

Riina Hämäläinen ja Eevi Niskanen

**KAINUULAISTEN 20 - 40 -VUOTIAIDEN NAISTEN YLIPAINON YHTEYS
RAVITSEMUS- JA LIIKUNTATOTTUMUKSIIN**

Opinnäytetyö
Kajaanin ammattikorkeakoulu
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyön koulutusohjelma
Syksy 2012



Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma
Tekijä(t) Riina Hämäläinen ja Eevi Niskanen	
Työn nimi Kainuulaisten 20 - 40 -vuotiaiden naisten ylipainon yhteys ravitsemus- ja liikuntatottumuksiin	
Vaihtoehtoiset ammattipinnot Terveydenhoitotyö	Ohjaaja(t) Kirsi Huotari Toimeksiantaja Kainuun maakunta -kuntayhtymä
Aika Syksy 2012	Sivumäärä ja liitteet 67 + 1
<p>Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvailla kainuulaisten 20–40 –vuotiaiden naisten ylipainon ilmenemistä ja sen yhteyttä liikunta- ja ravitsemustottumuksiin. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, joka auttaa kainuulaisia kuntapäittäjiä ja terveydenhuollon ammattilaisia suunnittelemaan ja toteuttamaan ylipainoon liittyviä terveyden edistämisen toimia. Työn on tilannut Kainuun maakunta-kuntayhtymä.</p> <p>Opinnäytetyömme tutkimusongelmat olivat: Millaista ylipaino on kainuulaisilla 20–40 –vuotiailla naisilla? Millainen yhteys kainuulaisten 20–40 –vuotiaiden naisten ylipainolla on ravitsemus- ja liikuntatottumuksiin?</p> <p>Opinnäytetyömme oli luonteeltaan määrällinen. Käytimme opinnäytetyömme aineistona valmista Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tuottamaa aineistoa Alueellisesta terveys- ja hyvinvointitutkimuksesta (ATH). ATH-tutkimuksen aineisto on kerätty kyselylomakkeella ja opinnäytetyöhömme otimme mukaan ravitsemukseen ja liikuntatottumuksiin liittyvät kysymykset. Otoksenamme oli 357 kainuulaista 20–40 –vuotiasta naista, joiden painoindeksi vaihteli 16,37 ja 46,31 kg/m², keskimääräinen painoindeksi oli 25,08 kg/m². Aineiston analysointiin käytimme SPSS-ohjelmaa ja etsimme ylipainon ja ravitsemus- ja liikuntatottumusten väliltä yhteyksiä ristiintaulukoinnin ja teorian avulla.</p> <p>Kainuulaisten 20-40 –vuotiaiden naisten ruokailutottumukset ovat keskimäärin suositusten mukaisia. Tuoreiden ja kypsennettyjen kasvien syönti oli suosituksiin nähden vähäistä, eritoten huomattavan ylipainoisilla. Useimmat käyttivät sokerisia tuotteita maltillisesti, mutta huomattavan moni käytti niitä useina päivinä viikossa. Melko harva ruokaili työ- tai opiskelupaikkaruokalassa, vaikka sellaiseen olisi ollut mahdollisuus. Tutkimukseen osallistuneista suurin osa harrasti liikuntaa suositusten mukaisesti. Kestävyyskunto oli yleisesti ottaen melko huono, paras kestävyyskunto oli normaalipainoisilla. Tutkimukseen osallistuneet istuivat vapaa-ajallaan melko paljon, yksittäisissä aktiviteeteissa määrät eivät olleet huomattavia, mutta yhteenlaskettuna istumiseen käytetty aika oli suuri.</p> <p>Opinnäytetyömme tuloksia voivat hyödyntää kaikki terveydenhuollon ammattilaiset omassa työssään esimerkiksi ravitsemus- ja liikuntaneuvonnan yhteydessä ja kuntapäittäjät esimerkiksi järjestäessään harrastusmahdollisuuksia. Jatkotutkimusaiheina voisi olla muun muassa vertailu muuhun Suomeen tai pitkittäistutkimus ravitsemus- ja liikuntatottumusten kehittymisestä.</p>	
Kieli	suomi
Asiasanat	terveysliikunta, istuminen, lihavuus
Säilytyspaikka	<input checked="" type="checkbox"/> Verkkokirjasto Theseus <input type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjasto

School Health and Sports	Degree Programme Nursing
Author(s) Hämäläinen Riina and Niskanen Eevi	
Title Relationship Between Overweight and Nutrition and Physical Activity Among 20-40-year-old Women in Kainuu	
Optional Professional Studies Public Health Nursing	Instructor(s) Huotari Kirsi
	Commissioned by the Joint Authority of Kainuu Region
Date Autumn 2012	Total Number of Pages and Appendices 67 + 1
<p>The purpose of this thesis was to describe overweight among 20-40-year-old women in Kainuu and the relationship between overweight and nutrition and physical activity. The aim of this thesis was to produce information that would help municipal councils in the Kainuu region and health care professionals to plan and implement overweight-related health promotion measures.</p> <p>The research problems of this thesis were: 1. how overweight are the 20-40-year-old women in Kainuu? and 2. what kind of relationship does overweight have with nutrition and physical activity?</p> <p>This thesis was quantitative by nature. Already existing data from the Regional Health and Welfare Research (ATH) collected by National Institute of Health and Welfare was used as material. The ATH research data was collected by using a questionnaire, and nutrition and physical activity related data was used for this thesis. The sample of this thesis was 357 20-40-year-old women from Kainuu. Their Body Mass Index (BMI) varied between 16.37 and 46.31 kg/m². The average BMI was 25.08 kg/ m². The SPSS program was used to analyze the data.</p> <p>The results showed that 20-40-year-old women in Kainuu ate mainly according to the Finnish nutrition recommendations, although the consumption of fresh and cooked vegetables was scarce, especially among the significantly overweight. Sugary products were mostly used in moderation but considerably many used them on several days a week. Even with the possibility to eat lunch in a work or student cafeteria, few used the possibility. The most did physical exercises according to the recommendations. Endurance was quite poor by average. The women sat quite a lot in their leisure time.</p> <p>The results of this thesis can be used by all health care professionals in their field and municipal councils when planning leisure time activities. Following research topics could be, for example, comparison between Kainuu and Finland or longitudinal research on the development of nutrition and physical activity habits.</p>	
Language of Thesis	Finnish
Keywords	Health exercise, sedentary lifestyle, obesity
Deposited at	<input checked="" type="checkbox"/> Electronic library Theseus <input type="checkbox"/> Library of Kajaani University of Applied Sciences

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 KAINUU TUTKIMUSYMPÄRISTÖNÄ	3
3 TERVEYDEN EDISTÄMINEN	5
4 NAISTEN YLIPAINO JA SEN MERKITYS	10
5 RAVITSEMUSTOTTUMUSTEN YHTEYS YLIPAINOON	13
6 LIIKUNTATOTTUMUSTEN YHTEYS YLIPAINOON	16
7 TUTKIMUSONGELMAT	19
8 TUTKIMUSMENETELMÄT	20
9 TULOKSET	22
9.1 Taustatietoja	22
9.2 Painon yhteys ruokailutottumuksiin	23
9.2.1 Rasvaisten tuotteiden käyttö	25
9.2.2 Kalan syönti	30
9.2.3 Kasvisten, hedelmien ja marjojen syönti	31
9.2.4 Hampurilaisten, pizzan tai muiden suolaisten piiraiden syönti	35
9.2.5 Sokeristen tuotteiden käyttö	36
9.2.6 Tumman leivän käyttö	39
9.2.7 Ruokailut	39
9.2.8 Alkoholin käyttö	42
9.3 Painon yhteys liikuntatottumuksiin	44
9.3.1 Kestävyyskunto	46
9.3.2 Työajan liikunta	48
9.3.3 Vapaa-ajan liikunta	49
9.3.4 Rasittava liikunta	50
9.3.5 Istuminen	51
10 JOHTOPÄÄTÖKSET	58
10.1 Kainuulaisten 20–40 –vuotiaiden naisten ylipaino	58

10.2 Kainuulaisten 20–40 –vuotiaiden naisten ravitsemustottumukset	58
10.3 Kainuulaisten 20–40 -vuotiaiden naisten liikuntatottumukset	60
11 POHDINTA	63
11.1 Luotettavuus	63
11.2 Eettisyys	64
11.3 Tulosten hyödyntäminen	64
11.4 Jatkotutkimusaiheet	66
LÄHTEET	68
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Ylipaino on kasvava haaste suomalaiselle terveydenhuollolle. Ylipaino yleistyy edelleen (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 9) ja sen mukana ylipainoon liittyvät sairaudet ja muut vaivat. Ylipaino kasvattaa huomattavasti riskiä sairastua moniin sairauksiin, kuten esimerkiksi 2-tyyppin diabetekseen, sydän- ja verisuonisairauksiin, tuki- ja liikuntaelinsairauksiin ja eräisiin syöpiin. (Suomalainen lääkäriseura Duodecim 2005, 2693.)

Ylipainolla on lisääntymisikäisille naisille omanlaisensa merkitys, sillä Anttilan (2008, 2438) mukaan ylipaino vaikeuttaa raskaaksi tulemistä ja altistaa monille raskausajan komplikaatioille, kuten raskausmyrkytykselle ja raskausajan diabetekselle. Raatikaisen, Härmän ja Randellin (2010, 1103) mukaan painoindeksi nousi vuosina 1982–1997 eniten juuri lisääntymisikäisillä naisilla. Tämän vuoksi haluammekin tutkia erityisesti lisääntymisikäisten eli 20–40 –vuotiaiden naisten ylipainoa.

Ylipaino johtuu pohjimmiltaan energiansaannin ja –kulutuksen epäsuhdasta (Hänninen, Kaukua & Sarlio-Lähteenkorva 2006, 1625) eli liian energiapitoisesta ruokavaliosta liikuntatottumuksiin nähden. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena onkin kuvailla, mihin ravitsemus- ja liikuntatottumuksiin kainuulaisten 20–40 naisten ylipainolla näyttäisi olevan yhteys. Lisäksi selvitämme, millaista ylipaino on kainuulaisilla 20–40 –vuotiailla naisilla eli kuinka vaikeasti ylipainoisia he ovat. Hyödynnämme opinnäytetyössämme Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tuottamaa aineistoa Alueellisesta terveys- ja hyvinvointitutkimuksesta vuodelta 2010.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa kainuulaisille kuntapäättäjille ja terveydenhuollonammattilaisille tietoa kainuulaisten naisten ylipainosta, jotta terveydenhuollon toimet osataan kohdentaa tarpeellisiin asioihin etenkin ravitsemus- ja liikuntaneuvonnan osalta.

Olemme terveydenhoitajaopiskelijoita ja tulevassa ammatissamme tulemme todennäköisesti kohtaamaan eri elämäntilanteissa olevia naisia, joista merkittävä osa on ainakin lievästi ylipainoisia. Siksi haluamme tuntea naisten ylipainon erityispiirteitä, jotta voimme työssämme ohjata asiakkaita painonhallinnassa asiakaslähtöisesti.

Koulutusalamme kompetensseista tähän opinnäytetyöhön liittyy terveyden edistämisen osaaminen, yksilön, perheen, ryhmän ja yhteisön terveydenhoitotyön osaaminen ja yhteiskunnallisen terveydenhoitotyön osaaminen. Terveyden edistäminen opinnäytetyössämme näkyy siten, että tuloksista näemme, mihin asioihin ylipainoisten terveysneuvonnassa tulisi kiinnittää huomiota. Yksilön, perheen, ryhmän ja yhteisön terveydenhoitotyön osaamista edistää perehtyneisyys ylipainoon ja siihen liittyviin moninaisiin syihin. Yhteiskunnallista terveydenhoitotyön osaamista edistää yhteistyö opinnäytetyön tilaajan kanssa ja se, että opinnäytetyöstä koostetaan kuntapäätäjille ja terveydenhuollon ammattilaisille tiivistelmä, jonka avulla he voivat tuottaa terveyttä edistäviä palveluita.

Kajaanin ammattikorkeakoulussa oli valmistumassa yhtä aikaa kuusi ATH-tutkimukseen liittyvää opinnäytetyötä meidän lisäksemme. Koska aiheilla oli paljon yhteistä, joitakin teoriataustaan liittyviä asioita päätettiin tuottaa yhteiskirjoittamisella: ”Kainuu tutkimusympäristönä”, ”Terveyden edistäminen” ja ”Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus”. Yhteiskirjoittamiseen osallistuivat meidän lisäksemme Juhon Kempainen, Marjo Kervinen, Mari Kettunen, Samuli Korhonen, Petra Koskensalmi-Leinonen, Jaana Kyllönen, Hannele Partanen, Matti Pohjola, Kirsi Saukko ja Nina Soinivaara.

2 KAINUU TUTKIMUSYMPÄRISTÖNÄ

Kainuu sijaitsee itäosassa Oulun lääniä Oulujärven ja Oulujoen vesireitin ympärillä. Kainuun kokonaispinta-ala on 24 456 km², josta maapinta-alaa on 21 571 km². Maakunnan muodostavat kaksi kaupunkia Kuhmo ja Kajaani sekä kunnat Sotkamo, Vaala, Paltamo, Puolanka, Hyrynsalmi, Ristijärvi ja Suomussalmi. (Heikkinen & Komulainen 1999, 11.)

Vuonna 2010 Kainuun asukasluku oli 82 073. Asuminen Kainuussa on keskittynyt pääasiallisesti kuntakeskuksiin. Kainuun asukkaat jakautuvat kuntiin seuraavasti: Eniten asukkaita on Kajaanissa (38 157) ja Sotkamossa (10 702) ja seuraavana tulevat Kuhmo (9 492), Suomussalmi (9 156), Paltamo (3 884), Vaala (3 370), Puolanka (3 063), Hyrynsalmi (2 736), Ristijärvi (1 513). (Kainuun maakunta-kuntayhtymä, 2010b.)

