnankin kannalta erilaista kuin muu ruoan sisältämä energia. Ylimääräiset rasvakalorit "siunaantuvat" helpommin varastorasvaksi kuin hiilihydraatit. Hiilihydraattien muuttamiseen rasvaksi ja kuljettamiseen rasvakudokseen tarvitaan enemmän energiaa kuin rasvojen vastaavaan tahtumaan.

## **Rasva ja kylläisyys**

Yksi rasvaan liittyvä pulma on, että pienessä määrässä on paljon energiaa. Kun ruoassa on pienessä määrässä paljon energiaa, sanotaan sitä energiatiheäksi. Esimerkiksi lenkkimakaraa ja paistettuja perunoita sisältävä ateria on paljon energiatiheämpi kuin rasvatonta lihaa, keitetyjä perunoita ja vihanneksia sisältävä ateria.

Kylläisyyden kehittyminen ruokailun aikana riippuu pääasiassa syödyn ruoan määrästä, mutta ei laadusta. Energiatiheää ruokaa syödään suunnilleen sama määrä kuin energiaköyhää ennen kuin tulee kylläinen olo. Tällöin energiatiheästä ruoasta saadaan huomattavasti enemmän kaloreita kuin energiaköyhästä.

Vastoin yleistä luuloa rasva ei ole “tukevaa ruokaa”, joka pitää nälän pitkään poissa. Monet tutkimukset osoittavat, että asia on päinvastoin. Jos syödään sama energiamäärä rasvaista ja vähärasvaista (= paljon hiilihydraatteja sisältävää) ruokaa, rasvaisen jälkeen nälkä tulee nopeammin ja seuraavalla aterialla syödään enemmän kuin hiilihydraatteja sisältävän aterian jälkeen.

## Hiilihydraatit

Hiilihydraateilla viitataan viljan ja perunan sisältämään tärkkelykseen sekä sokereihin (taloussokeri, hedelmien sokeri, maitosokeri). Hiilihydraattien saantia ei painonhallinnassa tarvitse rajoittaa. Useimmat ihmiset pitävät sokerin käyttöä tärkeänä syynä lihavuuteen. Tutkimukset osoittavat toista. Lihavat ihmiset käyttävät yleensä vähemmän sokeria kuin normaalipainoiset. Runsaasti sokeria sisältävä laihdutusdieetti laihduttaa yhtä paljon kuin sokeritonkin, kunhan rasvamäärät ovat samat. Tämä ei oikeastaan ole yllättävää, koska sokerit sisältävät saman kalorimäärän ja niillä on lähes sama kylläisyysvaikutus kuin muilla hiilihydraateilla. Aivan merkityksettömiä sokerista saadut kalorit eivät luonnollisesti ole. On syytä miettiä, kannattaako käyttää makeita mehuja ja limonadeja janojuomana. Myös rasvan ja makean yhdistelmä (leivonnaiset, suklaa) on monien mielestä erityisen herkullinen. Siinä paino-ongelmia ei aiheuta makea, vaan rasvan määrä.

## Alkoholi

Alkoholissa on energiaa 7 000 kcal/kg, eli se asettuu energiapitoisuutensa suhteen hiilihydraattien ja rasvojen väliin. Nyrkkisääntö on, että yhden ravintola-annoksen alkoholimäärä (15g) sisältää noin 100 kcal. Tutkimuksen perusteella alkoholikalorit eivät “kerry” samalla tehokkuudella kuin rasvakalorit. Siksi painonhallintaan pyrkiväkin voi käyttää kohtuullisesti alkoholia. Toisaalta, jos nautitaan runsaasti alkoholia monta kertaa viikossa, siitä saatu energiamäärä tulee merkittäväksi. Monet alkoholijuomat sisältävät alkoholin lisäksi hiilihydraatteja: liköörit sokeria, oluet muita hiilihydraatteja. Usein merkittävämpiä kuin alkoholin kalorit ovat sen yhteydessä nautitut ruoat. Siksi on tärkeää pohtia alkoholin käytön yhteydessä tapahtuvaa syömistä.

## Lähteet

Lihavuus. Toim. Fogelholm M., Mustajoki P., Rissanen A. & Uusitupa M., Duodecim, Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 1998.

Painonhallinta. Mustajoki P. & Lappalainen R., Duodecim, Karisto Oy, Hämeenlinna 2001.

Tämän artikkelin laatimista on tukenut Juho Vainion säätiö.

