

TAMPEREEN YLIOPISTO

Hyvät puheet ja suuret toiveet

Kouluterveydenhoitajien näkemyksiä koululaisten ylipainosta

Kasvatustieteiden yksikkö

Luokanopettajan koulutus, Hämeenlinna

Kasvatustieteen pro gradu -tutkielma

VIRNAREETA VÄISÄNEN

Kevät 2012

Tampereen yliopisto

Kasvatustieteiden yksikkö

Luokanopettajan koulutus, Hämeenlinna

VIRNAREETA VÄISÄNEN: Hyvät puheet ja suuret toiveet. Kouluterveydenhoitajien näkemyksiä koululaisten ylipainosta.

Kasvatustieteen pro gradu -tutkielma, 80 sivua, 7 liitesivua

Kesäkuu 2012

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kouluikäisten lihavuuden yleisyyttä, sen muutoksia ja seurannaisvaikutuksia lapselle itselleen ja koulunkäynnille. Tutkimus käsittelee myös koulun roolia ja toimenpiteitä terveyden edistäjänä. Tutkimus on kartoittava, eli tarkoituksena on etsiä uusia näkökulmia, löytää uusia ilmiöitä ja selvittää ilmiötä. Lihavuusongelmaa koululaisilla käsitellään yhteiskunnallisen ongelman näkökulmasta. Näkökulmassa keskeisessä roolissa on oppilas yksilönä ja heidän perheensä. Tutkimuksen näyttämönä toimii koulu ja kouluterveydenhuolto, koska yhteiskunnallisesti ne ovat laajin lapsiperheiden kiinnityspinta terveyskasvatukseen ja sitä kautta myös lihavuusongelmaan. Tutkimuksen teoriaosuudessa käsitellään lasten lihavuutta, sekä koulua ja kouluterveydenhuoltoa ylipaino-ongelmaan liittyvin osin.

Tutkimus on luonteeltaan kvalitatiivinen, ja se sijoittuu fenomenologis-hermeneuttiseen tieteenperinteeseen. Nämä valinnat tukevat tutkimuksen tavoitetta ymmärtää ja tulkita koululaisten ylipaino ilmiötä inhimillisenä kokemuksena ja asiana. Tutkimuksen aineisto kerättiin haastattelemalla viittä kouluterveydenhoitajaa. Haastattelut toteutettiin teemahaastatteluinä keväällä 2012. Kouluterveydenhoitajat valittiin tiedonantajiksi heidän vahvan terveystaustansa ja yhteiskunnallisen näköalapaikkansa takia.

Kouluterveydenhoitajien havaintojen mukaan lihaviin lasten määrä on lisääntynyt ja painokasvukäyrän ääripäiden lapsimäärät ovat kasvaneet. Ylipainoisuus ei vaikuta lapsen koulutyön etenemiseen, mutta se voi näkyä koulutyössä yleisenä jaksamisen puutteena ja mahdolliset muutokset koulumyönteisyydessä, kouluviihtyvyydessä ja sosiaalisissa suhteissa voivat vaikuttaa negatiivisesti koulunkäyntiin. Terveystaustajien havaintojen mukaan ylipainoiset lapset ovat epävarmoja sosiaalisissa suhteissa. Ylipainoisuus myös vähentää lapsen ja nuoren harrastuksia. Havaintojen mukaan lihaviin lapsien ulkoilun ja liikunnan määrä on vähäisempää kuin normaalipainoisilla lapsilla. Samoin ylipainoisilla on normaalipainoisia suurempi todennäköisyys huonompaan itsetuntoon.

Lapsen ja nuoren ylipainoisuuteen liittyy terveydenhoitajien havaintojen mukaan hieman lisääntyneet terveydelliset ongelmat, sekä huomattavasti lisääntynyt riski saada terveydellisiä ongelmia. Fyysisiä terveyshaittoja ovat tuki- ja liikuntaelinvaihat, kohonnut verenpaine ja muutokset sokeriaineenvaihdunnassa ja rasva-arvoissa. Lapsen psyykinen hyvinvointi liittyy itsetuntoon, kehonkuvaan ja siihen kuinka hyvin hyväksyy itsensä.

Terveystaustajat nostivat lasten lihavuuden yhteiskunnallisina perusteluina esille perheiden ruokailukulttuurissa ja liikuntakäyttäytymisessä tapahtuneet muutokset. Lisäksi lasten ja nuorten oman rahan määrä on lisääntynyt. Tärkeimpänä lihavuuden ehkäisykeinona terveydenhoitajat näkivät perheiden tukemisen ja koulu- ja neuvolaterveydenhuollon kehittämisen, sekä liikunnan lisäämisen koulupäivään.

Avainsanat: ylipaino, lihavuus, koulu, kouluterveydenhuolto, fenomenologia, hermeneutiikka

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	TUTKIMUKSEN TEOREETTINEN VIITEKEHYS	8
2.1	LASTEN LIHAVUUS	8
2.1.1	<i>Lihavuuden taustaa ja sen yleisyys lapsilla ja nuorilla</i>	8
2.1.2	<i>Lihavuuden eli liikapainon määritelmä lapsilla</i>	13
2.1.3	<i>Lihavuuden yhteys terveysongelmiin lapsilla ja nuorilla</i>	16
2.1.4	<i>Lihavuus, tulevaisuuden ongelma</i>	19
2.1.5	<i>Liikunta lihavuuden hoidossa</i>	20
2.1.6	<i>Ylipaino ongelma koulussa</i>	23
2.2	KOULUTERVEYDENHUOLTO	24
2.2.1	<i>Kouluterveyden huollon lainsäädäntö ja tehtävät</i>	24
2.2.2	<i>Kouluterveydenhuollon henkilöstö</i>	26
2.2.3	<i>Ylipaino ja siihen liittyvät ongelmat kouluterveydenhuollossa</i>	27
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	30
4	TUTKIMUSMENETELMÄT JA TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	32
4.1	TUTKIMUKSEN TEORIATAUSTA	32
4.1.1	<i>Kvalitatiivinen tutkimus</i>	32
4.1.2	<i>Tutkimuksen fenomenologis-hermeneuttinen tausta</i>	33
4.2	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	34
4.2.1	<i>Tutkimusmenetelmän kuvaus</i>	34
4.2.2	<i>Tutkimuksen tiedonantajat</i>	35
4.2.3	<i>Aineistonkeruu</i>	37
4.2.4	<i>Analyysi</i>	38
5	TULOKSET	40
5.1	KOULUTERVEYDENHUOLLON HAVAINTOJA LIHAVISTA LAPSISTA	40
5.1.1	<i>Lihavien lasten määrä</i>	40
5.1.2	<i>Ylipainon vaikutukset koulunkäyntiin</i>	41
5.1.3	<i>Ylipainon vaikutukset lapsen elämään</i>	43
5.1.4	<i>Lihavat oppilaat kouluterveydenhuollon käyttäjinä</i>	49
5.2	LIHAVUUS YHTEISKUNNALLISENA ONGELMANA	49

5.2.1 Miksi lihavuudesta on tullut yhteiskunnallinen ongelma?.....	49
5.2.2 Miten ongelmaan pystyttäisiin vaikuttamaan yhteiskunnassa?.....	55
6 YHTEENVETO.....	63
6.1 TULOSTEN TARKASTELUA.....	63
6.2 TUTKIMUKSEEN LIITTYVÄT EETTISET NÄKÖKOHDAT.....	65
6.3 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS.....	67
6.4 TULOSTEN HYÖDYNNETTÄVYYS JA JATKOTUTKIMUSAIHEET.....	69
7 POHDINTA.....	70
LÄHTEET.....	76
LIITTEET.....	1
LIITE 1: KUTSU HAASTATELUTUTKIMUKSEEN.....	1
LIITE 3: TEEMAHAASTATTELURUNKO.....	3
LIITE 4: NÄYTE LITTEROIDUSTA HAASTATELUSTA A.....	4
LIITE 5: NÄYTE LITTEROIDUSTA HAASTATELUSTA B.....	6

1 JOHDANTO

Lasten lihavuus on yleistynyt viime vuosikymmeninä huolestuttavalla tavalla maailman laajuisesti. Suomessa ylipainoisten lasten ja nuorten määrä on yli kaksinkertaistunut 20 vuoden aikana. Lasten hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tärkeimpiä tavoitteita. Ohjelmassa todetaan: ”Lasten hyvinvointi lisääntyy, terveydentila paranee ja turvattomuuteen liittyvät oireet ja sairaudet vähenevät merkittävästi.” (Kouluterveydenhuolto 2002, 9).

Lasten lihavuus saa tällä hetkellä paljon mediatilaa. Jo pelkästään Aamulehdessä on uutisoitu vuonna 2012 lähes kuukausittain lasten lihavuudesta ja siihen liittyvistä tekijöistä. Tammikuussa kerrottiin kansainvälisestä tutkimuksesta (Aamulehti 12.1.2012, A7), jonka mukaan lapsuuden ylipaino tulisi pudottaa pois jo ennen aikuisikää, sekä norjalaistutkimuksesta (17.1.2012), jonka mukaan ylipainoisen lapsen ruokavaliolla on suurempi vaikutus painonpudotukseen kuin liikunnalla. Helmikuussa kerrottiin Turun yliopiston tutkimuksesta (23.2.2012, A8), jonka mukaan lapsuuden lihavuus voi vihjata alkavasta valtimotaudista. Huhtikuussa (4.4.2012, A15) kerrottiin israelilaistutkimuksesta, jonka mukaan äidin lihavuus tekee lapsistakin lihavia aikuisia.

On huolestuttavaa, että lasten lihavuus on yleistynyt jopa aikuisten lihavuuden lisääntymistä nopeammin. Lapsuusiän lihavuus säilyy hoitamattomana suurella todennäköisyydellä aikuisikään asti. Erityisesti merkittävä ylipaino pitkän aikaan lapsuusiässä lisää todennäköisyyttä aikuisiän ylipainoon. Lasten terveysongelmat alkoivat yleistyä 1990-luvun lopussa. Ylipainoisuus on lisääntynyt ja muutamat tutkimukset yhdessä käytännön kokemusten kanssa viittaavat varsin vahvasti koululaisten fyysisen kunnon heikkenemiseen, vaikkakin osa lapsista harrastaa aikaisempaa enemmän liikuntaa. (Kouluterveydenhuolto 2002, 13.) Jotta lapsen lihavuus ja siitä seuraavat terveysriskit tunnistetaan ajoissa, tulee yhteiskunnan tarjota riittävät resurssit terveydenhuoltoon. Suomessa lapsuuden terveysseuranta jatkuu keskeytyksettä äitiys- ja lastenneuvolan kautta kouluterveydenhoitoon, joka on keskeisin lasten ja nuorten terveyspalvelu. Koulu on kodin ja päivähoidon rinnalla tärkeä lapsen kasvun ja kehityksen yhteisö (Kouluterveydenhuolto 2002, 9).

Lapsuus ja nuoruus on otollista aikaa juurruttaa terveyttä edistäviä käytänteitä elämään, aivan kuten perusopetuksen opetussuunnitelman perusteissakin todetaan. Tämä tutkimus käsittelee koulun roolia ja toimenpiteitä terveyden edistäjänä ja pystyykö koulu toimimaan avaintekijänä lihavuuden ehkäisyssä jo varhaisessa vaiheessa. Käypä hoito suosituksen mukaan opetustoimen henkilöstö on avainasemassa lihavuuden ehkäisyssä yhdessä terveydenhuollon, neuvoloiden, kouluterveydenhuollon, päivähoidon ja liikuntatoimen työntekijöiden kanssa. Lihavuuden ehkäisyyn tehdyt toimenpiteet tulee aloittaa jo varhaisessa vaiheessa ja jatkaa läpi lapsuus ja nuoruus iän. (Lasten lihavuus: Käypä hoito – suositus, 2005.)

Lapsesta asti ylipainosta kärsivillä on koko elämänsä ajan ylimääräinen rasitus elimistössä. Lihavimmat sairastuvat jo teini-iässä, eikä ole tavatonta, että jo nuorilla aikuisilla todetaan kakkostyyppin diabetesta. Usein ylipaino-ongelma jättää jälkensä myös psyykkiselle puolelle. Todennäköisyys esimerkiksi koulukiusaamisen kohteeksi joutumiseen on suurempaa. Lihavuuteen suhtautuminen on ristiriitaista, koska jopa lastenkirjoissa inhottavat tyypit on kuvattu lihavina. Näin on esimerkiksi J.K. Rowlingin Harry Potter -kirjassa (Harry Potter ja Azkabanin vanki), sekä Peppi Pitkätossun piirroselokuvassa. Silti pidetään itsestään selvytenä, ettei ketään saa haukkua lihavaksi. Lisäksi vanhemmat pelkäävät puuttua lapsensa lihavuuteen. Pelkona ovat esimerkiksi syömisongelmat ja -häiriöt. (Janson & Danielsson, 2005).

Valitsin aiheen edellisen tutkintoni innoittamana. Valmistuin Haaga instituutin Vierumäen liikuntayksiköstä liikunnanohjaajaksi 2006. Erikoistuin opinnoissani terveysliikuntaan ja tein opinnäytetyöni eri liikuntalajien soveltuvuudesta ylipainoisille. Luokanopettajaopintojen kandidaatintutkielmassa laajensin terveysliikuntaosaamistani kouluun kartoittaessani terveysliikunnan esiintymistä peruskoulussa. Tämän tutkimuksen tarve nousi esille havaitessani, että lasten lihavuus yleistyy huolestuttavaa vauhtia ja lapset viettävät valtaosan hereilläoloajastaan koulussa. Näin ollen koulu on erittäin hyvä foorumi tutkia lasten lihavuutta ja sen yleisyyttä ja vaikutuksia. Lisäksi minua kiinnostaa myös se, onko lihavuudella vaikutusta oppilaan koulunkäyntiin. Tutkimuksessa käsitelen lihavuutta yhteiskunnallisen ongelman kautta, eikä itselläni tai lähipiirilläni ole henkilökohtaisia kokemuksia lihavuusongelmasta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004,67–70.)

Aihetta on tutkittu aiemmin Yhdysvalloissa Minnesotan yliopistossa. Kubic, Story ja Davey (2007) tutkivat lihavuuden ehkäisyä kouluissa otsikolla Kouluterveydenhoitajan rooli ja tulevat käytännöt. Tutkimus oli kvantitatiivinen kysely, jossa kuvattiin kouluterveydenhoitajan vastuualueita lihavuuden ehkäisyssä. Tutkimustulosten mukaan kouluterveydenhoitajan suorittama pituuden, painon ja painoindeksin seuranta on tärkeää lihavuuden ehkäisyssä. Tässä tutkimuksessa

käytän useasti termejä ylipaino ja lihavuus. Käytän niitä toistensa synonyymeinä ja tarkemmin käsitteistä on kerrottu luvussa 2.1.2 Lapsi ja nuori sanat toistuvat myös paljon, enkä määrittele niiden eroa tiukasti ikärajoihin tai muihin liittäen. Myös tiedonantajat käyttävät kirjavasti termejä lapsi, nuori ja oppilas, eikä mielestäni tässä tutkimuksessa niiden termien johdonmukainen käyttö ole tarpeen. Karkeasti rajaten voidaan ajatella, että lapsi viittaa sanana alakouluikäisiin ja nuori yläkouluikäisiin.

2 TUTKIMUKSEN TEOREETTINEN VIITEKEHYS

2.1 Lasten lihavuus

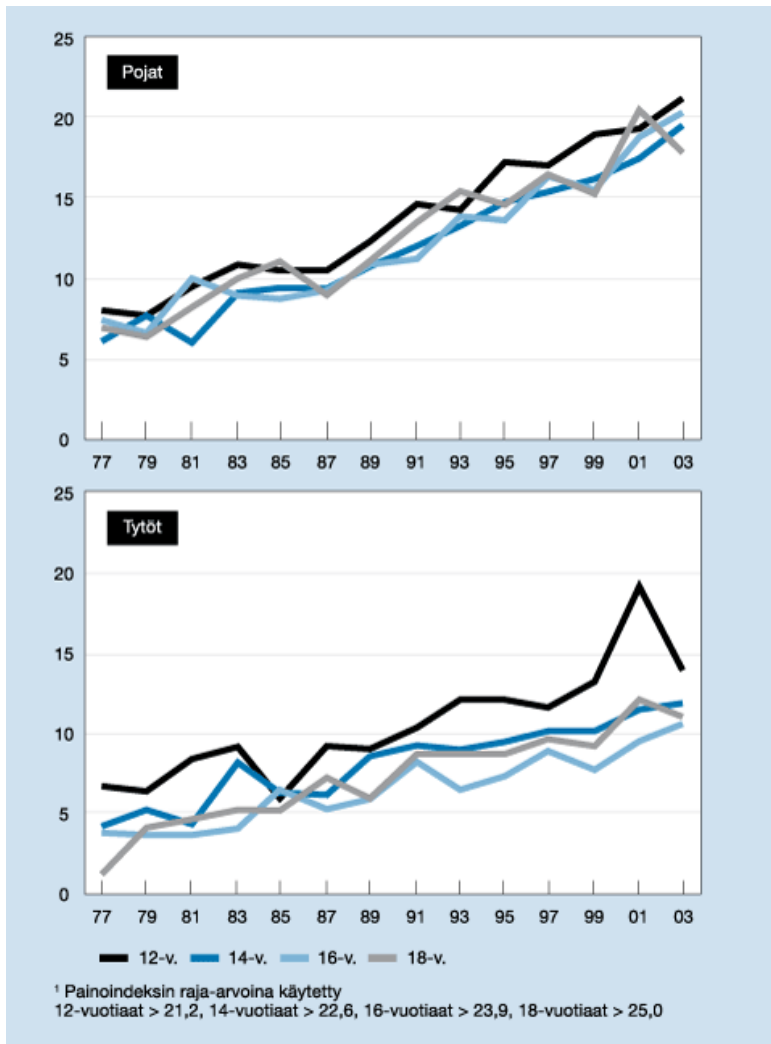
2.1.1 Lihavuuden taustaa ja sen yleisyys lapsilla ja nuorilla

Vuoden 2005 konsensuskokouksen lausumassa todetaan, että lihavuudesta puhuttaessa voidaan käyttää termiä epidemia, koska se on yleistynyt viime vuosikymmeninä merkittävästi. Lihavuus on yleistynyt erityisesti lasten ja nuorten keskuudessa huolestuttavalla tavalla. (Konsensuslausuma. Konsensuskokous 2005, 3.) Käypä hoito -suositukseen mukaan (Lasten lihavuus 2005) alle 18-vuotiaiden lihavuus on yleistynyt viime vuosikymmenien aikana niin Suomessa kuin muissakin teollisuusmaissa. Merkittävä syy väestön lihomiseen ja lihavuuden yleistymiseen on arkiliikunnan väheneminen. Lihomista ovat aiheuttaneet myös muutokset elintavoissa. Ruokavalio on runsasrasvainen ja se on suoraan yhteydessä liikapainon esiintymiseen. (Rissanen 1998, 15–17.) Hermanson (2008) tarkentaakin, ettei eroa lapsen ja aikuisen lihomisen välillä ole, lapsi lihoo aivan samalla tavoin kuin aikuinen; energiaa saadaan enemmän kuin kulutetaan. (Rissanen 1998, 15–17; Lasten lihavuus: Käypä hoito -suositus, 2005.) Lahti-Kosken (2005) mukaan sekä rasvan että energian saanti on vähentynyt, mutta silti lihavuus yleistyy. Onkin merkittävää, että energiankulutuksen on täytynyt vähentyä määrällisesti vielä enemmän. Lihavuus on tila, jossa on suurentunut määrä rasvakudosta elimistössä (Voutilainen, Ravinto ja terveys; lasten lihavuus: käypä hoito -suositus, 2005). Se on seurausta pitkäaikaisesta kulutusta suuremmasta energian saannista eli positiivisesta energiatasapainosta jolloin ylimääräinen energia varastoituu kehoon rasvana (70–80%) aiheuttaen fyysisiä, psyykkisiä ja terveydellisiä ongelmia (Fogelholm 1998, 29–30).

Susanna Kautiainen tutki vuonna 2008 väitöskirjassaan suomalaisten nuorten ylipainoisuutta. Kautiaisen mukaan suomalaisnuorten ylipainoisten määrä on kolminkertaistunut vuodesta 1977 vuoteen 2005 mennessä. Ylipainoisuudella oli myös yhteys koulumenestykseen ja koulutustasoon, koska ylipaino oli harvinaisempaa niillä oppilailla, jotka pärjäsivät koulussa keskitasoa paremmin,

sekä niillä, joiden vanhemmat olivat korkeasti koulutettuja. Pienempi riski olla ylipainoinen oli myös kaupungissa asuvilla ja lukiolaisilla. Tutkimuksen mukaan lihavimmat nuoret ovat entistä lihavampia, mutta kaikkien nuorten paino ei ole lisääntynyt. Sukupuolten välillä on eroa ruutuajan vaikutuksesta ylipainoisuuteen. Tyttöillä ylipainoisuus on yleisempää niillä, jotka viettävät runsaasti aikaa television tai tietokoneen ääressä. Tästä tuloksesta huolimatta ei kuitenkaan tiedetä, onko runsas ruutu aika lihavuuden syy vai seuraus. Kuitenkaan tietokonepelien pelaaminen ei ollut yhteydessä ylipainoisuuteen.

Lasten ja nuorten lihavuus on yleistynyt niin Suomessa kuin muissakin teollisuusmaissa. Vuorelan (2011, 12–13) mukaan lihavuuden yleisyysluvut vaihtelevat. USA:ssa ja Välimeren maissa lapsista on lihavia noin 30 prosenttia, muissa Euroopan osissa noin 20 prosenttia ja Afrikassa ja Aasiassa alle 10 prosentti. Lihavien lasten ja nuorten määrä on ikäryhmästä riippuen noussut kaksin- jopa kolminkertaiseksi viimeisten 20 vuoden aikana. Seurantatutkimukset osoittavat, että lihavasta lapsesta tulee lihava aikuinen (Lasten lihavuus: Käypä hoito -suositus, 2005; Lasten endokrinologian kotisivu). Lapsen ylipainon riskitekijöitä ovat vanhempien lihavuus, vähäinen koulutus ja alhainen sosiaaliluokka. Lihavuuden kasautuessa perheeseen syynä ovat yleensä väärät syömis- ja liikuntatottumukset. (Lagström, 2005, 113; Taulu, 2010, 35–36). Lapsuusiän lihavuus on usein pysyvää ja 50- 80 prosenttia ylipainoisista lapsista tulee ylipainoisia aikuisia. Aikuisiällä lihavuuteen liittyy merkittävä terveysongelmien riski. Lihavuus lapsi- ja nuoruusiässä vaikuttaa negatiivisesti elämänlaatuun ja aiheuttaa masentuneisuutta ja yksinäisyyttäkin, jotka usein vielä korostuvat aikuisiässä. Koska lapsuusiän lihavuus ennustaa aikuisiän lihavuutta, nopeimmin lisääntyvä fyysinen seuraus on kakkostyyppin diabetes, jonka vuoksi myös sydän- ja verisuonitautien riski kasvaa huomattavasti. (Lasten lihavuus, Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri; Kautiainen, 2008.) Myös metabolisen oireyhtymän riski kasvaa murrosiästä lähtien (Lasten lihavuus: Käypä hoito -suositus, 2005), sekä tuki- ja liikuntaelinvaivat yleistyvät (Hermanson, 2008). Lasten ja nuorten lihavuus ovat kansanterveydellinen ongelma, ja nuoruudessa alkanut lihavuus on sairauksien kannalta vaarallisempaa, kuin aikuisiässä kertynyt ylipaino (Voutilainen, Ravinto ja terveys, 16).



Kuva 1. Nuorten terveystapatutkimus (Lahti-Koski, 2005).

Suomalaisten nuorten painoindeksiä on seurattu pitkään, ja vuodesta 1977 asti tehdyn nuorten terveystapatutkimuksen avulla voidaan havaita 12–18-vuotiaiden nousujohteinen painokehitys, lihominen (kuva 1.). (Lahti-Koski, 2005). Lapsuusiän ylipaino on melko pysyvää ja ennustaa aikuisiän lihavuutta. Mikäli lapsen BMI on ylimmässä kolmanneksessa 7-vuotiaana, on yli kolminkertainen riski olla ylipainoinen 15-vuotiaana. Samoin BMI 14-vuotiaana ennustaa BMI:tä 31-vuotiaana. Niinpä puolella lihavista lapsista ja valtaosalla lihavista nuorista lihavuus jatkuu aikuisikään asti. (Lasten lihavuus: Käypä hoito -suositus, 2005.)

Kansainvälisessä vertailussa Suomessa asiat ovat hyvin. Lasten lihavuus on Suomessa monia länsimaita harvempaa. Sairaalloisesta lihavuudesta kärsiviä lapsia ja nuoria on Suomessa vain vähän. 1980-luvulla tehtiin suomalaisten lasten ja nuorten (9-18-vuotiaat) painon kehitystä selvittävä tutkimus. Ihopoimumittausten avulla tehdyn tutkimuksen mukaan 10 prosenttia lapsista ja nuorista olisi luokiteltavissa lihaviksi, kun käytetään englantilaista asteikkoa ja viitearvoja.

Kuitenkin amerikkalaisten viitearvojen mukaan samat tulokset tarkoittaisivat, että vain 5-7 prosenttia olisi lihavia. Tutkimukseen osallistuneista 15–18-vuotiailla painoindeksi 27 kg/m² ylittyi 3-8 prosentilla tytöistä ja 3-5 prosentilla pojista. Tätä tulosta verrattaessa 1970-luvun Kansaneläkelaitoksen vastaavaan väestötutkimukseen, jossa painoindeksi ylittyi 1,8 prosenttia tytöillä ja pojilla, voidaan todeta suomalaisnuorten lihavuuden yleistyneen. (Rissanen 1998, 12–14.)

Yksi tuoreimmista suomalaisista lasten lihavuustutkimuksista on Nina Vuorelan (2011) tekemä väitöskirja BMI, ylipaino ja lihavuus suomalaislapsilla. Vuorelan mukaan ylipaino on yleisempää maaseudulla kuin kaupunkilaisilla ja ero on suurempi yli 5-vuotiaalla lapsilla kuin sitä nuoremmilla. Vuorela toteaa myös, että varhaislapsuuden lihavuudella on taipumus jatkaa teini-ikään. Taulu (2010, 35–36) tarkentaa, että mikäli lapsi on esikouluikäisenä lihava, hänellä on normaalipainoista lasta 2-3 kertaa suurempi todennäköisyys olla lihava myös aikuisena. Todennäköisyys kasvaa iän myötä. Lihavalla alakouluikäisellä on 5-15 kertaa suurempi todennäköisyys olla lihava myös aikuisena. Yläkouluikäisessä sama todennäköisyys on jopa 15-kertainen. Vuorelan mukaan merkittävää on kuitenkin se, että vanhempien on vaikeaa arvioida lapsiansa painoluokkaa (Vanhala, 2012). Useat 5-vuotiaiden vanhemmat ja joka toinen 11-vuotiaiden lasten vanhemmista aliarvioi lapsensa lihavuuden. Tämän takia Vuorelan ja Vanhalan (2012) mukaan terveydenhuoltoon tarvitaan lihavuuden ehkäisyohjelma, joka aloitettaisiin jo varhaislapsuudessa. Terveydenhuoltohenkilöstön tehtävänä olisi auttaa vanhempia rakentamaan realistinen käsitys lapsensa koosta. (Vuorela, 2011, 12–13.)

Lasten ja nuorten lihomisen syitä etsitään samoista tekijöistä kuin aikuisillakin. Energian saannin ja energiankulutuksen tasapaino on viime aikoina järkkynyt, mm. hampurilaisten, virvoitusjuomien, perunalastujen ja makeisten kulutuksen kasvun takia. Vaikkakin ruoka-kulttuurin muutokset ovat suuria, energiansaannin lisäystä ei tutkimuksissa ole voitu varmaksi osoittaa. Kuitenkin ulkomaisissa tutkimuksissa on voitu osoittaa hyvin runsaan (yli 2 kertaa viikossa) pikaruokien käytön olevan yhteydessä nuorten lihomiseen. Vaikka nuorten urheiluseuratoimintaan osallistuminen on jopa lisääntynyt ainakin Suomessa, fyysinen aktiivisuus on muuttunut ja osin laskenut vuosien aikana. Varsinkin kestävyyslajien suosio on laskenut, ja juuri ne kuluttavat runsaasti energiaa. Samanaikaisesti erilaisten sisäaktiiviteettien lisääntyminen (televisio, videot, DVD-elokuvat, pelikonsolit ja tietokoneet) on vähentänyt fyysistä aktiivisuutta. Yleisimpien tutkimusten mukaan yli 2 tunnin television katselu päivittäin ja vähäinen liikunta edistävät lihomista vaikka täysin johdonmukaisia tutkimustuloksia ei ole. (Fogelholm 2005, 15.) Käypä hoito-suosituksen (Lasten lihavuus, 2005) mukaan televisionkatselun ja lihavuuden välillä on heikko, mutta merkitsevä korrelaatio. Nuoruusiässä runsas television katselu lisää lihomisen riskiä ja runsas

fyysisesti passiivinen ajankäyttö on yhteydessä lisääntyneeseen rasvakudokseen. Yhdessä tutkimuksessa on jopa todettu television katselun vähenemisen olevan yhteydessä hitaampaan painoindeksin nousuun ikävuosien mukana. (Lasten lihavuus: Käypä hoito-suositus, 2005.)

Eräiden tutkimustulosten mukaan 8-vuotiaiden poikien ja tyttöjen sekä 13-vuotiaiden tyttöjen paino nousi, vaikka he saivat ravinnostaan vähemmän energiaa 1980-luvun puolessavälissä kuin kymmenen vuotta aikaisemmin. Syynä asiaan on, että samalla aikavälillä lasten fyysinen aktiivisuus väheni. (Janson & Danielsson 2003, 17). Janson ja Danielsson (2003, 19) mainitsevat yhdeksi liikapainon syyksi sen, että syömme yli tarpeemme. Ennen vanhaan ihmiset olivat edes joskus kunnolla nälkäisiä. Tänä päivänä lapset sanovat, ettei heillä koskaan ehdi tulla nälkä, vaan ruokaa syödään vähän milloin sattuu ikään kuin ohimennen. Janson ja Danielsson (2003, 26) tuovat esille lapsen iän aikuisuuden lihavuutta ennustettaessa. Heidän mukaan jo 3-vuotiaan lapsen lihavuus saattaa ennustaa aikuisiän ylipainoa ja lihavuutta. Useissa tapauksissa, joissa lihavan lapsen taustoja on tutkittu, on havaittu, että painonnousu on alkanut suunnilleen nelivuotiaana. Viimeistään kuusivuotiaasta ylipainoista tai lihavaa lasta on alettava hoitaa. (Fogelholm 2005, 15.)

Vaikka lihavuus on Suomessa tällä vuosisadalla lisääntynyt valtavasti, ei ihmisen perimän muutosta voida pitää syynä. Perimä muuttuu hyvin hitaasti ja 100 vuotta sitten suomalaisten geenit olivat aivan samat kuin nykypäivänäkin. Lihavuuden taustalla ovat vain elinympäristömme ja elintapojen muutos kuten Rissanenkin (1998, 15–17) totesi. Ainoita asioita, mikä lihavuuden periytymisestä tiedetään, on se, että jotkut ihmiset lihovat nykyelintavoilla toisia helpommin, mutta selitystä tai tiettyä geeniä tämän toteamuksen taustalle ei ole löydetty. (Mustajoki & Lappalainen 2001, 13.) Perimän kannalta mielenkiintoinen tekijä on se, että ihmiseltä puuttuu ns. kylläisyysaisti. Ihmisen on vaikea arvioida syödyn ruuan energiamäärää, ja ennen vanhaan ylimääräisestä rasvasta ei ollut haittaa, päinvastoin. Usein lihavakin henkilö kokee syövänsä aivan normaalisti, mutta todellisuudessa syö koko ajan yli tarpeen. (Rikala 1998, 43.)

Käsitykset lihavuuden periytymisestä vaihtelevat pienestä hyvin suureen (10–80%). Tiedetään, että jos molemmat vanhemmat ovat lihavia, lapsesta tulee lihava 80 prosentin todennäköisyydellä. Kuitenkin, jos molemmat vanhemmat ovat normaalipainoisia, riski vähenee 10 prosenttiin. Perheen liikunta- ja ruokatottumukset vaikuttavat myös lihavuuden kehittymiseen. Perimällä voi kuitenkin olla vaikutusta myös energiankulutuksen säätelyyn, jolloin geenit vaikuttavat elimistön herkkyyteen varastoida ylimääräistä energiaa tai kykyä käyttää energiaa rasvattoman kudoksen muodostamiseen. (Voutilainen, Ravintoaineet ja energia.) Tutkimusten avulla on löydetty useita tekijöitä, jotka ennakoivat lapsen lihavuutta. Brittiläisessä yli 8000 lasta käsittäneessä seurantatutkimuksessa löydettiin kahdeksalle 25:stä mahdollisesta riskitekijästä

tilastollinen yhteys lasten lihavuuteen. Löydetty tekijät olivat vanhempien lihavuus, lapsen lihavuus ennen kolmea ikävuotta, television katselu yli 8 tuntia viikossa sekä alle 10,5 tunnin yöuni kolmen vuoden iässä. Merkitsevä riskitekijä on myös äidin tupakointi raskausviikkojen 28. ja 32. välillä. Tupakoivilla äideillä edes rintaruokinta ei suojannut lasta lihavuudelta, kuten oli tupakoimattomilla äideillä. (Suomen lääkirilehti 35/2005.) Myös uudemmat tutkimukset ovat samoilla jäljillä. Brittitutkimuksessa seurattiin 6000 britti-lastaa viiden vuoden ajan. Päätuloksena oli lihavuuden säilyminen 11 ikävuodesta aina aikuisikään asti eli mikäli lapsi on ylipainoinen 11-vuotiaana, on hän ylipainoinen myös aikuisena. Liikakiloilla on siis taipumus jäädä pysyviksi ja ylipaino-ongelmiin tulisi tutkijoiden mukaan puuttua ajoissa. (Helsingin Sanomat 2006.)