Vuonna 2003 eduskunta säätöi lain Kainuun hallintokokeilusta. Tämän kokeilun tarkoituksena oli edistää Kainuun alueen kehitystä ja vahvistaa sen tulevaisuutta lisäämällä maakunnallista itsehallintoa ja kuntien välistä yhteistyötä. (Kainuun maakunta-kuntayhtymä, n.d. a.) Perttusen (2002) mukaan maakuntahallintokokeilun käynnistymiseen juuri Kainuussa, vaikuttivat Kainuun heikot tulevaisuudennäkymät: Asukasluvun pieneneminen, väestön väheneminen ja työpaikkojen supistuminen sekä koko maakunnan kuntatalouden heikkeneminen, sillä hallintokokeilua edeltäneet hallinto- ja budjettirakenteet eivät olisi riittäneet kaikkien tarvittavien toimien järjestämiseen. Kainuun sopivuutta hallintokokeiluun tukivat myös Kainuun riittävä väestöpohja ja alueen sopiva koko. (Perttunen 2002, 6–9.)

Opinnäytetyön tekohetkellä Kainuussa Kainuun maakunta -kuntayhtymän toiminta kattoi kaikkien Kainuun kuntien osalta sosiaali- ja terveydenhuollon lukuun ottamatta päivähoitoa. Toiminta kattaa myös toisen asteen koulutuksen, Kainuun keskussairaalan ja entisen Kainuun liiton palvelut. Poikkeuksena on Vaalan kunta, joka ei kuulu organisaatioon. Kainuun hallintokokeilu alkoi 2005 ja on päättymässä vuoden 2012 lopussa. Hallintokokeilun tarkoituksena on ollut turvata kaikille kainuulaisille yhdenvertaiset mahdollisuudet saada julkisia peruspalveluita. (Kainuun maakunta-kuntayhtymä, n.d. b.)

Sosiaali ja-terveystoimiala on maakunnan toimialoista suurin ja sen palveluksessa työskentelee lähes 2800 henkilöä ja sen toiminnan haasteena on ollut löytää sellaiset toimintavat ja -muodot, joilla voidaan päästä tehokkaaseen, laadukkaaseen ja hyvään tulokseen työn laadun kärsimättä. Hallintokokeilun aikana sosiaali- ja terveydenhuollon

asiakkaalla on ollut oikeus kotipaikkakunnasta riippumatta valita hoitopaikkansa, mistä Kainuun kunnan toimipisteestä tahansa. Tällaisella toiminnalla on haluttu turvata palvelujen saatavuus ja edesauttaa sujuvan arjen toimintoja. (Kainuun maakunta-kuntayhtymä, n.d. a.)

3 TERVEYDEN EDISTÄMINEN

Maailman terveysjärjestön eli WHO:n (World Health Organization) määritelmän mukaan terveys ei ole ainoastaan taudin tai vamman puuttumista, vaan se on täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila. Se on jokapäiväisen elämän voimavara ja toiminnan edellytys. (WHO 1998, 1.) Myönteinen käsite terveys on inhimillinen perusarvo, jota tulisi vahvistaa väestön elinoloja ja ihmisten voimavaroja kehittämällä. Sosiaalinen ja taloudellinen kehitys yhteiskunnassa edellyttää terveyden edistämisen huomioimista. (Koskenvuo & Mattila 2009.)

Terveyden edistämisellä tarkoitetaan toimintaa, jonka tarkoituksena on luoda mahdollisuus ihmisille huolehtia omasta ja ympäristönsä terveyden edistämisestä. Lisäksi sen on terveyden edellytysten parantamista yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan kannalta. (Vertio 2003, 29.)

Ottawan asiakirja (Ottawa Charter for Health Promotion 1986) toimii nykyisen terveyden edistämisen kivijalkana (Vertio 2003, 29). Asiakirjan mukaan terveyden perusedellytykset ja voimavarat ovat rauha, turvallisuus, koulutus, ravinto, tulot, vakaat ekologiset olosuhteet, kestävä kehitys ja sosiaalinen oikeudenmukaisuus ja kohtuus (Ottawa Charter for Health Promotion 1986). Köyhyys on merkittävin uhka terveydelle. Lisäksi uhkana ovat erilaiset yhteiskunnalliset muutokset, kuten kaupungistuminen, ikääntyneiden määrän kasvu ja haitallisen käyttäytymisen yleistymisen. (Koskenvuo & Mattila 2009.)

Terveyden edistämistä voidaan tarkastella myös promootion ja prevention näkökulmista. Kun terveyden edistämässä pyritään luomaan mahdollisuuksia ihmisten elinolojen ja elämänlaadun parantamiseksi, puhutaan promootiosta. Prevention pyrkimyksenä on sairauksien kehittymisen ehkäisy. Preventio voidaan jakaa primaari-, sekundaari- ja tertiaaripreventioon. Primaaripreventio tarkoittaa ennaltaehkäisyä ennen sairauden esiasteen kehittymistä, sekundaaripreventio pyrkii ehkäisemään sairauden pahenemista ja tertiaaripreventio pyrkii estämään olemassa olevan sairauden ja sen haittojen pahenemista. (Koskenvuo & Mattila 2009; Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 13.)

Terveyden edistämistoiminnan on oltava jatkuvaa, jotta sillä olisi vaikutusta. Vaikuttavuuden edellytyksenä on lisäksi se, että ihmiset ovat toiminnan ja päätöksenteon ytimessä. Jotta terveyden edistämässä voidaan onnistua, on olennaista kehittää yhteiskuntapolitiikkaa,

tehostaa yhteisöjen toimintaa, kehittää henkilökohtaisia taitoja, uudistaa terveyspalveluita ja saada aikaan terveellinen ympäristö. (Koskenvuo & Mattila 2009.)

Terveyden edistäminen on määrätty terveydenhuoltolaissa kunnan tehtäväksi. Kunnan on lain mukaan huolehdittava asukkaistensa terveydestä ja hyvinvoinnista ja hankkia tehtävään vastaava. Jokaisella kunnalla on oltava strategia siitä, kuinka kunta toteuttaa terveyden edistämistä. Kunnan on myös oltava yhteistyössä kunnassa toimivien julkisten yksityisten toimijoiden kanssa. Kunnan tehtävänä on antaa asukkailleen terveysneuvontaa, jolloin edistetään terveyttä, asiakkaan ikään katsomatta. (Sosiaali- ja terveysministeriö, Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 12-13§.)

Yleinen ohjaus- ja valvontavastuu terveyden edistämisestä kuuluu sosiaali- ja terveysministeriölle. Terveyden edistäminen perustuu kansanterveyslakiin ja on näin osa kansanterveystyötä. Lisäksi terveyden edistämisestä säädetään tartuntatautilaissa, tupakkalaissa ja raittiustyölaissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

Terveydenhuolto ei pysty toteuttamaan terveyden edistämistä yksin, vaan siihen tarvitaan yhteiskunnan kaikkia sektoreita. On kehitetty terveyspoliittinen ohjelma Terveys 2015 – kansanterveysohjelma, joka perustuu WHO:n terveyttä kaikille –ohjelmaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011). Terveys 2015 –ohjelmalle on asetettu viisi tavoitetta, jotka liittyvät eri ikäryhmien tämänhetkisiin haasteisiin: lasten hyvinvointi, nuorten tupakointi, nuorten aikuisten miesten tapaturmat ja kuolleisuus, työikäisten työ- ja toimintakyky ja ikääntyneiden toimintakyky. Lisäksi ohjelmalle on kolme yleistä tavoitetta: suomalaisten eliniän piteneminen, suomalaisten tyytyväisyyden säilyminen terveyspalveluihin ja omaan terveyteen sekä terveyserojen kaventuminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.)

Kuntien on huomioitava terveysnäkökohdat toiminnassaan ja päätöksenteossa. Terveyttä vaarantaviin riskitekijöihin, väestön terveyden edistämiseen ja terveyserojen kaventamiseen voidaan puuttua sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisella Kaste-kehittämishojelman avulla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

Lisäksi on olemassa Terveyden edistämisen laatusuositus, jonka avulla tuetaan kuntien omaa laadunhallintatyötä ja jäsenetään terveyden edistämisen laajaa toimintakenttää. Laatusuositus perustuu laatutyössä yleisesti käytetyn EFQM-lautupalkintomallin ideologian pohjalle. Suosituksessa sovelletaan terveyden edistämisen kehikkona WHO:n Ottawan julkilausumassa (Ottawa Charter for Health Promotion 1986) käytettyä terveyden

edistämisen toimintalinjojen luokittelua. Tavoitteena on nostaa hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen painoalueeksi kaikissa kunnissa. Tämä vaatii terveyden edistämisen rakenteiden arviointia, johtamisen kehittämistä, voimavarojen suuntaamista ehkäisevää työtä, hyvinvointiosaamisen vahvistamista ja toiminnan säännöllistä arviointia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Laatusuositus on tarkoitettu työvälineeksi terveydenhuollolle ja kunnan muille hallinnoille, päättäjille ja työntekijöille. Suositukset koskevat terveyden edistämisen johtamista, toiminnan suunnittelua ja toteutusta, yhteistyötä ja työnjakoa sekä terveyttä edistävän toiminnan ja osaamisen arviointia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

4 ALUEELLINEN TERVEYS- JA HYVINVOINTTITUTKIMUS

Jokaisen kunnan tärkeimpiin tehtäviin Suomessa kuuluu terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen. Kunnat ovat Suomen lainsäädännön mukaan velvollisia seuraamaan väestöryhmittäin asukkaidensa terveydentilaa ja hyvinvointia sekä niihin vaikuttavia tekijöitä. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.) Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) vuonna 2010 käynnistämän Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) tarkoituksena on vastata lainsäädännön kunnille asettamaan tavoitteeseen. Tämä mahdollistaa kuntien terveys- ja hyvinvointipalveluiden oikeasuuntaisen kehityksen, ja antaa mahdollisuuksia arvioida terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen liittyvien toimien tehokkuutta kunnissa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos n.d. B.) ATH-tutkimuksen tavoitteena on antaa kunnille tietoa, auttaa ennakoimaan tulevaa ja mahdollistaa asukkaiden hyvinvoinnin seuraaminen. Tavoitteen kautta voidaan tukea palvelujen kehittämistä kuntien ja kuntalaisten hyvinvointia ja elinvoimaisuutta tukevaksi. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos n.d. C.)

Tutkimus aloitettiin vuonna 2010 Turun kaupungissa, Kainuun maakunnassa ja Pohjois-Pohjanmaalla. Tutkittavien määrä oli yhteensä 31 000 ja he olivat yli 20-vuotiaita suomalaisia. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos n.d. A.) Vuotta myöhemmin vuonna 2011 tutkimus aloitettiin myös Keski-Satakunnassa, jossa tutkimus käsitti kunnat Harjavalta, Kokemäki ja Nakkila. Keski-Satakunnasta tutkimukseen valittiin 3000 yli 20 -vuotiasta suomalaista satunnaisotannalla. Tämän lisäksi vuonna 2010 on kerätty koko Suomea edustava otos. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011a.) ATH-tutkimukseen vastattiin joko paperilomakkeella tai internetissä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009).

Vuonna 2010 koko Kainuun alueella tutkimuslomakkeita lähetettiin yhteensä 9000 kappaletta. ATH-kyselyyn vastasi Kainuussa 55 prosenttia tutkittavista. Tutkittavat henkilöt jaettiin kolmeen ikäryhmään; 20–54, 55–74 ja yli 75-vuotiaisiin. 20–54 -vuotiaista tutkimukseen vastasi 43 prosenttia, 55–74 -vuotiaista 65 prosenttia ja yli 75-vuotiaista 61 prosenttia. (Kaikkonen 2012.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos vastaa tutkimuksen kehittämistyöstä ja asiantuntemuksesta. Tutkimuksen taustalla toimii moniammatillinen asiantuntija- ja tutkijaryhmä, jonka tehtävänä on huolehtia tutkimuksen sisällön ja tarpeen määrittelystä. Sisällönsuunnittelussa on käytetty kansallisia mittareita ja kansainvälisiä tutkimuksia. Tutkimuskysely esiteltiin Ylivieskassa ja

Kajaanissa. Esitestauksen jälkeen sisällönsuunnittelutyöryhmä pystyi muokkaamaan ja tarkentamaan tiettyjä kysymyksiä. Palautetta tuli myös kokonaisuudessaan esitestausprosessista. Esitestaajilla oli merkittävä vaikutus tutkimuskyselyn suunnittelussa, sillä he pystyivät palautteellaan vaikuttamaan niin tutkimuksen suunnitteluun kuin myös toteutukseen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009.)

Tutkimus on tarkoitus suorittaa tulevaisuudessa vähintään neljän vuoden välein ja laajentaa koko Suomen kattavaksi kyselyksi (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009). Tutkittavien ihmisten määrän on tarkoitus nousta jopa yli 150 000, kun ATH-tutkimus laajenee kansalliseksi vuosina 2012–2014 (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos n.d. B). Käytössä on sekä paperi että sähköinen kyselylomake. Kyselylomake löytyy terveyden ja hyvinvointilaitoksen verkkosivuilta. Kyselylomakkeita on olemassa sukupuolittain ja neljällä eri kielellä; suomi, ruotsi, venäjä ja englanti. Kysymykset on jaettu pääluokkiin, joita ovat hyvinvointi, terveys, työ- ja toimintakyky, elintavat ja riskitekijät sekä palvelut. Kysymysten skaala on laaja, kattaen monipuolisesti elämän eri osa-alueet. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009.)