## 2. OHJEITA PAINONHALLINTAAN

Raimo Lappalainen, dosentti, psykologi  
 Psykologian laitos, Tampereen yliopisto

1. Mittaa ja kirjaa painosi ylös mieluiten päivittäin (esim. aamuisin suurin piirtein samaan aikaan). Jos haluat, voit piirtää painosta painokäyrää. Painon lisäksi tai sen sijasta voit mitata säännöllisesti vyötärön ympärysmittasi.
2. Tutustu tietopakettiin. Siitä löydät vihjeitä ja tietoja painonhallintaan. Sinun ei tarvitse lukea tietopakettia kerralla läpi. Tutustu ensin niihin kappaleisiin, jotka kiinnostavat sinua eniten.
3. On tärkeää, että kokeilet jotakin muutosta. Valitse itse oman mieltymyksesi mukaan millaista muutosta kokeilet elämäntavoissasi. Muista, että sitoudut aluksi ainoastaan kokeiluun. Myöhemmin voit seurata ja arvioida, miltä kokeilu tuntui. Jos saat kokeilusta hyviä kokemuksia jatka sitä. Jos kokeilu ei mielestäsi toimi, kokeile jostain muuta. Muista, että sinä itse teet valintoja. Aina on vaihtoehtoja, joita voi kokeilla. Aloita jostain pienestä muutoksesta. Käyttäytymismuutokset tapahtuvat aina varsin hitaasti. Ole kärsivällinen. Tee mieluiten pieniä, mutta pysyviä muutoksia kuin suuria muutoksia, joita et pysty säilyttämään pitkiä aikoja.
4. Käytä kaikki päivän aikana eteen tulevat mahdollisuudet liikkumiseen. Käytä portaita, kävele, aja polkupyörällä jne. Ajattele, että tämä on sinun oma "treenausketusi". Niitä on kaikkialla. Käytä niitä.
5. Nauti enemmän ruuasta syömällä hitaammin "nautiskellen". Keskity enemmän syömiseen ja ruuan antamaan nautintoon pureskelemalla ruokaa enemmän. Voit saada nautinnon myös pienemmistä annoksista syömällä hitaasti nautiskellen. Keskitä syömisensä yhteen paikkaan kotona (esim. keittiöön). Voit myös kokeilla sitä, ettet tee mitään muuta syödessäsi (esim. katso televisiota).
6. Älä jätä liian pitkiä välejä ruokailujen välille. Neljästä kuuteen tuntia voi olla sopiva väli. Ruokaile säännöllisesti. Vältä hyppäämästä ruokailujen yli. Syö säännöllisesti, mutta vähemmän. Voit juoda lasin tai kaksi vettä ennen ruokailun aloittamista. Voit myös juoda vettä ruokailun aikana ja ruokailujen välillä. Se auttaa hallitsemaan näälän tunteita.
7. Vähennä vaihtoehtoja kun ruokaillet. Syö yksinkertaisemmin niin kuin esi-isämme tekivät. Lisää esim. keittojen ja puurojen syömistä. Vähennä rasvaisten ja makeiden sekä suolaisten tuotteiden ostamista ja syömistä. Syö niitä vähemmän. Opetä itsesi syömään vähemmin. Vähennä ruuan määrää. Älä kuitenkaan luovu kaikista nautinnoista kokonaan. Nautinnot kuuluvat elämään. Elämä ei saa olla liian tylsää.
8. Käyttäytymismuutoksen avain voi olla se, että pystyy ainakin välillä tekemään omien tunteiden vastaisesti. Toisin kuin itse asiassa haluaisi. Toisin kuin tunteet tai "mieli" sanoo meille. Jos olemme liikaa riippuvaisia tunteistamme emme ole vapaita. Tee asioita silloin tällöin omien tunteitteesi vastaisesti.
9. Ole varuillasi, seuraa painoasi ja kuntoasi. Ole myös rehellinen itsellesi ja sille mitä havaitset ja huomaat.
10. Elämäntapamuutokset vaativat yleensä ponnistelua. Mieti, miksi oikeastaan pitäisi tehdä asioita, jotka vaativat vaivaa, aikaa ja ponnistusta? Ehkä sinun velvollisuutesi on pitää mahdollisimman hyvää huolta itsestäsi. Sinä olet arvokas ja ansaitset huolenpitoa.

### 3. ITSEHAVAINNOT PAINONHALLINNAN APUNA: PAINON JA VYÖTÄRÖNYMPÄRYKSEN SÄÄNNÖLLINEN SEURAAMINEN

Raimo Lappalainen, dosentti, psykologi  
 Psykologian laitos, Tampereen yliopisto