Tytöillä on tutkittu liikunnan yhteyttä BMI:n kasvuun ja lihavuuden syntyyn nuoruusiässä. Tutkimus oli amerikkalainen musta- ja valkoihoisille tytöille tehty seurantatutkimus, jossa 2300 tytölle tehtiin vuosittain mittaukset liikunnasta, kasvusta ja ravinnosta 9-10 vuoden ja 18–19 vuoden ikäisinä. Todettiin, että viikoittaisen liikunnan väheneminen 10 MET:llä oli yhteydessä BMI:n nousuun. MET on metabolinen ekvivalentti, eli aineenvaihdunnan kerrannainen ja 10 MET:tiä vastaa noin 2-3 reipasta kävelykertaa. Kymmenen vuoden seurannassa BMI kasvoi eniten mustilla vähiten liikkuvilla tytöillä (2,98 kg/m²) verrattuna mustien eniten liikkuvien ryhmään, joilla BMI:n nousu oli pienempää (1,91 kg/m²). Valkoisilla tytöillä vastaavat luvut olivat 2,1 ja 1,4 Kg/m². Vähäinen liikunta on siis selvästi yhteydessä lihavuuteen noin 20-vuotiaana. (Nissinen 2005.) Suomessa tehdyssä tutkimuksessa tutkittiin poikien urheilun ja muiden harrastusten pitkittäisyhteyksiä ylipainoisuuteen. Tuloksissa todetaan, että murrosikäisten poikien ylipainoisuutta voidaan vähentää esimurrosikäisten urheiluharrastuksella. Myös murrosiän keskivaiheella esiintyvä soittoharrastus lienee yhteydessä murrosiän loppupuolella olevaan pienempään ylipainoisuuden riskiin. (Lajunen, Keski- Rahkonen, Pulkkinen, Rose, Rissanen & Kaprio 2005.)

2.1.2 Lihavuuden eli liikapainon määritelmä lapsilla

Kansainvälisesti liikapainosta ja ylipainosta, jotka ovat Suomessa toistensa synonyymeja, käytetään termiä ”overweight”, jolloin tarkoitetaan painoindeksiä 25–29,9 kg/m². Lihavuudesta puhuttaessa käytetään termiä ”obesity”, jolloin painoindeksi on 30 kg/m² tai yli. Suomessa on siirrytty käyttämään termejä vastaavalla tavalla 2002, joskin tulee muistaa, että suomen kielen mukaan liikapaino, ylipaino ja lihavuus ovat kaikki toistensa synonyymeja ja niitä kaikkia käytetään kuvaamaan tilaa, jossa painoindeksi on 25 kg/m² tai yli. Edelleen on suositus, että termejä käytetään

tilanteen vaatimalla tavalla ja hyvällä maulla. (Mustajoki 2006.) Joissain tapauksissa ja tutkimuksissa lihavuus ja ylipaino on erotettu toisistaan. Silloin ylipainolla tarkoitetaan lihavuuden riskiä ja lihavuudella sairautta, joka on vakava tila. Lisäksi eri maissa on erilaiset suositukset termien käytölle, sekä erilaiset rajat. (Janson & Danielsson, 2005, 28–29.) Taulun (2010, 48–50) mukaan ylipaino ja lihavuus ovat liiallista rasvan kertymää tai kehon liiallista rasvakudoksen määrää, joka voi vahingoittaa terveyttä. Kuitenkaan ei tiedä tarkkaa taitekohtaa, jossa rasvan kertyminen on liiallista eli rasvasolujen määrä haittaa terveyttä. Laajasti yhtä mieltä ollaan kuitenkin siitä, että lihavuuden taustalla on pitkäaikainen positiivinen energiatasapaino. Silloin energiaa saadaan enemmän kuin kulutetaan. (Taulu, 2010, 48–50.)

Seuraavissa kappaleissa tarkastelen erilaisia ylipainon ja lihavuuden mittaus- ja määrittelytapoja, sekä raja-arvoja. Erilaisten määrittelytapojen ja raja-arvojen takia lasten lihavuutta on vaikea vertailla kansainvälisesti (Taulu, 2010, 48–50; Janson & Danielsson, 2005, 28–29). Lasten ylipainon ja lihavuuden määrittämistä vaikeuttaa se, että lapsilla painoindeksi BMI ei ole yhtä laajasti käytössä kuin aikuisilla, eikä siihen ole kansainvälisesti hyväksytyjä raja-arvoja lapsille. Virheetöntä, helposti saatavilla olevaa ja yleisesti hyväksyttyä mittaria ei tällä hetkellä ole aikuisille, eikä lapsille. Tämän takia luotettavin määrittely tapahtuu kehon koostumuksen mittauksella ja kehon rasvan määrän avulla. Kehon koostumusta mitataan suorilla ja epäsuorilla menetelmillä. Suoria menetelmiä ovat muun muassa magneettikuvaus, tietokonetomografia, DXA (perustuu kaksiennergisen röntgensäteilyn absorptioon) sekä vedenalainen punnitus. Valtaosa suorista menetelmistä on epäkäytännöllisiä, vaikeasti saatavilla olevia ja kalliita. Epäsuoria menetelmiä ovat bioimpedanssimenetelmä, antropometriset mittaukset (paino ja pituuspaino), painoindeksi eli BMI sekä erilaiset mittaamiset, kuten vyötärön ympäryksen, vyötärö-lantiosuhteen ja ihopoimujen mittaaminen. (Taulu, 2010, 48–50.)

Painoindeksin käyttö lihavuuden ja ylipainon mittarina soveltuu parhaiten 20–60-vuotiaalle aikuiselle. Nuorilla ja lapsilla käytössä on pituus-painokäyrät, eikä heillä tulisi käyttää painoindeksiä liikapainon tai lihavuuden määrittämisessä. (Fogelholm 1998, 29–30.) Hermansonin (2005) mukaan pituuspaino menetelmässä painoa verrataan samaa sukupuolta olevien samanpituisten lasten keskipainoon. Näiden määritelmien mukaan lapsi on ylipainoinen jos pituuspaino on 20-39 prosenttia yli keskiarvon, lihava kun pituuspaino on 40-59 prosenttia yli keskiarvon ja vaikeasti lihava kun pituuspaino ylittää keskiarvon 60 prosentilla tai enemmän. (Janson & Danielsson 2003, 31; Lasten lihavuus: Käypä hoito -suositus, 2005; Lagström, 2005, 113.)

Suomessa BMI:tä käytetään pääsääntöisesti pituuskasvunsa päättäneiden nuorten lihavuuden määrittelyyn. Pituuspaino ja BMI eivät suoraan kerro kehon rasvakudoksen määrää, mutta ovat silti riittävän luotettavia mittareita lihavuuden määrittelyä varten. Vanhat, pikkuhiljaa käytöstä poistuvat pituuspaino kasvukäyrät ja BMI-käyrät suomalaislasten osalta pohjautuvat 1970- ja 1980-lukujen taitteessa kerättyihin kasvutietoihin. (Lasten lihavuus: Käypä hoito -suositus, 2005.) Uudistetut kasvukäyrät (muun muassa pituus-paino ja BMI) esiteltiin terveysalan henkilöstölle syksyllä 2010. Ne on muodostettu vuosina 1983–2008 syntyneiden lapsien koko tiedoista. (Dunkel, 2010.) Esittelen myöhemmin uusia kasvukäyriä tarkemmin. Suomalaisia kasvukäyriä pidetään käyttökelpoisina vertailtaessa lihavuuden lisääntymistä ja yleistymistä myös kansainvälisessä mittakaavassa (Lasten lihavuus: Käypä hoito -suositus, 2005). Dunkel (2010) on eri mieltä Fogelholmin (1998, 29–30) kanssa BMI:n soveltuvuudesta lasten lihavuuden arvioitiin, koska hänen mukaansa iänmukainen painoindeksi eli BMI on paras tapa seuloa lasten lihavuutta, koska se korreloi hyvin rasvan määrää, on melko riippumaton pituudesta ja helpottaa kansainvälistä vertailua.

Kansainvälisesti BMI:tä käytetään määrittämään lapsuusiän lihavuutta. Koska BMI muuttuu kasvun myötä ja on erilainen tytöillä ja pojilla, käytetäänkin ulkomaisessa kirjallisuudessa kasvuiän lihavuuden määrittelyä BMI:n persentiileinä. (Taulu, 2010, 48–50; Lasten lihavuus: Käypä hoito -suositus, 2005.) Brittiläinen määrittely hoitoa vaativasta lihavuudesta on 98.persentiilin BMI:n ylittävä paino, joka vastaa Suomen pituuspainon 20–40% ylitystä. Yhdysvaltojen sydänyhdistyksen (AHA) määrittely on suomalaista ja brittiläistä tiukempi, ja määrittää ylipainoisiksi kaikki lapset ja nuoret joiden BMI ylittää 95.persentiilin. (Lasten lihavuus: Käypä hoito -suositus, 2005.) Vyötärölihavuutta on myös tutkittu lapsilla ja siitä on julkaistu yhdysvaltalainen viitekäyrästä vyötäröympärysmittan kehittymisestä, mutta sen sovellettavuutta suomalaislapsiin pidetään kyseenalaisena. (Lasten lihavuus: Käypä hoito -suositus, 2005.) Lagström (2005, 113) kuitenkin toteaa, että vyötärön ympärysmitta olisi lapsillakin käyttökelpoinen osoittaja kehon rasvapitoisuudesta, mutta käyttöä rajoittaa suomalaisten viitearvojen puuttuminen. Taulu (2010, 48–50) toteaa myös, että vyötärön ympäryksen mittaaminen olisi hyvä ja tarkka mittari ylipainoisuutta ja lihavuutta arvioitaessa.

Vuonna 1999 Suomessa 15.3–19.0 % 12–18-vuotiaista pojista oli ylipainoisia (eli kansainvälisellä käyrästä BMI yli 85.persentiilin) ja samanikäisistä tytöistä osuus oli 9.0–12.6 %. Lihavien osuus (BMI yli 95.persentiiliä) oli pojilla 2.4–3.0 % ja tytöillä 1.1–1.7 %. Koko ikäryhmässä ylipainoisten ja lihavien osuus onkin kaksinkertaistunut vuoden 1977 jälkeen. (Lasten lihavuus: Käypä hoito -suositus, 2005.) WHO:n vuosina 1984–2002 suorittamien

Koululaistutkimuksien mukaan suomalaisten 11-, 13- ja 15-vuotiaiden nuorten painoindeksit ovat nousseet. 1990-luvun jälkipuoliskolla lihavuus yleistyi erityisesti 13- ja 15-vuotiailla nuorilla. Tutkimuksen mukaan vuonna 2002 pojista ylipainoisia oli 17 % ja tytöistä noin 8 %. Noin 1-3 % pojista oli lihavia ja tytöistä noin 1 %. Huomattavaa aineistossa oli se, että 13- 15- vuotiaista tytöistä lähes 50 % piti itseään liian lihavana. Pojat pitivät yleisesti enemmän itseään sopivan kokoisena, ja noin 20 % pojista piti itseään jopa liian laihana 15- vuoden iässä. (Välimaa, Ojala 2005, 10.)

Suomessa viime vuosien merkittävin uudistus on kasvukäyrien päivittäminen vastaamaan nykylapsien tervettä kokoa. Marjo Sormunen haastatteli uudistuksen tutkimusryhmän johtajaa, lastentautien professori Leo Dunkelä Itä-Suomen yliopistosta. Dunkel kertoi, että uudistus oli jo hieman myöhässä, koska vanhat kasvukäyrät eivät vastanneet nykylasten kokoa ja kasvua, vaan aiheuttivat turhaa huolta. Vertailukohdat olivat vanhentuneet, koska nykylapset ovat isopäisempiä ja pidempiä kuin ennen. Vanhat kasvukäyrät perustuivat vuosina 1959–1971 syntyneiden lasten kasvutietoihin. Merkittävin ero lasten koon muutoksessa on se, että nykylapset ovat merkittävästi pidempiä kuin ennen, mutta samalla myös kasvukausi on lyhentynyt, eli he saavuttavat loppupituutensa aiemmin. Nopeamman kasvun syynä pidetään muun muassa rintaruokinnan yleistymistä. Suurimmillaan uuden ja vanhan kasvukäyrän ero on murrosiässä, ja näkyy vahvemmin pojilla, koska he reagoivat ympäristön muutoksiin yleensä tyttöjä voimakkaammin, kertoo Dunkel. Aikuispituus ei ole kuitenkaan naisilla ja miehillä kasvanut kuin kaksi senttiä. Tutkijaryhmän yllättyi painon muutoksesta. Lasten keskimääräinen paino on hieman laskenut noin kymmeneen ikävuoteen asti. Dunkel selittää asiaa sillä, että suurin osa lapsista reagoi ylimääräiseen energiaan kasvamalla nopeammin ja pidemmäksi. Asiassa on myös negatiivinen puoli, koska lihavimmat lapset ovat painavampia kuin ennen. Kasvukäyrien lisäksi uudistuksen ovat kokeneet myös kasvuseulat, jotka määrittelevät normaaliuden rajat pituudelle ja painolle. Dunkel mukaan painon arvioinnissa tullaan jatkossa käyttämään lasten painoindeksiä yli- ja alipainon määrittelyssä. (Aamulehti, 7.3.2010, Terveys.) Tutkimusryhmän toiveesta huolimatta, uusia kasvukäyriä ei ole otettu kovin nopeasti käyttöön. Tammikuussa 2012 tutkimus kunnan lastenneuvolassa ei ollut vielä käytössä uusia kasvukäyriä.

2.1.3 Lihavuuden yhteys terveysongelmiin lapsilla ja nuorilla

Lapsuus- ja nuoruusajan lihavuus kuormittaa elimistöä. Dunkel (2010) mukaan lihavuuden ja ylipainon rajat, jotka aiheuttavat terveyshaittoja, ovat aikuisilla tiedossa, mutta lapsilla asiasta on

vielä melko vähän tietoa. (Janson & Danielsson, 2005, 42). Lapsen lihavuudesta puhuttaessa on hyvä erottaa toisistaan lihavuutta aiheuttavat sairaudet ja lihavuudesta aiheutuneet sairaudet. Hermansonin (2008) ja lasten lihavuus käypä hoito -suosituksen (2005) mukaan yleisimpiä lihavuutta aiheuttavia terveysongelmia ovat kilpirauhasen vajaatoiminta, sekä syövän ja reuman yhteydessä käytetty kortikoidilääkitys. Myös erilaiset kehityshäiriöt voivat aiheuttaa lihavuutta. Kuitenkin lapsen lihavuutta aiheuttavat sairaudet ovat äärimmäisen harvinaisia. Siksi onkin aiheellista käsitellä lihavuudesta johtuvia ongelmia ja niiden kauas kantoisia seurauksia.

Seurantatutkimuksien mukaan lihavasta lapsesta tulee lihava aikuinen, ja terveysriskit alkavat jo varhain kehittyen vuosien saatossa varsinaisiksi ongelmiksi. Pitkällä aikavälillä kehittyviä sairauksia ovat muun muassa kakkostyyppin diabetes ja metabolinen oireyhtymä. Myös sydän- ja verisuonitauteihin viittaavia havaintoja ja tuki- ja liikuntaelin ongelmia voidaan havaita jo aikaisessa vaiheessa. (Lasten lihavuus, Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri; Hermanson, 2008; Janson & Danielsson, 2005, 42–43.) Sydän- ja verisuonisairaudet ovat yleisempiä ja tulevat aikaisemmin kuin niillä, jotka ovat olleet teini-iässä normaalipainoisia, riippumatta aikuisiän painosta (Janson & Danielsson, 2005, 42). Pekka Puska (2010, 11) muistuttaa, että vaikka valtaosa kansansairauksista (sydän- ja verisuonitaudit sekä diabetes) ilmaantuu vasta aikuisiässä, niin niiden pohja on luotu jo lapsuudessa ja nuoruusiässä. Ne ovat seurausta epäterveistä elintavoista, joilla on taipumus säilyä läpi elämän ja ne aiheuttavat terveysongelmia aikuisiällä.

Ylipainoon ja lihavuuteen liittyvät terveysongelmat eivät rasita nuorilla ja lapsilla terveydenhuoltoa samassa määrin kuin aikuisilla. Erinäiset riskitekijät, kuten korkea kolesterolipitoisuus, kohonnut verenpaine, heikentynyt glukoosinsieto jne. nousevat esille vertailtaessa normaalipainoisiin lapsiin. (Fogelholm 2005,15.) Käypä hoito -suosituksen (Lasten lihavuus, 2005) mukaan jo leikki-iässä alkava painoindeksin nousu lisää aikuisiän glukoosiaineenvaihdunnan häiriötä. Suurimmat haitat lasten ja nuorten ylipainosta vaikuttavat kuitenkin jokapäiväiseen elämään mm. liikuntakyky ja fyysinen kunto heikkenevät, tulee unihäiriötä, fyysinen minäkuva on heikko ja koulukiusaamista esiintyy. (Fogelholm 2005, 15, Lasten lihavuus: Käypä hoito -suositus, 2005.) Useilla ylipainoisilla teini-ikäisillä on jalkojen väsymistä ja nivelvaivoja. Tyypillisiä ovat myös jalkaholvien säröt ja selkäkivut (Jansson & Danielsson, 2005, 44.)

Lapsuus- ja nuoruusiässä näkyvin lihavuuden terveysongelma on psyykkisellä puolella. Lihavuus huonontaa elämänlaatua aiheuttaen masennusta ja yksinäisyyttä. (Lasten lihavuus, Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri; Hermanson, 2008; Janson & Danielsson, 2005, 42–43.) Lihavilla lapsilla on heikompi elämänlaatu ja itsetunto, sekä masennusta. Kuitenkin

tutkimustulokset psyykkisen hyvinvoinnin ja lihavuuden yhteydestä ovat ristiriitaisia. Ongelmia tuottaa negatiiviseksi mielletty lihavan leima, joka on voimakas sosiaalinen stigma. Lasten ja nuorten maailmassa lihavuus koetaan vastenmieliseksi, jolloin seurauksena on kiusaaminen, nimittelyä ja ulkopuolelle jättämistä. (Lasten lihavuus: Käypä hoito -suositus, 2005; Jansson & Danielsson, 2005, 45; Taulu, 2010, 48–50.) Taulu (2010, 34–35) kertoo, että lihavien kouluikäisten lasten fyysinen, sosiaalinen ja yleinen itsearvostus on heikompi kuin normaalipainoisilla. Mitä suurempi lapsen suhteellinen paino on, sitä heikompi on ulkonäköä koskeva itsearvostus. Lisäksi ylipainoiset nuoret joutuvat muita useammin koulukiusatuiksi ja painon takia kiusatut nuoret mieltivät tai yrittävät itsemurhaa jopa 2-3 kertaa useammin kuin ne, joita ei ole kiusattu. Pelkän paino-ongelman lisäksi myös elämänlaatuun liittyvät ongelmat saattavat seurata läpi elämän, lapsuudesta aikuisikään asti. (Taulu, 2010, 48–50.)

Metabolinen oireyhtymä on lihavuuden ”seurannaissairaus”, joka heikentää insuliinihormonin tehoa ja vaikka veressä onkin insuliinia normaalia enemmän, se ei pysty suorittamaan tehtäväänsä ja glukoosi ei pääse kohde soluihin vaan jää verenkiertoon suurentamaan verensokeri arvoja. Liika energian saanti vaikuttaa myös kolesteroliarvoihin. Se suurentaa veren triglyseridipitoisuutta ja pienentää HDL:n määrää. Tämän lisäksi LDL muuttuu muotoon, joka edesauttaa kolesterolin kasaantumista verisuonten seinämään. Kohonnut verenpaine on lihavilla kaksi kertaa yleisempää kuin normaalipainoisilla. Verisuonitukosten vaara on myös lisääntynyt. (Voutilainen, ravinto ja terveys, 13, 16.) Käypä hoito-suositus (lasten lihavuus, 2005) kertoo, että lihavuus lisää metabolisen oireyhtymän esiintymistä lapsilla ja nuorilla. Jopa kolmasosalla lihavista lapsista ja nuorista voidaan todeta metabolinen oireyhtymä. Kuitenkin metaboliselta oireyhtymältä pystyy suojautumaan, mikäli lihava lapsi onnistuu laihdutuksessa niin, ettei ole lihava enää aikuisena.

Hormonit myllertävät puberteetti-iässä säädellen kasvua ja kehitystä. Hormonien toiminta muuttuu lihavuuden myötä ja mikäli nainen on hedelmällisessä iässä, se saattaa aiheuttaa lapsettomuutta tai raskauden aikaisia lisäongelmia (myrkytys, keskenmeno). Vyötärölihavuus on hedelmällisyyden kannalta haitallisinta. (Voutilainen, Ravinto ja terveys.) Hedelmällisyyden kannalta lihavuus on ongelma jo teini- ikäisillä tytöillä. Tavallista on että kuukautiset voivat olla epäsäännölliset tai jäädä kokonaan pois. Lihavuus nostaa naisilla androgeenien tuotantoa joka johtaa lisääntyneeseen karvoitukseen niin kasvojen kuin vartalon alueella. Lisäksi rakkuloita (kystia) muodostuu munasarjoihin ja sen seurauksena munasolujen irtoamiset harvenevat tai lakkaavat kokonaan. (Janson & Danielsson 2003, 73, Lasten lihavuus: Käypä hoito -suositus, 2005.)

Härmä, Kronholm, Kukkonen- Harjula & Fogelholm (2005, 47- 51), Taulu (2010, 35–36) sekä käypä hoito-suositus (Lasten lihavuus, 2005) tuovat esille lihavuuden ja ylipainon vaikutuksen unen laatuun ja määrään. Useissa tutkimuksissa on lihavuudella todettu selvä yhteys unen lyhyteen ja unettomuuteen niin lapsilla kuin aikuisilla. Japanilaisessa 6- 7-vuotiaita tutkineessa tutkimuksessa todettiin taas liian vähän nukkuvilla lapsilla kohonnutta lihavuuden riskiä. Jo tunnin univaje näyttäisi vaikuttavan (9- 10 tuntia vs. vähintään 10 tuntia). Lihavuus ja unihäiriöt vaikuttavat toisiinsa kaksisuuntaisesti; lihavuus aiheuttaa tutkitusti unihäiriöitä ja unihäiriöt taas altistavat lihomiselle, varsinkin lapsilla.

Ylipainoon kannattaa puuttua, jottei lapsesta tulisi lihava. Lasten endokrinologit perustelevat asian sillä, että lihavuuden ehkäisy on sen hoitoa helpompaa (Lasten endokrinologian kotisivu), samoin normaalipainosta huolehtiminen on paljon helpompaa kuin ruokailutottumusten muuttaminen niin, että lapsi laihtuu. Tosin varsin harvoin ollaan tilanteessa, että lapsen todella pitäisi pudottaa painoaan: yleensä riittää, että painon lisääntyminen hidastuu tai pysähtyy. Pituuden lisäys korjaa ylipainon aikanaan itsekseen. Lapsen kuullen ei pidä puhua laihduttamisesta, koska se saattaa lisätä vaaraa sairastua isompana syömishäiriöihin. (Hermanson, 2008).

2.1.4 Lihavuus, tulevaisuuden ongelma

Lihavuus on kasvava kansanterveydellinen ongelma. Lihavuuden hoito on vaikeaa, ja laihduttamisen pitkäaikaistulokset ovat vaatimattomia. Siten lihavuuden ehkäisyyn tulisi kiinnittää enemmän huomiota. (Lahti-Koski, 2005; Taulu, 2010, 35–36.) Taulun (2010, 35–36) mukaan tärkeää on energiansaannin ja kulutuksen tasapaino. Elinympäristöä tulisi kehittää painonhallintaa helpottavaksi. Avainasemassa on sellainen lähiympäristö, jossa liikunnan harrastaminen ja terveyttä edistävät ruokavalinnat ovat päivittäiseen toimintaan liittyviä, helposti toteutettavia vaihtoehtoja. Tärkeitä toimijoita ovat päiväkodit, koulut ja oppilaitokset, kunnat, varuskunnat, työpaikat, järjestöt ja terveydenhuolto. Lihavuuden ehkäisyssä ja hoidossa ei onnistuta, ellei lihavuutta yleisesti tunnusteta merkittäväksi terveysvaaraksi. (Lahti-Koski, 2005).

Tärkein konsti estää lapsen lihomista on huolehtia riittävästä liikunnasta ja säännöllisistä aterioinneista, koska se vähentää lihottavaa napostelua. Ruoka syödään pöydän ääressä ja mieluiten yhdessä muiden perheenjäsenten kanssa – iloisesti, hyvällä mielellä. Ruokaa ei käytetä palkintona. Kannattaa muistaa, että sosiaalinen paine ja mallioppiminen vaikuttavat makumieltymyksiin. Lapsi pitää pizzaa, ranskalaisia perunoita ja hampurilaisia erityisen hyvinä ehkäpä siitä syystä, että

mielikuvat näistä ruoista yhdistyvät poikkeuksellisen mukaviin ruokailutilanteisiin. (Hermanson, 2008).

Lihavuuskeskustelu on hyvin painokeskeistä, mutta lihomisen ehkäisyn tulisi keskittyä terveyteen, eikä painoon. Ehkäisytyöhön halutaan valjastaa toimijoita mahdollisimman laajalla rintamalla. Lapsen perheen ja lähipiirin lisäksi olennaisessa asemassa terveydenedistämistyössä ovat valtio, kunta, järjestöt, teollisuus, kaupanala ja tiedotusvälineet. Koulujen onkin todettu olevan avainasemassa elämäntapojen muutoksessa, muokkaamalla henkilökunnan ja oppilaiden asenteita ja ympäristöä terveyttä edistäväksi sekä lisäämällä tietoa. Käypä hoito -suositus (Lasten lihavuus, 2005) määrittää koulun keskeiset tehtävät lapsuusiän lihavuuden ehkäisyssä:

1. *”Terveyttä edistävien ruoka- ja liikuntatottumusten juurruttaminen ja opettaminen*
2. *Laadukas kouluruokailu (sisältää myös välipalat)*
3. *Liikuntaan innostava, riittävä koululiikunta*
4. *Liikuntatilojen käyttö kouluajan ulkopuolella*
5. *Liikuntaa suosivat välituntijärjestelyt”.*

(Lasten lihavuus: Käypä hoito -suositus, 2005.)

2.1.5 Liikunta lihavuuden hoidossa

Tutkimuksia lihomisen ehkäisystä ruokavalio- ja liikuntaohjauksen avulla on vähän. Kuitenkin tiedetään, että liikunnan lisääminen saattaa estää lihomista, mutta liikunnallisen aktiivisuuden lisääminen ei yksin riitä, vaan myös passiivisten ajankäyttötapojen (televisionkatselu) rajoittaminen on tärkeää yhdessä ravintomuutoksen kanssa. Vanhempien esimerkillä on väliä ja onkin tutkittu, että passiivisten vanhempien lapset ovat myös passiivisia liikkujia ja heillä on lisääntynyt lapsuusiän lihavuuden riski. Erityisesti pojilla fyysinen aktiivisuus kannattaa, koska se on yhteydessä madaltuneeseen sepelvaltimotaudin riskiin. (Lasten lihavuus: Käypä hoito – suositus, 2005.) Pekka Puska (2010, 10) pitää liikuntaa tärkeässä asemassa painonhallinnassa nuorilla, aikuisten lisäksi, vaikka liikunnan terveysvaikutukset (kuten diabeteksen, sydäntautien ja muiden kansansairauksien torjunta) eivät synny ainoastaan painonhallinnan kautta.

Yhdysvaltalaisen tutkijoiden mukaan liikunnan väheneminen nuoruusiässä on yhteydessä tyttöjen lihavuuteen myöhemmällä iällä. Tutkimuksessa kartoitettiin liikunnallisuutta ja sen muutoksia ja niiden yhteyttä painoindeksiin. Seurannassa oli n. 2300 tyttöä 9-10-vuotiaista 18-19

ikävuoteen asti. Heidät luokiteltiin liikunnallisuuden mukaan aktiivisiin, kohtalaisen aktiivisiin ja passiivisiin. Liikuntakartoitukset tehtiin alussa, ja sen jälkeen kolmen, viiden ja 7-10 vuoden kuluttua. Havaittiin, että ruokailutottumuksilla ei ollut vaikutusta painonnousuun, mutta negatiivinen muutos liikunnallisuudessa oli selvästi yhteydessä niin painoindeksiin kuin rasvaprosenttiin. Merkittävä fyysisen aktiivisuuden lasku teini-vuosina oli syynä huomattavaan lihomiseen. (Helsingin Sanomat, 2005.)

Lihavuuden kehittymiselle altistaa vähäinen liikunta. Hakala (1999, 101–103) kertoo, että liikunnalla saadaan aikaan moninaisia hyötyjä painonhallinnassa ja terveyden ylläpidossa. Se lisää energiankulutusta ja tehostaa rasvojen käyttöä energian lähteenä. Liikunnan avulla myös perusaineenvaihdunta vilkastuu ja sitä kautta energiankulutus lisääntyy. Painoa pudottaessa häviää myös lihaskudosta ja liikunnan avulla pystytään estämään tätä lihaskudoksen häviämistä ja fyysistä heikkenemistä. Terveysteen liikunta vaikuttaa mm. alentamalla huonoa LDL- kolesterolia ja nostamalla hyvää HDL- kolesterolia. Myös triglyseridit vähenevät ja verenpaine laskee. Terveysteen kannalta oleellista on liikunnan vaikutus luustoon, jossa se ehkäisee osteoporoosia. Psykkisellä puolella liikunta parantaa henkistä jaksamista, nostaa mielialaa ja laukaisee stressiä. Näiden kautta se ehkäisee ahdistusta ja masennusta.

Lapsilla ja nuorilla vähäinen liikunta on yksi tärkeä syy lihomiseen, mutta on muistettava lihomisen/lihavuuden vaikuttaa liikuntaan liittyviin asenteisiin, liikuntakykyyn, fyysiseen kuntoon ja fyysisen minäkuvaan. Fogelholm (2005, 15–16) kertoo artikkelissaan UKK-instituutin ja Opetushallituksen yhteistyötutkimuksesta jossa verrattiin normaali ja liikapainoisten 15-vuotiaiden koululaisten liikuntaan liittyviä asenteita ja ajatuksia sekä fyysistä aktiivisuutta ja kuntoa. Tutkimuksessa todetaan, että kaikki fyysisen kunnan ominaisuudet, notkeustestiä lukuun ottamatta, olivat liikapainoisilla normaalipainoisia huonommat. Usein liikunnan välttämisen syynä liikapainoisilla oli väsyminen. Lisäksi ylipaino heikentää urheilusuorituksista selviämistä (Rehunen, 1997, 286).

Lihavuus ja liikunta kohtaavat terveysteikunnassa, jolla pyritään saamaan terveystkuntoa. Terveystteikunnaksi kutsutaan sellaista liikuntaa, joka ylläpitää terveysttä hyvällä hyötysuhteella ja vähin vaaroin. Toiminta ei saa riippua tavoitteista ja toteuttamistavoista, vaan tärkeintä on tulos, jossa liikunnan avulla saadaan terveystdelle myönteisiä vaikutuksia. Terveystkunnolla tarkoitetaan terveystdentilaa ja toimintakykyä, ei suorituskykyä kilpaurheiluun liittyvässä merkityksessä. Terveystskunto sisältää kunnan eri osatekijöitä, joihin fyysinen aktiivisuus vaikuttaa myönteisesti ja joilla on yhteys terveystden tilaan. Sen osatekijöitä ovat kestävyystteikunnan lisäksi myös tuki- ja liikunta elimistö (lihasvoima, kestävyyst, notkeus), motorinen kunto (tasapaino- ja

koordinaatiokyky, nopeus, asennon ja liikkumisen hallinta), kehon koostumus (rasvan määrä ja luuston lujuus) ja aineenvaihdunta. Näitä kaikkia osa-tekijöitä voidaan kehittää liikunnalla ja niillä on merkitystä terveydelle. Tavoiteltaessa monipuolista ja hyvää terveystuntoa, tarvitaan monipuolista liikuntaa. Liikunta vaikuttaa vain niihin elimistöön osiin ja toimintoihin joita se kuormittaa. Niinpä terveyttä tai kuntoa ei voi varastoida, nuoruuden kunto ei kannata koko elämää ja siksi terveystuntoa tulee pitää yllä jatkuvasti. Terveystuntonnassa kaikki perustuu säännöllisyyteen ja kokonaisuuteen, lajilla tai sen kuormittavuudella ei ole niin suurta merkitystä. Liikunnan vaikutuksista parhaiten säilyy opittu motorinen taito, kun puolestaan liikunnan fyysiset hyödyt katoavat tunneissa, viikoissa tai viimeistään kuukausissa. (Hynninen, Moisio, Rinne & Taulaniemi 1996, 7-9, 16.)

Rikala kertoo kirjassaan *Laihtu terveesti* (1998, 55) yhdysvaltain terveystuntonministeriön raportista, jonka mukaan liikunnallisella aktiivisuudella on lukuisia hyödyllisiä vaikutuksia kaiken ikäisille. Lapsille ja nuorille fyysinen aktiivisuus on välttämätöntä jotta luusto kehittyy normaalisti ja nuorena aikuisena saadaan ja säilytetään mahdollisimman suuri luumassa. Myös Rikala kuin myös Hynninen ym. (1996, 7-9, 16) ovat yhtä mieltä liikunnan myönteisten vaikutusten ja muutosten katoavaisuudesta. Ne pienentyvät kahden viikon kuluessa ja katoavat kokonaan 2-8 kuukaudessa. Liikuntaohjeena Rikala antaa: ”Kaikkien tulisi osallistua säännölliseen liikuntaan, joka vastaa heidän kykyjään, tarpeitaan ja kiinnostustaan”. Lasten ja aikuisten tulisi liikkua yhtenä tai useampana jaksana vähintään 30 minuuttia kohtalaisesti kuormittavalla tavalla useina päivinä viikosta, mieluiten päivittäin. Liikunnan määrän tai kuormittavuuden lisääminen antaa lisähyötyä terveystuntonvaikutusten muodossa.