ATH-tutkimusaineistoa hyödynnetään lukuisissa tutkimushankkeissa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos n.d. B). Joulukuuhun 2012 mennessä Kajaanin Ammattikorkeakoulusta valmistuu seitsemän ATH-aineistoon pohjautuvaa opinnäytetyötä. Kajaanin Ammattikorkeakoulu on ensimmäinen Terveyden ja hyvinvointilaitoksen kanssa yhteistyötä tekevä ammattikorkeakoulu. Koulumme on hakenut, ja sille on myönnetty tutkimuslupa koskien Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen aineistoa. Opinnäytetöidemme myötä yhteistyötä voidaan jatkossakin ylläpitää eri toimijoiden välillä. Valmiiden opinnäytetöiden kautta voidaan saada esille myös uusia, mielenkiintoisia jatkotutkimusaiheita ja kehittämistarpeita.

5 NAISTEN YLIPAINO JA SEN MERKITYS

Ylipainoisella tarkoitetaan henkilöä, jonka painoindeksi (BMI = Body Mass Index) on yli 25. Painoindeksi lasketaan jakamalla paino (kilogrammoina) pituuden (metreinä) neliöllä. Esimerkiksi 165 cm pitkän ja 70 kg painavan henkilön painoindeksi lasketaan näin: $70\text{kg}/(1.65\text{m} \times 1.65\text{m}) = 25,7 \text{ kg/m}^2$. Normaalipaino on painoindeksin mukaan 20–25 kg/m^2 , lievä ylipaino 25–30 kg/m^2 , huomattava ylipaino 30–35 kg/m^2 , vaikea ylipaino 35–40 kg/m^2 ja sairaalloinen ylipaino yli 40 kg/m^2 . (Fogelholm 2006, 49–61.) Tässä opinnäytetyössä noudatamme tätä asteikkoa puhuessamme ylipainosta.

Ylipainoisuuden arviointiin on muitakin menetelmiä, mutta monet niistä ovat kalliita ja vaivalloisia käyttää. BMI onkin menetelmistä käytetyin helppoutensa takia. BMI:n heikkoutena on kuitenkin se, ettei se erota kehon rasvakudosta muista kudoksista, niinpä BMI:n ja lihavuuden suhde vaihtelee kehon koostumuksen mukaan. Esimerkiksi naisten kehossa on luontaisesti enemmän rasvakudosta kuin miesten. (Lahti-Koski 2001, 13–14.)

BMI ei myöskään mittaa kehon rasvakudoksen jakautumista, niinpä joskus ylipainon arviointiin käytetään myös vyötärön ympäryksen mittausta tai vyötärö-lantio-suhdetta (WHR = waist-to-hip-ratio). Nämä menetelmät mittaavat hyvin keskivartalolihavuutta, jonka on erityisesti todettu lisäävän riskiä sairastua monenlaisiin sairauksiin. (Lahti-Koski 2001, 16–17.) Vyötärön ympäryys mitataan suoliluun harjanteen ja alimman kylkiluun välistä ja lantion ympäryys lantion leveimmästä kohdasta (Borodulin 2006, 24). Suomessa vyötärön ympäryksen suositus on miehillä alle 100 cm ja naisilla alle 90 cm (Suomalainen lääkärisseura Duodecim 2011). WHO:n suositus vyötärön ja lantion suhteesta on naisilla 0,85 ja miehillä 1,0 (Borodulin 2006, 24).

Suomalaisten keskimääräinen painoindeksi ja sen kasvu on kuvattu eri lähteissä erilaiseksi. Raatikaisen, Härmän ja Randellin (2010, 1103) mukaan naisten keskimääräinen painoindeksi kasvoi 25,9:stä 26,2:een vuosina 1982–1997. Painoindeksi kasvoi eniten juuri lisääntymisikäisillä naisilla (25–34 -vuotiailla). Valtion ravitsemusneuvottelukunnan mukaan (2005, 14) taas suomalaisten naisten keskimääräinen painoindeksi oli 25,9 vuonna 2002. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tekemän Alueellisen terveystutkimuksen (2010) mukaan taas vuonna 2010 suomalaisista naisista 16,4 % oli huomattavasti ylipainoisia eli painoindeksi oli yli 30, ja kainuulaisilla 20–54 -vuotiailla naisilla vastaava osuus oli 16,7 %.

Ylipainoisuus yleistyy koko ajan, mutta Valtion ravitsemusneuvottelukunnan (2005, 9) mukaan vuonna 2002 nousu näyttäisi tasaantuneen ainakin naisten kohdalla.

Ylipainon aiheuttaa epäsuhta energiansaannin ja -kulutuksen välillä. Myös perimä vaikuttaa lihomisalttiuteen ja ihmisten perusaineenvaihdunnassa ja ruokahalun säätelyssä on eroja. (Hänninen ym. 2006, 1625.) Ylipaino lisää monenlaisten sairauksien riskiä. Ylipainoisilla on erityisen suuri riski sairastua tyypin 2 diabetekseen. Lisäksi ylipaino lisää huomattavasti riskiä sairastua hypertoniaan eli korkeaan verenpaineeseen, rasva-aineenvaihdunnan häiriöihin, metaboliseen oireyhtymään, uniapneaan, polvien nivelrikkoon, kihtiin, sappikivitautiin, rasvamaksaan ja kohdun runko-osan syöpään. Ylipainolla on myös yhteys muun muassa sepelvaltimotautiin ja aivoinfarktiin, sydämen vajaatoimintaan, dementiaan, naisten hedelmättömyyteen, eräisiin syöpiin ja synnytysajan ja leikkausten komplikaatioihin. (Suomalainen lääkärisseura Duodecim 2005, 2693.) Ylipainon on todettu lisäävän 35–54 –vuotiaiden naisten aivohalvauksen riskiä jopa kaksinkertaiseksi normaalipainoisiin verrattuna (Palosuo & Salomaa 2008, 817).

Ylipainon vaikutuksista naisten lisääntymisterveyteen on runsaasti tutkimustietoa. Esimerkiksi Anttilan (2008, 2438) mukaan ylipaino kaksinkertaistaa ajan, joka kuluu suojaamattomien yhdyntöjen aloittamisesta raskaaksi tulemiseen. Ylipainoisilla naisilla on myös normaalipainoisia useammin ovulaatiohäiriöitä sekä lisääntyneestä insuliiniresistenssistä johtuvia häiriöitä, jotka johtavat hedelmällisyyden heikkenemiseen. Ylipaino lisää myös hedelmällisyshoitojen epäonnistumisen mahdollisuutta.

Ylipaino altistaa raskausajan komplikaatioille, esimerkiksi verenpainetaudille, raskausajan diabetekselle ja pre-eklampsialle eli raskausmyrkytykselle. Ylipainoisen raskaus kestää keskimäärin kauemmin kuin normaalipainoisen, mikä lisää tarvetta synnytyksen käynnistämiseksi. Ylipainoiselle joudutaan tekemään myös useammin sektioita, kuin normaalipainoisille. (Raatikainen ym. 2010, 1103.)

Ylipainoiset saavat normaalipainoisia useammin keskenmenoja ja myös keskenmenon uusiutumisen riski on merkittävästi suurempi. Ylipainoisella on keskimääräistä useammin lääkitystä vaativia perussairauksia, jotka myös puolestaan lisäävät raskauskomplikaatioiden riskiä. Lisäksi ylipainoisen synnytys kestää keskimääräistä pidempään. Vuonna 1990 joka neljäs synnyttävä oli ylipainoinen, vuonna 2006 jo joka kolmas. (Raatikainen ym. 2010, 1103–1105.)

Myös raskaus itsessään näyttäisi lisäävän lihomisen riskiä. Dosentti Pertti Mustajoen (1999, 61–63) mukaan eräässä ruotsalaistutkimuksessa selvisi, että noin puolet naisista lihoo raskauden yhteydessä. Toisaalta noin kolmasosalla paino laskee ja osalla pysyy ennallaan. Mustajoen mukaan se, että toiset äidit lihovat ja toiset jopa laihtuvat johtuu raskauden ja lapsen syntymän mukanaan tuomista elämäntapojen muutoksista: raskausaikana liikunta usein vähenee ja lapsen hoito vie suuren osan perheen ajasta, jolloin liikunta- ja ruokailutottumuksen muuttuvat.

Pääkaupunkiseudulla toteutetaan tällä hetkellä raskausdiabetekseen liittyvää tutkimusta. Tutkimuksessa selvitetään autonomisen hermoston toiminnan muutoksia liittyen yksilölliseen liikuntaohjelmaan ja ravitsemusohjaukseen. Tutkittavina on naisia, joiden raskausdiabetesriski on kohonnut. (RADIEL 2012.)

UKK-instituutti teki vuosina 2004 - 2006 NELLI (Neuvonta, elintavat ja liikunta neuvolassa) –esitutkimuksen, jolla pyrittiin selvittämään pystyykö ravitsemus- ja liikuntaneuvonnalla ehkäisemään raskausdiabeteksen puhkeamista äideillä, jotka kuuluivat raskausdiabeteksen riskiryhmään (Luoto 2010). Riskitekijöitä ovat muun muassa ylipaino ennen raskautta, äidin ikä on yli 35 ja aiempi suurikokoinen lapsi (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä 2008). Tutkimuksessa selvisi, että henkilöt, jotka saivat tehostettua neuvontaa, muuttivat elämäntapojaan terveellisemmiksi. Painon nousu oli tehostettua neuvontaa saaneilla samankaltaista muihin tutkimukseen osallistuneihin äiteihin verrattuna. Kuitenkaan tehostettua neuvontaa saaneille äideille ei syntynyt yhtään suurikokoista (yli 4500g) lasta. Tehokkaasta ravitsemus- ja liikuntaneuvonnasta on hyötyä raskausdiabeteksen ehkäisyssä. (Luoto 2010.)

6 RAVITSEMUSTOTTUMUSTEN YHTEYS YLIPAINOON

Ylipainossa on kyse energiansaannin ja –kulutuksen välisestä epätasapainosta, mikä on tällä hetkellä suomalaisten ravitsemuksen merkittävämpiä ongelmia. Energiantarve tarkoittaa sitä energiamäärää, joka pitää kehon painon, koostumuksen ja fyysisen aktiivisuuden hyvää terveyttä ylläpitävänä. Lyhyellä aikavälillä (1–4 vuorokautta) energian saannin ja kulutuksen ei ole pakko pysyä samana, sillä kehon omat energiavarastot ovat suuret. Ylipaino kehittyikin pitkän aikavälin kuluessa, kun kulutusta runsaampi energiansaanti kerryttää elimistöön rasvaa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 9–12.)

Energiaa tarvitaan perusaineenvaihduntaan, ruoan aiheuttamaan lämmöntuottoon ja liikkumiseen. Suurin osa energian kulutuksesta (aikuisilla noin 60–80 prosenttia) kuluu perusaineenvaihduntaan, joka tarkoittaa peruselintoimintojen kuluttamaa energiaa levossa. Perusaineenvaihdunnan kuluttaman energian suuruuteen vaikuttavat monet tekijät, esimerkiksi lihasmassa, ikä ja sukupuoli. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 10.)

Maailmassa on laadittu perusteellisiin tutkimuksiin perustuvia ravitsemussuosituksia, joista ensimmäiset on julkaistu Yhdysvalloissa vuonna 1943. Valtion ravitsemusneuvottelukunta on laatinut ensimmäiset suomalaiset ravitsemussuosituksia vuonna 1987. Opinnäytetyömme tekohetkellä voimassa olivat vuonna 2005 päivitettyt suositukset. Uudet suomalaiset ravitsemussuosituksia on tarkoitus laatia vuonna 2013 uusien pohjoismaisten ravitsemussuosituksien pohjalta, joiden on tarkoitus valmistua vuoden 2012 loppuun mennessä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta n.d.) Ravitsemussuosituksia on tarkoitettu käytettäväksi ensisijaisesti joukkoruokailun suunnittelussa, ravitsemusopetuksen ja -kasvatuksen perusaineistona ja ihmisryhmien ruoankäytön arvioinnissa. Suositukset ovat osa elintarvike- ja ravitsemuspolitiikkaa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 4.)

Suomalaisten nykyisessä ravitsemuksessa on Valtion ravitsemusneuvottelukunnan mukaan (2005, 8–9) suosituksiin nähden liikaa sokeria ja kovaa eli tyydyttyntä rasvaa. Rasvaisia ja makeita välipaloja ja juomia kulutetaan huomattavasti aikaisempaa enemmän. Erityisesti naisilla on taipumusta sokeripitoisten ruokien suosimiseen. Naiset kuitenkin noudattavat ravitsemussuosituksia miehiä paremmin. Väestöryhmien välillä on suuria eroja terveystottumuksissa ja erot näyttävät kasvavan edelleen.

Aterioiden koostamisessa on hyvä noudattaa niin kutsuttua lautasmallia: puolet lautasesta kasviksia, neljäsosa lihaa, kanaa tai kalaa ja neljäsosa perunaa, riisiä tai pastaa. Ruokajuomaksi suositellaan rasvatonta maitoa tai piimää tai vettä. Lisäksi on hyvä syödä täysjyväleipää, jonka päällä on hieman kasvismargariinia. Jälkiruoaksi voi ottaa marjoja tai hedelmää. Kasviksia, marjoja tai hedelmiä tulisi syödä päivittäin noin 400 g. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 35–38.)

Ateriarytmin tulisi olla säännöllinen, eli päivittäin on syytä syödä saman verran aterioita samoihin aikoihin, sillä se vaikuttaa suotuisasti veren rasva-arvoihin ja auttaa välttämään napostelua, joka voi johtaa lihomiseen. Päivittäin voi syödä muutaman, isomman aterian tai useampia välipalan kaltaisia aterioita, tai näiden yhdistelmiä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 39.) Napostelutyypisessä syömisessä syötyjä ruokamääriä on hyvin vaikeaa arvioida, siksi ruokapöydän ääressä nautitut ateriat auttavat painonhallinnassa (Aro 2008). Ateriavälien venyminen aiheuttaa helposti sen, että seuraavaan ruokaan mennessä on jo kova nälkä, niinpä ruokailusta tulee hallitsematonta ja tulee syötyä liikaa (Mustajoki 1999, 115-116). Myös kodin ulkopuolella tapahtuvalla ruokailulla on merkitystä suomalaisten terveyteen, sillä henkilöstöravintoloissa ruokailevien ravitsemustottumusten on havaittu olevan muita terveellisemmät. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 39.)