Vaa'alle nousu ja oman painon toteaminen saattaa joskus olla vaikeaa. Vaaka on painonhallitsijan ystävä, ei vihollinen. Se varoittaa ajoissa painon liiallisesta noususta, jolloin asiaan voidaan heti puuttua. Painon seuranta helpottaa suuresti, jos punnituksen tulokset merkitään muistiin. Muistiinpanot painosta voivat antaa pitkällä aikavälillä hyödyllistä tietoa painonhallinnasta. Samaan tapaan kuin hampaiden pesusta, päivittäisestä punnitsemisestä tulee helpommin luonteva tapa kuin viikottaisesta punnitsemisestä. Kerran viikossa tapahtuva punnitseminen on myös mahdollista, jos sen omaksuu pysyväksi tavaksi. Kokemuksen mukaan viikottainen punnitus helposti jää loman, matkan tai jonkin muun syyn vuoksi, minkä jälkeen sitä ei enää aloiteta uudestaan. Suosittelemme painon säännöllistä seuraamista, mieluiten päivittäin. Samalla tavalla kuin painoa myös vyötärön ympärystä voidaan seurata säännöllisesti ja lukuja voidaan merkitä muistiin.

#### Miksi painoa tai vyötärön ympärystä olisi hyvä seurata säännöllisesti?

1. Mittaukset antavat pitkällä aikavälillä suoraa palautetta oman painon vaihtelusta. Psykologinen tieto ja käytännön kokemus viittaavat siihen, että mittauksista saatu palaute voi olla tehokas keino muuttaa käyttäytymistottumuksiamme.
2. Säännöllisen mittaamisen avulla voimme oppia huomaamaan, mitkä asiat mahdollisesti säätelevät painoa. Mittaaminen lisää todennäköisyyttä, että opimme tunnistamaan yksilöllisiä painoon vaikuttavia tekijöitä (esim. juhlapyhät, lomat, työkiireet tai tunnemuutokset). Mittaamisen avulla jokaisella on mahdollisuus saada yksilöllistä ja henkilökohtaista palautetta toiminnastaan.
3. Vaaka ja mittanauha antavat tietoa painonhallintaan ja elämäntapoihin liittyvien muutuskokeilujen toimivuudesta pitkällä aikavälillä. Periaatteena on "kokeillaan ja tehdään muutoksia sekä seurataan mittaamisen avulla vaikutuksia".
4. Jokaisella meistä on yksilöllinen aineenvaihdunta eli kulutamme eri määrän energiaa kuin esim. naapurimme. Tästä syystä myös syöminen tulisi olla yksilöllistä. Emme voi syödä niin kuin muut syövät. Meidän on syötävä meille sopivalla tavalla. Itsehavaintojen avulla voi olla mahdollista löytää juuri meille sopiva syöminen ja elämäntavat.
5. Mittaukset muistuttavat meitä säännöllisesti ja toistuvasti: "huolehdi itsestäsi"

6. Painon ja vyötärön ympäröyksen säännöllinen seuraaminen voi auttaa meitä havaitsemaan painon liiallisen nousun ajoissa. Painolla on ikävä taipumusta nousta ajan myötä. Kun meille tulee lisää vuosia, myös painoa tulee helposti lisää. Painonhallinta- tai laihdutusohjelman jälkeen paino nousee jossain vaiheessa. On erittäin tärkeää havaita painonnousu ajoissa, ennen kuin se nousee liikaa. Säännöllinen mittaaminen voi auttaa meitä. Itsehavainnot voivat olla painonhallinnan pitkäaikaisen onnistumisen kannalta välttämätön menetelmä.
7. Vaa'an ja mittanauhan käyttö on halpa ja yksinkertainen menetelmä hallita painoa.
8. Menetelmää voidaan käyttää jopa useita vuosia.
9. Säännöllisessä mittaamisessa emme ole riippuvaisia muista.
10. Säännöllinen mittaaminen voi opettaa rehellisyyttä itseä kohtaan.

## ITSEHAVAINTOJEN KIRJAAMINEN

Merkitse vihkoon säännöllisesti milloin olet tehnyt mittauksen (päivämäärä) ja mittausarvo (paino):

Päivä	Paino
15.1.	100,0
16.1.	101,0
17.1.	101,0
18.1.	100,5
19.1.	100,0

Voit myös tehdä mittauksista muutoskäyrän.



## TIEDOTE TUTKITTAVALLE

30.3.2009

### Tutkimus ”Painonhallinta psykologisella lyhytmenetelmällä”

Pyydämme Teitä ystävällisesti perehtymään tähän tiedotteeseen, jossa kerrotaan Savonia-ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden yksikössä tehtävästä tutkimuksesta, joka toteutetaan yhteistyössä VireTorin kanssa. VireTori liittyy Savonia-ammattikorkeakoulun, Savon ammatti- ja aikuisopiston sekä Kuopion yliopiston yhteistyönä toteuttamaan Euroopan sosiaalirahaston rahoittamaan Oppimistori-toiminta – avaimia Pohjois-Savon väestön hyvinvoinnin edistämiseen – projektiin.