Liikunta laittaa rasvan palamaan ja siksi ylipainon kannalta onkin suositeltavaa, että liikunta olisi pitkäkestoista ja kevyttä. Silloin elimistö käyttää energian lähteenään rasvavarastoja. Kulutettuun energia määrään vaikuttaa liikuntatyypin lisäksi myös liikkumiseen käytetty aika ja liikkujan paino. Raskasta kehoa on raskas liikutella ja se kuluttaa enemmän energiaa. Liikunta tapahtumien tulee tapahtua säännöllisesti, jolloin saadaan hyöty rasvan palamisen ja parantuneen kunnan kautta. Mikäli liikunta on rasittavaa hikiliikuntaa ja kestää vain lyhyen aikaa, silloin energia otetaan muista lähteistä elimistössä eikä rasva pala. Liikuntaa aloittaessa on pyrittävä liikkumaan puolesta tunnista tuntiin, ja se voi koostua myös pienemmistä palasista, kuten 10–15 minuutin jaksoista. Se voi olla minkä tyyppistä liikuntaa tahansa, päivittäisistä askareista aina hyöty- ja kuntoliikuntaan asti. Hakala suosittelee liikapainoiselle liikkujalle arki- ja hyötyliikunnan lisäksi myös erilaisia kestävyyslajeja, kuten kävelyä, soutua, pyöräilyä, uintia ja hiihtoa. Rasvan palamisen ja kunnan kohenemisen takia liikuntaa tulee harrastaa 3-5 kertaa viikossa useiden

kuukausien ajan, ja tämän jälkeen liikuntaa tulee jatkaa jotta saavutetut hyödyt säilytetään. (Hakala, 1999, 103–104.) Arki- ja hyötyliikunnalla, eli päivittäisellä aktiivitasolla esimerkiksi koulumatkoilla ja välitunneilla, on terveydelle suurempi merkitys kuin kerranviikossa harrastetulla kuntoliikunnalla esimerkiksi liikuntatunnin muodossa. (Hakala, 1999, 105–107.)

2.1.6 Ylipaino ongelma koulussa

Aikaisemmin jo todettiin, että lapsen lihavuutta ennustaa vanhempien lihavuuden lisäksi myös heidän vähäinen koulutus ja alhainen sosiaaliluokka. Koulu ei voi vaikuttaa sosiaaliluokkiin, mutta se voi vaikuttaa lihavuuskierteen jatkumiseen vaikuttamalla ravinto- ja liikuntatottumuksiin jo varhaisessa vaiheessa, sekä lisäämällä koulutusmyönteisyyttä. Lyytikäinen (2005, 153) kertoo, että lasten terveystottumukset eriytyvät jo kouluvaiheessa, epäterveellisten tottumusten kasautuessa aina samoilla oppilaille. Koululaitoksen tehtävänä onkin tasa-arvon lisääminen myös terveydessä, sekä luoda oppilaille sellainen terveystottumuksellinen pohja, että sillä pärjää elämässä. Lapsi viettää koulussa esikoulu mukaan luettuna vähintään kymmenen vuotta, ja lapsuus- ja nuoruusiässä omaksutut terveystottumukset, elämänura- ja koulutusvalinnat ovat myöhemmän hyvinvoinnin perustana. Kouluvuosia tulisikin leimata terveyslähtöisyys, jolloin terveyden edistäminen olisi koko kouluyhteisöä yhdistävä toimintaohjelma. Toimintaohjelman kautta oppilaat oppisivat ”terveyden lukutaidon”, jonka avulla he voisivat kartuttaa terveystietämistään läpi elämän. Käytännön vaikuttamisväylänä terveystietämiseen koululla on päivittäistoiminnot, kuten säännöllinen päivärytmi, ruokailu ja liikunta. Tärkeää on myös, että kouluja koulu yhdessä kasvatuskumppaneina tukevat terveyden edistämisen päämääriä. Toimivan yhteistyön takana ovat sovitut toimintatavat muun muassa välipalikäytänteistä, rahan pitämisestä koulussa (karkin ym. ostot) sekä luvat käydä lähikaupassa. (Lyytikäinen, 2005, 153–155.)

Koulussa tapahtuvalle terveyden edistämislle on vahva lainsäädännöllinen pohja. Perusopetuksen sisällöistä tavoitteista määrätään perusopetuslaissa ja -asetuksessa. Lain mukaan ”opetus järjestetään oppilaiden ikäkauden ja edellytysten mukaisesti ja siten, että se edistää oppilaiden tervettä kasvua ja kehitystä”. Koko kouluyhteisön on oltava mukana tukemassa terveen kasvun ja kehityksen näkymistä koulun toimintakulttuurissa. Näin saavutetaan se, että lain kirjain täyttyy kaikessa opetuksen järjestämisestä koskevassa päätöksenteossa. Toimintakulttuuri keskusteluun on hyvä ottaa mukaan myös vanhemmat ja muut kunnan toimijat. (Lyytikäinen, 2005, 153–156.)

Lyytikäinen (2005, 156) suosittaa, että liikunnasta ja ravitsemuksesta tehtäisiin oppiainerajat ylittäviä aihekokonaisuuksia opetussuunnitelmaan. Aihekokonaisuuksien tehtävänä on yhdistää eri oppiaineita ja ne ovat yhteydessä kansallisiin tavoitteisiin ja arvoihin. Näin teemat eheyttäisivät opetusta ja helpottaisivat kokonaisuuksien ymmärtämistä esimerkiksi terveystiedossa. Liikuntaa ja ravitsemusta tulisikin käsitellä jatkumona koko kouluajan.

2.2 Kouluterveydenhuolto

2.2.1 Kouluterveyden huollon lainsäädäntö ja tehtävät

Kansanterveyslaissa on määritelty kunnan tehtävät kouluterveydenhuollossa. Siihen kuuluu ”koulujen ja oppilaitosten terveydellisten olojen valvonta sekä niiden oppilaiden ja opiskelijoiden terveydenhoito sekä terveydentilan toteamista varten tarpeellinen erikoistutkimus”. Kansanterveysasetuksen 2§:ssä on tarkennettu järjestettäviä erikoistutkimuksia, niitä ovat erikoislääkärin tekemä näön tai kuulon tutkimus (ja siihen liittyvät laboratorio-, röntgen-, ja muut vastaavat tutkimukset), psykiatrin tekemä mielenterveys tutkimus, sekä psykologin tekemä tutkimus. Nämä ovat ainoat kouluterveydenhuollon erityissäädökset. Näiden lisäksi on erilaisia lakeja ja asetuksia, joita kouluterveydenhuollossa tulee ottaa huomioon. (Kouluterveydenhuolto 2002, 27.)

Kouluterveydenhuollon tavoitteena on tukea kouluyhteisön hyvinvointia ja terveyden edistämistä, sekä oppilaiden tervettä kasvua ja kehitystä. Nämä tavoitteet pyritään saavuttamaan yhteistyössä oppilaiden, vanhempien, oppilashuollon, opettajien sekä muun henkilöstön kanssa. Kouluterveydenhuollolla on neljä päätehtävää:

1. *”Osallistuminen koko kouluyhteisön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen,*
2. *työolojen ja koulutyön terveellisyyden ja turvallisuuden valvonta ja edistäminen,*
3. *oppilaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, arviointi ja seuraaminen,*
ja
4. *osallistuminen yhdessä opetushenkilöstön kanssa oppimisen, tunne-elämän ja käyttäytymisen ongelmien tunnistamiseen ja selvittämiseen.”*

(Kouluterveydenhuolto 2002, 28.)

Lisäksi kouluterveydenhuollon terveystyöskäytännöihin liittyviä tavoitteita ohjaa kansanterveysohjelma Terveys 2015. Sen tavoitteet koskettavat muun muassa tupakointia, painohallintaa ja kouluruokailua. Tupakoinnissa tavoitteena on, että peruskoulunsa päättävistä vähintään 85 % ei tupakoi päivittäin. Painossa tavoitteena on, että poikien painoindeksi on välillä 22–24 ja tyttöjen 21–23. Kouluruokailussa pyritään siihen, että koulussa tarjottava aterialla on rasva- ja suolasuositusten mukainen, ja että jokaisella aterialla tarjotaan runsaasti kasviksia, marjoja tai hedelmiä. (Kouluterveydenhuolto 2002, 30.)

Lapsen kouluterveydenhuolto on jatkumoa lastenneuvolassa aloitetulle terveys- ja hyvinvointiseurannalle. Lastenneuvolaterveystarkastukset ovat arvioineet lasta kehityksen ja kouluvalmiuden osalta viisivuotiaana ja esikouluikässä. Kouluterveydenhuollon rungon lapsen osalta muodostavat määräämääräiset koko ikäluokkaa koskevat terveystarkastukset ja seulontatutkimukset. Samalla ne myös mahdollistavat jokaisen oppilaan ja heidän vanhempiensa tapaamisen. Määräämääräisten tarkastusten ja tutkimusten tavoitteena on arvioida monipuolisesti oppilaan fyysistä ja psyykkistä terveydentilaa. Lisäksi niiden avulla pyritään löytämään mahdolliset sairaudet, sekä muut terveyttä ja hyvinvointia uhkaavat tekijät. (Kouluterveydenhuolto 2002, 36.)

Kouluissa tehtävä hyvinvoinninedistämistyö tulee olla moniammatillista, ja kouluterveydenhuollon suosituksissa painotetaan terveydenhuollon toteuttamista osana oppilashuoltoa. Perusopetuslain mukaan oppilashuollolla tarkoitetaan oppilaan hyvän oppimisen, hyvän psyykkisen ja fyysisen terveyden sekä sosiaalisen hyvinvoinnin edistämistä ja ylläpitämistä. Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteiden mukaan oppilashuoltoon sisältyy opetussuunnitelman mukainen oppilashuolto, sekä oppilashuollon palvelut, jotka ovat kansanterveyslaissa tarkoitettu kouluterveydenhuolto ja lastensuojelulaissa tarkoitettu kasvatustukeminen. Oppilashuolto kuuluu siitä vastaavien viranomaisien lisäksi myös kaikille kouluyhteisössä työskenteleville. Kouluterveydenhuollon laatusuosituksissa painotetaan koko kouluyhteisön hyvinvoinnin ja terveydenedistämistä, moniammatillista yhteistyötä, varhaisen puuttumisen periaatetta ja perheiden kanssa tehtävää yhteistyötä. Olennainen osa terveydenhuoltoa on jatkuvuus neuvolapalveluista kouluterveydenhuoltoon ja sieltä edelleen opiskelijaterveydenhuoltoon. Erityistä huomiota tulisi kiinnittää neuvolapalveluista alkaneen perheyhteistyön säilymiseksi myös seuraaviin vaiheisiin. Kokopäiväistä kouluterveydenhoitajaa kohden saa olla suosituksen mukaan korkeintaan 600 oppilasta. Lisäksi laatusuositus mahdollistaa monipuoliset työmenetelmät koululaisen tarpeen mukaan, esimerkiksi kotikäynnit. Kouluterveydenhuollon tehtävät ovat moninaiset. Siihen sisältyy muun muassa kiusaamistilanteiden

selvittämistä osana oppilashuoltoa, sekä yhteistyö ruokahuollosta vastaavien kanssa, tavoitteena terveelliset lounaat ja välipalat. (Kouluterveydenhuollon laatusuositus 2004.)

Peruskoulun aikana koululaisella on oikeus vähintään kolmeen laajaan kouluterveydenhoitajan ja koululääkärin toteuttamaan terveystarkastukseen. Niiden pohjalta laaditaan jokaiselle oppilaalle henkilökohtainen hyvinvointi ja terveystarkastus suunnitelma. Laajoihin terveystarkastuksiin kuuluu keskustelu ja yhteistyö koululaisen ja hänen huoltajiensa kanssa. Lisäksi kouluterveydenhoitajalla tulee olla käytössään opettajan arviointi koululaisesta kouluyhteisön jäsenenä. Erityistä huomiota kiinnitetään mielenterveysongelmien, kuten masennuksen ja syömishäiriöiden varhaiseen havaitsemiseen. Kouluterveydenhuollon työntekijät ovat tärkeässä roolissa terveyden edistämässä yhdessä opetushenkilöstön ja oppilashuollon asiantuntijoiden kanssa. Heidän tulee kannustaa oppilaita runsaaseen liikuntaa ja koululounaan syömiseen. Kouluterveyskysely nostaa terveystarkastuksien keskusteluun muun muassa väkivallan ja koulukiusaamisen, ravitsemuksen, painon hallinnan, liikunnallisen elämäntavan sekä paljon muita. (Kouluterveydenhuollon laatusuositus 2004.)

2.2.2 Kouluterveydenhuollon henkilöstö

Kouluterveydenhuollon henkilöstö koostuu kouluterveydenhoitajasta ja koululääkäristä. He toimivat työparina yhteistyössä koulun muun henkilöstön kanssa. Heidän vastuullaan on kouluterveydenhuollon toteuttaminen ja kehittäminen, kunnan kouluterveydenhuollon suunnitelman ja koulun opetussuunnitelman mukaisesti. Kouluterveydenhoitaja on terveyden edistämisen ja hoitotyön asiantuntija ja vastaa kouluterveydenhuollosta. Lisäksi hän osallistuu opetussuunnitelman valmisteluun, terveystiedon opetukseen, oppilashuollon toimintaan ja koulun sisäiseen ja ulkoiseen arviointiin. Käytännötyössä kouluterveydenhoitaja seuraa oppilaiden kasvua ja kehitystä, selvittää ongelmia yhdessä oppilaan kanssa, tukee oppilaita ja vanhempia, sekä huolehtii seulontatutkimuksista. Myös kaikki kouluterveydenhoitoon liittyvä tiedottaminen on kouluterveydenhoitajan vastuulla. (Kouluterveydenhuolto 2002, 31–33.)

Koululääkäri on lääketieteen asiantuntija, mutta osallistuu myös opetussuunnitelman valmisteluun, oppilashuoltoryhmän toimintaan, koulun sisäiseen ja ulkoiseen arviointiin sekä tarvittaessa myös terveystiedon opetukseen. Hänen tehtävänä on antaa tietoja ja palautetta koulun henkilöstölle, oppilaille, ja heidän vanhemmilleen hyvinvoinnista ja terveyden tilasta ja niiden muutoksista. Koska kouluterveydenhoitaja ja koululääkäri ovat työpari, myös koululääkäri on mukana terveystarkastuksissa ja kouluyhteisön työpaikka selvityksissä. Vain koululääkärille

kuuluvia tehtäviä ovat koulutyöhön ja opiskeluun liittyvät lääkärintlausunnot, vastaaminen oppilashuoltoryhmän lääketieteellisestä asiantuntemuksesta ja pitkäaikaissairaiden ja vammaisten oppilaiden hoito- ja kuntoutussuunnitelmien sovittaminen koulutyöhön. (Kouluterveydenhuolto 2002, 31–33.)

Koulupsykologin työ on enemmän oppimisen tukena olemista ja koulunkäynnin tukemista, kuin terveydenhuoltoa. Hän tukee opettajia ja koulu yhteisöä oppimis- ja sopeutumisvaikeuksissa, ja työskentelee niiden ennaltaehkäisemiseksi ja vähentämiseksi. Koulupsykologi on tunne-elämän, käytöksen, sosiaalisten suhteiden ja oppimisvaikeuksien asiantuntija. Lisäksi hän osallistuu koulutyön suunnitteluun ja auttaa opetukseen ja kasvatukseen liittyvissä kysymyksissä. Luonnollisesti työhön kuuluvat myös psykologiset tutkimukset, kuten koulukypsyys, oppimisvaikeuksien kartoitus ja kehitysarviot. Näiden pohjalta hän tutkii, ohjaa ja tukee oppimisvaikeuksissa, ja tarvittaessa valmistelee esimerkiksi siirrot erityis- tai yleisopetukseen. Koulupsykologi antaa myös psykologisen asiantuntemuksensa opetussuunnitelmien tekoon, niin kunnan, koulun kuin oppilaankin tasolla (HOPS). Ongelma- ja kriisitilanteet kuuluvat myös hänen työnkuvaansa, samoin kuin koulutoimen konsultointi oppilashuollon, erityisopetuksen ja käytäntöjen kehittämisessä. (Kouluterveydenhuolto 2002, 110–111.)

2.2.3 Ylipaino ja siihen liittyvät ongelmat kouluterveydenhuollossa

Ylipainoisuus, kuten muutkin oppilaan terveyttä vaarantavat tekijät pyritään löytämään seulontatutkimuksilla. Ne voivat olla osa laaja-alaisia terveystapaamisia ja – tarkastuksia, tai oma erillinen tutkimuksensa, mutta mahdollistavat aina kaikkien oppilaiden tapaamisen, koska ne tehdään aina koko ikäluokalle kerrallaan. Tavoitteena on etsiä piileviä sairauksia, terveydellisiä riskitekijöitä tai muita ongelmia. Riskiksi voidaan luokitella fyysinen, psyykinen tai elintapoihin liittyvä asia. Seulontatutkimus voi olla mittaus (esimerkiksi pituus ja paino), laboratoriotutkimus (kolesterolitutkimus), kliininen tutkimus (ryhtikartoitus) tai standardoitu kysely, kuten alkoholikysely tai mielialaseula. Vuosittain tehtäviä seuloja ovat pituuden ja painon mittaus / kasvukäyrät, ryhdin ja rakenteen kliininen arviointi ja puberteettikehitys. Aina tavatessa tehtäviä seuloja ovat oppimiseen liittyvät vaikeudet, koulukiusaaminen ja luokan henkinen ilmapiiri. Pääsääntöisesti ne kuitenkin painottuvat laaja-alaisiin terveystarkastuksiin. (Kouluterveydenhuolto 2002, 39–40.)

Painoasioissa kouluterveydenhuolto keskittyy painon hallintaan ja seurantaan. Siellä jatketaan lastenneuvolassa alkanutta painoseurantaa vuosittain ja painokehitystä ja mahdollista ylipainoa

arvioidaan kasvukäyrien perusteella. Mikäli ylipainoa on, lihavuuden aste määritetään ruumiinrakenteen ja suhteellisen painon avulla. (Kouluterveydenhuolto 2002, 67–68.) Koulussa on käytössä yleisesti tunnustetut lihavuuden rajat: Oppilas on ylipainoinen kun suhteellinen paino on yli 20 % suurempi kuin pituutta vastaava keskipaino. Lihavuus on lievää kun suhteellinen paino on 20–39 %, merkittävää kun suhteellinen paino on 40–60 % ja vaikeaa kun suhteellinen paino on yli 60 %. (Janson & Danielsson 2003, 31; Lasten lihavuus: Käypä hoito -suositus, 2005; Lagström, 2005, 113; kouluterveydenhuolto 2002, 67–68.)

Painonhallinta toimenpiteisiin ryhdytään kun oppilas on merkittävästi lihava, kun paino on vuoden aikana noussut yli 10 % tai kun lapsi tai hänen vanhempansa kärsivät lihavuuteen liittyvästä taudista. Tavoitteena on usein suhteellisen paino pienentäminen, lievissä tapauksissa painon pitäminen ennallaan (kasvu korjaa tilanteen) ja ääritapauksissa vasta käyttöön tulee maltillinen painonpudotus. Lapsilla se tarkoittaa enintään 0,5kg ja nuorilla 1-2 kg kuukaudessa. Toimenpiteisiin jouduttaessa painotetaan saavutetun tuloksen pysyvyyttä. Sitä pyritään tukemaan oikea-aikaisuudella, perhekeskeisyydellä, yksilöllisyydellä, elintapojen muutoksella ja hyödyntämällä eri alojen asiantuntijoiden tukea. Oppilaan painoon vaikuttaa eniten ympäristötekijät, joten painonhallissa ohjaus keskitetään ruokailutottumuksiin, perhetilanteeseen ja liikuntaan. Kun lihavuusongelma havaitaan, tulee jo aikaisessa vaiheessa sulkea pois aineenvaihdunnalliset ongelmat ja sairaudet, sekä vammaisuus, pitkäaikaissairaus tai perheen vaikea tilanne. Painoa seurattaessa ja hoidon tarvetta arvioitaessa tulee huomioida lähiperheen sukurasite sydän- ja verisuonitautissa sekä vanhempien ylipaino. (Kouluterveydenhuolto 2002, 67–68.)

Painonhallintaohjauksessa tavoitteena on nykypainon ylläpito, jolloin suhteellinen paino pienenee pituuskasvun myötä, sekä oppilaan itsetunnon ja keho kuva tyytyväisyyden vahvistaminen. Ohjaustoimenpiteinä ovat yleensä käytössä koulun oman terveydenhoitajan antama yksilöohjaus, tai ryhmäohjaus painonhallinnan perheryhmässä. Tarvittaessa tukea antaa myös ravitsemusterapeutti. Ohjaus on vahvasti koko perheen asia: Ilman oppilaan ja vanhempien kiinnostusta ja motivoitumista asiasta toimenpiteet eivät yleensä onnistu, eikä niitä aloiteta. Jos oppilaan nousujohteisen painokehityksen taustalla on perheen vaikea elämäntilanne, pyritään perhettä tukemaan elämäntilanteen saamiseksi parempaan suuntaan. (Kouluterveydenhuolto 2002, 67–68.)

Merkittävä ylipaino tuo usein mukanaan riskin terveysongelmiin. Kouluterveydenhuolto pyrkii ajoissa havaitsemaan terveysongelmat ja löytämään riskiryhmiin kuuluvat oppilaat. Esimerkiksi sydän- ja verisuonitaudeissa riskiryhmään kuuluvat ne oppilaat, joilla on vahva sukurasite, ja näin ollen erityisen suuri sairastumisriski aikuisiällä. Kolesterolitason nousu on koulukäisiltä

automaattisesti mitata, mutta mikäli oppilas kuuluu sepelvaltimotaudin riskisukuun, otetaan hänet seurantaan ja tarvittaessa ohjataan jatkotutkimuksiin. Yleisimpiä terveysongelmia ovat tuki- ja liikuntaelin sairaudet. Lapsilla ja nuorilla tavallisia ovat selän alaosan ja niska-hartiaseudun kivut, jotka usein toistuvat ja pitkittyvät. Työillä kiputilat ovat yleisempiä kuin pojilla, selän alaosan kivut puolestaan liittyvät molemmilla murrosiän alkuun, yleistyen noin 13–14 vuoden iästä alkaen. Murrosiässä on myös tyypillistä, että erilaiset lihasperäiset kivut kasautuvat samoille oppilaille. Selkäkipujen riskitekijöinä ovat ylipaino, stressi, vähäinen liikunta, kilpaurheilu ja huono istuma-asento. Koululaisten tuki- ja liikuntaelinvaivojen taustalla on passiivisten ajankäyttömuotojen ja staattisen istumisen lisääntyminen. Jokapäiväinen liikunta, sekä hyötyliikunta on vähentynyt. (Kouluterveydenhuolto 2002, 76–77.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksessa halutaan tietoa peruskouluikäisistä ylipainoisista lapsista, ja tarkoituksena on selvittää kouluikäisten lihavuuden yleisyyttä, sen muutoksia ja seurannaisvaikutuksia lapselle itselleen ja koulunkäynnille. Tutkimuksen tarkoitus on kartoittava, eli tarkoituksena on etsiä uusia näkökulmia, löytää uusia ilmiöitä, selvittää ilmiötä ja kehittää hypoteeseja (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2008, 134). Tiedonantajina toimivat kouluterveydenhoitajat. Lihavuusongelmaa koululaisilla käsitellään yhteiskunnallisena ongelmana. Näkökulmassa keskeisessä roolissa on oppilas yksilönä ja heidän perheensä. Tutkimuksen näyttämönä toimii koulu ja kouluterveydenhuolto, koska yhteiskunnallisesti ne ovat laajin lapsiperheiden kiinnityspinta terveyskasvatukseen ja sitä kautta myös lihavuusongelmaan. Kouluterveydenhuollon asiakkaita ovat kaikki kouluikäiset lapset ja heillä on pakolliset lain määräämät tarkastukset. Tämä mahdollistaa sen, ettei kukaan heistä, joista tietoa halutaan, pysty jäämään tutkimuksen ulkopuolelle.

Tutkimustehtävät ovat:

1. Onko kouluterveydenhuollossa havaittu lihavien lasten määrässä muutosta?
2. Onko lapsen lihavuudella vaikutusta päivittäiseen elämään?
3. Minkälaisia näkemyksiä kouluterveydenhoitajilla on lihavuudesta yhteiskunnallisena ongelmana?

Tutkimusongelmat muodostuivat erilaisten päättelyprosessien kautta. Ensimmäisen tutkimustehtävän taustalla on kiinnostus tietää miten median luoma ongelmakeskeinen lihavuus ajattelu näkyy koulun arjessa. Onko ylipaino lasten kohdalla todellinen ongelma arjessa, vai onko se vain median luoma mielikuva. Toisen tutkimustehtävän kohdalla tavoitteenani on saada tietoa lapsen arjesta; koulunkäynnistä, ruokailuista, ajankäytöstä, ystävistä, harrastuksista, sekä kaikesta muusta, mikä kiinteästi koskettaa lapsen päivittäistä elämää. Kolmannen tutkimustehtävän tavoitteena on kerätä terveydenhoitajien hiljaista tietoa yhteiskunnasta. Heillä on aitiopaikka seurata

erilaisia perheitä pitkiä aikoja, välillä jopa vuosikymmeniä ja useita sukupolvia. Lisäksi terveydenhoitajat ovat koon seurannan ja terveystasvatuksen ammattilaisia. Siksi uskon, että heillä on näkemystä analysoida lihavuutta yhteiskunnallisena ongelmana.

4 TUTKIMUSMENETELMÄT JA TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tutkimuksen teoriatausta

4.1.1 Kvalitatiivinen tutkimus

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus on hyvin käytetty ihmistieteissä, koska sen näkökulma on ymmärtävä tutkimus. Lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen ja kokonaisvaltainen tiedonhankinta (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara, 2008, 157,160). Laadullinen tutkimus on käsitteenä laaja, esimerkiksi erilaiset filosofiset suuntaukset näkevät asiat eri tavoin ja laadullisen tutkimuksen oppaat ovat orientoituneet moni eri tavoin. Siksi on perusteltua, että jokaisessa tutkimuksessa erikseen määritetään mitä ollaan tekemässä. Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan rooli korostuu, koska tutkijan on tiedettävä mitä tekee. Teknisen toteutuksen lisäksi tutkijan tulee ottaa huomioon myös tutkimukseen liittyvät eettiset ongelmat. (Tuomi & Sarajärvi, 2002, 67–69.)

Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin, vaan tavoitteena on pyrkiä kuvailemaan jotain tapahtumaa tai ilmiötä, ymmärtämään toimintaa tai antamaan mielekäs tulkinta ilmiölle. Siksi on tärkeää, että tiedonantajat tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon. Lisäksi tiedonantajien valinta on hyvä olla harkittua ja tarkoitukseen sopivaa. Hirsjärvi ym. (2004, 155) korostavat, ettei satunnaisotannan käyttö ole suositeltavaa. Harkintaprosessi ja sopivuuden perustelut tutkijan tulee perustella tutkimusraportissa. (Tuomi & Sarajärvi, 2002, 87–88.) Laadullisen tutkimuksen yleisimmät aineistonkeruumenetelmät ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja dokumentteihin perustuva tieto. Menetelmät voivat olla toistensa vastakohtia, mutta niitä voi käyttää myös rinnakkain tai eri tavoin yhdisteltyinä. (Tuomi & Sarajärvi, 2002, 73.) Nykyään laadullista tutkimusta ei kuitenkaan määritellä aineistonkeruun, vaan analyysin kautta (Tuomi & Sarajärvi, 2002, 70).

4.1.2 Tutkimuksen fenomenologis-hermeneuttinen tausta

Tutkimuksen fenomenologis-hermeneuttinen tausta tarkoittaa tutkimuksen taustasitoumuksia. Tavoitteena fenomenologis-hermeneuttisessa tutkimuksessa on toiminnan merkityksen ymmärtäminen. Hermeneutiikka viittaa ymmärtämiseen liittyvään tulkintaan ja fenomenologia liittyy ymmärtämisen erilaisten teemojen löytämiseen. (Hirsjärvi ym. 2008, 162.) Tutkimuskohteena on inhimillinen kokemus ja elämismaailma, eletty kokemus. Fenomenologis-hermeneuttinen metodi edellyttää tutkijalta jatkuvaa perusteiden pohtimista tutkimuksessa esiin tulevien ongelmien yhteydessä. Ihmiskäsityksen lisäksi ongelmia saattaa aiheuttaa tiedonkäsitykseen liittyvät asiat, eli millaista tieto on luonteeltaan ja miten kohteesta voi saada tietoa. Hermeneuttisessa ja fenomenologisessa ihmiskäsityksessä keskeistä on kokemuksen lisäksi myös merkityksen ja yhteisöllisyyden käsitteet. Tietoon liittyvissä asioissa keskeistä on ymmärtäminen ja tulkinta. (Laine, 2007, 28; Tuomi & Sarajärvi, 2002, 33–34.)

Fenomenologiassa tutkitaan kokemuksia ja yksilön kokemus on ainutkertainen ja on suhteessa yksilön omaan todellisuuteen. Jotta voidaan tavoittaa millainen yksilö ainutkertaisuudessaan on, tulee tutkimuksen tarttua yksilön kokemukseen. Kokemus syntyy vuorovaikutuksessa muiden kanssa, jolloin fenomenologia tutkii myös ihmisen suhdetta omaan elämäntodellisuuteensa. Ihmisen maailmansuhteen perusmuoto on kokemuksellisuus. Fenomenologien mukaan ihmisen suhde maailmaan on intentionaalinen eli kaikki merkitsee meille jotakin. Todellisuus ei siis voi olla neutraali ja kokemus muotoutuu merkitysten mukaan. Merkitykset ovat fenomenologian varsinainen tutkimuksen kohde. (Laine, 2007, 29–31; Tuomi & Sarajärvi, 2002, 34–35.)

Hermeneutiikalla tarkoitetaan teoriaa ymmärtämisestä ja tulkinnasta. Tulkinnalle pyritään löytämään säännöt, jolloin voidaan arvioida onko tulkinta väärää vai oikeaa. Hermeneutiikka liittyy fenomenologiseen tutkimukseen tulkinnan tarpeen kautta. Tulkinta liittyy käytännön tutkimukseen siten, että esimerkiksi haastattelututkimuksessa tutkija pyrkii löytämään haastateltavan ilmaisusta mahdollisimman oikean tulkinnan. Hermeneuttisen tulkinnan kohteeksi on määritelty ihmisen ilmaisut, ja niistä hallitsevin luokka on kielelliset ilmaisut. Muita ilmaisuja on muun muassa kehon ilmeet, eleet ja liikkeet. Ilmaisut kantavat merkityksiä, ja niitä voidaan lähestyä vain tulkitsemalla ja ymmärtämällä. (Laine, 2007, 31.) Tässä tutkimuksessa on tulkittu ainoastaan kielellisiä ilmaisuja.

Tutkimuksessa on keskeistä tuoda esille tutkijan esiymmärrys aineiston tuottamisessa, sen kuvauksessa ja tulkinnassa. Lisäksi tutkijan tulee asettaa itselleen kysymys: kuinka voi laajentaa omaa subjektiivista perspektiiviä siten, että pystyy ymmärtämään toisen ilmaisujen omalaatuisuutta? Ymmärtämiseen saattaa vaikuttaa tutkijan oma esiymmärrys asiasta, joka saattaa

johdattaa tulkitsemaan haastateltavan puhetta tutkijan omien lähtökohtien mukaisesti. Esiymmärryksen huomiointi on erityisen tärkeää, koska usein tutkimuksen viitekehys ja ongelmat nousevat tutkijan elämäntilanteista. Näin ne ja tutkijan subjektiivisuus tulevat osaksi tutkimusta. Myös tutkijan uskomukset ja ennakkokäsitykset on nostettava esiin, jotta ne voidaan joko hyväksyä tai hylätä. Aineistoa saadaan ja kerätään usein eletystä kokemuksesta ja eletystä elämästä kirjoittamalla ja haastattelemalla. Silloin korostuu tutkijan sensitiivisyys ja eettisyys tutkittavia subjekteja ja muodostunutta aineistoa kohtaan. Tutkimuksen luotettavuus muodostuu tutkijan ja tutkittavien kokemusten tai tutkimuksen aineiston välisen dialogin laadusta. Fenomenologiassa on tärkeää tiedostaa tutkimuskohdetta ennakoita selittävät teoreettiset mallit. Tämä mahdollistaa tutkimuskohteen avoimuuden, eli pyrkimyksen mukaan tutkimuskohde on teoreettisesti ja oletuksellisesti ennalta määräämätöntä. Pyrkimyksenä onkin tavoittaa tutkimuskohde sellaisena kuin se itsessään on tai kuin se ilmenee maailmassa. (Laine, 2007, 34–36.)