Rasvan määrä ruokavaliossa on syytä pitää kohtuullisena, koska rasvassa on runsaasti energiaa, mikä altistaa lihomiselle (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 14-15). Mustajoen (1999, 39) mukaan tutkimuksissa on myös todettu, että rasva pitää huonosti nälkää, mikä edelleen vaikeuttaa painonhallintaa. Mustajoki (1999, 38) huomauttaa myös, että rasvan käsittely elimistössä kuluttaa vähemmän energiaa kuin esimerkiksi hiilihydraattien, minkä vuoksi se päättyy nopeammin ja helpommin kehon rasvavarastoihin. Rasvan laadulla ei ole merkitystä lihomisen kannalta, koska sekä tyydyttyneissä että tyydyttämättömissä rasvoissa on yhtä paljon energiaa (Mustajoki 1999, 94–95). Valtion ravitsemusneuvottelukunta (2005, 14–15) kuitenkin suosittelee pehmeitä eli tyydyttämättömiä rasvoja kovien, tyydyttyneiden rasvojen sijaan, sillä tyydyttyneet rasvat kohottavat veren kolesterolia, mikä lisää sydän- ja verisuonitautien riskiä.

Hiilihydraattien kohdalla on suositeltavaa valita runsaskuituisia hiilihydraatin lähteitä, sillä runsas ravintokuidun saanti parantaa elimistön sokeri- ja rasva-aineenvaihduntaa ja vähentää lihomisen riskiä (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 17–18). Kasvikset, hedelmät ja

marjat ovat hyvä, runsaskuituinen valinta, sillä ne sisältävät vain vähän energiaa ja auttavat näin painonhallinnassa (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 36). Runsasta puhdistetun eli ”valkoisen” sokerin saantia kannattaa rajoittaa, sillä se sisältää runsaasti energiaa, muttei juurikaan muita ravintoaineita, mikä altistaa lihomiselle. Puhdistettua sokeria on runsaasti esimerkiksi sokeroiduissa juomissa ja makeisissa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 17–18). Mustajoen (1999, 42–43) mukaan sokereiden merkitys on tosin painonhallinnan kannalta huomattavasti vähäisempi kuin rasvan. Mustajoki kertoo, että sokerin vaikutusta on tutkittu muun muassa laihduttamisen kannalta. Eräässä tutkimuksessa kahdelle laihduttajaryhmälle oli annettu eri dieetit, joissa oli sama määrä energiaa, mutta toinen sisälsi runsaasti sokeria, toinen ei lainkaan. Dieetin loputtua kumpikin ryhmä oli laihtunut yhtä paljon.

Alkoholin käyttö on syytä pitää kohtuullisena, sillä se sisältää runsaasti energiaa ja lisää lihomisriskiä. Alkoholijuomien käyttö vääristää myös helposti ruokailutottumuksia rasvaisempaan suuntaan hiilihydraattien kustannuksella. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 33–34; Mustajoki, 100–101) Naisille suositellaan korkeintaan 10 grammaa puhdasta etanolia päivässä, mikä tarkoittaa yhtä alkoholiannosta päivässä. Yksi alkoholiannos on esimerkiksi lasillinen viiniä, pullollinen olutta tai ravintola-annos väkevää alkoholijuomaa. Raskaana olevien tai imettävien naisten ei suositella käyttävän alkoholia lainkaan. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 33–34.) Alkoholinkäytön riskirajana naisilla pidetään kahta alkoholiannosta päivittäin tai vähintään viittä alkoholiannosta kerralla kerran viikossa (Tarnanen, Alho & Malmivaara 2010).

Raskauden aikana pätevät samat ravitsemussuositukset kuin muulloinkin. Raskauden aikana on kuitenkin joitakin ruoka-ainerajoituksia: muun muassa sisäelimiä, tyhjiöpakattuja kypsentämättömiä kalatuotteita ja pastöroimattomia maitotuotteita ei pidä käyttää. Vaikka kiellettyjä ja vältettäviä ruoka-aineita on jonkin verran, tulee kuitenkin pitää huolta siitä, että tarvittavien ravintoaineiden saantisuositukset täyttyvät. (Isolauri, Laitinen, Hoppu & Piirainen. 2004)

7 LIIKUNTATOTTUMUSTEN YHTEYS YLIPAINOON

Viimeisen kolmenkymmenen vuoden aikana suomalaisten liikuntakäyttäytyminen on muuttunut merkittävästi. Nykyään ihmiset liikkuvat vapaa-ajallaan enemmän, mutta hyötyliikunnan osuus on laskenut. Vaikka vapaa-ajan liikunnan osuus on kasvanut, ei sen määrä riitä korvaamaan hyötyliikunnan vähenemää. (Borodulin 2006, 14) Elämäntyyliimme on muuttunut vuosikymmenien saatossa enemmän liikkumattomaksi, mikä osaltaan vähentää hyötyliikunnan osuutta. Tämän muutoksen on aiheuttanut se, että lähes kaikkialle liikutaan autoilla ja kotitöiden tekoa helpottamaan on tullut erilaisia koneita ja laitteita, jolloin meidän ei tarvitse tehdä työtä itse. (U.S. Department of Health and Human Services 2008, G4-2.) Tällöin meiltä niin sanotusti jää kuluttamatta paljon energiaa, joka vuosikymmeniä sitten olisi kulunut normaaliaskareissa.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos määrittelee terveystoiminnan fyysiseksi aktiivisuudeksi, jolla on myönteisiä vaikutuksia terveyteen ja terveystuntoon, mutta sillä ei ole samoja terveyshaittoja, kuin liikunnalla. Terveystoiminta on säännöllistä, kohtuukuormitteista ja jatkuvaa. (Fogelholm 2004.) Terveystuntoa sen sijaan ovat sellaiset seikat, joihin liikunnalla on myönteinen vaikutus. Terveystuntoa on muun muassa kestävyys, kehon hallinta, lihasvoima ja sopiva paino. Hyvä terveystunto auttaa selviytymään päivittäisistä toiminnoista väsymättä. (Suni & Taulaniemi 2003.)

Liikunta on osa terveellistä elämäntapaa. Säännöllisellä ja riittävällä liikunnalla voidaan ehkäistä ylipainon syntymistä, jolloin voidaan myös ehkäistä useiden perussairauksien, kuten verenpainetaudin ja tyypin 2 diabeteksen syntyä. Liikunnalla voidaan myös ehkäistä ja hoitaa tuki- ja liikuntaelämistön oireilua ja sairauksia. Tutkimusten perusteella on voitu osoittaa, että säännöllinen liikunta pienentää riskiä sairastua useisiin sairauksiin, erityisesti verenkiertoelämistön sairauksiin. (Fogelholm, Vuori & Vasankari 2011, 12–13.) Liikunnan ansiosta muun muassa vatsan alueen rasvan määrä vähenee, mikä helpottaa painonhallintaa, valtimoverenkierto paranee, veren kolesteroliarvot paranevat ja verenpaine laskee. Liikunnan on huomattu myös vähentävän riskiä sairastua syöpään, erityisesti rinta- ja paksusuolen syöpiin. (Vina, Sanchis-Gomar, Martinez-Bello & Gomez-Cabrera 2012, 5.)

Liikunnalla on myös vaikutuksia lisääntymisterveyteen. Liikunnalla on muun muassa myönteisiä vaikutuksia hedelmällisyyteen, sillä se lisää hedelmällisyyttä, vaikka

painonpudotusta ei syntyisikään. Liikunta auttaa raskausaikana muun muassa pitämään yllä verensokeritasoa ja pitämään painonnousun kurissa. (Fogelholm ym. 2011, 107.)

Liikunnalla on todettu olevan myönteisiä vaikutuksia psyykkiseen hyvinvointiin, sillä useimmiten liikunta tuottaa mielihyvää ja rentouttaa. Vaikutukset ovat kuitenkin lyhytkestoisia, sillä mielihyvän ja rentoutumisen tuntemukset kestävät kyseisen liikuntakerran ajan ja korkeintaan muutaman tunnin sen jälkeen. Tämä mielihyvätunne saa ihmiset jatkamaan liikuntaa seuraavan miellyttävän kokemuksen toivossa ja tällöin liikunnasta tulee elämäntapa. Säännöllisestä liikunnasta voi olla myös apua stressinsietokyvyn suhteen, tosin pitkäaikaisessa stressissä se menettää tehonsa. (Fogelholm ym. 2011, 43.)

UKK-instituutti (2011) on tehnyt viikoittaisen terveystuokituksen 18–64 -vuotiaille, jossa kestävyyskuntoa tulisi harjoittaa viikossa vähintään 2h 30min reippaasti tai 1h 15min rasittavasti. Lisäksi tulisi kehittää lihaskuntoa ainakin kahdesti viikossa. Kestävyysliikuntaa on muun muassa pyöräily, kävely, raskaat kotityöt ja metsästys. Lihaskuntoa harjoittaa muun muassa kuntosalilla käyminen, venyttely ja luistelu. Kestävyysliikunta tulisi jakaa useampaan päivään viikossa ja sen tulisi kestää vähintään 10 minuuttia kerrallaan. Tämä terveystuokitus perustuu U.S. Department of Health and Human Services:in vuonna 2008 tekemään suositukseen terveystuokunnasta.

Vuonna 2007 tehdyn yhdysvaltalais tutkimuksen (U.S. Department of Health and Human Services 2008, G4–4) mukaan henkilöillä, jotka harrastivat jonkinlaista liikuntaa ainakin puoli tuntia päivässä, viitenä päivänä viikossa oli merkittävästi alhaisempi BMI, kuin sellaisilla henkilöillä, jotka liikkuvat vähemmän. Tämän tuloksen perusteella voidaan sanoa, että säännöllinen liikunta (30–60 minuuttia päivässä viitenä päivänä viikossa) on riittävän tehokas keino painonhallintaan tai jopa painon pudotukseen.

Istuminen on tutkimusten mukaan terveydelle haitallista. Istuminen lisää kroonisten sairauksien, erityisesti sydän- ja verisuonisairauksien, riskiä. Aiemmin kohtuullisen aktiivisen elämäntavan muuttuessa istuvaksi lisääntyy luunmurtumien riski huomattavasti. Istuvalla elämäntavalla näyttäisi myös olevan yhteys syöpien esiintymiseen. Erityisesti rintasyövän, kohdun limakalvon syövän, keuhkosyövän ja paksusuolen syövän riski on suurentunut henkilöillä, jotka istuvat paljon. (U.S. Department of Health and Human Services 2008, G4-14, G5-10, G7-1.)

Liikunta raskausaikana vähentää riskiä saada suurikokoinen lapsi. Liikkuminen kohtalaisesti raskausaikana, kun äiti on terve, ei lisää ennenaikaisen lapsiveden menon tai ennenaikaisen synnytyksen riskiä. Liikunnalla raskauden aikana ei myöskään ole vaikutusta synnytyksen kestoon, synnytystapaan tai lapsen myöhempään henkiseen kehitykseen. Toisaalta raskaan liikunnan harrastaminen raskauden aikana voi lisätä riskiä saada pienikokoinen lapsi. Liikunnalla voi olla myönteinen vaikutus raskausdiabetekseen liittyviin glukosihäiriöihin ja voi jopa ehkäistä raskausdiabeteksen syntyä, jos liikunnan harrastaminen on aloitettu ennen raskautta. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä 2012.)

8 TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvailla kainuulaisten 20–40 –vuotiaiden naisten ylipainon ilmenemistä ja sen yhteyttä liikunta- ja ravitsemustottumuksiin. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, joka auttaa kainuulaisia kuntapäittäjiä ja terveydenhuollon ammattilaisia suunnittelemaan ja toteuttamaan ylipainoon liittyviä terveyden edistämisen toimia.

Opinnäytetyömme tutkimusongelmat ovat:

1. Millaista ylipaino on kainuulaisilla 20–40 –vuotiailla naisilla?
2. Millainen yhteys kainuulaisten 20–40 –vuotiaiden naisten ylipainolla on ravitsemustottumuksiin?
3. Millainen yhteys kainuulaisten 20–40 –vuotiaiden naisten ylipainolla on liikuntatottumuksiin?

9 TUTKIMUSMENETELMÄT

Ensimmäisen tutkimusongelman kohdalla halusimme selvittää, miten kainuulaisten naisten ylipaino ilmenee eli kuinka suuri osuus ylipainoisista on lievästi ylipainoisia (BMI = 25–30), huomattavasti ylipainoisia (BMI = 30–35), vaikeasti ylipainoisia (BMI = 35–40) ja sairaalloisesti ylipainoisia (BMI yli 40).

Koska ylipaino on tulos energiansaannin ja –kulutuksen välisestä epäsuhdasta, halusimme tutkimusongelmien 2 ja 3 avulla selvittää, millaisiin ravitsemus- ja liikuntatottumuksiin kainuulaisten naisten ylipainolla näyttäisi olevan yhteys. Käytimme Valtion ravitsemusneuvottelukunnan laatimia ravitsemussuosituksia ravitsemustottumuksia arvioidessamme ja vastaavasti UKK-instituutin terveystuottamusta suosituksia liikuntatottumuksien kohdalla.

Tässä opinnäytetyössämme halusimme tutkia lisääntymisikäisiä eli 20–40 –vuotiaita naisia. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (2011b) mukaan vuonna 2010 kainuulaisista synnyttäjäistä 93,6 prosenttia oli 20–40 –vuotiaita. Tätä vanhempia oli 3,5 prosenttia ja nuorempia 3,8 prosenttia. Suurin osa synnytyksistä tapahtuu valitsemassamme ikäryhmässä, joten heitä voidaan pitää keskimäärin lisääntymisikäisten ryhmänä.