Perehdyttyänne tiedotteeseen, on Teillä mahdollisuus ilmoittautua mukaan tutkimukseen, jos täytätte ao. kriteerit. Mahdolliset kysymykset ja osallistumisilmoittautumisen voi lähettää tutkijoille sähköpostitse tai hoitaa ne puhelimitse (ks. yhteystiedot).

#### Tutkimuksen tarkoitus:

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää Tampereen yliopistossa kehitetyn painonhallinnan psykologisen lyhytmenetelmän soveltuvuutta ja toimivuutta terveistä ylipainoisista aikuisista koostuvilla ryhmillä. Menetelmä on uusi ja aiemmat tulokset ovat olleet lupaavia. Tarkoituksena on ohjata asiakkaita hallitsemaan omaa painoaan ja vähentämään ylipainoisuuttaan. Tutkimuksessa selvitetään myös, muuttuvatko asiakkaiden syömistottumukset. Lisäksi osallistujille tehdään kysely, jossa selvitetään asiakkaiden mielipidettä menetelmän soveltuvuudesta.

Tutkimukseen osallistuvalla asiakkaalla ei tule olla todettuja sairauksia. Lisäksi osallistujan tulee olla iältään 18-65-vuotias.

#### Tutkimuksen kulku:

**Mikäli haluatte osallistua tutkimukseen, voitte ottaa tutkijoihin yhteyttä valitsemallanne tavalla:**

**1. Sähköpostitse:** Lähettäkää ilmoittautuminen sähköpostitse viimeistään keskiviikkona 15.4.2009 osoitteeseen [sara.ihalainen@student.savonia.fi](mailto:sara.ihalainen@student.savonia.fi) tai [riitta.suominen@student.savonia.fi](mailto:riitta.suominen@student.savonia.fi). Liittäkää viestinne seuraavat tiedot: päivämäärä, jolloin ensisijaisesti haluatte osallistua alkutapaamiseen, ikänne sekä pituutenne ja pai-



nonne (arvio riittää, jos tarkempaa tietoa ei ole saatavilla). Vastausviestissä saatte tiedon, sovellutteko tutkimukseen ja onko valitsemananne päivämääränä ryhmässä vielä tilaa.

**2. Soittamalla:** Soittakaa tiistaina 14.4.2009 klo 9-15 välisenä aikana (puh. 050-xxx; Sara Ihalainen) tai keskiviikkona 15.4.2009 klo 9-15 välisenä aikana (puh. 044-xxx; Riitta Suominen). Ilmoittautumisen yhteydessä Teitä pyydetään kertomaan päivämäärä, jolloin ensisijaisesti haluatte osallistua alkutapaamiseen, ikänne sekä pituutenne ja painonne (arvio riittää, jos tarkempaa tietoa ei ole). Pyydämme teiltä myös nimenne, jotta mahdollisten muutosten vuoksi voimme varmistaa, että saamme välitettyä tiedon juuri Teille. Puhelun aikana kerromme, oletteko sopiva tutkimukseen ja voimme sopia kanssanne osallistumispäivämääränne.

### Tutkimus on kaksivaiheinen

**1. vaihe: Alkutapaaminen toukokuussa 2009.** Saatte täytettäväksenne tutkimukseen osallistumisen suostumuslomakkeen, jonka palautatte tapaamisessa mukanaolevalle henkilöstölle. Tapaamiseen kuuluu 30 minuutin mittainen luento ja saatte kirjallisen materiaalipaketin, jonka sisältö käydään yhteisesti läpi tapaamisen aikana. Materiaalipaketin saatte omaksenne. Luennon jälkeen Teiltä mitataan paino, pituus ja vyötärön ympärys.

**Alkutapaamisia** järjestetään toukokuussa viikoilla 20 ja 21 seuraavanlaisesti:

- tiistai 12.5. klo 17.00-18.30,
- keskiviikko 13.5. klo 16.00-17.30,
- torstai 14.5. klo 17.00-18.30 ja
- tiistai 19.5. klo 17.30-19.00.

**2. vaihe: Seurantatapaaminen syyskuussa 2009.** Tapaamisessa Teiltä mitataan paino ja vyötärön ympärys. Saatte täytettäväksenne myös lyhyen kyselylomakkeen, jossa tiedustelemme mielipidettänne ohjauksen hyödyllisyydestä ja soveltuvuudesta.

**Seurantatapaamisia** järjestetään syyskuussa viikoilla 36 ja 37 seuraavanlaisesti:

- tiistai 1.9. klo 17.00-18.00,
- keskiviikko 2.9. klo 17.30-18.30,
- tiistai 8.9. klo 16.30-17.30 ja
- keskiviikko 9.9. klo 18.00-19.00.