4.2 Tutkimuksen toteuttaminen

4.2.1 Tutkimusmenetelmän kuvaus

Haastattelun perusidea on yksinkertainen. Kun halutaan tietää mitä ihminen ajattelee, mitä hän on havainnut tai miksi hän toimii niin kuin toimii, niin järkevintä on kysyä asiaa häneltä itseltään. Menetelmällisesti haastattelun etuna on joustavuus, koska haastattelutilanteessa haastattelijalla on mahdollisuus selventää kysymystä, tehdä jatkokysymyksiä, oikaista väärinkäsityksiä sekä käydä keskustelua tiedonantajan kanssa. Tärkeintä on saada mahdollisimman paljon tietoa, ja on suositeltavaa, että tiedonantajille annetaan mahdollisuus tutustua kysymyksiin etukäteen. Haastattelun etu verrattuna esimerkiksi postikyselyyn on se, että haastateltavat on helpompaa saada mukaan, koska asiasta sovitaan henkilökohtaisesti, mutta myös tiedonantajien valintaan voidaan vaikuttaa paremmin. Heikkoutena haastattelussa ovat sen suuri ajantarve, sekä taloudellisesti raskas toteutustapa. (Tuomi & Sarajärvi, 2002, 74–76; Hirsjärvi ym. 2008, 199; Hirsjärvi & Hurme, 2000, 34–35.)

Teemahaastattelu eli puolistrukturoitu haastattelu on hyvin käytetty kasvatus- ja yhteiskuntatieteellisissä tutkimuksissa (Hirsjärvi ym. 2008, 203). Eskolan ja Vastamäen (2007, 25) mukaan se on Suomen suosituin tapa kerätä laadullista aineistoa. Teemahaastattelu voi olla hyvin avoin ja lähellä syvähaastattelua tai lähempänä täysin strukturoitua lomakehaastattelua, mikäli käytössä on esimerkiksi tarkat kysymysmuodot ja niiden järjestykset. Hirsjärvi ym. (2008, 203)

tarkentavat sen olevan lomake- ja avoimen haastattelun välimuoto. Yleensä teemahaastattelut toteutetaan ennalta valittujen teemojen avulla, joihin tehdään tarkentavia kysymyksiä. Etukäteen valitut teemat muodostuvat tutkimuksen viitekehystä. Metodologisesti teemahaastattelussa korostuu tiedonantajien tulkinnat asioista, sekä heidän asioille antamat merkitykset. (Tuomi & Sarajärvi, 2002, 76–79.) Eskola ja Vastamäki (2007, 27) erottavat hieman teemahaastattelu ja puolistrukturoitua haastattelua toisistaan. Heidän mukaansa haastattelu, jossa kaikilta tiedonantajilta kysytään samat kysymykset, on puolistrukturoitu haastattelu, kun teemahaastattelusta puolestaan puuttuu kysymysten tarkkamuoto ja järjestys. Lisäksi on useita muita näkemyksiä ja määritelmiä puolistrukturoidulle haastattelulle (Hirsjärvi & Hurme, 2000, 47).

Tutkimus toteutettiin kevättalvella 2012 Pirkanmaalaisessa noin 30 000 asukkaan kunnassa. Tutkimusmenetelmänä oli teemahaastattelu, eli puolistrukturoitu haastattelu (Hirsjärvi & Hurme, 2000, 47). Haastatteluissa minulla oli apuna 10 kysymyksen runko (Liite 3), jonka mukaan haastattelut pääosin etenivät. Kysyin jokaisessa haastattelussa kysymykset samassa järjestyksessä, mutta käytin välillä eri sanamuotoja (Hirsjärvi & Hurme, 2000, 47). Haastateltaville terveydenhoitajille lähetin kysymykset etukäteen, jolloin heillä oli mahdollisuus valmistautua haastatteluun. Osa heitä käytti tilaisuuden hyväkseen ja oli tutustunut kysymyksiin etukäteen. Kysymys runko muodostui laajoista asioista, joista syntyi jatkokysymyksiä ja keskustelua aiheesta. Haastattelu tutkimusmenetelmänä sopi aiheeseen erittäin hyvin, koska moni vastaus vaati asian ymmärtämiseksi jatkokysymyksiä, perusteluita ja tarkennuksia. (Hirsjärvi ym. 2004, 194–195).

4.2.2 Tutkimuksen tiedonantajat

Tutkimuksen tiedonantajina on 5 kouluterveydenhoitajaa. Kaikki haastatteluun osallistuneet kouluterveydenhoitajat ovat päteviä ja virassa. Valinnassa painotin monipuolisuutta, jotta haastateltavat edustaisivat mahdollisimman erilaisia kouluja. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on tyypillistä, että kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti, eikä satunnaisotantaa käyttäen (Hirsjärvi ym. 2004, 155). Tämä takia en lähettänyt haastattelukutsua (Liite 1) kaikille kunnan kouluterveydenhoitajille, vaan ainoastaan heille, jotka valitsin mukaan. Koulutyypeistä mukana on yläaste, yhtenäiskoulu, suurin alakoulu, sekä kaksi kouluterveydenhoitajaa, joilla on useampia kouluja. Osa kouluista sijaitsee taajaman keskustassa, osa maaseutumaisessa ympäristössä. Lisäksi kouluterveydenhoitajat ovat eri-ikäisiä ja poikkeavat toisistaan myös koulutustaustoiltaan. Osa heistä on ollut kouluterveydenhoitajana vasta muutaman vuoden, osa koko työuransa ja nyt jo osa-aika eläkkeellä. Pisimpään kouluterveydenhuollossa työskennelleet ovat kouluttautuneet ensin

sairaanhoitajiksi ja sen jälkeen erikoistuneet kouluterveyden hoitoon. Nuorempi kouluterveydenhoitajapolvi on kouluttautunut suoraan terveydenhoitajiksi ja osa on sen jälkeen erikoistunut kouluterveydenhuoltoon. Kahdella kouluterveydenhoitajista oli työkokemusta myös lastenneuvolasta, tai lastenneuvola-kouluterveydenhoito yhdistelmästä. Oppilaita jokaisella terveydenhoitajalla on noin 400- 580. Oppilasmäärät vastaavat kouluterveydenhuollon suosituksia, koska niiden mukaan yhtä kokopäiväistä kouluterveydenhoitajaa kohden saa olla korkeintaan 600 oppilasta.

Päädyin valitsemaan kouluterveydenhoitajat tiedonantajiksi heidän vahvan terveysosaamisensa ja yhteiskunnallisen näköalapaikkansa takia. He tutustuvat laajaan määrään erikäisiä oppilaita, tapaavat perheitä ja tekevät poikkihallinnollista ja moniammatillista yhteistyötä koulussa ja terveydenhuollossa. Jo heidän tehtävänkuvaansa kuuluu osallistua koko koulu yhteisön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen, sekä osallistua yhdessä opetushenkilöstön kanssa oppimisen, tunne-elämän ja käyttäytymisen ongelmien tunnistamiseen ja selvittämiseen. (kouluterveydenhuolto 2002, 28.) Ihannetilanteessa kouluterveydenhuolto on jatkumoa lastenneuvolassa aloitetulle terveys- ja hyvinvointiseurannalle, jolloin kouluterveydenhoitajat tuntevat monipuolisesti koko lapsen kasvun ja kehityksen. Käytännössä kouluterveydenhuoltoa toteutetaan osana oppilashuoltoa, jolloin kouluterveydenhoitaja tapaa opetuspuolen henkilöstöä ja lapsen asioita käsitellään kokonaisuutena. Lisäksi hän osallistuu opetussuunnitelman valmisteluun ja terveystiedon opetukseen. (Kouluterveydenhuolto 2002, 36, 31–33.)

Harkitsin tiedonantajiksi myös koulupsykologeja, koska heillä olisi saattanut olla annettavaa oppilaiden psyykkisestä hyvinvoinnista. Mutta asiaa tiedusteltuani selvisi, että heidän työkuvaansa kuuluu vain vähän perinteisiä psykologin töitä, vaan suurin osa työajasta menee erilaisten oppimiseen liittyvien ongelmien ja akuuttien tilanteiden purkuun. Näin ollen he jättäytyivät tutkimuksesta pois. Tiedonantajina terveydenhoitajien lisäksi harkitsin myös opettajia, mutta mielestäni luokanopettajakoulutus ei yksin anna riittäviä valmiuksia käsitellä lihavuusasiasia yhteiskunnallisena ongelmana. Lisäksi tutkimukseen olisivat saattaneet vaikuttaa liikaa opettajien henkilökohtaiset mielipiteet lihavuudesta, ohi yhteiskunnallisten rajojen ja suosituksien, joissa haluan pitäytyä. Sulkemalla opettajat pois tiedonantajista menetin todennäköisesti myös arvokkaan tiedonlähteen lihavuuden vaikutuksesta oppimiseen ja varsinaiseen koulutyöhön oppitunneilla.

4.2.3 Aineistonkeruu

Aineiston keruu prosessi lähti liikkeelle tammikuussa 2012, jolloin otin yhteyttä valitsemini kouluterveydenhoitajiin sähköpostilla, jossa kerroin tulevasta tutkimuksesta, sen toteuttamisesta ja samalla kysyin halukkuutta osallistua. Kaikki valitut kouluterveydenhoitajat halusivat osallistua tutkimukseen ja ehdottivat minulle mahdollisia haastatteluajoja. Muutama nuorempi terveydenhoitaja harkitsi haastatteluun osallistumista, koska oli työskennellyt kouluterveydenhuollossa vasta muutamia vuosia. Perustelin osallistumisen tärkeyttä otoksen monipuolisuudella. (Hirsjärvi & Hurme, 2000, 85.) Varsinainen aineisto kerättiin puolistrukturoidulla haastattelulla helmikuun 2012 aikana. Ennen varsinaisia tutkimushaastatteluita tein kaksi koehaastattelua, joista toisen kouluterveydenhoitajalle. Haastattelin jokaisen kouluterveydenhoitajan heidän omassa työhuoneessaan. Ennen haastattelun alkua kerroin vielä jokaiselle haastateltavalle taustoistani, itse tutkimuksesta, sekä tutkimuksen aikataulusta. Uskon, että terveydenhoitajat kokivat minut haastattelijana enemmän vertaisekseen, kuin opetuspuolen henkilöksi, koska olin kertonut ennen haastattelua olevani terveysliikuntaan erikoistunut liikunnanohjaaja. (Hirsjärvi & Hurme, 2000, 93–94.) Jokainen haastateltava allekirjoitti sopimuksen (Liite 2) haastatteluun osallistumisesta. Sopimus käsitteli muun muassa vaitiolovelvollisuutta, tietojen hyödyntämistä, tallentamista ja hävittämistä.

Haastattelussa oli 10 kysymyksen tukirunko. Osa terveydenhoitajista oli hyödyntänyt kysymyksiin etukäteen tutustumisen mahdollisuuden ja tehnyt itselleen muistiinpanoja haastattelutilanteeseen. Tarvittaessa tein haastattelun aikana tarkentavia ja kokoavia kysymyksiä, mikäli koin että en ollut täysin ymmärtänyt mitä tiedonantaja oli tarkoittanut. Runkokysymyksistäni yksi oli suoraan ensimmäinen tutkimusongelma: ”Onko kouluterveydenhuollossa havaittu lihavien lasten määrässä muutosta?”. Seitsemän kysymyksen avulla kartoitin toisen tutkimusongelman asioita: ”Onko lapsen lihavuudella vaikutusta päivittäiseen elämään?”, ja kahden kysymyksen avulla etsin näkökulmia kolmanteen tutkimusongelmaan: ”Minkälaisia näkemyksiä kouluterveydenhoitajilla on lihavuudesta yhteiskunnallisena ongelmana?”. Erityisesti toisen tutkimusongelman kohdalla voidaan kysymyksien kohdalla puhua Hirsjärven ja Hurmeen (2000, 66–67) mainitsemista teemoista, koska siellä alakäsitteinä on harrastaminen, ystäväpiiri, terveys ja koulun arki. Kaikki haastattelut nauhoitettiin. Haastatteluiden kesto oli 39- 55 minuuttia. Kaikki haastatteludialogit litteroitiin maaliskuuhun 2012 sanatakkasti autenttisissa sanamuodoissaan (Hirsjärvi & Hurme, 2000, 138–140). Näytteet litteroiduista haastatteluista on liitteissä 4 ja 5 (Liite 4 ja 5). Aineisto on tutkijan hallussa.

4.2.4 Analyysi

Sisällönanalyysi on laadullisen aineiston perusanalyysimenetelmä. Sitä voidaan pitää väljänä teoreettisena kehyksenä tai yksittäisenä metodina, tilanteesta ja tutkimuksesta riippuen. Sisällönanalyysi etenee kolmen työvaiheen kautta yhteenvedon kirjoittamiseen. Työvaiheet sitä ennen ovat (1) Aineiston rajaus ja näkökulman tarkentaminen, (2) aineiston läpikäynti, eli litterointi tai koodaaminen, (3) aineiston luokittelu, teemoittelu tai tyypittely. Ennen yhteenvedoa aineistoa analysoidaan halutusta lähtökohdasta. Se voi olla joko aineistolähtöinen, teoriasidonnainen tai teorialähtöinen analyysi. Teoriasidonnaisessa analyysissä teoria toimii apuna ja tukena analyysin edetessä ja analyysistä on tunnistettavissa aikaisemmin tiedon vaikutus. Kuitenkaan tavoitteena ei ole testata aikaisempia teorioita, vaan avata uusia ajatuksia. Teoriasidonnaisen analyysin päättelyn logiikka on johdettu abduktiivisesta päättelystä. Abduktiivisen päättelyn mukaan teorian muodostus on mahdollista silloin, kun havaintojen tekoon liittyy johtoajatus tai johtolanka. Pelkistettynä sisällönanalyysi on tapa järjestellä kerättyä aineistoa johtopäätösten tekoa varten. Menetelmällisesti sisällönanalyysin haasteet liittyvät raportointitapaan, eli tutkijan tulee olla tarkkana, ettei sekoita tuloksia ja johtopäätöksiä keskenään. (Tuomi & Sarajärvi, 2002, 93–105.)

Analyysi alkoi huhtikuussa 2012 aineiston induktiivisella päättelyllä, eli aineistolähtöisesti (Hirsjärvi & Hurme, 2000, 136). Päättelyn jälkeen luokittelin aineistosta esille tulleita asioita teemoittain, tutkimusongelmien ja alakäsitteiden avulla, sekä haastattelurunkona olleiden kysymysten avulla. Osa alakäsitteistä ja teemoista tuli esille useassa eri kohdassa haastatteluita. (Hirsjärvi & Hurme, 2000, 145- 149.) Tutkimuksen analyysi noudatti fenomenologis-hermeneuttisen tutkimuksen rakennetta. Analyysissä pyrin muuttamaan merkitykset merkityskokonaisuuksiksi. Ennen kuin kirjoitin merkityskokonaisuudet omalla kielelläni, kirjoitin jokaisen haastattelun uudelleen, noudattaen mahdollisimman tarkasti tiedonantajan kieltä. Muutin aineiston puhekielisydestä kirjoitettuun muotoon, mutta sisällöllisesti kunnioitin tiedonantajan näkemystä, enkä pyrkinyt tulkitsemaan. Vasta kirjakiellellä kirjoitetusta aineistosta muodostin merkityskokonaisuuksia, jotka tulkitsin ja kirjoitin omalla kielelläni. Erityistä tulkintaa vaativissa lauseissa ja lausekokonaisuuksissa pyrin välttämään ylitulkitseamista, jotta oma esiymmärrykseni asiasta ei vaikuttaisi tulokseen. Tällaisissa tapauksissa jätin lauseen tai lausekokonaisuuden mahdollisimman autenttiseen muotoon, epäselvyyksistä huolimatta. (Laine, 2007, 44.)

Mielestäni tutkimuksen aineiston analyysiä yksinkertaisti se, että tiedonantajani tuottivat haastatteluissa jäsenneiltyä ja usein myös valmisteltua aineistoa. Tutkimuksen aihe käsitteli tiedonantajien työtä ja he pystyivät tuottamaan vastauksia ”työminällään”. Se auttaa

tulkintavaiheessa, kuten myös se, ettei tutkimus käsittele tiedonantajien henkilökohtaisia asioita tai tunteita. Tutkimuksessa tuli esille tiedonantajien oletettuja henkilökohtaisia mielipiteitä, ja tutkimuksen luotettavuus kappaleessa käsittelen muun muassa sitä, vastasivatko tiedonantajat haastattelussa omilla henkilökohtaisilla mielipiteillään, vai niillä mielipiteillä, joita he olettavat ”työminältään” odotettavan.

5 TULOKSET

Tutkimustulokset kappaleessa esiintyvät asiat ovat kaikki haastatteluissa esille tulleita, eikä mukana ole tutkijan näkökulmaa tai ääntä. Tutkimuksen analyysi kappaleessa olen kertonut miten tulososio on rakentunut, ja että tutkimustulokset esitetään tiedonantajien äänellä kirjoitetussa muodossa. Tutkimuksen luettavuuden takia ei ollut tarpeellista toistaa tulososiossa useasti, että asiat ovat tiedonantajien mielipiteitä. Tutkimustuloksien ja tutkimuksen valmiiksi kirjoittaminen tapahtui huhtikuun ja kesäkuun välisenä aikana 2012.

5.1 Kouluterveydenhuollon havaintoja lihavista lapsista

5.1.1 Lihavien lasten määrä

Tutkimuksen terveydenhoitajista kolme viidestä vastasi, että lihavien lasten määrä on kasvanut. Heidän mukaansa ylipainoisuus on lisääntynyt pitkällä aikavälillä tasaisesti ja ne lapset, jotka ovat lihavia, ovat lihavampia kuin ennen. Yläkoulun puolella lihavuus on lisääntynyt pojilla enemmän kuin tytöillä. Lisäksi painokasvukäyrän ääripäiden lapsimäärät ovat kasvaneet, ylipainoisten ja lihavien lasten lisäksi myös laihoja lapsia on paljon. Painokasvukäyrän alaosalta on tyypillistä lasten suuri määrä, jotka ovat normaalipainon ja alipainon rajalla. Heidän tilannettaan ei kuitenkaan pidetty yhtä huolestuttavana kuin painokäyrän yläosaa, jossa on suuria painokäyrän ylityksiä. Kaksi terveydenhoitajaa ei ollut havainnut lihavien lasten määrässä muutosta, tai ei pystynyt arvioimaan, onko muutosta tapahtunut. Molemmat olivat työskennelleet nykyisellä koulukokoonpanolla alle viisi vuotta.

Terveydenhoitajien havaintoa lihavien lasten määrän kasvusta tukee aiheen tutkimustulokset ja lausumat. Vuoden 2005 konsensuslausumassa todetaan, että lihavuus on yleistynyt erityisesti lasten ja nuorten keskuudessa. WHO:n vuosina 1984–2002 suorittamien Koululaistutkimuksien mukaan suomalaisten 11-, 13-, ja 15-vuotiaiden nuorten painoindeksit ovat nousseet. 13-, ja 15-vuotiaiden lihavuus yleistyi erityisesti 1990-luvun lopulla (Välimaa & Ojala, 2005, 10). Nuorten terveystapatutkimuksen avulla voidaan havaita, että 12–18-vuotiaiden painokehitys on ollut

nousujohtoista jo vuodesta 1977 asti. Myös Kautiainen (2008) toteaa väitöskirjassaan, että ylipainoisten suomalaisnuorten määrä on kolminkertaistunut vuodesta 1977 vuoteen 2005 mennessä. Kautiaisen tutkimuksen mukaan lihavimmat nuoret ovat entistä lihavampia, mutta kaikkien nuorten paino ei ole lisääntynyt. Tämä tukee terveydenhoitajien havaintoa painokasvukäyrän ääripäissä olevien lasten määrän lisääntymisestä. Lisäksi he arvioivat yläkouluikäisten poikien lihavuuden yleistyneen tyttöjä enemmän. Tutkimuksen teoriatausta ei ota kantaa yleistymiseen, mutta sukupuolten välillä on havaittu eroa. Vuonna 1999 Suomessa 15–19 % 12–18- vuotiaista pojista oli ylipainoisia, kun samanikäisten tyttöjen osuus oli 9-13 %. Lihavien osuus oli pojilla 2-3 %, ja tytöillä 1-2 %. (Lasten lihavuus: Käypä hoito –suositus, 2005.) WHO:n koululaistutkimuksen mukaan vuonna 2002 ylipainoisia poikia oli 17 % ja tyttöjä 8 %. Lihavia oli 1-3 % pojista ja noin 1 % tytöistä. (Välimaa & Ojala, 2005, 10.)

5.1.2 Ylipainon vaikutukset koulunkäyntiin

Terveydenhoitajista kolme viidestä oli sitä mieltä, että lihavuus ei vaikuta lapsen koulunkäyntiin. Kahden terveydenhoitajan mukaan ylipaino näkyy lapsen koulunkäynnissä jonkin verran, liitettyinä muun muassa yleiseen jaksamiseen. Koulunkäynti ymmärrettiin monella eri tapaa, ja terveydenhoitajat erottelivat siitä esimerkiksi ”koulutyön etenemisen”, ”oppimisen”, ”koulumyönteisyyden”, ”kouluviihtyvyyden”. Koulutyön eteneminen ja oppiminen liitettiin usein yhteen, ja ymmärtääkseni niillä tarkoitettiin perinteistä oppimista, esimerkiksi matematiikan ja äidinkielen taidoissa ikätasoista etenemistä. Näihin asioihin ei katsottu ylipainolla olevan vaikutusta. Koulumyönteisyys, kouluviihtyvyys ja sosiaaliset suhteet liitettiin myös osin toisiinsa, ja niitä pidettiin oppimisen ulkopuolisina ”muina asioina”, mutta myös tärkeinä osina lapsen koulunkäyntiä. Näiden ”muiden asioiden” kautta lapsen ylipaino voi vaikuttaa negatiivisesti koulutyöhön neljän terveydenhoitajan mukaan. Yksi vastaajista tarkensi näkökulmaansa kertomalla, että koulumyönteisyys ei ole ensisijaisesti lihavien lasten ongelma, mutta lihavilla lapsilla on usein taustalla ongelmia koulumyönteisyydessä. Esimerkiksi liikuntatunnit tuovat oman paineensa ja mahdollinen kiusaaminen oman paineensa. Kouluviihtyvyys ja koulumyönteisyys alkavat siis kärsiä monien tekijöiden takia.

Kautiaisen (2008) mukaan ylipainoisuudella on yhteys koulumenestykseen ja koulutustasoon, koska ylipaino oli harvinaisempaa niillä oppilailta, jotka pärjäsivät koulussa keskitasoa paremmin, sekä niillä joiden vanhemmat olivat korkeasti koulutettuja.

Moni terveydenhoitajista kertoo, että ylipaino vaikuttaa lapsen sosiaalisiin suhteisiin, koska ylipainoiset lapset ovat epävarmoja sosiaalisissa suhteissa. Epävarmuutta aiheuttaa epävarmuus omakuvasta. Osa ylipainoisista oppilaista kokee, ettei ole yhtä onnistunut kaverisuhteissa kuin muut, ja osaa oppilaista saatetaan kiusata painon vuoksi. Lisäksi liikuntatunnit tuovat ylipainoisille lapsille painetta, juuri omakuvan ja sosiaalisten suhteiden kautta. Liikuntatunti on usein sosiaalinen tilanne, ja mikäli lihavuus on heikentänyt sosiaalisia suhteita, vaikuttaa ylipaino myös liikuntaan oppiaineena. Kahden terveydenhoitajan mielestä liikuntatuntien ongelmat voivat heijastua myös muuhun koulunkäyntiin. Yleinen jaksamisen puute tuli esille kahdella terveydenhoitajalla lihavien oppilaiden koulukäyntiä heikentävänä tekijänä. Ylipainoiset oppilaat väsyvät helpommin, eivätkä jaksaa pitkäkestoisia suorituksia. Painon lisääntymisen myötä myös kunto heikkenee, jolloin myös yleinen jaksaminen heikkenee. Jaksamisen puutteeseen liitettiin myös laiskuus, että lihava lapsi olisi myös laiska lapsi. Toisaalta moni toi esille, että on myös erittäin pirteitä ja hyvin jaksavia lihavia lapsia. Yksi terveydenhoitaja pohti myös luonteen vaikutusta jaksamiseen ja ylipainoon. Onko rauhallinen, flegmaattinen luonne lihavuuden aiheuttaja ja jaksamattomuus vain seuraus, vai lihavuus itsessään aiheuttaa jaksamattomuutta, rauhallisuutta ja flegmaattisuutta. Mutta on todennäköistä, että lihavuus on yksi jaksamiseen vaikuttava tekijä.

Tutkimuksien mukaan ylipaino ja lihavuus lapsuus- ja nuoruusiässä vaikuttaa negatiivisesti elämänlaatuun, ja aiheuttaa masentuneisuutta ja yksinäisyyttä (Lasten lihavuus, Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri; Kautiainen, 2008). Suurimmat ylipainon haitat lapsilla ja nuorilla vaikuttavat jokapäiväiseen elämään, koska ylipaino heikentää liikuntakykyä ja fyysistä kuntoa, sekä fyysistä minäkuvaa. Haittaa tulee lisäksi unihäiriöiden ja koulukiusaamisen lisääntymisestä. Lihavuuden näkyvin terveysongelma on siis psyykkisellä puolella. (Lasten lihavuus, Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri; Hermanson, 2008; Jansson & Danielsson, 2005, 42–43). Tutkimustulokset ovat kuitenkin ristiriitaisia psyykkisen hyvinvoinnin ja lihavuuden yhteydestä (Lasten lihavuus: Käypä hoito-suositus, 2005; Jansson & Danielsson, 2005, 45; Taulu, 2010, 48–50), aivan kuten osa terveydenhoitajistakin toi esille.

Terveydenhoitajista vain yksi oli havainnut lihavuuden lisäävän poissaoloja koulusta. Muiden mielestä lihavuudella ei ole asiaan vaikutusta. Ylipainon ja lihavuuden poissaoloja lisäävä vaikutus johtuu terveydenhoitajan mukaan suuremmasta sairastavuudesta, mutta ero on havaittavissa vasta erittäin lihavilla oppilailla. Sosiaaliset ja psyykkisetkin tekijät lihavuuteen liittyen eivät lisää poissaoloja, koska oppilaat ovat tunteneet toisensa pitkän ajan ja hyväksyvät toisensa. Lintsaamisen ei nähty liittyvät oppilaan painoon. Koulun sijainti maaseutumaisessa ympäristössä vähentää

poissaoloja ja lintsaamista. Liikuntatuntien poissaolojen yhteydessä terveydenhoitajien näkemykset olivat osin ristiriitaisia:

”Esimerkiksi liikuntatunnit ovat vaikeita, jos on huono tasapaino ja kokee itsensä kömpelöksi. Usein vaivojen ilmaantuminen ajoittuu niihin ajankohtiin, kun on jotain ei-mieluista liikuntalajia, kuten hiihtoa tai luistelua. Mutta sekään ei liity lihavuuteen, vaan siihen, että liikuntatunti on tulossa ja se ei ole mukavaa”.

Terveydenhoitajista kaksi viidestä oli havainnut poissaolojen painottumista liikuntatunteihin. Liikuntatunneilta haetaan vapautusta, koska liikunta koetaan hankalaksi tai on joku vaiva, kuten nilkka- tai polvivaiva, joita ylipainoisilla oppilailla on muita enemmän. Tätä painottumista on havaittu kuitenkin vain yläkouluissa. Terveydenhoitajat myös epäilevät, että se voi olla oppilailta osin myös tiedostamatonta toimintaa, vaikka osa heistä toteaaakin, että ylipainoisella oppilaalla on negatiivinen asenne koulun liikuntaa kohtaan. Lisäksi he haluavat tuoda esille, että kaikki lihavat oppilaat eivät ole liikkumattomia, osa heistä on aktiivisia, lempiaine on liikunta ja he liikkuvat paljon.

Ylipainoisuuden aiheuttamia tuki- ja liikuntaelin vaivoja voidaan havaita lapsilla ja nuorilla jo aikaisessa vaiheessa (Lasten lihavuus, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri; Hermanson, 2008; Janson & Danielsson, 2005, 42–43). Tutkimustuloksien mukaan useilla ylipainoisilla teini-ikäisillä esiintyy jalkojen väsymistä ja nivelvaivoja. Tyypillisiä ovat myös jalkaholviensäryt sekä selkävaivat. (Janson & Danielsson, 2005, 44.) Lihavuus vaikeuttaa koulunkäyntiä myös asenteellisella tasolla, koska lihavan lapsen liikuntatunteja leimaa negatiivinen kierre. Oppilas usein itse tietää liikuntakykynsä ja kuntonsa olevan heikko, jolloin suhtautuminen liikuntaan on negatiivista. Lisäksi lihavan oppilaan liikuntatetituloset ovat usein huonoja. Tutkimusten mukaan kaikki fyysisen kunnon ominaisuuksia mittaavat testit ovat ylipainoisilla normaalipainoisia huonompia. Ainoan poikkeuksen tekee notkeustesti. (Fogelholm, 2005, 15–16.) Rehunen (1997, 286) kertoo, että ylipaino vaikeuttaa urheilusuorituksista selviytymistä, väsyttään helposti ja se johtaa liikunnan välttelyyn.

5.1.3 Ylipainon vaikutukset lapsen elämään

Terveydenhoitajista kaikki olivat sitä mieltä, että ylipaino vaikuttaa lapsen harrastamiseen. Yhden terveydenhoitajan mukaan vaikutus ei kuitenkaan ole havaittavissa vielä alakouluikäisillä.

Ylipainoisuus vaikuttaa lapsen ja nuoren elämään vähentämällä harrastuksia, ja moni lihava lapsi tai nuori ei harrasta mitään. Leimaavatekijä usein on passiivisuus, ja lihava nuori viihtyy kotona, tietokoneen tai pelikoneen ääressä. Samoin liikunnan ja ulkoilun määrä on normaalipainoisia vähäisempää. Kolme terveydenhoitajaa tuo kuitenkin esille, että lapsen ylipainoisuus ei välttämättä tarkoita ettei harrastuksia olisi lainkaan. Usealla on liikuntaharrastuksia, ja he liikkuvat ohjatusti useita kertoja viikossa. Lajeina ovat muun muassa jääkiekko (pojat), jalkapallo (tytöt), jumppa, ratsastus ja uinti. Sähly mainitaan sekä ylipainoisten harrastamana lajina, sekä heille soveltumattomana lajina. Ylipainoisille soveltumattomina lajeina mainitaan nopeutta ja notkeutta vaativia lajeja, kuten telinevoimistelu, taitoluistelu ja sähly. Liikunnan harrastaminen tai sen vähyys ei automaattisesti liity lihavuuteen, vaan se on riippuvainen siitä, miten lapsi on pienestä asti tottunut liikkumaan. Yksi terveydenhoitaja tuo esille liikunnan ylipainolta suojaavan vaikutuksen. Mikäli lapsella, ylipainoisellakin, on liikuntaharrastus josta pitää, niin usein se jatkuu myös nuoruudessa, yli murrosikävaiheen. Lisäksi normaalipainoisilla kouluikäisillä, joilla ei ole liikuntaharrastusta, on riski paino-ongelmiin murrosiässä.

Tutkimustulosten mukaan lasten ja nuorten harrastamisessa on tapahtunut muutoksia. Urheiluseuratoimintaan osallistumisen lisääntymisestä huolimatta, lasten ja nuorten fyysinen aktiivisuus on muuttunut ja laskenut vuosien aikana. Erityisesti kestävyyslajien suosio on laskenut ja juuri ne kuluttavat runsaasti energiaa. Samaan aikaan sisäaktiviteettien (televisio, videot, dvd-elokuvat, pelikonsolit ja tietokoneet) lisääntyminen on vähentänyt fyysisistä aktiivisuutta. (Fogelholm, 2005, 15.) Ajankäyttötutkimuksissa on havaittu, että tytöillä ylipainoisuus on yleisempää niillä, jotka viettävät runsaasti aikaa television tai tietokoneen ääressä. Tuloksesta huolimatta ei kuitenkaan tiedetä, onko runsas ruutu-aika lihavuuden syy vai seuraus. Kuitenkaan runsas tietokonepelien pelaaminen ei ollut yhteydessä ylipainoisuuteen. (Kautiainen, 2008.) Käypä hoito – suosituksen (Lasten lihavuus, 2005) mukaan televisionkatselun ja lihavuuden välillä on heikko, mutta merkitsevä korrelaatio. Fogelholmin (2005, 15) mukaan yli 2 tunnin päivittäinen televisionkatselu ja vähäinen liikunta edistävät lihomista, vaikka asiasta ei olekaan täysin johdonmukaisia tutkimustuloksia. Myös Käypä hoito -suosituksen (lasten lihavuus, 2005) mukaan runsas televisionkatselu nuoruusiässä lisää lihomisen riskiä, sekä runsas fyysisesti passiivinen ajankäyttö on yhteydessä lisääntyneeseen rasvakudoksen määrään. Yhden tutkimustuloksen mukaan jopa television katselun vähentäminen on yhteydessä painoindeksin hitaampaan nousuun ikävuosien mukana. (Lasten lihavuus, Käypä hoito –suositus, 2005.)

Fyysisen aktiivisuuden suositus (Tammelin, Karvinen & Laakso, 2008, 5-7) ottaa kantaa ajankäyttöön. Sen mukaan yli kahden tunnin istumisjaksoja tulee välttää ja ruutu-aikaa saa olla

korkeintaan kaksi tuntia päivässä. Brittitutkimuksen (Suomen Lääkärilehti 35/2005) mukaan lihavuutta ennakoiti muun muassa television katselu yli 8 tuntia viikossa. Liikunnallinen aktiivisuus ja passiivinen käytös tulee nähdä toistensa vastakohtina vain äärikäytösrhyhmissä. Muulloin on hyvä muistaa, että aktiivinen voi olla monella eri tapaa, aktiivinen liikkuja voi olla myös ruutuviihteen aktiivikäyttäjä. (Tammelin, Karvinen ym., 2008, 6; Laakso, Nupponen ym., 2006, 7.) Laakso, Nupponen ym.(2006, 7) tarkentavat, että suurin yhteys vähäiseen liikunta-aktiivisuuteen oli sillä nuorten ryhmällä, joiden vapaa-ajanvietto oli pääosin inaktiivista, kuten rentoutumista, lukemista tai taiteita. Sukupuolten välillä oli ajankäytössä merkittävä ero: Rungas tietokoneen käyttö vähentää tyttöjen liikunta-aktiivisuutta, mutta samaa vaikutusta ei ole havaittu pojilla (Laakso, Nupponen ym., 2006, 7). Mielenkiintoinen ajankäyttöön liittyvä tekijä murrosiässä on soittoharrastuksen suojaavuus ylipainoisuudelta. Soittoharrastus murrosiän keskivaiheessa on yhteydessä pienentyneeseen ylipainon riskiin murrosiän loppuvaiheessa. (Lajunen ym. 2005.)