Tutkimuksemme perustuu Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tekemään Alueelliseen terveys- ja hyvinvointitutkimukseen (ATH). Käytimme aineistona ATH-tutkimuksen valmista aineistoa kainuulaisten 20–40 –vuotiaiden naisten osalta ja otoskoko oli 357 henkilöä.

ATH-tutkimuksen kaltaisissa suurissa projekteissa ei yleensä pystytä analysoimaan kaikkea materiaalia, ja tutkimuksen kannalta on edullista, jos joku muu tutkija ottaa osan aineistosta analysoitavakseen. Valmiin aineiston käyttö on myös ekonomisen ratkaisu, kun resursseja ei tarvitse tuhata uuden aineiston hankkimiseen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 185.) Valmiin aineiston käyttö tulee tuomaan myös omia haasteitaan. Valmiit aineistot eivät välttämättä sovellu sellaisenaan uuden tutkimuksen käyttöön, vaan aineistoa saatetaan joutua muokkaamaan uuteen tutkimukseen soveltuvaksi. (Hirsjärvi ym. 1997, 185.) Valmiiden aineistojen luotettavuus on punnittava tarkkaan ennen niiden käyttöä (Hirsjärvi ym. 1997, 188). ATH-aineiston on tuottanut virallinen taho, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, joten aineisto on lähtökohtaisesti luotettavaa.

ATH-tutkimus oli luonteeltaan kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus, niinpä on aineiston kannalta tarkoituksenmukaista, että myös meidän tutkimuksemme toteutettiin määrällisenä. Määrällinen tutkimus on hyvä valinta myös silloin, kun tutkimuksen aiheesta on paljon aikaisempaa tutkimustietoa (Hirsjärvi ym. 1997, 137), mikä pitää paikkansa myös meidän aiheemme kohdalla.

ATH-aineistosta valikoimme omaksi aineistoksemme kainuulaiset 20–40 –vuotiaat naiset. Heidän kohdaltamme otimme analysoitaviksi tuloksiksi ravitsemukseen ja liikuntaan liittyvät kysymykset (liite 1), mutta myös alkoholikysymykset, koska alkoholi näyttäisi vaikuttavan haitallisesti ruokailutottumuksiin. Aineiston käsittelyyn käytimme IBM SPSS Statistics -tilastointiohjelmaa, jonka avulla etsimme yhteyksiä ylipainon ja ravitsemus- ja liikuntatottumusten väliltä ristiintaulukoinnin avulla. Ristiintaulukointi on menetelmä, jolla selvitetään muuttujien välisiä riippuvuuksia (Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto 2004).

10 TULOKSET

10.1 Taustatietoja

Otoksenamme oli 357 kainuulaista 20–40 –vuotiasta naista, joiden painoindeksi vaihteli 16,37 ja 46,31 kg/m² välillä. Normaalipainoisia (painoindeksi alle 25) aineistosta oli 62,5 prosenttia, lievästi ylipainoisia (BMI 25–29) 22,7 prosenttia, huomattavasti ylipainoisia (BMI 30–34) 7,3 prosenttia, vaikeasti ylipainoisia (BMI 35–39) 5,3 prosenttia ja sairaalloisesti ylipainoisia (BMI yli 40) 2,2 prosenttia (Kuvio 1). Alipainoisia (painoindeksi alle 17) tutkimukseen osallistuneista oli vain neljä, ja heilläkin painoindeksi hipoi normaalipainon rajaa, niinpä laskemme heidät tässä tutkimuksessa normaalipainoisiin.

BMI	Lukumäärä	Prosentti
alle 25	223	62,5
25-29	81	22,7
30-34	26	7,3
35-39	19	5,3
yli 40	8	2,2
yhteensä	357	100

Kuvio 1. BMI-luokkien jakautuminen

Kun vertasimme iän ja painon yhteyttä, huomasimme, että ylipainoisten osuus lisääntyi selvästi, mitä vanhemmista osallistujista oli kyse: 20–24 –vuotiaista vain noin joka viides oli ylipainoisia, 25–29 –vuotiaista 30 prosenttia, 30–34 –vuotiaista 36,4 prosenttia ja 35–40 –vuotiaista jo yli puolet (Kuvio 2).

BMI						
Ikä	alle 25	25-29	30-34	35-39	yli 40	Yht.
20-24	59	14	5	0	0	78
	75,60 %	17,90 %	6,40 %	0,00 %	0,00 %	100,00 %
25-29	56	14	3	7	0	80
	70,00 %	17,50 %	3,80 %	8,80 %	0,00 %	100,00 %
30-34	56	21	8	2	1	88
	63,60 %	23,90 %	9,10 %	2,30 %	1,10 %	100,00 %
35-40	52	32	10	10	7	111
	46,80 %	28,80 %	9,00 %	9,00 %	6,30 %	100,00 %
Yhteensä	223	81	26	19	8	357
	62,50 %	22,70 %	7,30 %	5,30 %	2,20 %	100,00 %

Kuvio 2. BMI-luokat ikäryhmittäin

Painoindeksin keskiarvo oli 25,08 ja keskihajonta 5,29. Tämän aineiston perusteella kainuulaiset 20–40 –vuotiaat naiset ovat siis keskimäärin normaalipainoisia tai lievästi ylipainoisia. Koska otoksessamme huomattavasti ylipainoisten ja sitä ylipainoisempien osuus jäi hyvin pieneksi, päätimme yhdistää huomattavasti ylipainoiset, vaikeasti ylipainoiset ja sairaalloisesti ylipainoiset omaksi ryhmäkseen (BMI yli 30), jotta tulokset olisivat vertailukelpoisempia. Puhumme tästä painoluokasta jatkossa nimellä huomattavan ylipainoiset. Testasimme tulosten vertailuja myös niin, että kaikki painoryhmät olivat erillään, mutta tulokset olivat varsin vaihtelevia, joten sattumalla lienee ollut suuri osansa tuloksissa.

10.2 Painon yhteys ruokailutottumuksiin

Seuraavassa erittelemme vastausten jakautumista painoindeksiluokittain eri kysymysten kohdalla. Ruokailutottumuksia mittaavat kysymykset olivat:

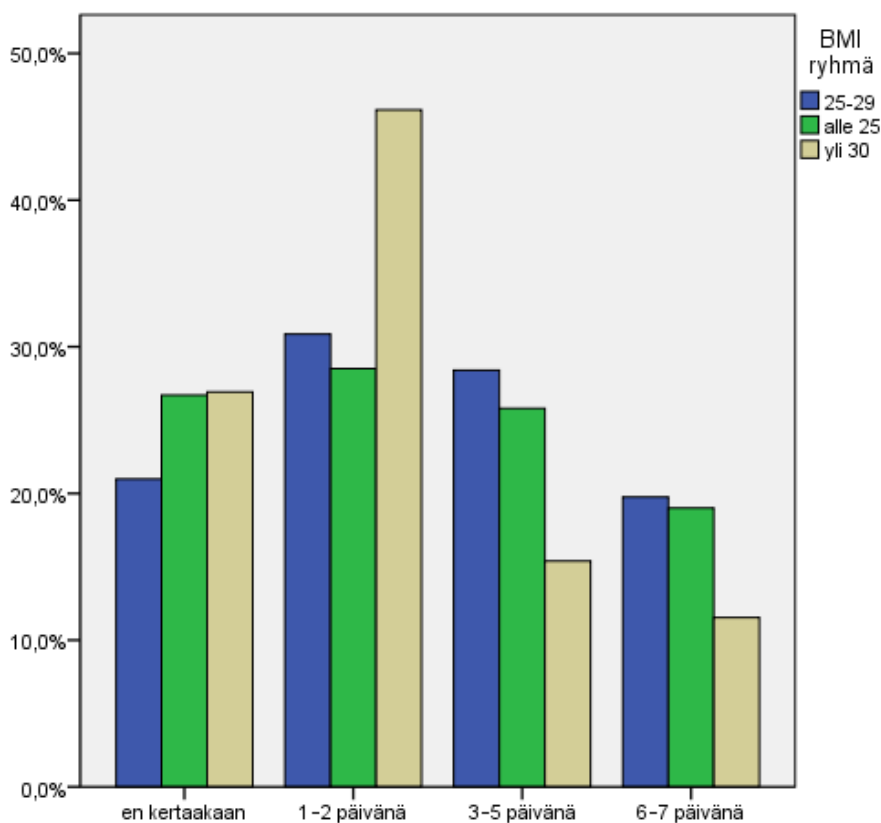
1. Kuinka usein olette käyttänyt seuraavia ruokia ja juomia 7 viime päivän aikana? (katso Liite 1)
2. Syöttekö yleensä aamupalaa?
3. Onko teillä mahdollisuus käydä syömässä työpaikka- tai oppilaitosruokalassa?

4. Kuinka usein juotte olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia?
5. Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olette ottanut niinä päivinä, jolloin käytitte alkoholia?
6. Kuinka usein olette juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?
7. Montako lasillista, pullollista tai ravintola-annosta olette juonut seuraavia juomia 7 viime päivän aikana? (katso Liite 1)

10.2.1 Rasvaisten tuotteiden käyttö

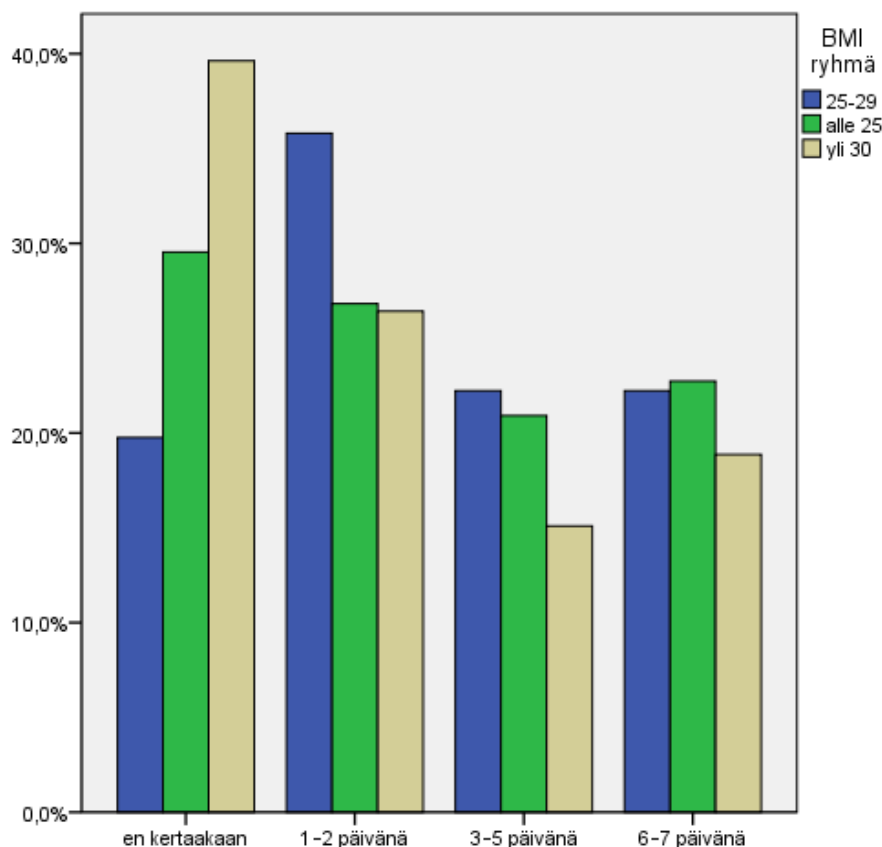
Kasviöljyjen käytön kohdalla vastaukset vaihtelivat huomattavasti (Kuvio 3). Normaalipainoisten ja lievästi ylipainoisten vastaukset olivat hyvin samansuuntaisia ja ne olivat jakautuneet melko tasaisesti eri vastausvaihtoehtojen kesken. Huomattavasti ylipainoisista taas lähes puolet vastasi käyttävänsä kasviöljyjä parina päivänä viikossa, mutta vain harvat sitä useammin.

Kaikista vastaajista melko harva (18,1 prosenttia) ilmoitti käyttävänsä kasviöljyvalmisteita päivittäin. Suurin osa vastanneista (31,6 prosenttia) ilmoitti käyttävänsä kasviöljyjä 1–2 päivänä viikossa. Harvimminkin kasviöljyjä käyttivät huomattavasti ylipainoiset, joista noin 73 prosenttia ilmoitti käyttävänsä kasviöljyjä korkeintaan kahdesti viikossa.