Molemmat tapaamiskerrat järjestetään Savonia-ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan yksikössä, osoitteessa Sairaalakatu 6-8, 70111 Kuopio. Tarkempi paikka kerrotaan Teille ilmoittautumisenne yhteydessä. Parkkipaikat ovat koulun piha-alueella rajalliset, joten suosittelimme Teitä tulemaan ajoissa, jotta saatte autonne lähistölle parkkeerattua esim. kadunvarteen. Koulu on myös 5-10 minuutin kävelymatkan päässä keskustasta, jossa parkkipaikkoja on tarjolla runsaammin.

Tutkimukseen osallistumisesta ei makseta palkkiota, mutta siihen osallistuminen on täysin ilmaista.

## Tutkimukseen liittyvät hyödyt ja riskit

Tutkimustiedon avulla on mahdollisuus selvittää psykologisen lyhytmenetelmän toimivuutta painonhallinnassa ja laihduttamisessa. Toimiessaan menetelmä on vähän aikaa vievä ja edullinen. Asiakkaalle se on täysin ilmainen. Tutkimukseen ei sen toteutustavan ansiosta liity riskejä.

### Luottamuksellisuus, tietojen käsittely ja säilyttäminen

Teistä kerättyä tietoa ja tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Teiltä tullaan pyytämään nimi, puhelinnumero ja sähköpostiosoite, jotta tutkijat voivat olla Teihin yhteydessä mahdollisten aikataulumuutosten tm. tiedotusasioiden vuoksi. Näiden tietojen luovuttaminen on täysin vapaaehtoista. Tiedot hävitetään välittömästi tutkimuksen päätyttyä, eivätkä niitä käsittele muut kuin tutkijat. Tutkimukseen liittyvät asiakirjat kooditetaan siten, että niistä ei käy ilmi henkilöllisyys. Opinnäytetyössä ilmestyvässä tutkimusraportissa ei ilmene mitään henkilötietoja.

### Vapaaehtoisuus

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja voitte keskeyttää sen koska tahansa. Mikäli keskeytätte tutkimuksen, teistä kerätyt tiedot hävitetään, jos niin tahdotte. Huomioikaa kuitenkin, että koska kyseessä on tutkimustyö, osallistumalla painonhallinnan ohjaukseen, sitoudutte samalla osallistumaan myös tehtävään tutkimukseen.

### Tutkimustuloksista tiedottaminen

Tutkimuksen tekevät sairaanhoitajaopiskelijat Sara Ihalainen ja Riitta Suominen Savonia-ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden yksiköstä Kuopiosta. Tutkimus kuuluu heidän opinnäytetyöhönsä ja se toteutetaan yhteistyössä VireTori-hankkeen kanssa. Tutkimuksen ja sen tulosten pohjalta ilmestyy opinnäytetyö, joka on valmistuttuaan saatavilla Savonia-ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden yksikön kirjastosta sekä Savonia-ammattikorkeakoulun nettisivuilta.

## Lisätiedot

Teillä on mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimuksesta ja sen toteuttamisesta tutkijoille. (ks. yhteystiedot)

### Tutkijoiden yhteystiedot

Sara Ihalainen

sairaanhoitaja-opiskelija, Savonia-ammattikorkeakoulu, Kuopio, puhelin: 050–xxx  
[sara.ihalainen@student.savonia.fi](mailto:sara.ihalainen@student.savonia.fi)

Riitta Suominen

sairaanhoitaja-opiskelija, Savonia-ammattikorkeakoulu, Kuopio, puhelin: 044–xxx  
[riitta.suominen@student.savonia.fi](mailto:riitta.suominen@student.savonia.fi)





## TUTKITTAVAN SUOSTUMUS

7.5.2009

**Tutkimuksen nimi:** Painonhallinta psykologisella lyhytmenetelmällä  
**Tutkimuspaikka:** Savonia-ammattikorkeakoulu, Terveysala, Kuopio

Minua \_\_\_\_\_ on pyydetty osallistumaan yllämainittuun Savonia-ammattikorkeakoulun opinnäyte-työhön liittyvään tutkimukseen, jonka tarkoituksena on tutkia psykologisen lyhytmenetelmän soveltuvuutta painonhallinnassa. Tutkimuksen toteuttavat Savonia-ammattikorkeakoulun terveystieteen opiskelijat. Olen perehtynyt kirjalliseen tiedotteeseen ja minulla on ollut tilaisuus esittää siitä kysymyksiä. Olen saanut riittävät tiedot oikeuksistani, tutkimuksen tarkoituksesta ja sen toteutuksesta sekä tutkimuksen hyödyistä ja riskeistä.

Ymmärrän, että osallistumiseni on vapaaehtoista. Tiedän, että tietojani käsitellään luottamuksellisesti eikä niitä luovuteta sivullisille. Tiedän, että minulla on oikeus pyytää hävittämään minusta kerätyt tutkimustiedot.