Terveydenhoitajien mukaan lapsen ylipaino ei vaikuta sosiaalisiin suhteisiin tai ystäväpiiriin, eikä ylipainoisilla lapsilla ole muita enemmän sosiaalisia ongelmia. Kuitenkin neljä viidestä terveydenhoitajasta totesi, että välilliset vaikutukset ovat mahdollisia, mutta ne riippuvat täysin lapsen tai nuoren psyykkisestä hyvinvoinnista. Itsetunto oli asia, joka tuli yhtä lukuun ottamatta esille jokaisella haastateltavalla. Heidän mukaansa huono itsetunto kaventaa ystäväpiiriä, ja ylipainoisilla on suurempi todennäköisyys huonompaan itsetuntoon. Suojaavana tekijänä pidettiin kuitenkin sitä, että mikäli ylipainoinen tai lihava nuori hyväksyy vartalonsa ja on sinut itsensä kanssa sekä pitää itseään hyvänä tyyppinä, niin silloin nuorella on ystäviä ihan samalla lailla kuin normaalipainoisellakin. Itsetunnon vaikutus sosiaalisiin suhteisiin näkyy myös normaalipainoisilla nuorilla. Koska jos nuorella on itsetunto-ongelmia, hän eristäytyy muista ikäisistään koska häneltä puuttuu rohkeutta ottaa ja pitää kontaktia muihin. Yksi terveydenhoitaja tarkensi asetelmaa seuraavasti:

”Nuori saattaa jopa käyttäytyä eri lailla, ja nuoret rankaisevat eri lailla käyttäytyviä kiusaamalla ja käyttämällä hyväksi. Jos lihava tai eri lailla käyttäytyvä nuori reagoi kiusaamiseen, se lisää kiusaamista, joka puolestaan lisää nuoren syrjäytymistä. ”

Lihavuudella ei siis ole vaikutusta oppilaan ystäväpiiriin, mutta lihavuus voi vaikuttaa itsetuntoon, mikä voi vaikuttaa kavereiden saamiseen ja niistä kiinnipitämiseen. Suoraa vaikutusta ei ole, mutta välillisiä vaikutuksia on. Yhden terveydenhoitajan mukaan vaikutukset menevät yksilöllisen

vaihtelevuuden sisään. Suurimpana kavereiden saamista vaikeuttavana tekijänä voidaan pitää sosiaalisten taitojen puutetta, ei niinkään huonoa itsetuntoa. Ne oppilaat joilla on huono itsetunto, ystäväystävät usein vertaistensa kanssa. Valtaosa niistä, joilla on ystäväpiirissä ongelmia, ovat niitä ”jotka eivät vaan tajua kuinka toisen kanssa kuuluu olla”. Ylipainoisen oppilaan laajaan ystäväpiiriä pitää yllä yhden terveydenhoitajan mukaan hyvien sosiaalisten taitojen lisäksi se, että oppilaat ovat tunteneet toisensa jo pitkän aikaa:

”Jos oppilaat ovat tunteneet toisensa pitkän aikaa ja hyväksyvät toisensa sellaisenaan, ei ongelmia ole, mutta jos ryhmään tulee uusi, joka on ylipainoinen, niin häntä todennäköisesti syrjitään. Samoin pihaleikeistä, hipasta, jalkapallosta ja muusta liikkumisesta ylipainoiset jäävät ulkopuolelle. Peleissä ja joukkueiden jakamisessa lihavat jäävät viimeiseksi. Syynä voi olla esimerkiksi se, että lihava lapsi ei liiku peleissä yhtä paljon kuin muut, eikä ole yhtä nopea tai notkea.”

Ainoastaan yksi terveydenhoitaja ei halua suoraan liittää lihavuutta sosiaalisiin suhteisiin, koska hänen mukaansa ei voi tietää, vaikuttaako asiaan lihavuus vai lapsen luonne. Samaa mieltä hän on muiden kanssa siitä, että mikäli lihavuus on lapselle itselleen ongelma, joka huonontaa itsetuntoa, niin silloin asia vaikuttaa negatiivisesti sosiaalisiin suhteisiin.

Ongelmia aiheuttaa negatiiviseksi mielletty lihavien leima, joka on voimakas stigma. Lasten ja nuorten maailmassa lihavuus koetaan vastenmieliseksi, jonka seurauksena saattaa olla kiusaamista, nimittelyä ja ulkopuolelle jättämistä. (Lasten lihavuus: Käypä hoito-suositus, 2005; Jansson & Danielsson, 2005, 45; Taulu, 2010, 48–50.) Taulu (2010, 34–35) kertoo, että lihaviin koulukäisten lasten fyysinen, sosiaalinen ja yleinen itsearvostus on heikempi kuin normaalipainoisilla. Mitä suurempi lapsen suhteellinen paino on, sitä heikempi on ulkonäköä koskeva itsearvostus. Lisäksi ylipainoiset nuoret joutuvat muita useammin koulukiusatuiksi ja painon takia kiusatut nuoret mieltivät tai yrittävät itsemurhaa jopa 2-3 kertaa useammin kuin ne, joita ei ole kiusattu. Pelkän paino-ongelman lisäksi myös elämänlaatuun liittyvät ongelmat saattavat seurata läpi elämän, lapsuudesta aikuisikään asti. (Taulu, 2010, 34–50.)

Neljä viidestä terveydenhoitajasta toi esille, että lapsen ja erityisesti nuoren ylipainoisuuteen liittyy hieman lisääntyneet terveydelliset ongelmat, sekä huomattavasti lisääntynyt riski saada terveydellisiä ongelmia. Osa terveydenhoitajista on havainnut terveysongelmia jo alakoulussa, osan mukaan terveyshaitat näkyvät vasta yläkoulun puolella. Fyysisinä terveyshaittoina mainitaan tuki- ja liikuntaelin ongelmat, kuten selkä, polvi- ja nilkkavaivat, sekä kohonnut verenpaine ja rasva-

arvoissa ja sokeriaineenvaihdunnassa voi olla muutoksia. Infektioiden ja iho-ongelmien määrät lisääntyvät. Fyysisiä terveyshaittoja lisää merkittävä ylipaino, sekä pitkään kestänyt ylipainoisuus. Veriarvoihin vaikuttaa terveydenhoitajien mukaan myös sukurasite. Nivelvaivoja on myös normaalipainoisilla, mutta heillä se liittyy usein liikuntaharrastukseen, kun ylipainoisilla nivelvaivoja esiintyy liikuntaa harrastamattomilla. Yksi mainitsee myös lihavuuden mukanaan tuoman kömpelyyden, joka lisää tapaturma-alttiutta. Toisen mukaan tällaista eroa ei ole havaittavissa. Sukurasitteen lisäksi esille nousi elämäntapasite – käsite, jolla viitattiin vanhempien ylipainoisuuteen sekä perheen elintapoihin. Moni terveydenhoitajista mainitsi, että mikäli lapsen tai nuoren paino putoaa, myös siihen liittyvät fyysiset terveysongelmat vähenevät.

Lapsilla ja nuorilla ei tiedetä vielä sitä ylipainon tai lihavuuden rajaa, minkä ylittämisen jälkeen alkaisi esiintyä terveyshaittoja (Vanhala, 2012, 15; Dunkel, 2010; Janson & Danielsson, 2005, 42). Kuitenkin tiedetään, että lapsuus- ja nuoruusajan lihavuus kuormittaa elimistöä, ja että terveysriskit alkavat kehittyä jo varhain. Aikaisessa vaiheessa voidaan havaita sydän- ja verisuonitauteihin viittaavia muutoksia ja tuki- ja liikuntaelinongelmia. Pitkällä aikavälillä kehittyviä sairauksia ovat diabetes ja metabolinen oireyhtymä. (Lasten lihavuus, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri; Hermanson, 2008; Janson & Danielsson, 2005, 42–43.) Kouluterveydenhuolto 2002 – oppaan (76–77) mukaan sydän ja verisuonitautien riskiryhmään kuuluvat ne oppilaat, joilla on siihen sukurasite, samoin kolesteroli mitataan sepelvaltimotaudin riskisukuun kuuluvilta oppilailta. Yleisimpänä terveysongelmana kouluterveydenhuolto pitää tuki- ja liikuntaelinvaivoja. Tavallisia ovat alaselän ja niska-hartiaseudun kivut, jotka usein toistuvat ja pitkittyvät. Kiputilat ovat tyttöillä yleisempiä kuin pojilla, ja lihasperäiset kivut kasautuvat samoille oppilaille erityisesti murrosiässä. Terveydenhoitajat nostivat esille painonpudotuksen yhteyden terveysongelmien vähenemiseen. Tutkimustulosten mukaan metaboliselta oireyhtymältä pystyy suojautumaan, mikäli lihava lapsi onnistuu laihdutuksessaan niin, ettei ole lihava enää aikuisena (Lasten lihavuus, Käypä hoito – suositus 2005).

Jos lapsen kasvukäyrät ovat jyrkän nousevia, niin terveydenhoitajien mukaan vanhemmat usein haluavat, että lapselta tarkastetaan laboratorionkokeiden avulla, ettei ole mitään lihavuutta aiheuttavaa sairautta. Laboratorionkokeissa saatetaan tarkastaa muun muassa veren sokeri-, kolesteroli-, rasva-, ja maksa-arvot, sekä kilpirauhasen tilanne. Sellaiset muutokset ovat kuitenkin harvinaisia, eli lihavuutta aiheuttavaa tekijää ei yleensä niiden avulla löydetä. Laboratorionkokeissa lihavuuden tuomat muutokset eivät yleensä näy vielä lapsilla, mutta nuorilla muutoksia voidaan jo havaita.

Myös tutkijoiden mielestä on hyvä lapsen lihavuudesta puhuttaessa erottaa toisistaan lihavuutta aiheuttavat sairaudet ja lihavuudesta aiheutuneet sairaudet. Yleisimpiä lihavuutta aiheuttavia tekijöitä ovat kilpirauhasen vajaatoiminta, sekä syövän ja reuman yhteydessä käytetty kortikoidilääkitys. Myös kehityshäiriöt saattavat aiheuttaa lihavuutta. Aivan kuten terveydenhoitajat totesivat, lasten lihavuutta aiheuttavat sairaudet ovat äärimmäisen harvinaisia. (Hermanson, 2008; Lasten lihavuus, Käypä hoito –suositus 2005.)

Psyykkinen hyvinvointi liittyy terveydenhoitajien mukaan lapsen itsetuntoon, kehonkuvaan ja siihen kuinka hyvin hyväksyy itsensä. Mikäli edellä mainituissa asioissa on ongelmia, esiintyy psyykkistä pahoinvointia yhtä lailla normaali- kuin ylipainoisillakin. Psyykkisenä ongelmana yksi mainitsee sen, että oppilaat kokevat lihavuuteen liittyvät huonon kunnon ja jaksamattomuuden henkilökohtaisina ominaisuuksinaan, eivätkä ymmärrä asian yhteyttä paino-ongelmaan. Osalla ylipainoisista lapsista kylläisyysmittari ja sen rakentuminen on sekaisin, ei tiedetä koska on nälkä ja koska maha on täynnä. Samoin psyykkisen puolen ongelmaksi voidaan tulkita myös se, että mitä kautta lapsi on tottunut saaman hyväksyntää. Saako lapsi hyväksyntää syömisen vai jonkun muun kautta. Lisäksi usea terveydenhoitaja mainitsi lohtu/tunne syömisen. Samassa yhteydessä he pohtivat, lihavuuden ja tunnesyömisen yhteyttä, mikä on syy ja mikä on seuraus?

Perimän kannalta on mielenkiintoista, että ihmiseltä puuttuu ns. kylläisyysaisti. Siksi ihmisen on vaikea arvioida syödyn ruuan energiamäärää, eikä ennen vanhaan ylimääräisesti rasvasta ollut haittaa. Tämä aiheuttaa sen, että usein lihavakin henkilö luulee syövänsä normaalisti, todellisuudessa syö koko ajan yli tarpeen. (Rikala, 1998, 43.) Mustajoen ja Lappalaisen (2001, 13) mukaan lihavuuden periytyemisestä tiedetään, että jotkut ihmiset vain lihovat nykyelintavoilla toisia helpommin. Janson ja Danielsson (2003, 26) mukaan tämän päivän lapset sanovat, ettei heille koskaan ehdi tulla nälkä, koska ruoka syödään milloin sattuu kuin ohimennen. Hermansonin (2008) mukaan tärkein konsti estää lihottavaa napostelua on huolehtia lapsen säännöllisistä aterioista ja riittävästä liikunnasta. Ruoka tulisi syödä yhdessä muiden perheenjäsenten kanssa pöydän ääressä, eikä sitä saa käyttää palkintona. Terveydenhoitajien esille nostama tunnesyöminen selittyy osin sillä, että sosiaalinen paine ja mallioppiminen vaikuttavat makumieltymyksiin. Käytännössä lapsi oppii pitämään pitsaa, hampurilaisia ja ranskanperunoita erityisen herkullisina siksi, että mielikuvissa nämä ruuat yhdistyvät poikkeuksellisen mukaviin ruokailuhetkiin. (Hermanson, 2008.) Lasten endokrinologien sivuilla (2012) kerrotaan, että lapsilla olisi luontainen kyky säädellä energiansaantiaan säätelemällä ateriakokoa, ja lapsille tulisi antaa mahdollisuus vaikuttaa itse syömänsä ruuan määrään. Tätä kykyä rajoittaa syömään pakottaminen, syömisestä palkitseminen ja ruuan käyttö palkintona.

5.1.4 Lihavat oppilaat kouluterveydenhuollon käyttäjinä

Yli- ja alipainoiset oppilaat käyttävät kouluterveydenhuollon palveluita normaalipainoisia enemmän, koska heitä kutsutaan säännöllisille kontrollikäynneille ja seurataan enemmän. Itse oppilaat hakeutuvat kouluterveydenhoitajan vastaanotolle vain mahdollisen tuttuuden kautta, aivan kuten normaalipainoisetkin oppilaat. Oppilastapaamisten lisäksi kouluterveydenhuolto pitää palaveria vanhempien kanssa. Vanhempien motivaatio vaikuttaa, kuinka paljon perhe ottaa vastaan kouluterveydenhuollonpalveluita. Yksi terveydenhoitaja tuo esille, että myös laihat työllistävät samalla lailla, ja huoli heistä on ylipainoisia suurempi. Laihat lapset ja alaspäin menevät käyrät menevät kiireellisyyden järjestyksessä ylipainoisten edelle, koska ne vaativat nopeampia toimenpiteitä. Ylipainoisuus ei ole hänen mielestään niin huolestuttava asia vielä alakouluiässä. Kouluterveydenhoitajien lisäksi paino-ongelmia hoitaa fysioterapeutti ja koululääkäri. Joissain kouluissa on oma fysioterapeutti, joka voi arvioida oppilaan tuki- ja liikuntaelin vaivoja, sekä tehdä liikuntasuunnitelman. Koululääkäri päättää aina mahdolliset jatko- ja lisätutkimukset. Lisäksi kunnasta löytyy ravitsemusterapeutti.

Kouluterveydenhuolto on jatkumoa lasten neuvolassa aloitetulle terveys- ja hyvinvointiseurannalle. Rungon muodostavat koko ikäluokkaa koskeva terveystarkastukset sekä seulontatutkimukset. Ne mahdollistavat jokaisen oppilaan ja heidän vanhempien tapaamisen. Tarkastuksissa arvioidaan oppilaan fyysistä ja psyykkistä terveydentilaa, sekä pyritään löytämään sairaudet ja muut terveyttä uhkaavat tekijät. (Kouluterveydenhuolto, 2002, 36.) Erityistä huomiota kiinnitetään syömishäiriöihin, muissa painoasioissa keskitytään painon hallintaan ja seurantaan. Painonhallinta ohjaustoimenpiteinä ovat käytössä koulun oman terveydenhoitajan antaman yksilöohjaus, tai ryhmä ohjaus painonhallinnan perheryhmässä. Oppilaan painonhallintaprosessi on koko perheen asia. (Kouluterveydenhuolto, 2002, 67–68.)

5.2 *Lihavuus yhteiskunnallisena ongelmana*

5.2.1 Miksi lihavuudesta on tullut yhteiskunnallinen ongelma?

Terveydenhoitajat pohtivat haastatteluissa erilaisia syitä sille, miksi lihavuudesta on tullut yhteiskunnallinen ongelma. Esille nousi yhteiskunnallisen tason lisäksi myös perheeseen ja kouluun liittyviä tekijöitä. Suurimpana asiaan vaikuttavana tekijänä nousi esille perheiden ruokakulttuurissa

tapahtuneet muutokset. Asian nosti neljä terveydenhoitajaa viidestä. Kaikki heistä näkevät ongelmana sen, että liian monella perheellä ei ole säännöllistä ruokailurytmiä ja ruokailuaikoja. Myös perheiden yhteiset ruokailuhetket ovat vähentyneet. Kolme terveydenhoitajaa nostaa huoleksi myös eineksien ja valmisruokien runsaan käytön, sekä jääkaappi napostelun yleistymisen. Vanhemmat eivät enää pidä kunnia asianaan säännöllistä ruokailurytmiä tai ruuan monipuolisuutta, vaan nopeus ja helppous houkuttavat, sekä valmisruoat, jotka mielletään edullisiksi.

Vanhalan (2012, 25) mukaan napostelu on yhdistetty ylipainon riskiin (Hermanson, 2008), silloin kun lapsi syö tavan eikä nälän vuoksi. Samoin epäsäännöllinen syöminen saattaa lisätä pienten lasten ylipainon riskiä. Riskiä voivat lisätä myös ilta- ja yösyöminen. Lasten ja nuorten ylipainon riskiä vähentää perheen yhdessä syömät ateriat. Yhteinen päivällinen voidaan myös yhdistää ravitsemussuosituksen mukaisiin ruokatottumuksiin. Aiheen teoriataustaa ja tutkimustuloksia on käsitelty myös kohdassa ”Ylipainon vaikutus lapsen elämään”.

Ruuan sisällössä on valmisruokien lisääntymisen lisäksi tapahtunut myös muita muutoksia. Yksi terveydenhoitaja mainitsee pastan ja riisin lisääntyneen käytön, joka osaltaan liittyy myös nopeuteen ja helppouteen. Leivän syöminen on vähentynyt perheissä, eikä sitä kateta usein kuin keittoruuan yhteyteen. Asia vaikuttaa negatiivisesti erityisesti laihoihin lapsiin, eikä terveydenhoitajan mukaan liity yleistyneeseen vähähiilihydraattiseen ruokavalioon. Myös leivän laatu on muuttunut, ja se vähäinen määrä mitä leipää syödään, on usein vaaleaa leipää, eikä ruisleipää. Yhtä terveydenhoitajaa huolestaa, että nykyään lapset syövät usein itsenäisesti aamupalan, eivätkä vanhemmat laita sitä valmiiksi ennen töihin menoa. Kun lapset ottavat itse aamupalansa, se ei ole ravitsemuksellisesti suositusten mukainen, koska sisältää usein vanukasta tai suklaamuroja.

Tutkimusten mukaan aamupalan syöminen on lapsilla yhteydessä pienempään ylipainon riskiin, sama tulos on saatu myös 16-vuotiailla suomalaispojilla. Aamupalan itsenäinen vaikutus painoon on kuitenkin epäselvä. (Vanhala, 2012, 24–25.) Viljavalmisteen vaikutusta ylipainoon on tutkittu vähän, ja tulokset ovat ristiriitaisia, johtuen osin puhdistettujen- ja täysjyväviljavalmisteen erottelemattomuudesta. Kuitenkin tiedetään, että täysjyväviljavalmisteen käyttö on hyödyllistä, koska ne sisältävät runsaasti kuitua, joka lisää ja pidentää kylläisyydentunnetta. (Vanhala, 2012, 28.)

Positiivinen muutos perheiden ravitsemuksessa on se, että maitoa käytetään ja se suositusten mukaisesti usein rasvatonta maitoa. Vanhalan (2012, 28) mukaan maitovalmisteen runsas käyttö ei ole yhteydessä pienempään ylipainon riskiin. Kolme terveydenhoitajaa nostaa lihavuutta aiheuttavaksi tekijäksi ruokien ja erityisesti herkkujen suurentuneet pakkauskoot. Karkit ja limsat

on siirretty pienistä pusseista ja pulloista yhä suurempiin pakkauksiin, jolloin myös suhteellinen hinta laskee ja houkuttelevuus kasvaa, mutta myös kerta-annos suurenee huomattavasti. Vanhalan mukaan makeutettujen ja sokeroitujen juomien ja ylipainon välillä on yhteys, mutta tulokset erityisesti lasten kohdalla ovat ristiriitaisia. Seurantatutkimuksien mukaan sokeroitujen juomien vaikutusta painonnousuun pidetään pienenä (Vanhala, 2012,28).

Ruokakulttuurin muutokseen liittyy myös yleistynyt tunnesyöminen. Kaksi terveydenhoitajaa nosti asian esille, koska heidän mukaansa siitä on kehittynyt kulttuuriimme liittyvä tapa. Tunnesyöminen liittyy ruualla palkitsemiseen, esimerkiksi lasta palkitaan herkuilla rokotuksen tai urheilusuorituksen jälkeen. Palkinnoksi olisi ruuan tai tavarain asemasta hyvä muuttaa vaikka mukava tekeminen yhdessä vanhempien kanssa. Toinen terveydenhoitajista mainitsee tunnesyöminen yhteydessä mallioppisen vanhemmilta. Tämän mallin mukaan tunteita säädellään syömisellä, ja ruoka liitetään niin mielihyvään kuin suruunkin. Aikuisilla tunnesyöminen liittyy usein mielihyvän hakemiseen ruuan tai alkoholin avulla. Terveydenhoitajien mukaan olisi jo lastenneuvolassa hyvä ohjeistaa vanhempia miettimään, että opetanko lastani tunnesyöjäksi. Ongelmana on se, ettei asiaa tiedosteta ja asian esille tuominen voisi auttaa.

Tiedetään, että lapsen syömiskäyttäytyminen on moniulotteinen asia, johon vaikuttaa lapsen ja perheen lisäksi myös perheen ulkopuoliset tekijät. Ratkaisevaa kuitenkin on, miten lapsi reagoi ruoka-ärsykkeisiin: Miten hän aloittaa syömisensä, kuinka paljon hän syö kerralla, kuinka nopeasti syö ja milloin lopettaa syömisensä. Keskeinen vaikuttaja lapsen ruokailutottumuksiin on perhe ja sosiaalinen ympäristö. Ympäristöltään saamien viestien avulla lapsi oppii esimerkiksi sen, milloin syöminen on hyväksyttävää, miten ruokaa syödään ja millaista ruokaa syödään eri tilanteissa. Lisäksi vanhempien käyttäytymisellä on suora vaikutus lapsen syömiskäyttäytymiseen, ja vanhemmat toimivat mallina lapsilleen (; Hermanson, 2008). Mielialasyömistä lisää äidin vähäinen tuki lapselle, sekä se, että äiti käyttää ruokaa lasten tunteiden säätelyssä. Silloin lasten on havaittu syövän enemmän makeita ruokia ilman näläntunnetta. Kuitenkin mielialasyömisensä yhteys painoon on epäselvä, vaikka joissain tutkimuksissa on havaittu mielialasyömisensä olevan yleisempää ylipainoisilla kuin normaalipainoisilla. (Vanhala, 2012, 30–33.) Aiheen teoria- ja tutkimustaustaa on käsitelty myös kohdassa ”Ylipainon vaikutus lapsen elämään”.

Lihavuusongelmaan vaikuttavana tekijänä neljä terveydenhoitajaa viidestä nostaa esille muutoksen lasten liikuntakäyttäytymisessä. Lasten ja nuorten harrastama hyötyliikunta ja arjen aktiivisuus on viime vuosikymmeninä vähentynyt, koska lasten omatoiminen liikkuminen kävellen ja pyörällä on vähentynyt ja vanhemmat kuljettavat lapsiaan enemmän. Yksi terveydenhoitaja pitää yhtenä syynä hyötyliikunnan vähenemiseen kännykän käytön helppoutta ja sosiaalista mediaa, joka

vähentää ystävien tapaamista kasvokkain koulun jälkeen. Kolme terveydenhoitajaa mainitseekin perinteisten pihaleikkien vähenemisen, ja yhtenä pihaleikkejä vähentävänä tekijänä pidetään tietokonepelien, television ja sosiaalisen median suosiota. Koko perheen yhteiset liikunnalliset ajanviettotavat ovat vähentyneet ja lasten liikunta on suuntautunut enemmän kohti aktiivista ohjattua liikuntaa.

Tutkimusten mukaan runsas fyysinen aktiivisuus on yhteydessä lasten ja nuorten pienempään lihavuuden riskiin. Erityisesti aerobinen liikunta on hyväksi lapsilla ja nuorilla, koska se ehkäisee viskeraalirasvan lisääntymistä. Päinvastoin taas runsas television katselu ja liikkumattomuus koulun välitunneilla on yhteydessä suurentuneeseen vyötärön ympärykseen. Aktiivisuuden mittaamenetelmät ja liikuntatutkimuksien lyhyt kesto kuitenkin tuovat tulosten tulkintaan epätarkkuutta. Lasten ylipainon mittaamisvaikeudet jättävät huomioitta esimerkiksi sen, että ylipainoinen lapsi voi käyttää yhtä paljon aikaa esimerkiksi ulkoleikkeihin kuin normaalipainoinen lapsi, mutta voi kuitenkin olla leikkiessään vähemmän aktiivinen. Kuitenkin tiedetään, että lasten liikkumattomuus on merkittävä ylipainoisuuden riskitekijä. (Vanhala, 2012, 29,69.) Terveydenhoitajat ovat aiheesta huolissaan hyötyliikunnan vähenemisestä, koska Hakalan (1999, 105–107) mukaan päivittäisellä aktiivitasolla, esimerkiksi koulumatkoilla ja välitunneilla on terveydelle suurempi merkitys kuin kerran viikossa harrastetulla kuntoliikunnalla. Kuntoliikuntana voidaan pitää esimerkiksi liikuntatuntia.

Kolmen terveydenhoitajan mukaan lasten ruutuajan lisääntymisellä on yhteys lihavuusongelman yleistymiseen. Ruutuajalla tarkoitetaan tietokoneen, pelikoneen ja television ääressä vietettyä aikaa. Yksi nostaa esille huolen sen lapsia passivoivasta vaikutuksesta. Tietokoneiden ja pelikoneiden yleistyminen on vaikuttanut paljon lasten elämään ja tavallaan vienyt lapsia mukanaan. Erityisesti pojat viettävät paljon aikaa tietokoneen kanssa. Jos vanhemmat eivät tiedosta ajankäytössä tapahtunutta muutosta, ja kehitys jatkuu samanlaisena, lapsista tulee paikallaan pysyviä ja liikuntaa harrastamattomia, mikä ei yleensä ole lapsille tyypillistä. Toinen terveydenhoitaja tarkentaa, että vaikka suurella pelaamisajalla ei ole suoraa yhteyttä lihavuuteen, on ruutuajan lisäys ajankäytöllisesti selvä vaikuttava tekijä lihavuusongelmassa. Kouluterveystarkastuksien mukaan oppilaiden ruutuajan ja liikunnan määrä vaihtelee todella paljon. Valtaosalla ruutu-aika pysyy suosituksen rajoissa, mutta osa lapsista käyttää ruudun edessä aikaa hurjia määriä. Ruutu-aikaa ja ajankäyttöön liittyviä tutkimustuloksia ja teoriataustaa on esitelty jo kohdassa ”Lihavuuden vaikutus lapsen elämään”.

Perheiden erilaisilla tilanteilla on terveydenhoitajien mukaan vaikutusta ruokakulttuurin lisäksi myös ajankäyttöön ja taloudellisiin tilanteisiin. Molempien vanhempien työssäkäynti on

lisääntynyt, samoin työpäivät ja -matkat ovat pidentyneet. Vaikutus näkyy perheiden ajankäytössä. Perheen ruokakulttuuriin vaikuttaa vanhempien jaksaminen, koska mikäli perheen voimavarat ovat vähissä, on sillä suora vaikutus vanhempien jaksamiseen ja siihen, minkälaista ruokaa kotona on tarjolla. Sekä siihen, kuinka paljon pystytään tukemaan ja vahtimaan lapsen syömistä ja tarjoamaan eri vaihtoehtoja. Perheiden kesken on kuitenkin eroavaisuutta. Suurimmassa osassa perheistä kaikki on viimeisen päälle hyvin ja yritetään paljon, mutta pienellä osalla perheistä ei ole voimavaroja tai mahdollisuuksia samaan. Ajankäytön ongelmien lisäksi perheitä voi vaivata taloudelliset ongelmat.

Tutkimusten mukaan perheiden tilanteet vaikuttavat lapsen syömiseen. Stressitilanteissa lasten on todettu syövän enemmän. Yhden vanhemman kanssa asuvilla lapsilla on havaittu enemmän mielialasyömistä kuin kahden biologisen vanhemman kanssa asuvilla lapsilla. Samoin jos perhettä on kohdannut avioero tai syöpä, syövät perheen lapset muita useammin ilman nälkää. Vanhempien ero aiheuttaa lapselle tunneperäistä stressiä, joka ylipainoisilla lapsilla lisää ruokahalua, kun taas normaalipainoisilla vähentää sitä. (Vanhala, 2012, 31, 75.)

Taloudellisten ongelmien nostaminen esille lihavuutta lisäävänä tekijänä on kuitenkin ristiriidassa sen kanssa, että neljä viidestä terveydenhoitajasta kertoo lapsilla ja nuorilla olevan nykyään enemmän rahaa käytössään kuin ennen. Lasten oman rahan määrä on lisääntynyt ja he saavat käyttää sen miten itse haluavat. Usein se tarkoittaa herkkuja ja muuta makeaa syötävää sekä juomia, kuten limsoja, energiajuomia ja tuoremehuja. Yksi terveydenhoitaja kertoo, ettei lasten ja nuorten rahankäytön kohteissa ole tapahtunut muutosta, koska ennenkin viikkorahalla ostettiin jotain hyvää, mutta nykyään käytettävissä oleva raha määrä on kasvanut, jolloin myös herkkujen määrä on kasvanut. Vanhemmat ja aikuiset eivät aina ymmärrä, ettei lapsen ajattelu ole vielä niin kypsää, että se pystyisi tekemään kaupassa järkeviä, terveellisiä valintoja. Siksi lapsille ei tulisi antaa kovin suuria määriä rahaa käyttöön. Kuitenkin lapsille annetaan rahaa kun he sitä pyytävät. Osalla vanhemmista ei ole hallintaa tilanteesta, vaan lapset pyörittävät heitä. Lapset ostavat rahoillaan usein ylimääräistä syötävää, määrät ovat usein yllättävän suuria ja asia korostuu isommilla lapsilla. Esimerkiksi suklaalevy on tyypillinen ostos ja ylimääräisenä ruokana siitä kertyy paljon energiaa. Saman toteaa toinenkin terveydenhoitaja: Yläkouluikäisillä runsas oman rahan määrä, yhdistettynä syömättä jätettyyn kouluruokaan, johtaa kovaan herkkuhimoon, joka tyydytetään koulupäivän jälkeen kaupasta haetuilla herkuilla. Asiassa näkyy myös oppilaiden ja perheiden eriarvoisuus. Ne lapset, joilla on rahaa käytössään, niin heillä on sitä aikaisempaa enemmän. Kuitenkaan kaikilla lapsilla ei ole omaa rahaa käytössään. Muuttunut rahankäyttö näkyy myös harrastehankinnoissa. Lapsille ostetaan helposti erilaisia tietokonepelejä ("pleikka 3", xbox, wii), mutta lasten liikuntavälineisiin tai -harrastuksiin ei panosteta.

Lyytikäisen (2005, 153–156) mukaan koululla tulisi olla kasvatuskumppaneidensa (vanhemmat, lähikaupat ym.) kanssa sovitut toimintatavat lasten oman rahan pitämisestä koulussa ja luvasta käydä kaupassa.

Kaksi terveydenhoitajaa nostaa esille harrastamisessa tapahtuneet muutokset. Nuorten harrastuneisuudessa on havaittavissa kaksijakoisuus, eli osa nuorista liikkuu ja harrastaa todella paljon, ollen aktiivisia monessa asiassa, kun osa nuorista vain on, usein kotona. Valtaosa lihavista nuorista löytyy sieltä porukasta, jolla ei ole mitään harrastuksia. Aktiiviset nuoret ovat hyvinvoivia ja terveellisesti eläviä nuoria, jotka hoitavat koulunsa ja vapaa-aikansa hyvin. Pieni osa nuorista on passiivisia, jotka syrjäytyvät kaikesta ja jäävät sivuun normaalin arjen elämästä. Maaseudulla ongelmana on harrastusten, erityisesti liikunnallisten harrastusten vähyys. Myös asuminen palveluiden ulkopuolella vaikeuttaa erityisesti autottomien perheiden harrastamista. Tällaisissa tilanteissa kouluilla järjestettävät liikuntakerhot korostuvat, ja niissä käy paljon lapsia.