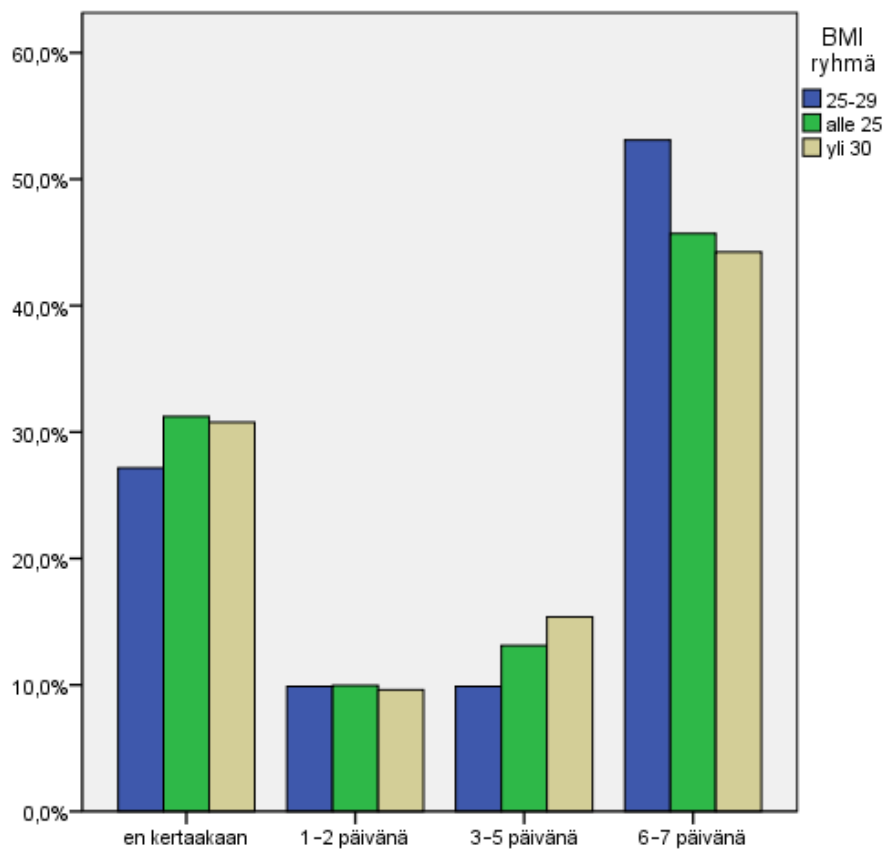
Kuvio 3. Kuinka usein 7 päivän aikana käytätte kasviöljyä tai juoksevaa kasviöljyvalmistetta (esim. Flora Culinesse)?

Myös voita tai voi-kasviöljyseoksia vastaajat käyttivät hyvin vaihtelevasti, painosta riippumatta (Kuvio 4). Harvimmin voita tähän tutkimukseen osallistuneista käyttivät huomattan ylipainoiset, joista noin 40 prosenttia ilmoitti käyttävänsä voita harvemmin kuin kerran viikossa. Lievästi ylipainoisten ja normaalipainoisten rasvojen käyttö näyttäisi melko samansuuntaiselta. Painonhallinnan kannaltahan rasvan laadulla ei ole niinkään merkitystä, vaan rasvojen valinnoilla vaikutetaan enimmäkseen verenkiertoelimistön terveyteen.



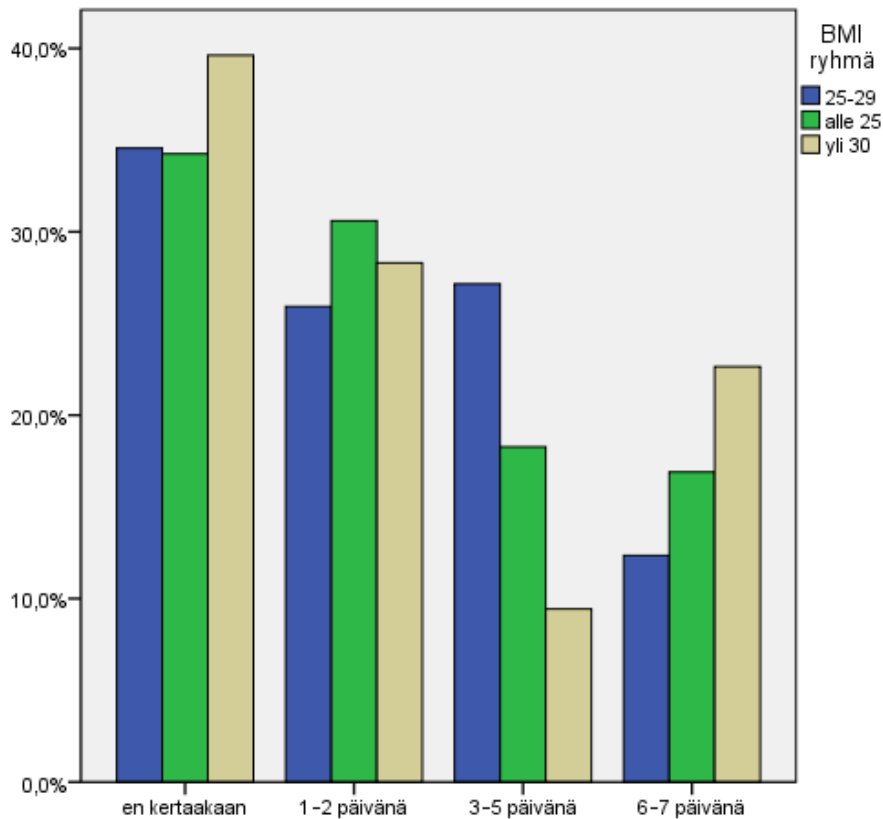
Kuvio 4. Kuinka usein 7 päivän aikana käyttätte voita tai voi-kasviöljyseosta (esim. Oivariini)?

Lähes puolet vastaajista ilmoitti juovansa rasvatonta maitoa tai piimää 6–7 päivänä viikosta (Kuvio 5). Vastaukset olivat melko samansuuntaisia kaikkien painoluokkien kesken., eniten rasvatonta maitoa näyttäisivät kuitenkin juovan lievästi ylipainoiset, joista yli puolet vastasi juovansa sitä lähes päivittäin. Tuloksissa korostuvat ääripäät, mikä viittaa siihen, että ne jotka käyttävät maitoa, käyttävät sitä säännöllisesti miltei päivittäin. Eri maitolaatuja ei myöskään juurikaan vaihdella, henkilö juo siis joko rasvatonta tai esimerkiksi kevyt maitoa, ei molempia. He, jotka vastasivat, etteivät juo rasvatonta maitoa lainkaan, juovat siis todennäköisesti joko muun laatuista maitoa, tai sitten he eivät juo maitoa lainkaan esimerkiksi allergian tai vakaumuksen takia.



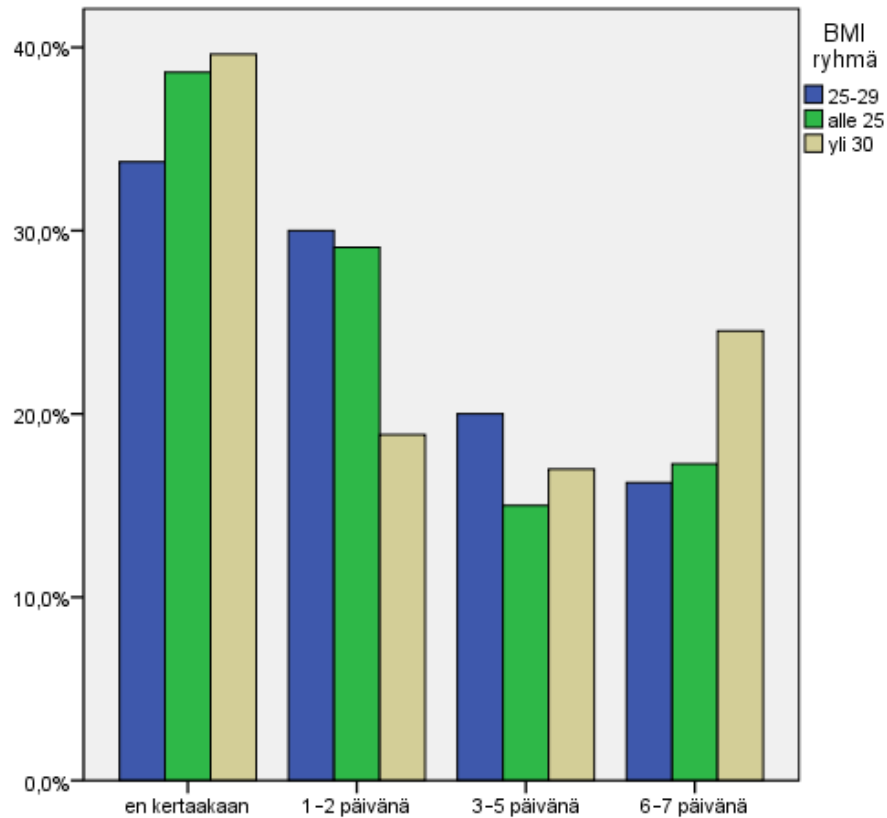
Kuvio 5. Kuinka usein 7 päivän aikana käytätte rasvatonta maitoa tai piimää?

Sekä rasvaisia että vähärasvaisia juustoja tutkimukseen osallistuneet näyttivät syövän harvakseltaan, painosta riippumatta (Kuviot 6 ja 7). Vain 16,7 prosenttia koko aineistosta söi rasvaisia juustoja päivittäin, tässä tutkimuksessa niitä söivät eniten huomattavan ylipainoiset, joista 22,6 prosenttia ilmoitti syövänsä niitä lähes päivittäin. Toisaalta lähes 40 prosenttia kyseisestä ryhmästä vastasi, ettei käytä rasvaisia juustoja juuri lainkaan.



Kuvio 6. Kuinka usein 7 päivän aikana käytätte rasvaisia juustoja?

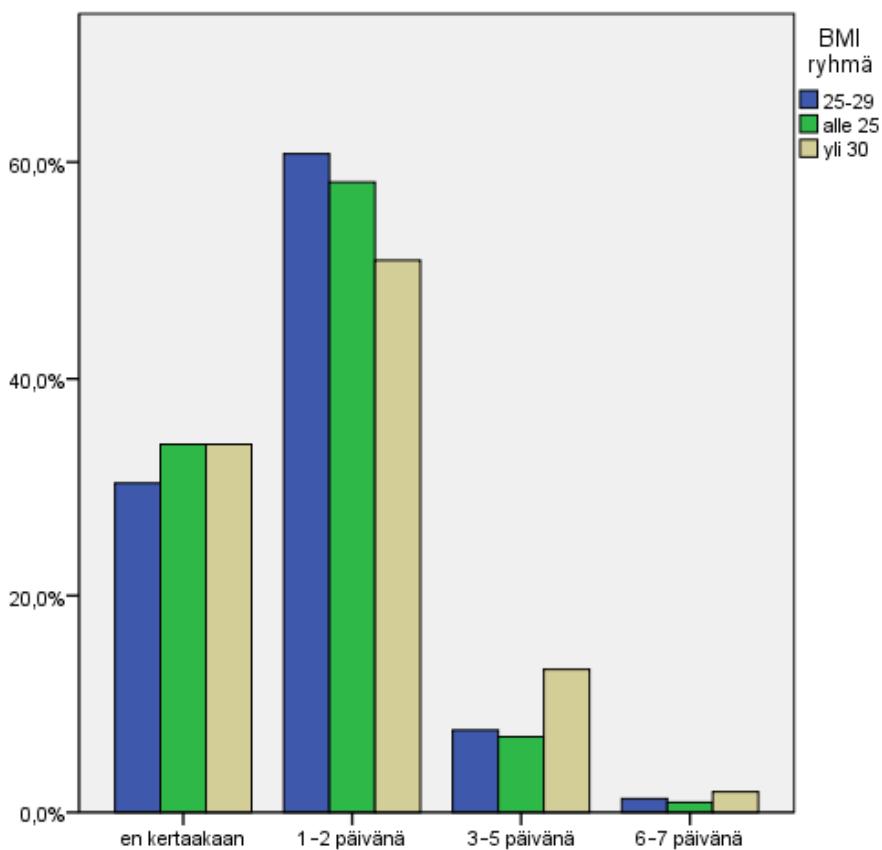
Vähärasvaisten juustojen kohdalla tilanne oli samankaltainen kuin rasvaisten juustojen: suurin osa eli 37,7 prosenttia koko ryhmästä ei syö vähärasvaisia juustoja juuri koskaan. Vähärasvaisia juustoja söivät eniten huomattavasti ylipainoiset, joista 24,5 prosenttia ilmoitti syövänsä vähärasvaisia juustoja lähes päivittäin.



Kuvio 7. Kuinka usein 7 päivän aikana käytätte vähärasvaisempia juustoja?

10.2.2 Kalan syönti

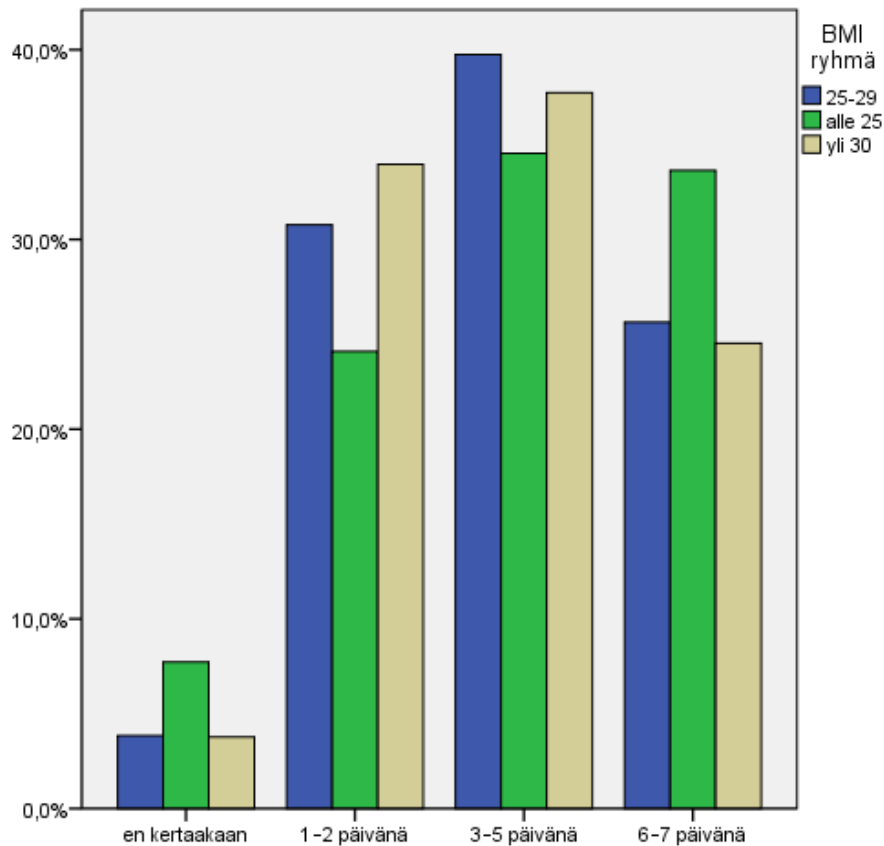
Suurin osa eli 66,9 prosenttia söi kalaa suositusten mukaisesti vähintään kaksi kertaa viikossa (Kuvio 8). Toisaalta noin joka kolmas osallistuja ilmoitti, ettei syö kalaa lainkaan tai vain hyvin harvoin. Tulokset olivat eri painoryhmissä melko samansuuntaiset. Eniten kalaa näyttäisivät syövän huomattavan ylipainoiset, joista 15,1 prosenttia ilmoitti syövänsä kalaa vähintään kolmena päivänä viikossa. Tuloksiin voi vaikuttaa mahdollinen kala-allergia ja yleiset makutottumukset.