Rengasta valitsemasi vaihtoehto

Haluan osallistua painonhallinnan ohjaukseen ja tutkimuksessa tarvittaviin mittauksiin.	Kyllä	Ei
Suostun, että täyttämäni kyselylomakkeiden tietoa voidaan käyttää tässä tutkimuksessa.	Kyllä	Ei
Suostun antamaan yhteystietoni tähän tutkimukseen liittyvää yhteydenpitoa ja tiedottamista varten.	Kyllä	Ei

\_\_\_\_\_  
Tutkittavan nimi

\_\_\_\_\_  
Sähköpostiosoite

\_\_\_\_\_  
Puhelinnumero

\_\_\_\_\_  
Päivämäärä

\_\_\_\_\_  
Allekirjoitus

---

Suostumuksen vastaanottaja

---

Päivämäärä

---

Allekirjoitus



Vipuvoimaa  
EU:lta  
2007-2013

Liite 4. Tutkittavan tiedot, alkutapaaminen



7.5.2009

**TUTKITTAVAN TIEDOT**

**Alkutapaaminen:**

Koodi \_\_\_\_\_

Pituus \_\_\_\_\_ Paino \_\_\_\_\_ BMI \_\_\_\_\_

Vyötärön ympäryys \_\_\_\_\_

Todetut sairaudet

---



---

Lääkitykset

---



---

Seurantatapaaminen:

ti 1.9.2009 klo 17.00 - 18.00 \_\_\_\_\_

ke 2.9. 2009 klo 17.30 - 18.30 \_\_\_\_\_

## Liite 5. Syömistapakysely

TFEQ R-18

Tämä kyselylomake sisältää syömistapoja ja näläntunnetta käsitteleviä väittämiä. Lue väittämät huolellisesti ja rastita sinua parhaiten kuvaava vaihtoehto. Merkitse vastausvaihtoehto, joka kuvaa sinua parhaiten.

	pitää paikkansa			
	täysin	melko hyvin	ei kovin hyvin	ei lainkaan
1. Kun tunnen tirisevän pihvin tai herkullisen ruuan tuoksun, minun on vaikea olla syömättä, vaikka olen juuri syönyt aterian.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Otan tarkoituksella pieniä ruoka-annoksia hallitakseni painoani.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kun olen huolissani, syön tavallista enemmän.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Joskus tuntuu syödessäni siltä, etten voi lopettaa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jos joku syö seurassani, alkaa itsenikin usein tehdä mieli syötävää ja alan myös syödä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kun olen alakuloinen, syön usein liikaa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Nähdessäni jotakin todella hyvää syötävää, minun alkaa tehdä sitä niin mieli, että minun on syötävä se heti kokonaan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Minun tekee niin kovasti mieli syödä, että vatsani vaikuttaa usein "pohjattomalta kaivolta".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Minun tekee aina mieli syötävää, joten minun on vaikea lopettaa syömistä ennen kuin lautanen on tyhjä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Kun tunnen oloni yksinäiseksi, lohdutan itseäni syömällä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hillitsen tietoisesti syömistäni aterioilla, jotta painoni ei nousisi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	täysin totta	enimmäkseen totta	enimmäkseen ei ole totta	ei ole totta			
12. En syö tiettyjä ruokia, koska ne lihottavat minua.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
13. Voin syödä milloin tahansa, koska mielihaluni syödä on aina riittävän voimakas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
14. Kuinka usein mielesi tekee ruokaa?							
vain ruoka-aikoina	<input type="checkbox"/>						
joskus aterioiden välillä	<input type="checkbox"/>						
usein aterioiden välillä	<input type="checkbox"/>						
lähes koko ajan	<input type="checkbox"/>						
15. Kuinka usein vältät sitä, että sinulla on houkuttelevaa ruokaa saatavilla?							
en juuri koskaan	<input type="checkbox"/>						
harvoin	<input type="checkbox"/>						
usein	<input type="checkbox"/>						
lähes aina	<input type="checkbox"/>						
16. Kuinka todennäköistä on, että onnistut tietoisesti syömään vähemmän kuin haluaisit?							
epätodennäköistä	<input type="checkbox"/>						
ei kovin todennäköistä	<input type="checkbox"/>						
melko todennäköistä	<input type="checkbox"/>						
hyvin todennäköistä	<input type="checkbox"/>						
17. Jatkatko runsasta syömistä, vaikka et olisikaan nälkäinen?							
ei koskaan	<input type="checkbox"/>						
harvoin	<input type="checkbox"/>						
joskus	<input type="checkbox"/>						
ainakin kerran viikossa	<input type="checkbox"/>						
18. Asteikolla 1-8, jolla 1 tarkoittaa rajoittamatonta syömistä (syön mitä haluan ja milloin haluan) ja 8 tarkoittaa täydellistä pidättäytymistä (rajoitan tietoisesti syömistäni, enkä koskaan anna periksi), minkä numeron antaisit itsellesi?							
1	2	3	4	5	6	7	8
syön mitä haluan ja milloin haluan						rajoitan jatkuvasti syömistäni, en koskaan anna periksi	