Kansainvälisissä tutkimuksissa on vertailua myös lasten television katselumääristä. Tulosten mukaan suomalaislapset katsovat televisiota paljon keskimääräistä vähemmän. Silti huolena on valtaosan lasten ja nuorten kokonaisliikunnan vähyys. Syynä pidetään muun muassa ajankäyttömuutoksia, passiiviset ajankäyttömuodot, kuten ”ruutuaika” on lisääntynyt. (Puska, P. 2010,11.) Aina suuri ruutuaika ei kuitenkaan korreloi vähäisen liikunnan kanssa, kuten osassa kansainvälisiä ajankäyttötutkimuksia todetaan. Liikunnallisen aktiivisuuden ja passiivisen käytöksen on ajateltu olevan toistensa vastakohtia, mutta asia pitää paikkansa vain ääri käyttäytymisryhmissä. Tutkimustulosten mukaan yksilö voi olla aktiivinen monella eri tapaa. Liikunnallisesti aktiivinen yksilö voi olla myös aktiivinen tv-katsoja ja tietokoneen käyttäjä. (Tammelin, Karvinen & Laakso, 2008, 6; Laakso, Nupponen, Rimpelä & Telama, 2006, 7.) Yhteys vähäiseen liikunta aktiivisuuteen on kuitenkin selvä sillä nuorten ryhmällä, joiden vapaa-ajan vietto oli pääosin inaktiivista. Inaktiivisia harrastuksia ovat muun muassa rentoutuminen, lukeminen ja taiteet. Ruutuajan yhteys liikunta-aktiivisuuteen ei jakaudu tasan sukupuolten välillä. Tietokoneen käyttö vähentää tyttöjen liikunta-aktiivisuutta, mutta samaa vaikutusta ei ole havaittu pojilla. (Laakso, Nupponen, Rimpelä & Telama, 2006, 7.)

Kouluruokailun vapaaehtoisuus yläkouluissa ihmetyttää kahta terveydenhoitajaa. Heidän mielestään on erikoista, että alakoulussa kouluruokailuun on pakko mennä, mutta yläkoulussa menetetään auktoriteetti nuoriin sillä osin, eivätkä kaikki oppilaat käy kouluruokailussa. On kummallista ettei kukaan puutu siihen, tai edes näe että siihen olisi tarpeen puuttua, koska yläkoulussa kouluruokailua pidetään nuoren omana valintana. Erityisen tärkeänä kouluruokailussa olisi se, että opettajat olisivat siellä mukana syömässä. Opettajien ruokaedun poistaminen oli erittäin

huono asia, koska opettajat eivät enää käy kouluruokailussa, vaan siellä on ainoastaan valvojat, jotka toimivat pääsääntöisesti kurinpitäjinä. Silloin kukaan ei enää todellisuudessa valvo nuorten ruokailua, mitä he syövät vai syövätkö mitään. Yläkouluikäiset nuoret ovat vielä lapsia, eikä heille tulisi vielä antaa vastuuta siitä, tulevatko he syömään ja ottavatko ruokaa. Opettajan läsnäolo näkyy konkreettisesti esimerkiksi siten, että mikäli opettaja valvoo salaatinottoa, niin lapset ottavat sitä rutiininomaisesti, mutta mikäli sitä ei valvota, lapset eivät välttämättä koske salaattiin lainkaan.

Terveydenhoitajien mukaan kouluruuassa ei ole mitään vikaa, sieltä saa tavallista arkiruokaa, mutta ongelmana on se, että nuorten käsitys arkiruuasta on hämärtynyt. Ei osata enää syödä perunaa ja lihakastiketta, vaan arkiruokalan pidetään eineksiä, maksalaatikkoa, hampurilaista ja pitsaa. Osa oppilaista perustelee negatiivisen suhtautumisen kouluruokailuun sillä, että ruokasali on iso ja meluisa, jonne on ahdistavaa tulla hälinään ja isoon porukkaan. Toinen terveydenhoitaja on ehdottanut opettajille, että alakoulun lisäksi myös yläkoulussa voisi mennä opettajan johdolla syömään ja syödä luokittain. Silloin opettaja voisi katsoa ottavatko nuoret ruokaa. Opettajakunnassa ehdotus ei kuitenkaan ole saanut kannatusta.

Lasten ja nuorten maku- ja ruokamieltyymysten kehittymiseen vaikuttaa vanhempien elintavat. Lasten ja vanhempien makumieltyymysten välillä on merkitsevä, mutta heikko yhteys. Lasten ruokavalioon vaikuttaminen tapahtuu vanhemmilta ennen kaikkea esimerkillä kuin säätelemällä. Samoin perheen yhteisillä aterioilla ja täysipainoisen kouluaterian syömisellä on yhteys suurempaan kasvisten käyttöön koulu- ja nuoruusiässä. (Vanhala, 2012, 25–26.)

5.2.2 Miten ongelmaan pystyttäisiin vaikuttamaan yhteiskunnassa?

Kolme viidestä terveydenhoitajasta nostaa esille julkisen terveydenhoidon ja kouluterveyden hoidon kehittämisen. Julkisessa terveydenhuollossa pitäisi panostaa enemmän ennaltaehkäisyyn. Kouluterveydenhuollossa tulisi olla enemmän voimavaroja koko perheen tapaamiseen (paino-ongelmaan liittyen), sekä tulisi miettiä uusia toimintatapoja nykyisten toimintatapojen, terveystarkastuksien ja vanhempien tapaamisen lisäksi. Samoin systemaattinen ryhmätoiminta painoasioihin liittyen voisi tuottaa tulosta kaikkien kolmen tiedonantajan mielestä. Yksi ehdottaakin kouluterveydenhuollon kehittämiseksi erilaisia työvälineitä, mutta ne ovat kalliita. Työvälineitä ovat esimerkiksi ryhmätoiminta painonhallinnassa ja terveellisissä elintavoissa. Lisäksi on valmiita formaatteja, kuten Neuvokas-perhe, jolla kartoitetaan elämäntapoja. Haasteena on, että miten saada perheet motivoitua esimerkiksi ryhmätoimintaan mukaan. Lisäksi Kouluterveydenhuoltoa tulisi kehittää siten, että kouluterveydenhoitajien oppilasmääriä laskettaisiin, koska 600 oppilasta on

liikaa. Silloin ei ehdi paneutua oppilaiden asioihin. Yläkoulussa sopiva määrä nuoria yhtä terveydenhoitajaa kohden olisi 450.

Koululaitoksen tehtävä on lisätä tasa-arvoa, myös terveydessä. Oppilaille tulee luoda niin vahva terveyssivistyksellinen pohja, että sillä pärjää elämässä. Siksi kouluvuosia tulisi leimata terveyslähtöisyys, jolloin terveyden edistäminen olisi koko kouluyhteisöä yhdistävä toimintaohjelma. Ohjelman kautta oppilaat oppisivat ”terveyden lukutaidon”, jonka avulla pystyisi kartuttamaan terveysosaamista läpi elämän. (Lyytikäinen, 2005, 153–155.)

Kolme terveydenhoitajaa nostaa esille lastenneuvolan kehittämisen. Lastenneuvolan roolia lihavuuden ehkäisyssä tulisi korostaa ja siellä tulisi tukea vanhempia ja tarjota ravitsemusneuvontaa. Se olisi kaikkein hedelmällisin aika saada vanhemmille tietoa ravitsemuksesta kun lapsetkin ovat vielä pieniä. Tarvittaessa lastenneuvola voisi pitää vanhempainiltoja ravitsemuksesta. Painohallintaryhmistä lihaville lapsille voisi olla hyötyä, mutta heitä on hankala motivoida mukaan. Tämän takia lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon rooli lihavuuden ehkäisyssä on ryhmiä merkittävämpi, koska neuvolan ja kouluterveydenhuollon tapaamisiin perheiden on tultava ja yleensä niissä kaikki käy. Lastenneuvolan rooli on jopa kouluterveydenhuoltoa suurempi, koska neuvola-aikana ongelma on vasta syntymässä. Koulussa tilanne on melko toivoton jo 3.luokkalaisilla, koska he ovat jo niin isoja ja oppineet tietyt tavat toimia ja syödä. Esimerkiksi tapa tunnesyömiseen on silloin jo alkanut. Ikänä se on vaikea myös siksi, että lapsi on kuitenkin itse vielä niin pieni, ettei pysty syömiseensä vaikuttamaan elleivät vanhemmat lähde muutoksen mukaan. Muutos tulisi tapahtua silloin kun lapsi on 4-5-vuotias, ja silloin tulisi viimeistään opetella ruokailukäytännöt ja rytmit. Kouluterveydenhuolto ja neuvolat ovat suuren vastuun päällä tukiessaan perheitä terveellisiin elämäntapoihin.

Kouluterveydenhuollon laatusuositus (2004) korostaa, että kouluterveydenhuollossa tulisi kiinnittää erityistä huomiota neuvolapalveluissa alkaneen perheyhteistyön säilymiseksi myös kouluvaiheeseen. Vanhala (2012, 69) ehdottaa, että lasten ja nuorten liikuntasuositus tulisi tuoda esille erityisesti niille vanhemmille, joiden lapsilla on korkea ylipainoriski. Suosituksen mukaan kouluikäisten lasten tulisi liikkua päivittäin 1–2 tuntia päivässä ja rajoittaa ruutu-aikaa viihdemedian ääressä kahteen tuntiin päivässä (Lasten ja nuorten liikunnan asiantuntijatyöryhmä 2008).

Kaikkien viiden terveydenhoitajan mielestä tärkein lihavuuden ehkäisykeino on lisätä perheiden tukemista, koska kaikki kokivat suurimpana ongelmana sen, kuinka saada terveelliset ruokailu- ja elintavat perheisiin. Terveellisissä ruokailutavoissa terveydenhoitajat painottavat perheen yhteisiä ruokailuaikoja, ja vanhempien vastuuta lasten nuorten säännöllisestä ja monipuolisesta syömisestä. Ongelmallinen asia on ruokakulttuurin muuttuminen perheissä. Tietoa

on paljon, mutta sen juurruttaminen kotiin on todella vaikeaa. Ravitsemustietoutta tulisi lisätä ja vanhempien opetella lukemaan ravintosisällöt ruuan tuotepakkauksista, että tietäisivät oikeasti mitä ne sisältävät. Toisaalta taas se voi olla laiskuuttakin:

”kyllä kaikki on sanonut tietävänsä nämä. Ja aina vaan ajatellaan, että nyt tän kerran vaan, ettei tää mitään haitaa, tän kerran vaan.”

On myös helppo ajatella, että ongelma on muilla, ei meillä. Toinenkin terveydenhoitaja kertoo, että terveellisten elintapojen saaminen perheisiin on vaikeaa, koska ihmiset tietävät kyllä, tai ainakin sanovat tietävänsä, miten asiat pitäisi olla. Esimerkiksi ravitsemusterapeutilla käymistä moni perhe ei halua tai koe tarpeelliseksi. Ravitsemusterapeutille on hankala päästä, mutta se on teoriassa mahdollista. Asia tulee esille usealta terveydenhoitajalta. Vaikka kunnassa on ravitsemusterapeutti, sen palvelut ovat heikosti saavutettavissa. Jonot ovat tällä hetkellä yli vuoden mittaiset, eikä ravitsemusterapeutin ohjaus välttämättä muuta perheen tilannetta. Kuitenkin tapaamisella pystyttäisiin nostamaan esille ravinnon perusasiat, koska terveydenhoitajien mukaan ravitsemuksessa nousee välillä esille aivan epäolennaiset asiat, kuten lisäaineiden mahdollinen vaarallisuus.

Terveydenhoitajat nostavat esille myös konkreettisia asioita, joita kehittämällä lihavuutta voitaisiin torjua. Ruokapyramidia tulisi selkeyttää, esimerkiksi lajitella viljat täysjyväviljoihin ja vaaleisiin viljoihin. Kouluissa on joskus kokeiltu malliaterioita, jotta lapset tietävät mitä syövät, kuinka paljon ja mikä on normaalia. Yksi kehitettävä asia voisi olla aamupalan tarjoaminen oppilaille koulussa. Se auttaisi erityisesti niitä oppilaita, jotka joutuvat lähtemään kotoa yksin, koska he ovat aamusyömisen ongelmaryhmä. Ravitsemustiedon lisäämisen lisäksi perheitä tulisi tukea arjen hallinnassa, koska kaikki ihmiset eivät osaa laittaa peruskotiruokaa. Perheissä pitkään olleiden toimintatapojen muuttaminen on vaikeaa, ja ruuanlaittotavat ja makutottumukset periytyvät edelliseltä sukupolvelta. Perusruokakursseista voisi olla hyötyä neuvola- ja kouluikäisten lasten vanhemmille. Kaksi terveydenhoitajaa korostaa, ettei terveellisyydestä puhumisella saa syyllistää vanhempia, tai lasta. Aina on perheitä joilla on suurempiakin huolia kuin ylipainoisuus, sekä terveydenhoitajan mukaan koulussa terveellisyydestä puhuminen saattaa jopa syyllistää lasta:

”Mitä jos lapsi sanoo, et ei meillä ole koskaan hedelmiä, ei meillä ole rahaa ostaa sitä tai tätä, ja jääkaappi ei ole niin täynnä.”

Silloin lapselle korostuu se, että kotitilanne on erilainen kuin muilla, ja koulun opastuksella ja ohjauksella ei saavuteta positiivista vaikutusta. Samoin niitä perheitä, joilla on voimavarat vähissä, tulisi tukea. Niitä on esimerkiksi yksinhuoltajaperheissä. Yksi terveydenhoitaja pohti perheiden tukemisen problematiikkaa toteamalla:

”Ehkä se sitten on vaan se ohjaus, valistus, hyvät puheet ja suuret toiveet.”

Pekka Puska (2010, 11–12) kertoo Liito-lehden artikkelissaan nykyaikaisesta terveyden edistämisestä. Enää ei luoteta vain tiedon jakamiseen, vaikka se kaiken perusta onkin, vaan huomioidaan myös fyysisen ja sosiaalisen ympäristön merkitys. Vastuu liikunnasta ja terveistä elintavoista ei ole (yksistään) lapsilla ja nuorilla, vaan vastuu on aikuisilla, kodilla. Osa vastuusta jakaantuu myös koululle, kunnalle, tiedotusvälineille, valtiolle ja elinkeinoelämälle. Koti-koulu - akselin lisäksi myös asuinympäristön on tuettava liikunnallista elämäntapaa. Koska lapset viettävät suuren osan ajastaan koulussa, on sillä myös merkittävä tehtävä terveellisiin elintapoihin kasvattamisessa. Ei riitä, että koulu opettaa tietoja, joilla menestytään Pisa-testissä, vaan koulun on myös opettava taitoja joilla menestytään elämässä terveenä ja hyvinvoivana.

Vanhempien vastuuta lapsistaan korostavat myös terveydenhoitajien toiveet siitä, että nuorten rahankäyttöä tulisi rajoittaa ja valvoa nykyistä enemmän, koska suuri käyttöraha määrä ylläpitää epäterveellistä välipalataapaa, sekä helpottaa päihdekokeiluja. Lisäksi lasten arkeen tulisi saada lisää hyötyliikuntaa kahden terveydenhoitajan mukaan. Vanhemmat kuljettavat nykyään lapsiaan liikaa niin kouluun kuin harrastuksiinkin. Hyötyliikuntaa tulisi lisätä ja itsenäisesti esimerkiksi pyörällä kulkemista kannustaa. Toinen tarkentaa, ettei pelkkä koululiikkuminen ei riitä, vaan lapset tulisi saada liikkumaan itse, esimerkiksi erilaisten kampanjoiden avulla, jotka kannustaisivat kulkemaan itse kouluun ja sieltä kotiin, ilman kuljetusta.

Kaksi terveydenhoitajaa nosti esille verotuksen ja kuluttajakäyttäytymiseen vaikuttamisen. Makeisveron tuleminen koettiin positiivisena, mutta ongelmana on, että terveellisesti syöminen on epäterveellistä syömistä kalliimpaa, koska kasvikset, vihannekset ja kunnon liha ovat eineksiä kalliimpia. Tähän asiaan tulisi terveydenhoitajan mukaan saada muutos. Samoin karkkia, alkoholia ja tupakkaa saisi hänen mukaansa verottaa kuinka paljon vaan, koska ne ovat ”oman harkinnan” varaisia ”ylimääräisiä” elintarvikkeita ja päihteitä. Verotuksen lisäksi kuluttajia ohjataan mainonnan ja tarjousten avulla, ja siellä käytetään liian paljon määrälennuksia, esimerkiksi ”kaksi megapussia

4 eurolla”. Toinen korostaakin, että limsapullojen, karkki- ja sipsipussien kokoa tulisi pienentää, eikä niitä tulisi laittaa kaupoissa houkuttelevasti esille.

Lasten liikuntaharrastuksia tulisi kehittää yhden terveydenhoitajan mukaan, koska lapsilta ja nuorilta vaaditaan liian nopeasti lajipainotteista harjoittelua ja kilpailua. Alakouluikäisillä lapsilla liikuntaharrastukset ovat enemmän harrastamista ja yhdessäoloa, mutta yläkouluikäisissä edellytetään jo lajivalintojen tekoa, tavoitteellista harjoittelua ja pärjäämistä saadakseen esimerkiksi peliaikaa. Jos nuori ei ole riittävän hyvä, eikä saa peliaikaa, hän todennäköisesti lopettaa koko liikuntaharrastuksen. Siksi tulisi lisätä nuorille sellaisia liikuntaharrastuksia, joissa voi vain harrastaa, ilman tavoitteellisuutta ja kilpailua. Asian mahdollistamiseksi valtion ja kunnan tulisi tukea enemmän paikallista yhdistystoimintaa, ja erityisesti lapsille ja nuorille suunnattuja lähiharrastuksia, joissa liikutaan yhdessäolon ja liikunnan ilosta.

Kouluruokailun kehittämistä ehdotti kaksi terveydenhoitajaa. Opettajien ruokaetu tulisi palauttaa, ja ruokailuun tulisi mennä opettajan johdolla koko peruskoulun ajan. Lisäksi hyvänä koettu tapa ruokailuajasta tulisi laajentaa kouluihin yleisesti. Kouluruokailusuosituksessa ohjeistettu riittävä ruokailuaika on siirretty käytäntöön siten, että oppilaat eivät saa lähteä välitunnille ruokailussa kuin ohjeistettuna kellonaikana tai sen jälkeen. Näin ollen oppilaat eivät voi nopeasti syömällä saada lisää välituntiaikaa. Samoin terveellisen välipalan mahdollisuus tulisi saada kaikille koululaisille.

Eniten muutosta kaivattiin kuitenkin koulun varsinaiseen tehtävään, eli opetukseen ja oppitunteihin. Terveystiedon opetuksen laatuun ja liikuntatuntien määrään. Yksi terveydenhoitaja piti odotettuna uudistuksena sitä, että vuoteen 2012 mennessä vaaditaan kaikilta terveystiedon opettajilta aineenopettajan pätevyys. Aikaisemmin on terveystiedon opetuksen tasossa ja oppilaiden tiedoissa ja taidoissa ollut kirjavuutta, koska kuka tahansa opettaja on voinut opettaa terveystietoa ilman pätevyyttä.

Terveystietoa opetetaan yläluokilla omana oppiaineenaan ja alaluokilla se on sisällytetty muihin oppiaineisiin. Vuosiluokilla 1-4 se on sisällytetty ympäristö- ja luonnontiedon oppisisältöön ja luokilla 5-6 biologia/maantiedon ja fysiikka/kemian oppisisältöön. Vaikka opetus on eri vuosiluokilla hajautettu eri oppiaineisiin, tulee opetus silti suunnitella siten, että oppilaalle muodostuu yhtenäinen kuva terveystiedosta koko perusopetuksen ajalta. Samoin yläluokilla suositellaan, että osa seuraavien aineiden oppisisällöistä suunnitellaan yhdessä terveystiedon kanssa: Biologia, maantieto, fysiikka, kemia, kotitalous, liikunta ja yhteiskuntaoppi. Opettajan edellytetään tekevän yhteistyötä myös oppilashuollon työntekijöiden kanssa. (Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet 2004, 197–200.)

Terveystiedon ollessa osana laajempaa ainekokonaisuutta, on selvää, ettei terveystietoa ole sisällöllisesti paljon. Selkeä terveystiedon tavoite ympäristö- ja luonnontiedon opetussuunnitelmassa luokille 1-4 on se, että oppilas oppii ”terveyteen ja sairauteen sekä terveyden edistämiseen, liittyviä käsitteitä, sanastoa ja toimintatapoja sekä tekemään terveyttä edistäviä valintoja”. Sisältönä tämä tarkoittaa sitä, että lapsi oppii huolehtimaan omasta terveydestään ja arkipäivän terveystottumuksista. Käytännössä 4.luokan jälkeen (kuvauksessa oppilaan hyvästä osaamisesta) oppilaan tulee tuntea terveyttä edistäviä arkikäytäntöjä ja tottumuksia, kuten vuorokausirytmä, riittävä uni ja lepo, ravinto, ruokailurytmi, päivittäinen liikunta ja niin edelleen. (Peruskoulun opetussuunnitelman perusteet 2004.) Vuosiluokilla 1-2 liikunnan tehtävänä on muun muassa vahvistaa oppilaan tietoisuutta omista liikunnallisista mahdollisuuksista, sekä kehittää fyysistä kuntoa ja tuoda esille liikunnan terveydellinen merkitys. Käytännössä tämä on kuitenkin tarkoitus saavuttaa leikkien, pelien ja lajitaitojen opettelun kautta. (Luukko & Huisman, 2002, 197–204.)

Vuosiluokilla 5-6 terveystieto on integroitu pääsääntöisesti biologian ja maantiedon opetukseen. Oppilaan ollessa murrosiän kynnyksellä keskitytään terveystiedossa oppilaan omaan kasvuun ja kehitykseen (fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena prosessina), eikä terveystottumukset, terveystiliikunta ja ravinto kuulu lainkaan tavoitteisiin ja oppisisältöön. (Peruskoulun opetussuunnitelman perusteet 2004.) Luokilla 7-9 terveystiedon sisällön kuvaus on osin melko yhtenäinen liikunnan terveystavoitteiden kanssa: ”...Tarkoitus on edistää oppilaiden terveyttä, hyvinvointia ja turvallisuutta tukevaa osaamista”, sekä ”Opetuksen lähtökohtana terveyden ymmärtäminen fyysiseksi, psyykkiseksi ja sosiaaliseksi toimintakyvyksi”. Opetuksessa painottuvat taidot ja tiedot muun muassa elämäntavasta, terveydestä ja terveystottumuksista, sekä valmius toimia ja ottaa vastuuta omasta terveydestään. Varsinaiset tavoitteet ovat kuitenkin sairaus, turvallisuus yleisterveys painottuvia.

Neljä terveydenhoitajaa haluisi lisätä liikuntaa koulupäivään. Heistä kolmen mukaan liikuntatuntien määrää tulisi lisätä. Erityisen tärkeäksi asia koettiin yläkoulussa, koska moni yläkoululainen ei liiku lainkaan koululiikuntatuntien ulkopuolella. Välitunteja tulisi kehittää terveydenhoitajien mukaan siten, että kaikki välitunnit olisivat ulkovälitunteja, myös yläkoulussa, ja oppilaiden välituntiliikkumista tulisi tukea. Tukemismuodoiksi ehdotettiin erilaisia kampanjoita, sekä kouluavustajien tehtäviin tulisi lisätä liikunnallisten välituntileikkien ohjaus. Silloin kaikki oppilaat pääsisivät mukaan ja liikunta tulisi säännölliseksi tavaksi.

Koululaisten päivittäistä liikuntaa lisää parhaiten antamalla heille mahdollisuuden liikkumiseen koulupäivän aikana. Hyviä innostajia ovat arkea katkaisevat tapahtumat ja

valtakunnalliset kampanjat. Oppilaat kokevat toiminnan omakseen mikäli he pääsevät itse suunnittelemaan ja toteuttamaan liikuntatoimintaa. Erityisesti välituntien hyödyntäminen lisää liikuntaa koululaisen päivittäiseen liikunta-annokseen. Koulupäivän rakennetta uudistamalla saadaan muokattua oppilaille vähintään yksi pidempi liikuntavälitunti (30 minuuttia), jolloin ehditään ottaa välineet esille, tehdä joukkueet tai sopia leikin säännöt. Myös vertaisohjaajat ja opettajat liikuttajina ja leikittäjinä lisäävät liikunta motivaatiota. Välituntivalvoja ei enää vain valvoisi, vaan myös innostaisi ja tarjoaisi virikkeitä, unohtamatta kuitenkaan turvallisuutta. Karvinen kertoo, että opettajan tulee ohjata oppilaita liikkumaan myös välitunneilla, ja että välitunneilla tulee aina mennä ulos. Hyväksi havaittuja välitunti aktivointi keinoja ovat luokan omat liikuntavälituntivälineet, välituntiliikunta järjestäjät eli vastaavat oppilaat, teemavälitunnit, pienet kisailut ynnä muut. (Karvinen, 2008, 35, 37, 39.)

Liito, liikunnan ja terveystiedon opettaja -lehden (1/2010, 3) pääkirjoituksessa Sanna Palomäki toteaa eri tutkimusten pohjalta, että aikuisten lisäksi myös lasten ja nuorten jaksaminen, terveys ja hyvinvointi ovat haasteiden edessä. Viidennes koululaisista ei liiku koulutuntien ulkopuolella lainkaan ja vähintään puolet liikkuu terveystensä kannalta riittämättömästi. Siksi Palomäki ihmettelee perusteita sille, että liikunnan viikkotuntimäärämme ovat eurooppalaisessa vertailussa keskimääräistä alhaisempia. Vapaaehtoiset toimet (kerhot ja välitunnit) usein palvelevat parhaiten juuri niitä, jotka muutenkin liikkuvat paljon, joten perustelut pakollisten tuntien lisäämiseksi olisivat olemassa.

Terveydenhoitajien mukaan liikunnan lisäämisestä voisi olla hyötyä painonhallinnassa, sekä positiivisessa painokehityksessä. Lisäksi liikunta on eduksi kaikkien lasten kasvulle, myös silloin kun ylipainoa on jo kertynyt, koska se auttaa painoa pysymään paikallaan. Kolmen tiedonantajan mukaan koulujen kerhotoimintaa tulisi kehittää ja niiden määrää lisätä. Se toimii alakoulussa hyvin, mutta yläkoulun ongelmana on, ettei nuoria saada jäämään kouluun kouluajan ulkopuolella. Kerhoja vetää koulunhenkilökunta, jolloin se on nuorille liian koulumaista, eivätkä he halua sitä vapaa-ajallaan. Alakoululaisten iltapäiväkerhoihin voisi lisätä liikuntatuokioita ja urheiluseurojen tulisi käydä kouluilla enemmän esittelemässä toimintaansa, jotta lapset tietäisivät mitä vaihtoehtoja on ja miten niihin pääsee mukaan.

Suomessa lasten ja nuorten liikunnallinen polarisoituminen on lisääntynyt. Liikunta harrastusmuotona on yleistynyt, mutta saamaan aikaan myös liikunnallisesti täysin passiivisten määrä on kasvanut. Koululiikunta onkin ainoita keinoja tavoittaa juuri ne kaikkein passiivisimmat, jotka eniten liikuntaa kaipaisivat. Tämä on merkittävä syy lisätä koululiikuntatuntien määrää. Liikuntatunnit eivät kuitenkaan yksin riitä kouluikäisten liikunnaksi, mutta niillä on tärkeä tehtävä

kasvattaa lapsia liikuntaa ja liikunnan avulla. Liikuntatuntien lisäksi koulun liikuntaa sisältävät koulumatkat, välitunnit, kerhot, aamu- ja iltapäivä toiminnot sekä liikuntatapahtumat ja –teemapäivät. (Pietilä, M. 2010, 8-9.)

Kun asiaa tarkastellaan kansainvälisesti, on keskeistä huomata, että vertailututkimuksen mukaan Suomen peruskoulussa liikunnan tuntimäärät ovat Euroopan keskitason alapuolella. Vaikka vertailun tekeminen on vaikeaa, niin havaittavissa on, että erot liikunnan maksimituntimäärissä ovat erittäin suuret. Joissain maissa liikunta on jopa päivittäistä, liikunnan viikkotuntimäärän noustessa yli 200 minuuttiin. (Pietilä, M. 2010, 8.) OECD-maiden välillä tehdyt vertailut osoittavat, että Suomalaislasten koululiikuntatuntimäärä on kokonaisuudessaan OECD-maiden alhaisimpia (Puska, P.2010,12). Karvinen (2008,34) ehdottaa, että kaikille luokka-asteille on lisättävä liikuntatunteja. Kaikille yhteisiä liikuntatunteja tulisi lisätä tuntikehykseen yksi tunti joka viikolle, jokaiselle luokkatasolle. Tämän lisäksi tulisi kaksinkertaistaa liikunnan valinnaiskursseiden määrää. Liikunnan tukiopetuksen tulisi myös olla mahdollista kaikilla luokka-asteilla.

Liikunnantarve kouluikäisillä ei toteudu liikuntatunneilla mahdollisesta lisäyksestä huolimatta, ja liikuntatunteja ei saa korvata muulla liikunnalla, koska niiden tehtävä on olla opetustunteja kuten muidenkin koulutuntien. Muun liikunnan ja koulunliikuntatuntien tulee tukea toisiaan, ei sulkea pois. Telama korostaa, että välituntiliikunnan kehittäminen ei ole mikään vaihtoehto silloin, kun halutaan kehittää tai lisätä koululiikuntaa. Välituntiliikunnan kehittäminen on itsessään tärkeätä, muttei mikään vaihtoehto koululiikunnalle, joka on tavoitteellista opetustoimintaa. (Telama, 2010, 18–19.) Heikinaro-Johansson ja Ryan (2004, 4-8) ovat myös sitä mieltä, että kampanjat eivät korvaa koululiikuntaa. Usein ongelmana on se, että kampanjojen lähtökohdaksi on organisoitu tai omatoiminen koulun ulkopuolinen liikunta, eikä toimintaa ohjaa koulun opetussuunnitelma tai toimintaperiaatteet. Myös pedagoginen asiantuntemus saattaa puuttua taustalta. Kampanjoiden etuina on kuitenkin pidettävä laadukkaita oppimateriaaleja ja ohjaajakoulutusta sekä sitä, että ne ylipäätään lisäävät lasten ja nuorten liikkumista ja näin ollen myös terveyttä.

6 YHTEENVETO

6.1 Tulosten tarkastelua

Tutkimuksen ensimmäinen tutkimustehtävä oli, että onko kouluterveydenhuollossa havaittu lihavien lasten määrässä muutosta. Terveystenhoitajien käsityksen mukaan lihavien lasten määrä on kasvanut. Määrä on lisääntynyt tasaisesti pitkällä aikavälillä. Ne lapset jotka ovat lihavia, ovat lihavampia kuin ennen, lisäksi painokasvukäyrän ääripäiden lapsimäärät ovat kasvaneet.

Toinen tutkimustehtävä kartoitti lapsen lihavuuden vaikutusta päivittäiseen elämään. Terveystenhoitajat kertoivat, että lapsen lihavuudella ei ole vaikutusta lapsen koulutyön etenemiseen tai oppimiseen. Lihavuus voi näkyä koulunkäynnissä yleisen jaksamisen puutteena, sekä mahdolliset muutokset koulumyönteisyydessä, kouluviihtyvyydessä ja sosiaalisissa suhteissa voivat vaikuttaa negatiivisesti koulunkäyntiin. Ylipaino vaikuttaa lapsen sosiaalisiin suhteisiin, koska ylipainoiset lapset ovat epävarmoja sosiaalisissa suhteissa. Epävarmuutta aiheuttaa epävarmuus omakuvasta. Lapsen ylipainolla ei ole vaikutusta koulu poissaoloihin. Ainoastaan yläkouluissa oli havaittu poissaolojen vähän painottuvan liikuntatunneille.

Lapsen ylipaino vaikuttaa paljon harrastamiseen. Terveystenhoitajien mukaan ylipainoisuus vähentää lapsen ja nuoren harrastuksia, ja monella lihavalla lapsella ei ole lainkaan harrastuksia. Leimaava tekijä on passiivisuus. Lihavien lapsien ulkoilun ja liikunnan määrä on vähäisempää kuin normaalipainoisilla lapsilla. Ylipaino ei kuitenkaan suoraan tarkoita sitä, ettei harrastuksia olisi lainkaan. Samoin se ei vaikuta lapsen sosiaalisiin suhteisiin tai ystäväpiiriin, eikä lisää sosiaalisia ongelmia. Välilliset vaikutukset ovat mahdollisia, ja ne riippuvat lapsen tai nuoren psyykkisestä hyvinvoinnista. Ylipainoisilla on normaalipainoisia suurempi todennäköisyys huonompaan itsetuntoon. Huono itsetunto kaventaa ystäväpiiriä, vaikuttamalla kavereiden saamiseen ja niistä kiinni pitämiseen.

Lapsen ja nuoren ylipainoisuuteen liittyy terveystenhoitajien havaintojen mukaan hieman lisääntyneet terveydelliset ongelmat, sekä huomattavasti lisääntynyt riski saada terveydellisiä ongelmia. Fyysisiä terveyshaittoja ovat tuki- ja liikuntaelinvaivat, kohonnut verenpaine ja muutokset sokeriaineenvaihdunnassa ja rasva-arvoissa. Lapsen psyykinen hyvinvointi liittyy

itsetuntoon, kehonkuvaan ja siihen kuinka hyvin hyväksyy itsensä. Jos edellä mainituissa asioissa on ongelmia, esiintyy psyykkistä pahoinvointia yhtälailla niin normaali- kuin ylipainoisillakin. Psyykkiseksi ongelmiksi voidaan tulkita myös kylläisyysmittarin ongelmat ja syömisen liittäminen hyväksynnän tunteeseen. Yli- ja alipainoiset oppilaat käyttävät kouluterveydenhuollon palveluita normaalipainoisia enemmän, koska heitä kutsutaan säännöllisesti kontrollikäynneille ja seurataan enemmän.