Kuvio 8. Kuinka usein 7 päivän aikana syötte kalaa?

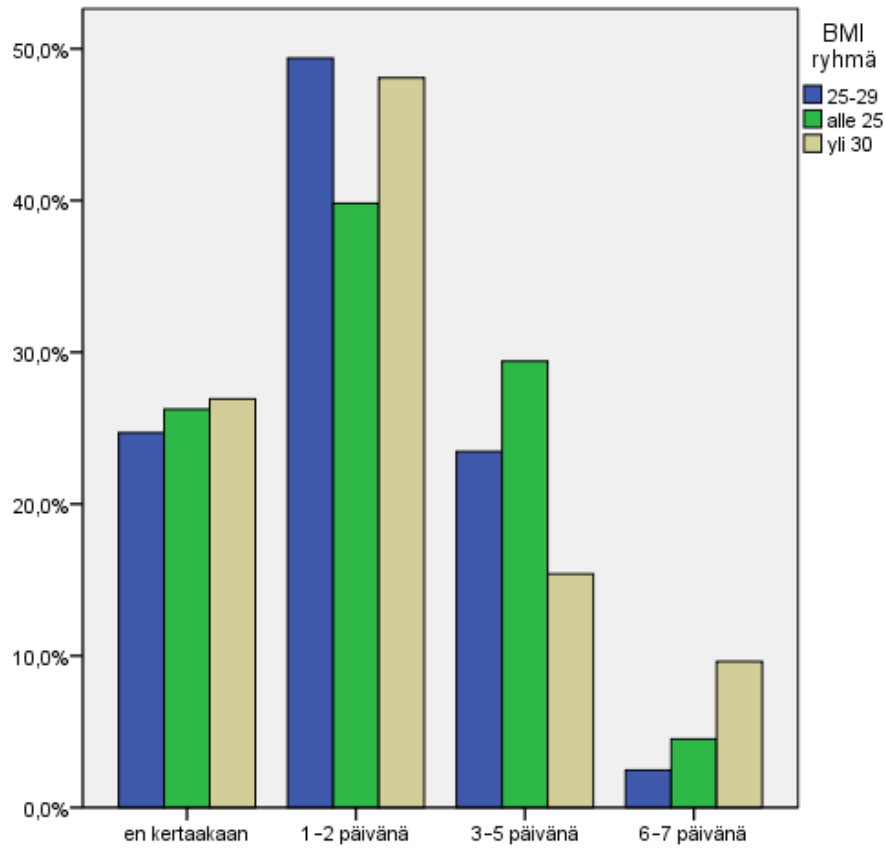
10.2.3 Kasvisten, hedelmien ja marjojen syönti

Vain noin joka kolmas osallistujista vastasi syövänsä tuoreita kasviksia tai kasvissalaattia suositusten mukaisesti päivittäin (Kuvio 9). Vain hyvin harva, 6,3 prosenttia aineistosta, vastasi, ettei syö tuoreita kasviksia lainkaan. Useimmin tuoreita kasviksia näyttäisi syövän normaalipainoisten ryhmä, heistä 33,6 prosenttia syö kasviksia 6–7 päivänä viikossa.



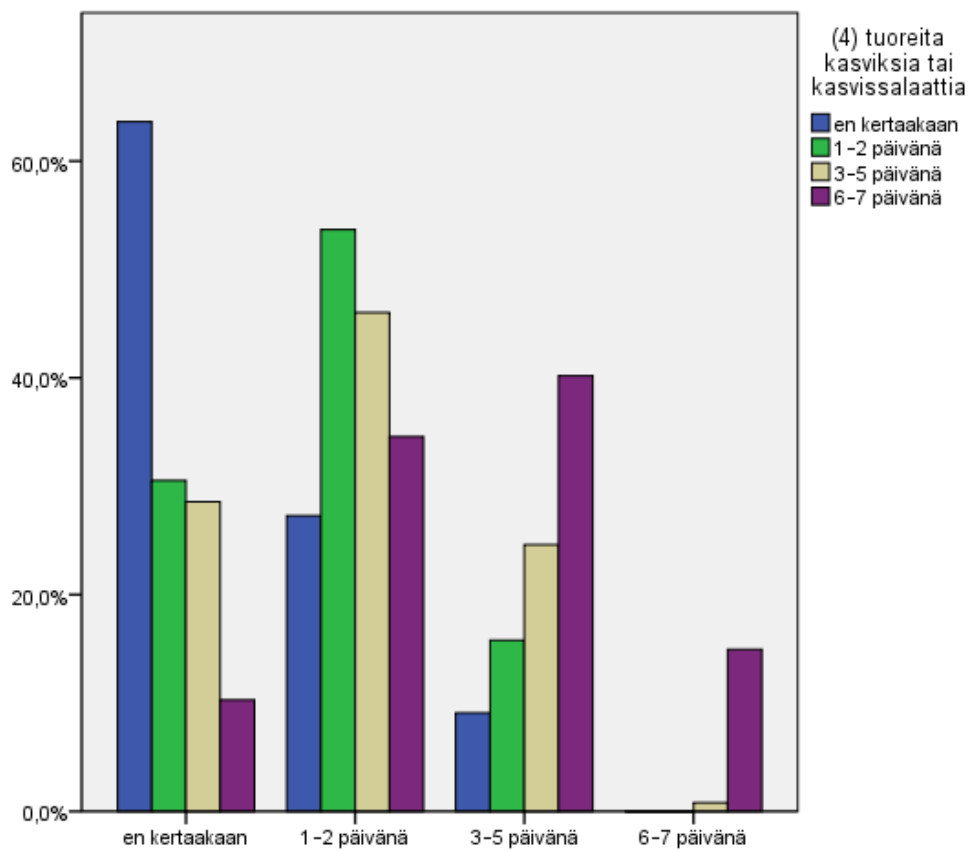
Kuvio 9. Kuinka usein 7 päivän aikana syötte tuoreita kasviksia tai kasvissalaattia?

Kypsennettyjä kasviksia vastaajat näyttävät syövän vieläkin harvemmin: suurin osa aineistosta, 43,2 prosenttia, ilmoitti syövänsä kypsennettyjä kasviksia 1–2 päivänä viikossa (Kuvio 10). Vain 4,8 prosenttia vastasi syövänsä kypsennettyjä kasviksia miltei päivittäin. Suurin piirtein yhtä moni jokaisesta painoryhmästä vastasi syövänsä kypsennettyjä kasviksia hyvin harvoin ja harvimminkin niitä näyttäisivät syövän lievästi ylipainoiset ja huomattavasti ylipainoiset, joista jopa 75 prosenttia vastasi syövänsä niitä korkeintaan pari kertaa viikossa.



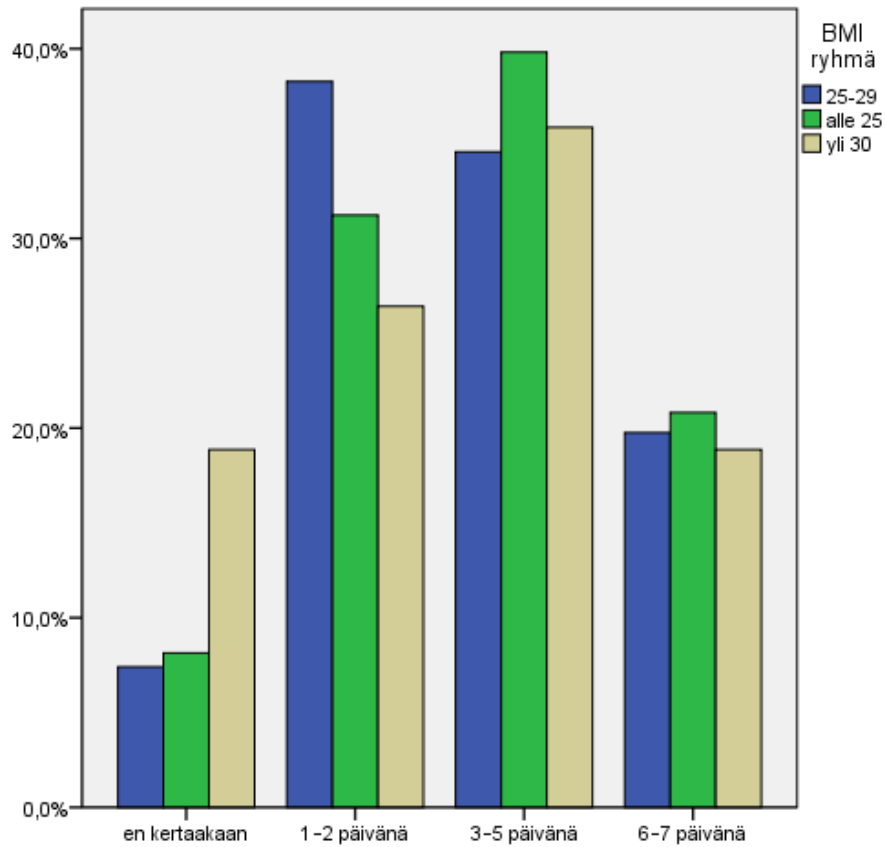
Kuvio 10. Kuinka usein 7 päivän aikana syötte kypsennettyjä kasviksia?

Vertasimme myös kypsennettyjen ja tuoreiden kasvisten syömistä keskenään, jotta näkisimme olivatko ne toisensa poissulkevia. Yli 60 prosenttia niistä vastaajista, jotka kertoivat syövänsä tuoreita kasviksia hyvin harvoin, söivät myös keitettyjä kasviksia hyvin harvoin (Kuvio 11). He, jotka söivät tuoreita kasviksia jopa päivittäin, näyttäisivät syövän kypsennettyjäkin kasviksia melko usein, yli puolet heistä useammin kuin kolmena päivänä viikossa. Muissa ryhmissä näyttäisi siltä, että tuoreet ja kypsennetyt kasvikset ovat osittain toisensa poissulkevat, eli toisena päivänä syödään ruoan lisänä kypsennettyjä kasviksia, toisena päivänä tuoreita.



Kuvio 11. Vertailu, kuinka moni tuoreita kasviksia syövästä syö kypsennettyjä kasviksia

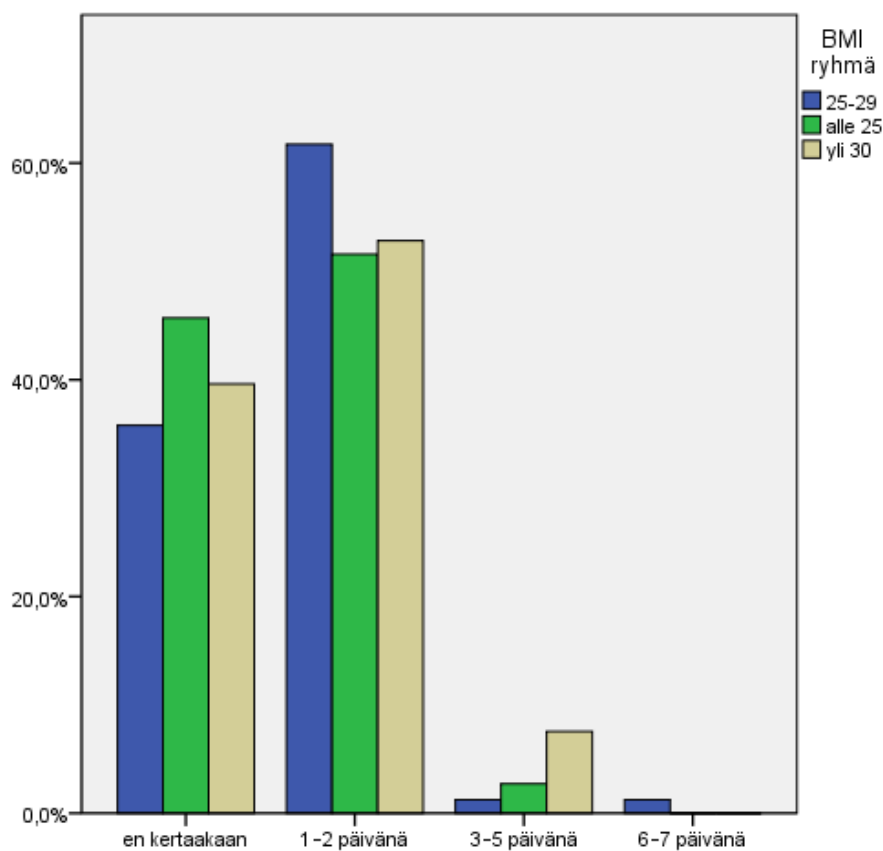
Hedelmiä tai marjoja suurin osa vastaajista, 38 prosenttia, ilmoitti syövänsä keskimäärin 3–5 päivänä viikossa (Kuvio 12). Eniten niitä näyttäisivät syövän normaalipainoiset, joista noin 60 prosenttia ilmoitti syövänsä hedelmiä ja marjoja vähintään kolme kertaa viikossa. Tuloksiin saattavat vaikuttaa mahdolliset allergiat.