## Liite 6. Materiaalipaketin alustus

Materiaalipaketin alustuksessa voidaan tuoda esille seuraavia asioita:

### 1) Tietopaketti ravitsemuspsykologiasta: Painonhallinta

Syömisen hallinta on keskeinen painonhallinnan alue. Moni laihduttaja tietää paljon siitä, mitä tulisi tehdä, mutta ei pysty monista eri syistä toteuttamaan päätöksiään. Syömisen hallinta keskittyy siihen, miksi syödään, milloin syödään ja milloin syöminen lopetetaan. On tärkeää olla tietoinen siitä, että esim. pitkät aterioiden välit heikentävät syömisen hallintaa. Muita nälän tunteen hallintakeinoja on veden juominen, yhdessä paikassa syöminen ja syömisen hidastaminen.

On myös tärkeää tuntee ruokamuutosten ja painonhallinnan esteet ja erityisesti se tosiasia, että ihmisen synnynnäiset ominaisuudet vaikeuttavat ruokailutottumusten muuttamista. Näitä synnynnäisiä ominaisuuksia ovat mm. synnynnäinen mieltymys makeaan ja suolaan sekä opittu nälkä: olemme oppineet tulemaan nälkäisiksi tietyissä paikoissa, esim. kun astumme sisään kotiovesta tai kun näemme ruokamainoksen tai paikan, josta saa maukasta ruokaa. Nälän tunne ei välttämättä tarkoita sitä, että meillä olisi ”oikeasti nälkä” ja meidän tulisi ”tankata”.

Synnynnäiset mekanismit ja oppimiskokemukset ohjaavat myös kylläisyyttä. Saman aterian aikana syödyn ruoan määrään vaikuttaa ruoan maun, värin ja koostumuksen vaihtelu: mitä enemmän vaihtoehtoja on tarjolla, sitä enemmän syömmme. Esimerkiksi juhlapyhinä paino nousee helposti, koska tarjolla on paljon vaihtoehtoja ja syömmme huomaamatta liian suuren määrän ruokaa. Vaihtoehtojen rajoittaminen voi olla yksi keino, jolla voimme säädellä syömistämme.

Tietopaketissa on lisäksi tietoa energian kulutuksesta, laihtutustuloksen ylläpidosta sekä yleistä painonhallinnasta. Tietopaketissa kerrotaan myös ylipainosta ja sen terveysvaikutuksista, energian saannista sekä rasvan ja kylläisyyden tunteesta. Lopuksi kerrotaan alkoholista ja sen yhteydessä nautittavista ruoista.

### 2) Ohjeita painonhallintaan

Ohjeissa on kuvattu 10 keskeistä kohtaa, jotka liittyvät painon hallintaan. Lopullinen valinta muutoksista ja kokeiltavista asioista on henkilöllä itsellään. Pyritään siihen, että henkilö sitoutuu kokeilemaan joitakin mainituista muutoksista ja jatkaa niiden kohtien noudattamista, jotka juuri hänen kohdallaan toimivat. Elämäntapamuutokset vaativat yleensä ponnistelua ja ne tapahtuvat hitaasti. Joskus täytyy toimia omien tunteiden vastaisesti,

toisin kuin itse asiassa haluaisi. On kuitenkin opeteltava tekemään silloin tällöin toisin, kuin oma "mieli" sanoo. Tarvitaan harjoittelua!

### **3) Itsehavainnot painonhallinnan apuna**

Vaa'alle nousu ja oman painon toteaminen saattaa joskus olla vaikeaa. On kuitenkin muistettava, että vaaka on painonhallitsijan ystävä, ei vihollinen, ja varoittaa ajoissa painon noususta. Se myös helpottaa painon seuraamista, jos punnituksen tulokset kirjataan ylös. On suositeltavaa, että painoa seurataan päivittäin. Päivittäinen painonseuranta auttaa tunnistamaan yksilöllisiä painoon vaikuttavia tekijöitä ja antaa tietoa siitä, mitkä asiat säätelevät painoa ja mitkä muutokset toimivat parhaiten. Jokaisella meistä on yksilöllinen aineenvaihdunta eli kulutamme eri määrän energiaa kuin joku toinen. Siksi myös syöminen on yksilöllistä. Emme voi syödä kuten muut syövät, vaan meidän on syötävä itsellemme sopivalla tavalla pitääksemme painomme hallinnassa. Kun seuraamme painoamme säännöllisesti, havaitsemme painon nousun ajoissa, ja voimme ryhtyä "vastahyökkäykseen". Näin paino ei pääse karkaamaan käsistä. On myös muistettava se tosiasia, että painolla on taipumusta nousta iän myötä.