Kolmas tutkimustehtävä oli kerätä kouluterveydenhoitajien näkemyksiä lihavuudesta yhteiskunnallisena ongelmana. Esille nousi perheiden ruokailukulttuurissa tapahtuneet muutokset. Ongelmana on, että perheillä ei ole säännöllistä ruokailurytmiä tai ruokailuaikoja. Myös eines- ja valmisruokien käyttö on lisääntynyt ja napostelu yleistynyt. Kulttuuriimme on kehittynyt tunnesyömisen tapa, joka liittyy ruualla palkitsemiseen ja mallioppimiseen vanhemmilta. Muutosta on tapahtunut myös lasten ja nuorten liikuntakäyttäytymisessä. Hyötyliikunta ja arjen aktiivisuus on vähentynyt, lasten omatoimisen liikkumisen vähentymisen myötä. Tietokonepelien, television ja sosiaalisen median suosio on vähentänyt perinteisiä pihaleikkejä, ja lisääntyneellä ruutuajalla on yhteys lihavuus ongelman yleistymiseen. Lapsilla ja nuorilla on nykyään enemmän rahaa käytössään kuin ennen, ja he käyttävät rahat herkkuihin ja makeaa syötävään ja juotavaan. Harrastuneisuus on muuttunut kaksijakoiseksi. Osa liikkuu ja harrastaa todella paljon, kuin osa vaan on. Lihavat lapset ja nuoret ovat siinä porukassa jolla ei ole mitään harrastuksia. Yläkoulujen kouluruokailun vapaaehtoisuus herätti ihmetystä, koska silloin kaikki oppilaat eivät käy kouluruokailussa. Myös opettajien ruokaedun poistamista pidettiin negatiivisena asiana. Terveystenhoitajat pitävät koulujen ruokia hyvinä. Ongelmana nähtiin se, että nuorten käsitys arkiruuasta on hämärtynyt.

Tutkimuksessa kartoitettiin kouluterveydenhoitajien ehdotuksia siitä, miten lihavuusongelmaan voitaisiin vaikuttaa yhteiskunnallisella tasolla. Tärkeimpänä lihavuuden ehkäisykeinona nähtiin perheiden tukeminen. Terveystenhoitajat kokivat ongelmana sen, kuinka saada terveelliset ruokailu- ja elintavat perheisiin. Julkista terveystenhoitoa ja kouluterveydenhoitoa tulisi kehittää. Julkisessa terveysthuollossa tulisi painottaa voimavarat ennaltaehkäisyyn. Kouluterveydenhuollossa tulisi panostaa enemmän koko perheen tapaamisiin, sekä miettiä uusia toimintatapoja nykyisten terveystarkastuksien ja vanhempien tapaamisen lisäksi. Lastenneuvolaa tulisi kehittää siten, että sen roolia lihavuuden ehkäisyssä korostettaisiin tukemalla vanhempia ja tarjoamalla ravitsemusneuvontaa. Terveystenhoitajat korostivat vanhempien vastuuta ja lasten rahakäyttöä tulisi valvoa ja rajoittaa nykyistä enemmän. Suuri käyttörahamäärä ylläpitää välipalataapaa ja helpottaa päihdekokeiluja. Myös lasten hyötyliikuntaa tulisi lisätä. Esille nousi

myös verotus ja kuluttajakäyttäytymiseen vaikuttaminen. Makeisveron tulo nähtiin positiivisena asiana, mutta ongelmana on, että terveellinen ruoka on epäterveellistä kalliimpaa. Esimerkiksi kasvikset, vihannekset ja liha ovat eineksiä kalliimpia.

Terveydenhoitajat esittivät muutoksia ja kehittämissideoita koulun opetukseen ja oppimiseen. Terveystiedon opetuksen tasossa ja oppilaiden tiedoissa ja taidoissa on ollut kirjavuutta, siksi terveystiedon opettajien pätevyysvaatimus otettiin ilolla vastaan. Koulupäivään haluttaisiin lisää liikuntaa, ja liikuntatuntien määrää tulisi lisätä erityisesti yläkoulussa. Välitunteihin lisättäisiin liikuntaa siten, että kaikki välitunnit muutettaisiin ulkovälitunneiksi ja kouluavustajien tehtäviin lisättäisiin liikunnallisten välituntileikkien ohjaus. Lisäksi koulujen kerhotoimintaa tulisi kehittää ja niiden määrää lisätä.

6.2 Tutkimukseen liittyvät eettiset näkökohdat

Tutkimuksen ja etiikan suhde on kahdensuuntainen. Tutkimuksien tulokset vaikuttavat ihmisten eettisiin ratkaisuihin, mutta myös eettiset kannat vaikuttavat tutkijan tieteellisessä työssä tehtyihin ratkaisuihin, ja sitä kutsutaan tieteen etiikaksi. Se koostuu viidestä peruskysymyksestä: ”1) Millaista on hyvä tutkimus? 2) Onko tiedon jano hyväksyttävää ja voiko sen hyväksyä kaikissa asioissa? 3) Mitä tutkitaan, ja miten etiikka vaikuttaa tutkimusaiheen valintaan? 4) Millaisia tutkimustuloksia saa tavoitella, ja voiko tutkimukset koskea vahingollisia asioita? ja 5) Millaisia keinoja tutkija saa käyttää?” Näistä tärkeimpänä pidetään viidettä peruskysymystä. (Tuomi & Sarajärvi, 2002, 122–123.)

Toteamus keinoja kaihtamatta ei sovi eettisesti kestävään tieteelliseen tutkimukseen. Tämä on kuitenkin ristiriidassa sen perusolettamuksen kanssa, että kaikki uusi tieto ympäröivästä maailmasta olisi yhteiskunnallisesti arvokasta. Tämä olettaus on ollut länsimaissa vallalla jo satojen vuosien ajan, mikä on johtanut siihen ajatukseen, että tieteen nimissä on voitu tutkia kaikkea mahdollista kaikin käytettävissä olevin keinoin ja menetelmin. Kun tiede on ollut vain uuden tiedon sumentama suoritus, ei siihen ole liitetty moraalisia ongelmia. Tieteestä oli tullut vallankäytön väline, kansallisen intressin ja taloudellisen kasvun liityttyä siihen. Samaan aikaan havaittiin, että tiede voi olla myös haitallinen, jos se nähdään vain yhteiskunnallisena hyödykkeenä. (Tuomi & Sarajärvi, 2002, 125.)

Tutkimusetiikka voidaan nähdä teknisluontoisena normina, jolloin ongelmat liittyvät pääosin tutkimustoimintaan, kuten tässä tutkimuksessa esimerkiksi tiedonantajien informoimiseen, anonymiteettiongelmiin, sekä aineiston keräämiseen ja analysointiin käytettyjen menetelmien

luotettavuuteen. Toisaalta tutkimusetiikkaan liittyy myös metodologiset seikat, jolloin kaikki tutkimuksessa tehdyt valinnat ovat moraalisia valintoja. Silloin eettinen pohdinta koskee tutkimuksen metodisten valintojen arvosidonnaisuutta, kuten sitä, miten tutkimusaiheet valitaan ja mitä pidetään tärkeänä. (Tuomi & Sarajärvi, 2002, 125.)

Metodologisesti tämän tutkimuksen arvosidonnaisuudessa näkyy terveyden vahva arvostus. Karrikoiden voidaan ajatella, että ylipaino ja lihavuus nähdään haitallisena pahana, joista tulee pyrkiä pois koska ne ovat terveyden uhka. Tämä pohjautuu ylipaino- ja lihavuustutkimuksen tutkimusperinteeseen, jossa asiat esitetään kiihkeään sävyyn melko mustavalkoisesti, vaikka osa tutkimustuloksista olisikin ristiriitaisia. Tämä tutkimusperinne liittyy siihen, että sillä halutaan herätellä ihmisiä huolehtimaan terveydestään, tai ainakin tiedostamaan mahdolliset terveysuhat. Herää kysymys, olisiko eettisesti moraalitonta jättää kertomatta tavalliselle kansalle tuloksista tai asioista, jotka saattavat heikentää heidän terveyttään? Esimerkiksi mikä on tupakan vaikutus keuhkoille, tai ylipainon vaikutus sydän- ja verisuonitauteihin. Terveysteen liitetään nykypäivänä paljon jopa uskontoon verrattavaa fanaattisuutta, ja itse toivon todella, että sama linja ei yleistyisi myös tieteelliseen tutkimukseen. Tutkijana minun tulee nähdä ja arvostaa jokaista ihmistä itsenäen, ei heidän painonsa kautta. Ylipaino tai lihavuus ei tee kenestäkään ihmisestä toista huonompaa, ja liikakilojen terveyttä tuovat tekijät tulisi nostaa paremmin esille. Painoasia on myös hyvin kulttuurisidonnainen, samoin kuin mielikuva terveestä vartalosta. Vaikka länsimaissa ihannoidaan hoikkautta terveyden merkinä, voi tilanne on täysin toinen esimerkiksi Aasian, tai arabikulttuureissa.

Lihavuusongelman eettinen arkaluonteisuus liittyy siihen, että se monelle painonsa kanssa kamppailevalle ihmiselle ja miksei perheillekin hyvin henkilökohtainen ja usein myös arka asia. Lisäksi se on hyvin moniulotteinen, vaikka vanha kansa toteaaakin lihavuuden johtuvan yksinkertaisesti siitä, että ”syö enemmän kuin kuluttaa”. Tutkimusten mukaan se on totta, mutta kuten tässäkin tutkimuksessa on tullut esille, perheiden on vaikea muuttaa tapoja. Eikä paino-ongelma useinkaan ole perheen suurin murhe. Jos niin todella on, ovat asiat hyvin. Tärkeimpänä asiana tulisi kuitenkin muistaa, että lapsi ei yleensä voi itse vaikuttaa lihavuuteensa. Lapsi toistaa kotona opittuja ruokailu- ja syömismalleja, eikä yleensä voi vaikuttaa jääkaapin sisältöön. Mikäli lapsi saa vaikuttaa ruuan sisältöön tai ruokahankintoihin, häneltä ei voi edellyttää terveyttä tukevia valintoja. Vanhempien ja perheen ajankäyttö ja siihen liittyvät mallit leimaavat myös lapsen käyttäytymistä. Lapsen ruutu-aika, passiiviset ajankäyttömuodot, samoin kuin liikuntaharrastuksetkin, ovat usein vanhempien valintoja.

6.3 Tutkimuksen luotettavuus

Haastattelututkimuksessa haastattelijan ammattitaidolla on suuri merkitys. Tein kaikki haastattelut itse, ja tämä oli ensimmäinen haastattelututkimukseni. Vahvuutena itse haastattelussa oli se, että osasin tarvittaessa tehdä tarkentavia kysymyksiä, ja tunsin aihepiirin hyvin. Toisaalta riskinä saattoi olla, että olin liian ohjaava haastattelija. (Hirsjärvi & Hurme, 2000, 68–75.) Hirsjärvi ja Hurme (2000, 121) mainitsevatkin, että usein aloittelevat haastattelijat pyrkivät täyttämään kaikki hiljaiset hetket omalla puheellaan ja lisäkysymyksillä. Tilanteesta saattaa seurata, ettei haastattelija milloinkaan saa haluamaansa vastausta. Tunnistan, että välillä haastatteluissa saatoin toimia juuri edellä mainitulla tavalla, jonka jälkeen en aina itsekkään ymmärtänyt mitä olin lisäkysymyksellä tarkoittanut. Toisaalta ongelmaa onneksi poisti se, että moni asia tuli esille haastattelussa useita kertoja. Lisäksi yritin tehdä laajemmissa kysymyksissä kokoavia lisäkysymyksiä, joissa toistin haastattelijan mainitsemat teemat ja kysyin, olisiko vielä jotain mitä hän haluaisi nostaa esille.

Aloittelevan haastattelijan kokemattomuuteni näkyi myös haastattelun rungossa ja kysymyksissä. Hirsjärven ja Hurmeen (2000, 124) mukaan kokematon haastattelija ei kiinnitä tarpeeksi huomiota aloitukseen ja noudattaa liikaa teemaluetteloa. Myös tähän kiveen kompastuin haastatteluissani, koska haastattelurunkoni alkoi aiheella, joka ei aloitukseen sopinut. Aloitin haastattelut kysymällä ”Oletko havainnut lihavien oppilaiden määrässä muutosta?”. Aloitus kysymykseni oli liian raskas ja moniulotteinen, toisin sanoen liian vaikea. Kenties olisi ollut parempi aloittaa haastattelut hieman helpommalla ja kevyemmällä kysymyksellä. Edukseni laskisin sen, etten pysynyt haastatteluissa orjallisesti teemaluettelossa, vaan sallin pitkätkin puheet aiheesta ja aiheen vierestä. Silti kaikki teemaluettelon kysymykset kysyttiin, vaikka asiaa olisi sivuttu jo aikaisemmin. Mielestäni se toi haastatteluun syvyyttä, koska silloin haastateltavat saattoivat tuoda uusia asioita mukaan teemaan. (Hirsjärvi & Hurme, 2000, 125.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen onnistumista voidaan arvioida monella eri tapaa. Yksi arviointi tapa on tutkijan kyky dokumentoida ja perustella menettelyään uskottavasti. Hirsjärvi ja Hurme (2000, 189) nimeävät sen rakennevalidiudeksi. Mielestäni olen onnistunut tässä tehtävässä kiitettävästi, koska olen avoimesti ja rohkeasti kertonut kaikki tutkimusmatkaan liittyneet reittivalinnat ja ylimääräiset mutkat. Kvalitatiiviseen tutkimukseen liitetty reliabelius käsite liittyy tutkimuksen aineiston laatuun ja erityisesti tutkijan toimiin aineistoa analysoitaessa. Tämän toteutumista en osaa itse arvioida, mutta olen pyrkinyt pitämään tuloksissa mahdollisimman näkyvänä haastateltavien ajatusmaailman. Lisäksi olen tuonut tutkimuksessa näkyväksi oman

suhteeni tutkimusasetelmaan ja tutkimuksen kulkuun. (Hirsjärvi & Hurme, 2000, 189; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2004, 217–218; Tuomi & Sarajärvi, 2002, 135–138.)

Tuomi ja Sarajärvi (2002, 131) sanovat, että kaikessa tutkimuksessa on vältettävä virheitä, ja yksittäisessäkin tutkimuksessa on arvioitava tutkimuksen luotettavuutta. Kvalitatiivisella tutkimuksella on laaja tutkimusperinne ja paljon erilaisia käsityksiä luotettavuuteen liittyen. Tässä tutkimuksessa en ole missään vaiheessa ajatellut mitään valintaa tai tehtyä tulkintaa virheenä, vaikka osa tehdyistä toimista tai tulkinnoista ei ole ollut toimivia tai tukenut tutkimuksen kulkua. Koska kaikki tutkimukseen liittyvät valinnat on tehty näkyviksi, ei mahdollisten ”virheiden” mukana olo mielestäni heikennä tutkimuksen arvoa.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa haluan tuoda esille, että minulla ei ollut tutkimuksen kulusta tai tuloksista ennakko-oletuksia. Toki myönnän, että esitietämykseni ja aineistoon perehtymiseni ennen tutkimuksen alkua oli vahva, koska olin tehnyt aikaisemmin kaksi aiheeseen liittyvää tutkimusta. Niiden ansioista tiesin etukäteen muun muassa, että lasten lihavuus oli yleistynyt ja miten ylipainoa ja lihavuutta määritellään, mutta minulla ei ollut mitään syvempää tietoa lihavuuden vaikutuksista lapsen elämään.

Tutkimustani tehdessä heräsin pohtimaan kouluterveydenhoitajien vahvaa ammattietiikkaa ja terveysorientoituneisuutta, ja mielestäni nämä tekijät tulee tuoda esille tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa. Uskon, että kouluterveydenhoitajilla on halu toteuttaa ja noudattaa annettuja suosituksia ja käyriä. Tämä tuli esille esimerkiksi siten, että kukaan tiedonantajista ei missään vaiheessa haastatteluja maininnut mitään kritiikkiä annettuja suosituksia (ravitsemussuosituksset, liikunta- ja ajankäyttösuositukset) kohtaan. Ainoastaan sivulauseessa saatettiin mainita uudistamistarpeesta ja mahdollisista ehdotuksista uudistamisaiheiksi. Tutkimuksen luotettavuuteen tämä asia saattoi vaikuttaa siten, että kouluterveydenhoitajat vastasivat kysymyksiin ”ammattiminällään”, eli vastauksista osa oli todennäköisesti sellaisia, mitä kouluterveydenhoitajilta odotetaan ja mitkä noudattivat yleisiä suosituksia. Toisaalta tutkimus käsitteli myös sellaisia aiheita, joista ei ole tutkittua tietoa, vaan tiedonantajat vastasivat niihin kysymyksiin omalla hiljaisella tiedollaan. Samalla esille tuli myös heidän henkilökohtaisia mielipiteitään asioista. Luotettavuuteen vaikuttavana tekijänä esille nousee se, että tutkijana minun on vaikea tulkita mikä on ”ammattiminä” vastaus, mikä on vastaajan henkilökohtainen mielipide asiaan (ennakkokäsityksien leimaama) ja mikä vastaus on sellainen, minkä kouluterveydenhoitaja on havainnut työssään. Jotta en tekisi vääryyttä tiedonantajien vastauksille, en ole tulkinnut tai huomionnut tuloksissa vastaajan mahdollista ammattiroolia.

6.4 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimusaiheena mielenkiintoinen olisi koulussa toteutettava pitkäaikainen seurantatutkimus, jossa tutkittaisiin eri toimenpiteiden vaikutusta oppilaiden painokehitykseen ja terveellisiin elämäntapoihin. Tutkimuksessa osa luokista olisi terveys elämäntapana luokkia, osa ravitsemuspainotteisia luokkia ja osa liikuntapainotteisia luokkia. Lisäksi tulisi olla verrokkiryhmät. Terveys elämäntapana – luokille ohjattaisiin kaikki toimenpiteet: Liikunnan lisääminen, ruokailukulttuurin korostaminen, terveelliset välipalat, alakoulusta alkava terveystiedon opetus ja vanhempainillat terveellisistä elintavoista. Ravitsemus luokille kohdennettaisiin ruokailukulttuurin muutos, terveelliset välipalat, alakoulusta alkava terveystiedon opetus, sekä vanhempainillat ravitsemuksesta. Liikuntaluokille toimenpiteinä olisivat liikunnan lisäys, terveystiedon opetus ja vanhempainillat terveystiikunnasta.

Toinen mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe olisi tapaustutkimus lihavista aikuisista, jotka ovat olleet ylipainoisia lapsesta asti. Olisi kiinnostavaa kuulla heidän kokemuksistaan koulussa, harrastuksista, perheen ruokailutapojen oppimisesta ja omasta suhtautumisestaan painoonsa. Heidän kokemuksiansa avulla olisi kenties mahdollista tarjota paino-ongelmasta kärsiville lapsille ja nuorille juuri sitä tukea mitä he tarvitsevat.

Tutkimuksessani nousi esille alipainoisten lasten suuri määrä ja terveydenhoitajien huoli heistä. Alipainoisuus liitetään usein syömishäiriöihin, mutta onko alipainoisuutta tutkittu erillään syömishäiriöstä? Uskoisin, että siinä olisi kyse samantapaisista ongelmista kuin ylipainonkin kohdalla, ruokakulttuurin ongelmista, opituista tavoista ja ruuan epäterveellisestä sisällöstä.

7 POHDINTA

Tutkimukseni mukaan lihavien lasten määrä on kasvanut. Asiaa tukee useat yhtä mieltä olevat tutkimukset. Siksi onkin perusteltua, että lasten lihavuudesta puhuttaessa käytetään sanaa epidemia, koska kyseessä on laaja, vaikeasti torjuttava asia. Lihavien lasten määrän yhteydessä tuli esille, että myös alipainoisia lapsia on paljon ja painokasvukäyrän ääripäiden lapsimäärät ovat kasvaneet viimevuosina. Myös Kautiainen (2008) on havainnut, ettei kaikkien lasten paino ole noussut, vaan lihavista on tullut entistä lihavampia. Mielestäni on erittäin huolestuttavaa, että painon suuret ylitykset ja alitukset ovat yleistyneet, ja yli- ja alipainon rajoille olevien lasten määrä on kasvanut. Se kertoo perheiden ruokakulttuurin murroksesta ja kenties myös lasten ja nuorten huomionhausta, toisaalta taas välinpitämättömyydestä. Huomionhaun liittäisin alipainoisiin lapsiin, jotka hakevat huomiota ja hyväksyntää pudottamalla painonsa alas. Asia liittyy myös rajoihin ja kontrollitunteeseen. Lapsi saa mielihyvää pystyessään kontrolloimaan itseään tiukoilla syömisrajoituksilla. Välinpitämättömyys voi liittyä niin ali-, kuin ylipainoonkin. Näin saattaa käydä esimerkiksi silloin, kun vanhemmatkaan eivät ole kiinnostuneita ruuasta tai itsestään huolehtimisesta, niin miksi lapsi olisi? Lapsi tai nuori saa syödä mitä vaan, koska vaan. Onko se sitten vanhempien vastuuttomuutta? Kenties, lapsille sallitaan paljon vapauksia ja jopa ruokailun lapset saavat itsenäisesti hoitaa. Pienelle lapselle ruokapöydässä opetetaan rajoja (”ei, ruokaa ei saa lattialle”), ja isommalle lapselle ja nuorelle ruualla osoitetaan rakkautta, huolehtimista ja välittämistä. Liiallisen itsenäisyyden ihannointi ei sovi perheiden ruokakulttuuriin.

Lapsen ylipainolla ei ole tämän tutkimuksen mukaan vaikutusta lapsen koulutyöhön. Aikaisemmista tutkimuksista ei löydy tietoa asiaan liittyen, mutta siellä tulee useasti esille lihavuuden mahdollinen negatiivinen vaikutus elämänlaatuun. Mielestäni voidaan tulkita, että terveydenhoitajat tarkoittavat samaa asiaa, puhuessaan ”muista asioista” (koulumyönteisyys, kouluviihtyvyys ja sosiaaliset suhteet). Terveydenhoitajat ovat kuitenkin hyvin varovaisia liittämään mitään lihavuuteen, ja tuovat mielellään esille muita asioita, jotka saattavat olla vaikuttamassa asiaa, kuten itsetunto tai luonne. Kuitenkin tutkimuksien mukaan, lihavilla lapsilla on muita useammin huono itsetunto, masentuneisuutta ja yksinäisyyttä. On hyvä, että terveydenhoitajat ovat varovaisia tekemään yleistyksiä. On selvää, ettei ongelma koska kaikkia ylipainoisia lapsia, eihän

keuhkosityöpäkään tule jokaiselle tupakoitsijalle. Mutta jos ongelmaa ei pystytä tai haluta liittää seurauksiin, ei voida auttaa ja tukea. Asian tiedostaminen mahdollistaa asioiden muuttamisen ja kehittämisen esimerkiksi niin, ettei lihaviin oppilaiden koulumyönteisyys olisi muita heikompi. Muutostarvetta on myös tutkimustulosten perusteella, koska Kautiainen (2008) on havainnut, että keskitasoa paremmin koulussa pärjävillä ylipaino oli muita oppilaita harvinaisempaa. Tästä voidaan vetää johtopäätös, että valtaosa lihavista oppilaista menestyy koulussa keskitasoa heikommin. Itse uskon, että koulumyönteisyys ja kouluviihtyvyys vaikuttavat koulumenestykseen, vaikka terveydenhoitajien mukaan lihavuus ei vaikuttaisikaan koulutyön etenemiseen tai oppimiseen.

Ylipainon vaikutus näkyy lapsilla ja nuorilla sosiaalisissa suhteissa, koska ylipaino tuo niihin epävarmuutta. Se johtuu muun muassa normaalipainoisia heikommin rakentuneesta omakuvasta. Lihavuuteen liittyvän jaksamisen puute ja epävarmuus itsestä ja sosiaalisista suhteista saattavat vaikeuttaa lapsen liikuntatunteja. Siellä oppilailta edellytetään kehollisuutta ja sosiaalista kanssakäymistä. Ylipaino heikentää lapsen liikuntakykyä, jolloin myös kehollisuuteen liittyvissä tekijöissä kuten kunto ja taito ominaisuuksissa voi olla puutteita. Näiden tekijöiden summalla on paljon vaikutusta oppilaan liikuntatunteihin. Asia on huolestuttava, koska tutkimuksien mukaan juuri ylipainoiset lapset ja nuoret liikkuvat normaalipainoisia vähemmän koulun liikuntatuntien ulkopuolella, ja mielikuva liikunnasta ja itsestään liikkujana muodostuu jo varhaisessa vaiheessa. Yksi terveydenhoitajista esitti asian siten, että lapselle muodostuu mielikuva, että jaksamattomuus ja huono kunto ovat osa lapsen minuutta ja luonnetta, asia johon ei voi vaikuttaa. Myöhemmin tällainen ihminen mieltää vain olevansa ”ei-liikunnallinen”. Liikuntatunteihin liittyy paljon henkilökohtaisia kokemuksia ja tunteita, joilla on kauas kantoiset vaikutukset koko elämään. Terveydenhoitajista moni ei halunnut liittää negatiivisia kokemuksia liikunnasta, tai liikuntatunti poissaoloja lihavuuteen, koska takana voi mahdollisesti olla joku muukin syy, kuten haluttomuus tai vaiva. Mielestäni ei ole tarpeen tietää tarkkaa syytä tai seurausta tietääkseen, että ylipainoiset oppilaat tarvitsevat liikuntatunneilla erityistä huomiota. Liikunta, kuten moni muu taito- ja taideaine, on yksi vahvimpia ihmisen minuuteen jälkiä jättäviä oppiaineita, eikä niiden vaikutusta saa sivuuttaa.

Ylipaino vaikuttaa lapsen elämään myös koulun ulkopuolella. Ylipainoisilla lapsilla on normaalipainoisia lapsia vähemmän harrastuksia, ja osa ei harrasta mitään. Ajankäytöllisesti he liikkuvat ja ulkoilevat normaalipainoisia vähemmän. Moni terveydenhoitaja halusi tutkimuksessa korostaa, ettei ylipaino automaattisesti tarkoita ettei olisi liikunnallisia harrastuksia, vaan liikunnan määrä on riippuvainen siitä miten on pienestä asti tottunut liikkumaan. Kuitenkaan ei tule unohtaa

liikunnan ylipainolta suojaavaa vaikutusta, kuten tutkimuksessa yksi terveydenhoitaja toi esille. Myös Fogelholmin (2005) mukaan vähäinen liikunta saattaa edistää lihomista. Itse haluaisin nostaa esille liikuntaharrastusten syrjäytymiseltä suojaavan vaikutuksen, ottamatta kantaa ruutuajan yhteydestä ylipainoisuuteen. Uskon, että säännöllinen liikuntaharrastus, erityisesti yhdessä toisten kanssa harrastettuna, tukee lapsen ja nuoren sosiaalisuutta, opiskelua ja myöhemmin myös työllistymistä. Pitää kiinni elämässä, koska terveydenhoitajien mukaan ylipainoisissa on paljon niitä lapsia ja nuoria, jotka vain on, pääosin kotona. Mielestäni edellä kuvattu passiivisuus on hyvin suuri syrjäytymisen riski.

Ristiriitaiseksi asian tekee tutkimustulosten monessa aktiivinen malli. Tammelin, Karvinen ym. (2006, 6) ja Laakso, Nupponen, ym. (2006,7) ovat todenneet, että aktiivinen voi olla monella eri tapaa, aktiivinen liikkua voi olla myös ruutuviihteen aktiivikäyttäjä. Valitettava esimerkki on tuore Hyvinkään ampumatapaus 26.5.2012, jossa nuori ampui rakennuksen katolta kadulla ja ravintoloiden edessä olevia ihmisiä. Ampuja oli lahjakas urheilija ja sosiaalimedian aktiivikäyttäjä. Ampuja harrasti maastajuoksua ja hiihtoa. Liikuntaharrastuksen suojaava vaikutusta ei tässä tapauksessa voida havaita, mutta tämän hetken tiedon mukaan ampuja ei ollut syrjäytynyt nuori, vaan aivan tavallinen.

Terveydenhoitajien mukaan ylipainon vaikutus sosiaalisin suhteisiin tai ystäväpiiriin on riippuvainen lapsen tai nuoren psyykkisestä hyvinvoinnista. Kyse välillisistä vaikutuksista, eli toisilla ylipaino aiheuttaa psyykkisiä ongelmia, jotka heijastuvat sosiaalisiin suhteisiin. Toisilla ylipainoisilla puolestaan ei ole psyykkisiä ongelmia. Taulun (2010, 34–35) mukaan ylipainoisten koululaisten fyysinen sosiaalinen ja yleinen itsearvostus on heikompi kuin normaalipainoisilla. Lisäksi heillä on muita suurempi riski joutua koulukiusatuiksi. Painon takia koulukiusatuiksi joutuneet nuoret miettivät tai yrittävät itsemurhaa 2-3 kertaa useammin kuin ne, joita ei ole kiusattu. Ulkonäön itsearvostus on sitä heikompi mitä suurempi lapsen suhteellinen paino on. Vaikutus elämänlaatuun on mittava, ja painoasia vaikuttaa myös psyykkiseen hyvinvointiin, eikä niitä mielestäni tule liaksi erottaa toisistaan. Moni terveydenhoitaja toi psyykkiseen hyvinvointiin liittyen esille, että moni nuori sanoo asioiden olevan hyvin, eivätkö halua että heidän painoonsa puututaan, mutta terveydenhoitajien mukaan nuorista voi silti havaita, että he ovat tyytymättömiä elämänlaatuunsa.

Psyykkiseen hyvinvointiin liittyy myös terveydenhoitajien esille nostama tunne- ja lohtusyöminen. He pohtivat, että ylipainoinen lapsi tai nuori saattaa hakea mielihyvän tunnetta ja hyväksyntää syömisen kautta. Mutta aiheuttaako lihavuus tunnesyömistä, vai tunnesyöminen lihavuutta? Tutkimusten mukaan kyseessä on opittu tapa. Vanhemmilta mallioppimisen kautta on

opittu tapa lääkittää tunteita herkuilla, tai palkita itseä hyvällä ruualla. Asiassa korostuu vanhempien vastuu siitä, millaiset sosiaaliset tilanteet, mielikuvat ja makumuistot haluaa jättää lapsilleen pysyväksi perinnöksi. Vanhempien tulisi tiedostaa oma ruokasuhteensa, jotta ei siirtäisi eteenpäin mahdollisia omia ruokaan ja syömiseen liittyviä ongelmia. Haasteena onkin saada nykypäivän yltäkülläisyydessä lapsille mutkaton ja terve suhtautuminen ruokaan.

Ruokailuun liittyvä mallioppiminen tulee esille myös koulussa. Terveystieteiden opettajat pitivät erittäin huonona asiana ruokaedun poistamista opettajilta, koska samalla opettajien mukana koulujen ruokaloista poistuivat myös esimerkit ja ruokailuun ravinto- ja käytösopetus. Alakoulussa luokanopettajat ruokailevat oppilaidensa kanssa, mutta yläkoulussa oppilaan ruokailu on itsenäinen tapahtuma. Yläkoulujen ruokaloista on tullut rauhattomia ja tilanteet ovat kärjistyneet kalapuikoista jopa poliisia vaativiksi ongelmiksi. Arkipäivää ovat myös joukon paineessa toteutetut syömälakot ja laihdutukset, sekä ahmimiskilpailut, ruualla sotkemisesta puhumattakaan. Aivan kuten terveystieteiden opettajat totesivatkin, yläkouluikäiset nuoret eivät ole vielä riittävän kypsiä ottamaan vastuutaan omasta ruokailustaan, vaan he kaipaavat aikuisen esimerkkiä ja tukea.

Lihavuus yhteiskunnallisena ongelmana on kasvava ja nousujohtoisen muutoksen taustalla on useita syitä. Terveystieteiden opettajat nostivat esille suurimpana vaikuttavana tekijänä muutoksen perheiden ruokailukulttuureissa. Ruokailuaikojen säännöllisyys on kadonnut ja napostelu on yleistynyt. Samoin lasten liikuntakäyttäytymisessä on tapahtunut muutosta. Arjen aktiivisuus ja hyötyliikunta on vähentynyt, koska lasten itsenäinen liikkuminen on vähentynyt ja vanhempien kuljetuskynnys madaltunut. Myös lasten pihaleikkien vähentyminen nostettiin esille. Mielestäni on turha haikailla perinteistä agraarikulttuuria, jossa kylän lapset leikkivät yhdessä pihaleikkejä. Nykypäivän liikkumistrendinä on ohjattu liikunta niin aikuisilla kuin lapsillakin, eikä sitä tule nähdä uhkana vaan mahdollisuutena. Vaihtoehtoinen tulevaisuuden suuntaus on ekologinen liikkuminen, koska autottomien perheiden määrä, tai ainakin elämäntavan saama julkisuus, on kasvanut ja pyöräily on saanut kannatusta. Silloin lapset oppivat perheen mukana kulkemaan itsenäisesti pyörällä, kävellen ja julkisilla kulkuvälineillä, sekä kasvavat liikunnalliseen elämäntapaan.

Tämän päivän lapsilla on enemmän rahaa käytössään kuin aikaisemmin. Lasten oman rahan määrä ja sen käyttövapaus ovat lisääntyneet. Rahankäyttökohteissa muutos on ollut vähäistä, edelleen ostetaan herkkuja kuten ennenkin, mutta lisääntyneen rahan myötä määrät ovat kasvaneet. Raha-asiassa keskustelin terveystieteiden opettajien kanssa niin käyttökohteista, kuin summistakin, mutta kukaan ei maininnut säästämistä. Ilmeisesti elämme nyt hyviä aikoja, koska lapsilla ja nuorilla ei ole muodissa säästää itse isompia hankintoja tai kalliimpia vaatteita varten, vaan vanhemmat rahoittavat lasten kulut. Toisaalta vaihtoehtona on myös se, että asia ei vain sattunut tulemaan

haastatteluissa esille. Yhdistelmänä lasten ja nuorten lisääntynyt oma raha ja itsenäisyys ruokahuollossa eivät ole hyvä asia. Ne lisäävät napostelua, pikaruuansyömistä ja epäsäännöllistä ruokailurytmiä. Samalla hämärtyy myös käsitys ruuan sisällöstä, sen energiamääristä ja siitä, mikä on tavallista arkiruokaa. Itse pidän myös huolestuttavana sitä, että lisääntynyt oma raha helpottaa nuorten päihdekokeiluja ja niiden käyttöä. Vanhempien luottamus lapseensa rahankäyttäjänä on hyvä, mutta liika sinisilmäisyys ei ole lapsen eduksi, eikä suuri rahamäärä automaattisesti opeta lapselle vastuullisuutta.