Itsehavainto-ohjeet käydään sanallisesti läpi ja opetetaan, kuinka itsehavainnot kirjataan muistiin.

### **IV Kysymykset ja kotitehtävät**

Jokainen valitsee ja kokeilee jotakin itse valittua muutosta ja aloittaa painon sekä halutesaan vyötärön ympäröityksen seuraamisen. Edellä kuvattu kokonaisuus on Lyhythoito 1 eli yhden tapaamiskerran hoito-ohjelma.

Jos sovelletaan pitempää ohjelmaa (Lyhythoito 2), sovitaan seuraava tapaamiskerta. Se voi olla 1-3 viikon kuluttua.

Liite 7. Painonhallintaohjelmaan liittyvä kysely

Koodi \_\_\_\_\_

## **PAINONHALLINNAN PSYKOLOGISEN LYHYTMENETELMÄN SEURANTATAPAAMISEN KYSELYLOMAKE ASIAKKAALLE**

Lukekaa seuraavat väittämät huolellisesti ja ympyröikää yksi vaihtoehto, joka kuvaa mielipidettänne parhaiten.

### **1. Painonhallintaohjelma auttoi minua painonhallinnassa.**

- 1) erittäin paljon
- 2) paljon
- 3) jonkin verran
- 4) vähän
- 5) ei lainkaan

### **2. Elämäntavoissani (ravitsemus ja/tai liikunta) on tapahtunut muutoksia painonhallintaohjelman aikana.**

- 1) erittäin paljon
- 2) paljon
- 3) jonkin verran
- 4) vähän
- 5) ei lainkaan

### **3. Alkutapaamisessa saamani materiaalipaketti oli mielestäni:**

- 6 erittäin selkeä
- 7 selkeä
- 8 kohtalainen
- 9 sekava
- 10 erittäin sekava

### **4. Materiaalipaketista oli minulle apua painonhallinnassa:**

- 1) erittäin paljon
- 2) paljon
- 3) jonkin verran
- 4) vähän
- 5) ei lainkaan

### 5. Painonhallintaohjelman toteutustapa oli mielestäni kokonaisuutena:

- erittäin hyvä
- hyvä
- kohtalainen
- huono
- erittäin huono

### 6. Painonhallintaohjeista kokeilin seuraavia:

Merkitse rastilla luettelosta kokeilemasi vaihtoehdot.

	Olen kokeillut	Jatkan edelleen
● tietopakettiin tutustuminen	1) _____	_____
● painon mittaaminen	2) _____	_____
● painon mittaaminen ja kirjaaminen	3) _____	_____
● vyötärön ympäryksen mittaaminen	4) _____	_____
● vyötärön ympäryksen mittaaminen ja kirjaaminen	5) _____	_____
● liikunnan lisääminen	6) _____	_____
● hitaammin syöminen	7) _____	_____
● syömisestä keskittäminen yhteen paikkaan (esim. keittiöön)	8) _____	_____
● syöminen tekemättä samalla mitään muuta (esim. tv:n katselu)	9) _____	_____
● syöminen useammin ja vähemmän kerralla	10) _____	_____
● syömisestä vähentäminen yleensä	11) _____	_____
● veden juomisen lisääminen	12) _____	_____
● ruokavaihtoehtojen vähentäminen	13) _____	_____
● puurojen ja keittojen lisääminen	14) _____	_____
● rasvaisten, makeiden tai suolaisten ruokien vähentäminen	15) _____	_____
● omia mielihaluja vastaan toimiminen	16) _____	_____
● muuta, mitä? _____	17) _____	_____
_____		
● en ole kokeillut mitään ohjetta	18) _____	_____

### 7. Palaute ja kommentit

Mikäli haluatte vielä antaa palautetta tai kommentoida painonhallinnan psykologista lyhytmenetelmää tai sen toteutusta, voitte kirjoittaa sen tähän:

---



---



---



---



---

Kiitos vastauksestasi.

## Liite 8. Tutkittavan tiedot, seurantatapaaminen



24.8.2009

**TUTKITTAVAN TIEDOT****Seurantatapaaminen:**

Koodi \_\_\_\_\_

Pituus \_\_\_\_\_ Paino \_\_\_\_\_ BMI \_\_\_\_\_

Vyötärön ympäryys \_\_\_\_\_

Alkutapaamisen jälkeen todetut sairaudet

---

---

Alkutapaamisen jälkeen määrättyt lääkitykset

---

---