Yhteiskunnallisissa muutosehdotuksissa nousi suurimpana tekijänä esille perheiden tukeminen. Kaikki terveydenhoitajat kokivat ongelmallisena se, miten saada terveelliset elintavat perheisiin. Monet uskoivat, että perheissä on pääsääntöisesti riittävästi tietoa terveellisistä elintavoista ja ravitsemuksesta, mutta ongelmana on tiedon muuttaminen arjen käytännöiksi. Jotain perheitä kuluttaa muut elämän tilanteeseen vaikuttavat asiat, kuten taloudelliset tai terveydelliset huolet, yksinhuoltajuus, tai ajankäytön ongelmat. Osa terveydenhoitajista toi esille, etteivät halua rasittaa perhettä lisää terveysterrorismilla, vaan odottavat, että perhe hoitaisi ensin muut, isommat huolet kuntoon. Terveellisiä elintapoja ja ruokaremonttia perheessä tehtäisiin vasta kun heillä on siihen aikaa ja voimavaroja. Uskon, että tämä on toimintatapana varmasti hyvä, mutta haluaisin nähdä asiassa myös toisen puolen. Jos perheen ruokarytmi ja muut elintavat saataisiin terveydenhoitajan tai muun tahon tuella saatua kuntoon, se toisi perheelle onnistumisen kokemuksen, sekä säännöllisyyttä ja rytmiä arkeen. Yhdessä nämä tekijät voisivat auttaa moniongelmaisia perheitä arjen hallinnassa.

Koulun asioissa terveydenhoitajat toisivat lisää laatua terveystiedon opetukseen ja lisää liikuntaa koulupäivään, niin lisäliikuntatuntien kuin välituntiliikunnankin myötä. Lyytikäinen (2005, 153–155) on ehdottanut, että terveyslähttöisyys kattaisi koko peruskoulu ajan. Terveyden edistämisen tulisi olla koko kouluyhteisöä yhdistävä toimintaohjelma. Vaikuttamisväylänä toimisivat päivittäistoiminnot, kuten säännöllinen päivärytmi, ruokailu ja liikunta. Terveystiedon opetuksen haaste on se, että alaluokilla se on sisällytetty muihin oppiaineisiin, jolloin se voi sisällöllisesti jäädä muiden asioiden jalkoihin. 5-6 -luokilla terveystiedossa keskitytään oppilaan kasvuun ja kehittymiseen, eikä sisältöön kuulu terveystottumuksia. Yläluokilla terveystieto on omana oppiaineenaan, mutta määrällisesti sitä ei ole paljon. Oppiaineen hajanaisuudesta johtuen on hyvin todennäköistä, että oppilaille jää osa sisällöstä vajavaiseksi. Tavallaan voisi kuvitella, että koulussa terveystiedon opetus on, erityisesti alakoulussa, läpäisyperiaatteella toimiva, aivan kuten Lyytikäinen ehdottaakin, mutta jokin oppiaineen opetuksessa vain ei toimi. On hyvin vaikeaa opettaa terveystietoa johdonmukaisesti ja selkeästi isäntäoppiaineiden vaihtuessa, sisältöteemojen ja

opettajien vaihtuessa. Terveystieto oppiaineena kaipaa kehittämistä. Terveystiedon opettaminen koko koulua ohjaavana asiana olisi hieno, mutta vaikeasti toteutettavissa. Jotta terveystiedon opetukseen saataisiin lisää aikaa, jatkuvuutta ja selkeyttä, tulisi terveystietoa opettaa omana oppiaineenaan myös alakoulussa.

Liikunnan lisääminen koulupäivään on ollut pitkään terveys- ja liikunta-alan tutkijoiden toiveena. Pietilän (2010, 8-9) mukaan liikuntatuntien määrää tulee lisätä, koska koululiikunta on ainoita keinoja tavoittaa juuri ne kaikkein passiivisimmat, jotka eniten liikuntaa kaipaisivat. Karvinen (2008, 34) sanoo, että kaikille luokka-asteille on lisättävä liikuntatunteja. Kaikille yhteisiä liikuntatunteja tulisi lisätä tunti- ja viikkokehykseen yksi tunti joka viikolle, jokaiselle luokkatasolle. Tämän lisäksi tulisi kaksinkertaistaa liikunnan valinnaiskurssien määrää. Liikunnan tukiovetuksen tulisi myös olla mahdollista kaikilla luokka-asteilla. Pekka Puska (2010, 11–12) sanoo, että liikunnan tulee olla tunti- ja viikkokehyksen investointi, ei rasite. Kuitenkin on selvää, että kun jotain lisätään, jotain muuta vähennetään. Perusopetuksen tuntijako kertoo eri oppiaineiden arvostuksesta. Tällä hetkellä voimassa oleva tuntijako vuodelta 2004 suosii teoria-aineita, taito- ja taideaineiden jäädessä paitsioon. Myös aikaisemmin hyvin suositut valinnaiskurssit ovat minimissä, ja ennen niin yleiset liikunta-aiheiset valinnaiskurssit ovat kadonneet.

Oppiaineena liikunta eroaa muista aineista erityispiirteidensä vuoksi. Laakson (2010, 13–15) mielestä yksi koululiikunnan ongelmakohta on se, ettei oppimistavoitteina voi olla kuntoa, terveyttä ja toimintakykyä. Ei hyvää kuntoa voi oppia ja jos elinikäiset terveystavoitteet halutaan saavuttaa, tulee fyysistä aktiivisuutta harjoittaa läpi elämän. Eikä liikuntaa voi opettaa ainoastaan terveystieteiden näkökulmasta, koska riskinä ovat Laakson nimeämät ”terveysterrorismi” ja ”pakkopulla”. Vaikka liikunta onkin terveellistä, se ei riitä ainoaksi motiiviksi liikkumiseen. Koululiikunta herättää tunteita kaikissa. Telama (2010, 18–19) epäilee, että kun liikunnan pitää olla ”kivaa”, riskinä on laadun huononeminen. Hänen mielestään liikunnantarve kouluikäisillä ei toteudu liikuntatuntien mahdollisesta lisäyksestä huolimatta, eikä liikuntatunteja ei saa korvata muulla liikunnalla, koska niiden tehtävä on olla opetustunteja kuten muidenkin koulutuntien. Terveystieteiden ehdotus liikuntatuntien lisäämisestä ei siis ole lainkaan yksinkertainen, mutta kaikki ehdotukset pitävät yllä keskustelua liikunnan lisäämisestä ja liikuntatuntien kehittämisestä. Tutkimusten mukaan kampanjat eivät korvaa koululiikuntaa, vaan ovat sen mauste. Välituntien liikunnallistamisessa tulee huomioda, että välitunnit ovat oppilaiden elpymistaukoja, jolloin heillä tulee olla mahdollisuus olla osallistumatta mihinkään ohjattuun toimintaan. Tämä ei mielestäni kuitenkaan pois sulje terveystieteiden ehdotusta siitä, että välitunneilla tarjottaisiin ohjattua liikuntaa.

LÄHTEET

Painetut lähteet

Aamulehti, 7.3.2010, Terveys: Monet vanhemmat huolestuneet turhaan vauvan "epänormaalista" kasvusta.

Aamulehti. 12.1.2012: Ylipaino pois jo lapsena, edessä terveempi elämä. s. A7

Aamulehti. 17.1.2012: Ravinto painaa painossa.

Aamulehti. 23.2.2012: Lihavuus voi vihjata alkavasta valtimotaudista. s. A8

Aamulehti. 4.4.2012: Äidin lihavuus tekee lapsistakin lihavia aikuisia. s. A15

Eskola, J. & Vastamäki, J. 2007. Teemahaastattelu: Opit ja opetukset. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.). Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: Vinkkejä aloittelevalla tutkijalle. PS-kustanus, Jyväskylä.

Fogelholm, M., 1998. Lihavuuden arviointi. Teoksessa Fogelholm, M., Mustajoki, P., Rissanen, A. & Uusitupa, M. (toim.). Lihavuus, ongelma ja hoito. s. 29–38. WSOY. Helsinki.

Fogelholm, M., 2005, 16. Lapset ja nuoret. Teoksessa Fogelholm, M. ja Vuori, I. (toim.). Terveysliikunta. s.159–170. Duodecim. Jyväskylä.

Fogelholm, M., 2005, Liikunta, ravitseminen ja lasten lihavuus. Liikunta ja tiede nro 5.

Hakala, P., 1999, Painohallintaan kotikonstein. Kansaneläkelaitos. Turku.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino, Helsinki.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

Heikinaro-Johansson, P. & Ryan, S. 2004. Tulevaisuuden koululiikunta -terveyttä edistävää liikuntakasvatusta. s.4-8. Liikunta & Tiede 4/04.

- Helsingin sanomat, 15.5.2006, Elämä & Terveys, Ylipainoinen 11-vuotias on lihava myös aikuisena.
- Helsingin Sanomat, 15.8.2005, Elämä & Terveys, Liikunnan väheneminen lihavuuden riskitekijä.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja Kirjoita. Gummerus kirjapaino oy. Jyväskylä.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino. Helsinki.
- Hynninen, E., Moisio, P., Rinne, M., Taulaniemi, A. 1996. Terveysliikuntaa ryhmässä, opas liikuntaryhmien ohjaajille. UKK-instituutti.
- Härmä, M., Kronholm, E., Kukkonen- Harjula, K., & Fogelholm, M., 2005, Unihäiriöt ja lihavuus, Teoksessa Painavaa asiaa painosta, Konsensuskokous, s. 47–52. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Suomen Akatemia.
- Janson, A., & Danielsson, P., 2003. Painonsa arvoiset. Edita.
- Janson, A., & Danielsson, P., 2005. Painonsa arvoiset. Edita.
- Kautiainen, S., 2008. Nuorten ylipainoisuus ja lihavuus – ajallinen kehitys ja yhteydet painon kokemiseen, sosiodemografisiin tekijöihin ja ruutu aikaan. Akateeminen väitöskirja, Tampereen yliopisto.
- Karvinen, J. 2008. Suositusten toteuttaminen. Teoksessa Lasten ja nuorten liikunnan asiantuntijaryhmä. Fyysisen aktiivisuuden suositus kouluikäisille 7-18-vuotiaille.s.32-42. Nuori Suomi. Opetusministeriö.
- Konsensuslausuma. Konsensuskokous 2005, Lihavuus, painavaa asiaa painosta. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Suomen Akatemia.
- Laakso, L., Nupponen, H., Rimpelä, A. & Telama, R. 2006. Suomalaisten nuorten liikunta-aktiivisuus –Katsaus nykytilaan, trendeihin ja ennusteisiin. s.4-13. Liikunta & Tiede. 43. 1/06.
- Lagström, H., 2005. Lasten lihavuuden erityispiirteet: Epidemiologia. Teoksessa Konsensuskokous 2005. Lihavuus, painavaa asiaa painosta. s.113-121. Suomalainen Lääkäriseura, Duodecim, Suomen Akatemia. Vammalan kirjapaino Oy.
- Laine, T., 2007. Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalla tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. s. 28-45. PS-kustannus. WS Bookwell oy. Juva.
- Lajunen, H-R., Keski- Rahkonen, A., Pulkkinen, L., Rose, R J., Rissanen, A. & Kaprio, J., 2005. Poikien teini- iän harrastusten yhteys ylipainoisuuteen aikuisuuden kynnyksellä. Liikunta ja tiede nro 5.

- Luukko, T. & Huisman, T., 2002. Liikuntaa leikkien ja oppien. Teoksessa Saloranta, O. (toim.). Ensimmäiset kouluvuodet, perusopetuksen vuosiluokkien 1-2 opetus. s. 197- 204. Opetushallitus. Vammala.
- Lyytikäinen, A., 2005. Koululaitoksen mahdollisuudet lasten ja nuorten lihavuuden ehkäisyssä. Teoksessa Konsensuskokous 2005. Lihavuus, painavaa asiaa painosta. s.153-166. Suomalainen Lääkäri-seura, Duodecim, Suomen Akatemia. Vammalan kirjapaino Oy.
- Mustajoki, P. & Lappalainen R., 2001. Painonhallinta ohjaajan opas. Duodecim. Hämeenlinna.
- Mustajoki, P., 2006. Mitä sanat liikapaino, ylipaino ja lihavuus tarkoittavat? Suomen lääkäri-lehti 19/2006, 61.vsk.
- Nissinen, A., 2005. Liikunnan väheneminen tärkeä syy BMI:n kasvuun tytöillä. Suomen lääkäri-lehti 35/2005, 60.vsk.
- Nuori Suomi ry: n lasten ja nuorten liikunnan asiantuntijaryhmä, liikuntasuositusryhmä: Heinonen, O., Kantomaa, M., Karvinen, J., Laakso, L., Lähdesmäki, L., Pekkarinen, H., Stigman, S., Sääkslahti, A., Tammelin, T., Vasankari, T. & Mäenpää, P. 2008. Fyysisen aktiivisuuden suositus kouluikäisille. Teoksessa Lasten ja nuorten liikunnan asiantuntijaryhmä. Fyysisen aktiivisuuden suositus kouluikäisille 7-18-vuotiaille.s.16-31. Nuori Suomi. Opetusministeriö.
- Palomäki, S. 2010. Pääkirjoitus. Liito, liikunnan ja terveystiedon opettaja 1/10.
- Pietilä, M. 2010. Opetushallituksen kuulumisia: tulevaisuutta tehdään nyt. Liito, liikunnan ja terveystiedon opettaja 1/10.
- Puska, P. 2010. Koululiikunnan lisäys on investointi tulevaisuuteen. s.10-12. Liito, Liikunnan ja terveystiedon opettaja –lehti 1/10.
- Rehunen, S. 1997. Terveys ja liikunta. Gummerus kirjapaino oy. Jyväskylä.
- Rikala, K., 1998. Laihdu terveesti. Yliopistopaino, Helsinki
- Rissanen, A., 1998. Lihavuus Suomessa. Teoksessa Fogelholm, M., Mustajoki, P., Rissanen, A. & Uusitupa, M. (toim.). Lihavuus, ongelma ja hoito. s. 12–18. WSOY. Helsinki.
- Suomen lääkäri-lehti 35/2005, 60.vsk, Lyhyesti: Useat tekijät ennakoivat lapsen lihavuutta.
- Tammelin, T., Karvinen, J. & Laakso, L. 2008. Kaksi tuntia liikuntaa koululaisten arkeen: Istuva elämänmeno vaatii vastapainon. Liikunta & Tiede. 45. 2-3/08.
- Telama, R. 2010. Lupaavia kuulumisia eduskunnasta? s.18-19. Liito, liikunnan ja terveystiedon opettaja –lehti 1/10.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosake yhtiö Tammi, Helsinki.
- Vanhala, M., 2012, Lapsen ylipaino – riskitekijät, tunnistaminen ja elintavat. Akateeminen väitöskirja, Oulun yliopisto.

Välimaa, R. & Ojala, K., 2005, Nuoret ja lihavuus: Arkielämän kokonaisuudessa avaimet painonhallintaan. Liikunta ja tiede nro 5.
Suomen lääkärilehti 35/2005, 60.vsk, Lyhyesti: Useat tekijät ennakoivat lapsen lihavuutta

Painamattomat lähteet

Dunkel, L., 2010, Uudet suomalaiset kasvukäyrät ja –seulat kasvun seurannan tukena. 9.11.2010.
http://www.stakes.fi/kasvunkumppanit/Dunkel_Leo_KE.pdf. Luettu 11.2.2012 .

Hermanson, E., Lapsen lihavuus, lapsiperheen oma kirja, 7.1.2008.
www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lok00081. Luettu 24.1.2012.

Kautiainen, S., 2008, Väitöskirjan lehdistötiedote. Overweight and obesity in adolescence – secular trends and associations with perceived weight, sociodemographic factors and screen time (Nuorten ylipainoisuus ja lihavuus – ajallinen kehitys ja yhteydet painon kokemiseen, sosiodemografisiin tekijöihin ja ruutuaikaan). <http://www.uta.fi/kirjasto/vaitokset/2008/2008090.html>. Luettu 11.2.2012.

Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Stakes. Stakes, oppaita 51. Helsinki.
http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/Oppaita51_2002.pdf. Luettu 21.1.2012.

Kouluterveydenhuollon laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:8. Suomen kuntaliitto. Helsinki 2004. <http://pre20090115.stm.fi/pr1092909444623/passthru.pdf>. Luettu 21.1.2012.

Lahti-Koski, M., Lihavuus, Suomalaisten terveys, 18.7.2005.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00017. Luettu 24.1.2011.

Lasten endokrinologian kotisivu, <http://www.lastenendokrinologit.net/kirja/index.html> . Luettu 5.1.2012.

Lasten lihavuus (online). Käypä hoito – suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lastenlääkäriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2005 (viitattu 24.1.2011). Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi

Lasten lihavuus, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, 14.1.2005.
www.hus.fi/default.asp?path=1;32;818;1733;3727;7837

Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet 2004.
http://www.oph.fi/download/139848_pops_web.pdf Luettu 24.5.2012.

Taalu, A., 2010, Pienryhmämuotoinen ravitsemus- ja liikuntainterventio lasten ylipainon ja lihavuuden ehkäisyssä. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta. Kvasikokeellinen interventiotutkimus. <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8097-3>. Luettu 21.1.2012

Voutilainen, E., Ravinto ja terveys. Ravitsemustieteen perusteita – verkkoaineisto. HY/Avoim yliopisto. www.avoin.helsinki.fi/materiaalit/ravitsemustiede/rav_terv.pdf. Luettu 12.5.2006.

Voutilainen, E., Ravintoaineet ja energia. Ravitsemustieteen perusteita –verkkoaineisto. HY/Avoim yliopisto. www.avoin.helsinki.fi/materiaalit/ravitsemustiede/ravaine_pdf.pdf. Luettu 12.5.2006.

Vuorela, N., 2011, Body Mass Index, Overweight and Obesity Among Children in Finland A Retrospective Epidemiological Study in Pirkanmaa District Spanning Over Four Decades. University of Tampere. <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8446-9>. Luettu 23.1.2012

Kubik, My., Story, M. & Davey, C. 2007. Obesity prevention in schools: current role and future practice of school nurses. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17451804>. Luettu 9.4.2012.

LIITTEET

Liite 1: Kutsu haastattelututkimukseen

Kutsu haastattelututkimukseen

15.1.2012

Hei,

Opiskelen luokanopettajaksi Tampereen yliopiston opettajankoulutuslaitoksessa ja teen pro gradu – tutkielmani kouluikäisten lihavuudesta. Tutkimus toteutetaan Xxxxx kunnassa tapaustutkimuksena, haastattelemalla kouluterveydenhoitajia ja koulupsykologeja.

Halutessanne teillä on mahdollista valmistautua haastatteluun haastattelukysymyksien avulla.

Taustakysymykset:

1. Koulutustaustanne?
2. Kauanko olet työskennellyt kouluterveydenhuollossa?
3. Kauanko olet työskennellyt tässä koulussa?
4. Kuinka paljon teille kuuluu oppilaita kouluterveydenhoidossa?

Haastattelukysymykset:

1. Oletko havainnut lihavien oppilaiden määrässä muutosta?
2. Onko lihavuudella vaikutusta oppilaan koulunkäyntiin?
3. Vaikuttaako oppilaan lihavuus poissaolojen määrään?
4. Onko poissaoloissa havaittavissa painottumista tiettyihin oppiaineisiin?
5. Onko lihavuudella vaikutusta oppilaan harrastuksiin?
6. Onko lihavuudella vaikutusta oppilaan ystäväpiiriin?
7. Onko lihavilla oppilaille terveydellisiä ongelmia?
8. Vaikuttaako oppilaan lihavuus kouluterveydenhuollon palveluiden käytön määrään?
9. Miksi lihavuudesta on tullut yhteiskunnallinen ongelma?
10. Miten ongelmaan pystyttäisiin vaikuttamaan yhteiskunnassa?

Ystävällisin terveisin,

Virnareeta Väisänen

virnareeta.vaisanen@uta.fi

0xx-xxx xxxx

Liite 2: Haastateltavan suostumus tutkimukseen

HAASTATELTAVAN SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN

Olen saanut riittävästi tietoa tutkimuksesta:

”Kouluikäisten lasten lihavuus”

Suostun vapaaehtoisesti esitettyyn tutkimukseen ja haluan toimia tiedonantajana. Olen tietoinen, että haastatteluni nauhoitetaan. Tutkimusaineistoa voidaan käyttää ja analysoida ainoastaan tätä tutkimusta varten.

Edellytän, että minulta saatuja tietoja saa käyttää vain tämän Pro gradu-tutkielman tutkija. Tulokset ilmaistaan siten, ettei yksittäisen henkilön tai kouluyhteisön tietoja voida tunnistaa.

Tutkimusraportin kirjoittamisen jälkeen nauhoitetut aineistot hävitetään asianmukaisesti.

Olen saanut tutkimuksesta riittävästi tietoa ja vahvistan suostumukseni allekirjoituksella. Voin keskeyttää tutkimuksen ilman erillistä syytä milloin tahansa.

Aika ja paikka: _____

Allekirjoitus ja nimenselvennys: _____

Yhteistyöstä kiittäen,

Suostumuksen vastaanottaja/tutkija: _____

Virnareeta Väisänen, KM-opiskelija

Liite 3: Teemahaastattelurunko

Haastattelulomake

Pvm: _____

klo: _____

Haastateltavan nimi: _____

Paikka: _____

Taustakysymykset:

- Oma koulutustausta? _____
- Kauanko työskennellyt kouluterveydenhuollossa? _____
- Kauanko työskennellyt tässä koulussa? _____
- Kuinka paljon oppilaita? _____

Haastattelukysymykset: (Huom. kirjoita ylös jatkokysymykset)

1. Oletko havainnut lihavien oppilaiden määrässä muutosta?
2. Onko lihavuudella vaikutusta oppilaan koulunkäyntiin?
3. Vaikuttaako oppilaan lihavuus poissaolojen määrään?
4. Onko poissaoloissa havaittavissa painottumista tiettyihin oppiaineisiin?
5. Onko lihavuudella vaikutusta oppilaan harrastuksiin?
6. Onko lihavuudella vaikutusta oppilaan ystäväpiiriin?
7. Onko lihavilla oppilaille terveydellisiä ongelmia?
8. Vaikuttaako oppilaan lihavuus kouluterveydenhuollon palveluiden käytön määrään?
9. Miksi lihavuudesta on tullut yhteiskunnallinen ongelma?
10. Miten ongelmaan pystyttäisiin vaikuttamaan yhteiskunnassa?

Muistiinpanoja:

Liite 4: Näyte litteroidusta haastattelusta A.

Haastattelu A

V: Virnareeta

Ha: Haastateltava

V: 9. Miksi lihavuudesta on tullut yhteiskunnallinen ongelma? Sä olet jo siitä puhunut, et se on sen perheen ongelma.. mutta liittyykö siihen just esimerkiksi näitä , että kun sä olet tavannut näitä perheitä ongelman tiimoilta, niin siinä perheessä sitten muita ongelmia, tai kasautuvuutta tai mitä siellä sitten on taustalla?

Ha: Jos mietitään sitä perhettä, ja ongelmaa ylipaino, niin kyllähän se on hyvin moniulotteinen asia, eikä ollenkaan yksiselitteinen ja siellä on monta asiaa sellasta, mihin pitäisi kiinnittää perheasioissa huomiota, se jo mitä minä teen työssäni, niin mä kartotan sitten kyllä sitä perheen ruokailukulttuuria ensin täällä nuoren kanssa, ja jos täällä selkeästi herää puutteita ja huolia, niin mä jatkan sitä keskustelua vanhemman kanssa. Mä tarjoan myös vanhemmalle tänne mukaantuloa uudelle ajalle, tänne minun vastaanotolle, niin aika huonosti ne vanhemmat siihen tarttuu. Et joitakin vanhempia mä olen tänne saanut, mutta lähtökohtaisesti ne vanhemmat jotenkin ei uskalla enää sitten tulla, enää yläkouluikäisen nuoren kanssa tänne luokseni, mutta puhelimesta joka tapauksessa niitä asioita käydään läpi sen vanhemman kanssa. Ja siellä löytyy kyllä siellä ruokailukulttuurissa puutteita, sieltä löytyy hyvin sellainen jääkaappi napostelu syöminen, ettei syödä perheessä säännöllisesti, ei ole yhteistä ruokahetkeä iltapäivän, illan aikana. Ei panosteta siihen monipuoliseen, terveelliseen syömiseen vaan se on sitä että löytyy niitä valmisruokia sieltä jääkaapista, mitä nuoret sitten lämmittää itselleen.

Ja sitten nuorilla on valtavasti rahaa käytössä, niillä on ihan uskomattomia määriä itsellään rahoja, mitä ne saa käyttää ihan miten ne haluaa. Ja totta kai nää herkut ja makeat on se nuorten juttu, ja juomat ja limsat ja energiajuomat ja kaikki mahdolliset, niin on se juttu mihin sitä rahaa käytetään ja koulupäivän jälkeen on kiva mennä tonne kauppaan ja ostaa sitten se herkkupussi ja limsapullo ja syödä se niin sanottuun iltapäivän nälkään, kun koulussakin oli niin paha ruokaa,

ettei sinnekkään voinut mennä syömään. Niin onhan siinä herkkuhimo ihan valtava siinä vaiheessa. Kun sitä rahaa on, niin sitä käytetään ja totta kai sitä käytetään tollaseen.

V: onks teillä automaattia täällä?

Ha: Ei, meillä on automaatti, mutta ei makeisautomaatti, vaan sellanen välipala automaatti, mistä löytyy pillimehua, jukurttia, välipalakeksiä, rusinoita, kuivattuja hedelmiä, pähkinöitä, tän tyylisiä

V: Tällänen terveellinen ratkasu..

Ha: Jooh, mutta meillä kyllä pitää oppilaskunta kerran pari viikossa kioskia puolen päivään aikaan, yhdellä välitunnilla, missä myydään karkkia.

V: Onko se kahvi-pulla ja karkki kioski vai.. vain karkki?

Ha: Se on karkkia enemmänkin.

V: joo, siinä tuli lähinnä tää ruokailukulttuurin muutos ja raha

Ha: jo, sit tuli raha, niin tuli. Se on periaatteessa ne, jotka nuoren elämässä näkyvät, ne tekijät.

Ha: Sitten hyötyliikuntahan on sellanen asia mikä on viime vuosi kymmeninä vähentynyt, jos mä mietin minua, kun mä olen ollut lapsi, niin joka paikkaanhan mentiin kävellen tai omalla pyörällä, ja harrastuksetkin, nekin oli lähellä ja tänä päivänä, tota noin niin ... kaveriakin lähetettiin hakemaan vielä, nimenomaan jos kaveria kaivattiin, niin sitä mentiin soittamaan ovikelloa! Nyt soitetaan kännykällä tai pistetään facebookkiin viestiä, et voitko olla, tai sitten keskustellaan facebookin kautta, eikä lähdetä sieltä huoneestaan mihinkään ja kouluunkin vanhemmat tuo liian helposti nuortansa autolla kun on liian kylmä tai sataa vettä tai on niin pitkä matka, ettei se nyt viitsi mennä sitä matkaakaan itse omin voimin, niin helposti me aikuiset palvelaan, itse omia lapsia, ja hoidetaan valmista kyytiä paikasta A paikkaan B, jolloin tää perusliikunta on huomattavasti vähentynyt, arjen aktiivisuus, se häviää.

Ha: Tietenkin jos miettii sitä kauppaa, jonne nuori menee ostamaan sitä karkkipussiaan tai sipsipussiaan, tai limsapulloaan, niin isot pussit on halvempia kuin pienet pussit. Ja yhteen aikaan niitä pieniä pusseja ei ollutkaan, nyt on taas tullut viime vuosina, mutta kuitenkin pääsääntöisesti ne on niitä valtavia jumbopusseja..

Liite 5: Näyte litteroidusta haastattelusta B.

Haastattelu B

V: Virnareeta

Ha: Haastateltava

9. Miksi lihavuudesta on tullut yhteiskunnallinen ongelma? Siinä tuli noita isompia pakkauksia jo.. ja..

Ha: Niin joo.. Kyllä kai tää on muuttunut vähän tälläseks, mitä mä sanoinkin, vähän samanlaiseks kuin aikuisillakin, et palkitaan itseä jollain hyvällä, oli se sitten alkoholia tai hyvää syömistä, tai sitten syödään suruun ja kyllä tässä varmaan on mallioppimistakin tavallaan, et näitä tunteita käsitellään näin, et kyllähän mielihyvä juttu on varmaan semmonen kanssa, et kaiken pitäis olla hyvää ja kivaa ja mukavaa. Kyllä mun mielestä tääkin, et mitä viimeks puhuttiin, että on perheitä jolla on voimavarat vähissä ja on raskasta ja vaikeeta, niin totta kai se vaikuttaa vanhempien jaksamiseen ja siihen, minkälaista ruokaa siellä kotona on tarjolla ja mitä pystytään ja kuinka voidaan auttaa ja tukea sitä lasta ja tavallaan vahtia sitä syömistä ja tarjota niitä vaihtoehtoja.

V: Eli ruokakulttuurissa on tapahtunut muutosta?

Ha: Joo on, on sillai, että tää on varmaan just sillai, et mikä varmaan monessa muussakin, et kyllähän täällä kouluterveydenhoidossakin näkyy, et suurin osa on niitä jotka voi hyvin ja joissa on asiat viimesen päälle hyvin perheissä ja tehdään ja yritetään kauheesti. Ja sitten on niitä, pieniosa, joilla ei ole voimavaroja samaan, eikä mahdollisuuksia. Kyllä tää tämmöstä eroavaisuutta on jonkin verran.

V: 10. Miten ongelmaan pystyttäisiin vaikuttamaan yhteiskunnassa?

Ha: Mikähän sitten perheitä auttais siinä arjen hallinnassa.. et oikeesti on sellaisiakin ihmisiä, jotka ei osaa laittaa ruokaa, siis tälläistä perus kotiruokaakaan. Mä mietin aina, et kuinka ne on selvinnyt jostain kotitaloustunneiltakaan, siis oikeesti ei ihan kaikki osaa. Sitten on näitä tosiaan yksinhuoltajaperheitä joissa on voimavarat vähissä tai muuta. Et mikä siihen sitten olis apuna. En mä tiedä.

V: Pystyiskö jotain lapsen elämässä näkyviä asioita muuttamaan, et onko koulussa jotain, mitä tarvii muuttaa..?

Ha: Niin. En mä tiedä. Joskus jopa tuntuu tiedäksää niin, ettäkun me puhutaan, et on lautasmallia ja terveellinen ruoka on tällästä ja tällästä, mitä jos lapsi sanoo, et ei meillä ole koskaan hedelmiä, ei meillä ole rahaa ostaa sitä tai tätä. Ja ei ole niin täynnä (jääkaappi?). Tehdäänks me jopa joskus hallaa, ettei se lapsi niinku syyllistyy siitä. Ettei korosta sitä, että lapsen kotona on erilainen tilanne kuin muilla. Kun jollain ei oikeesti ole mahdollisuutta, tai vanhemmat ei ainakaan osaa. Niin joskus tulee mieleen, et voi surku. Tottakai me ohjataan ja kerrotaan ja opastetaan. Et mikä se lapsen kokemus siitä sitten on, et hei, ei meillä olekaan.. Kun ei siihen pystykään puuttumaan.

V: Me mietittiin näitä perheen asioita. Onko yhteiskunnassa jotain konkreettisia asioita, joilla vois tota lihavuusongelmaa vähentään?

Ha: Nii, kyllä kai näitä kaikennäköistä tietysti voi tehdä ja varmaan yritetäänkin, mutta mikä sitten olis semmonen viisasten kivi, mikä siinä sitten auttais. Kyllähän siis tää tämmönen asenne ja sitten tämmönen yleensä aktiivisuus. Useinhan kun juttelee vanhempien kanssa, niin eihän tää ole lapsen asia, vaan teidän pitäis koko perheen miettiä ja lähteä liikkeelle ja yhdessä. Että eihän voi yhden perheenjäsentä vain vaatia tekemään muutosta, vaan koko perhe yhdessä mietitte ja katotte et mitä voi tehdä. Aatellaan, et ei lapsen kohdallakaan tarvi olla, et paino lähtis putoomaan, vaan riittää et pysyis vaan paikallaan samalla kun kasvaa. Kyllä kait se samanlainen valistus ja se et puhutaan kuitenkin näistä asioista.

V: Niin, ehkä siinä tulee välillä semmonen mieleen, et mikä minä olen heille sanomaan, muuttamaan perhein asioita.. ?

Ha: Siis sepä se on, kun sen tietää ettei se ole helppoa! Jos pitkään on ollut tietyt toimintatavat. Ja siis tavat jo, kuinka laitetaan ruokaa, niin nehän periytyy jo edelliseltä sukupolvelta, ja makutottumukset ja semmoset. Et kuinka niihin voi vaikuttaa ja sillai. Ei mun mielestä ole yhtään hassumpaa, et kunnassa vois joskus olla, nythän oli jossain, et martat järjestää perusruokakurssin, ei mun mielestä yhtään hassumpaa olis. Kun joskus lastenneuvolan terveydenhoitajat sanoo kuinka pitää kädestä pitäen kertoa et miten perunat keitetään ja muusataan vauvalle. Ei se ole kaikille ollenkaan selvää. Aattelee just että tälläisille perusruokakurssille vois moni osallistua.