Kuvio 12. Kuinka usein 7 päivän aikana syötte hedelmiä tai marjoja?

10.2.4 Hampurilaisten, pizzan tai muiden suoloisten piiraiden syönti

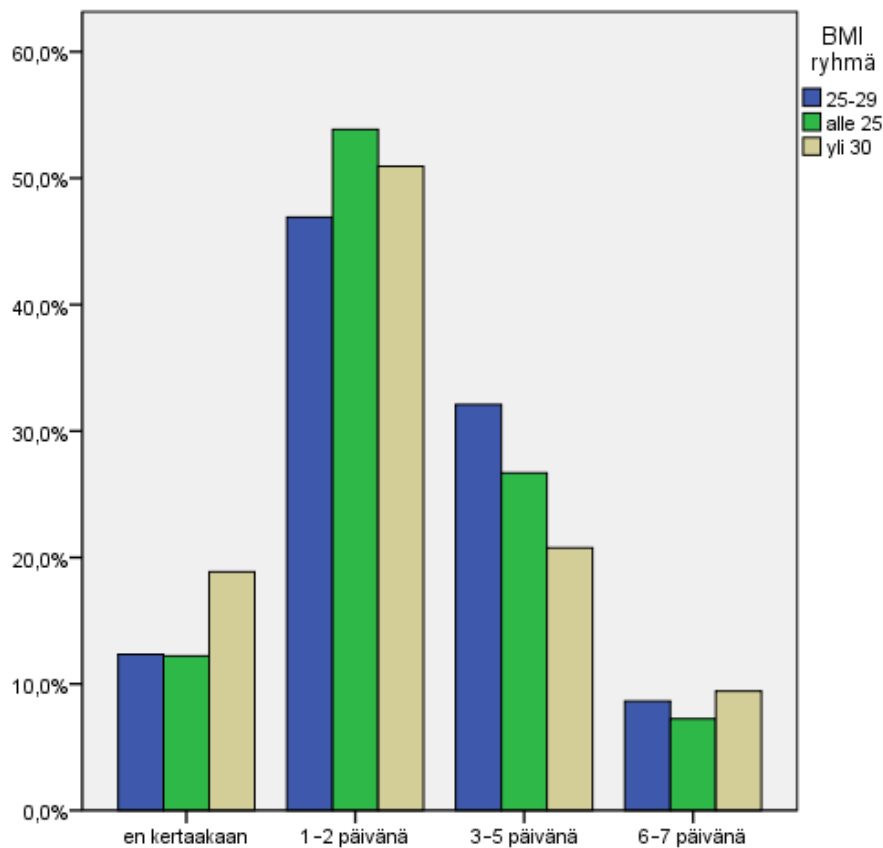
Hiukan yli puolet, 54,1 prosenttia, vastaajista ilmoitti syövänsä hampurilaisia, pizzaa tai muita suoloisia piiraita 1–2 kertaa viikossa (Kuvio 13). Eniten kyseisiä ruokia näyttäisivät syövän huomattavasti ylipainoiset, joista 7,5 prosenttia ilmoitti syövänsä niitä 3–5 päivänä viikossa. Harvimmin näitä ruokia syövät tämän tutkimuksen mukaan normaalipainoiset, joista 45,7 prosenttia ilmoitti syövänsä niitä harvemmin kuin kerran viikossa.



Kuvio 13. Kuinka usein 7 päivän aikana syötte hampurilaisia, pizzaa ja muita suoloisia piiraita?

10.2.5 Sokeristen tuotteiden käyttö

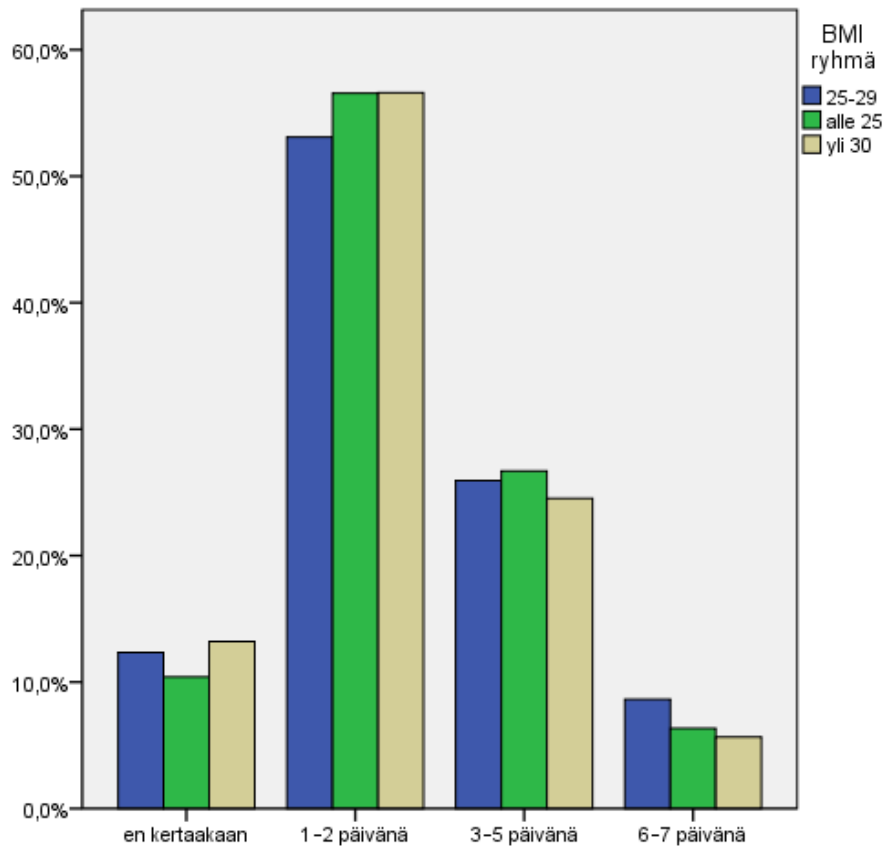
Pullaa, viinereitä, keksejä, kakkuja ja muita leivoksia tutkimukseen osallistuneet kertoivat syövänsä keskimäärin 1–2 kertaa viikossa (51,8 prosenttia aineistosta) (Kuvio 14). Tulokset olivat kaikissa painoryhmissä melko saman suuntaisia. Eniten tulokset jakaantuivat huomattavan ylipainoisten keskuudessa, heistä noin 20 prosenttia ilmoitti syövänsä leivoksia erittäin harvoin, mutta toisaalta noin 10 prosenttia ilmoitti syövänsä niitä päivittäin. Kysymyksen asettelu ei paljasta, kuinka paljon leivoksia syödään kerralla, voi siis olla, että nekin jotka sanovat syövänsä leivoksia harvakseltaan, syövätkin niitä kerralla paljon.



Kuvio 14. Kuinka usein 7 päivän aikana syötte pullaa, viinereitä, keksejä, kakkuja ym.?

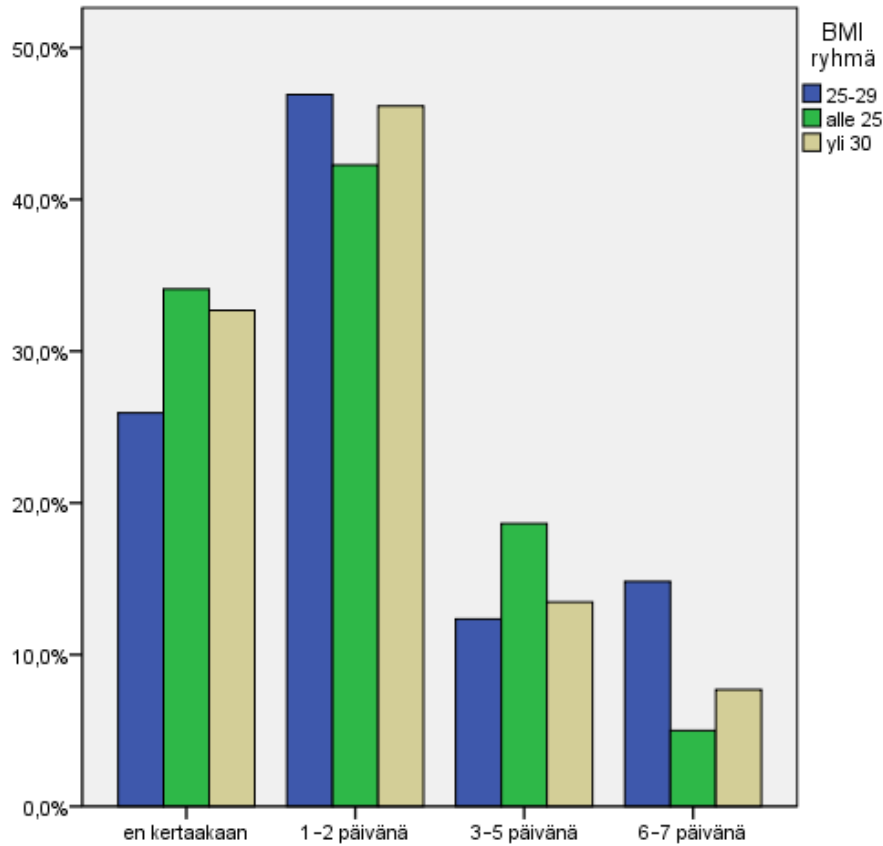
Suklaata ja muita makeisia tutkimukseen osallistuneet ilmoittivat syövänsä keskimäärin 1–2 päivänä viikosta (55,8 prosenttia aineistosta), mikä luultavasti kertoo ”karkkipäivä” –periaatteesta (Kuvio 15). Tulokset ovat hyvin samansuuntaisia kaikissa ryhmissä, mutta eniten makeisia tämän tutkimuksen mukaan näyttäisivät syövän lievästi ylipainoiset, joista

noin joka kolmas syö makeisia vähintään kolmena päivänä viikossa, noin joka kymmenes miltei joka päivä.



Kuvio 15. Kuinka usein 7 päivän aikana syötte suklaata tai muita makeisia?

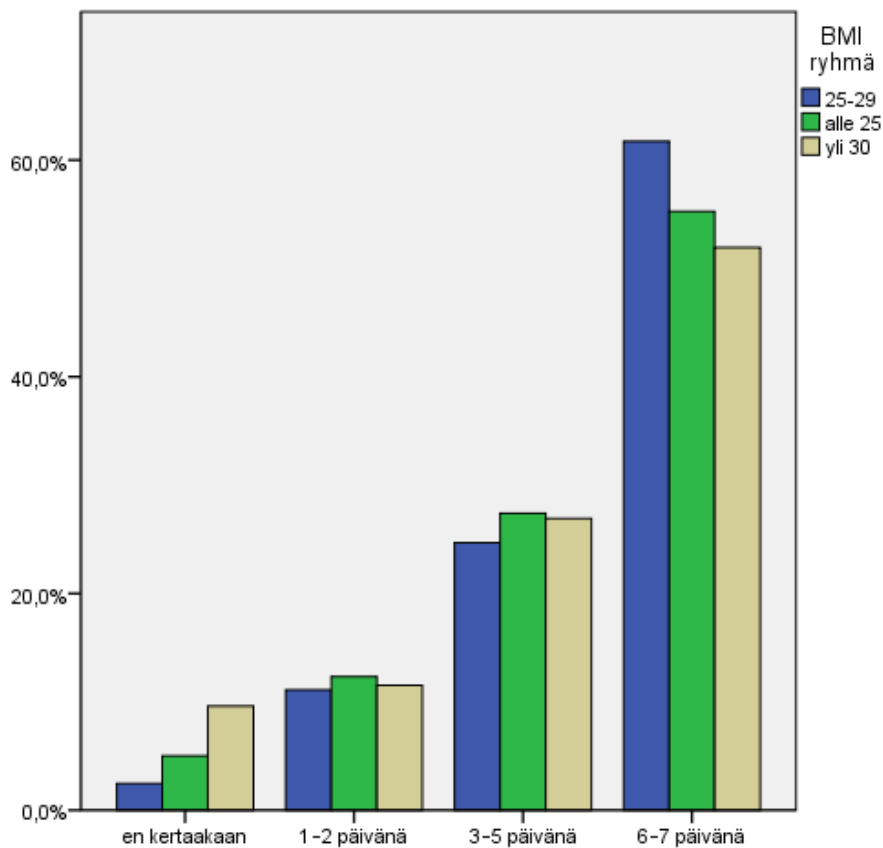
Suurin osa vastanneista, 43,9 prosenttia, ilmoitti juovansa sokeroituja mehuja tai virvoitusjuomia keskimäärin 1-2 päivänä viikossa (Kuvio 16). Eniten sokeroituja juomia näyttäisivät käyttävän lievästi ylipainoiset, joista jopa 14,8 prosenttia ilmoitti juovansa niitä lähes päivittäin ja 12,3 prosenttia 3–5 päivänä viikossa. Harvimminkin sokeroituja juomia ilmoittivat käyttävänsä normaalipainoiset, joista vain 5 prosenttia ilmoitti juovansa niitä päivittäin, sen sijaan 34,1 prosenttia sanoi juovansa niitä hyvin harvoin.



Kuvio 16. Kuinka usein 7 päivän aikana juotte sokeroituja mehuja tai virvoitusjuomia?

10.2.6 Tumman leivän käyttö

Yli puolet tutkimukseen osallistuneista ilmoitti syövänsä tummaa leipää 6–7 päivänä viikossa (Kuvio 17). Eniten tummaa leipää näyttäisivät käyttävän lievästi ylipainoiset, joista jopa 61,7 prosenttia ilmoitti syövänsä tummaa leipää päivittäin. Harvimminkin tummaa leipää ilmoittivat syövänsä huomattavan ylipainoiset, joista noin joka viides vastasi syövänsä tummaa leipää korkeintaan pari kertaa viikossa, noin joka kymmenes harvemmin. Erot eri painoryhmien välillä olivat kuitenkin melko vähäisiä.

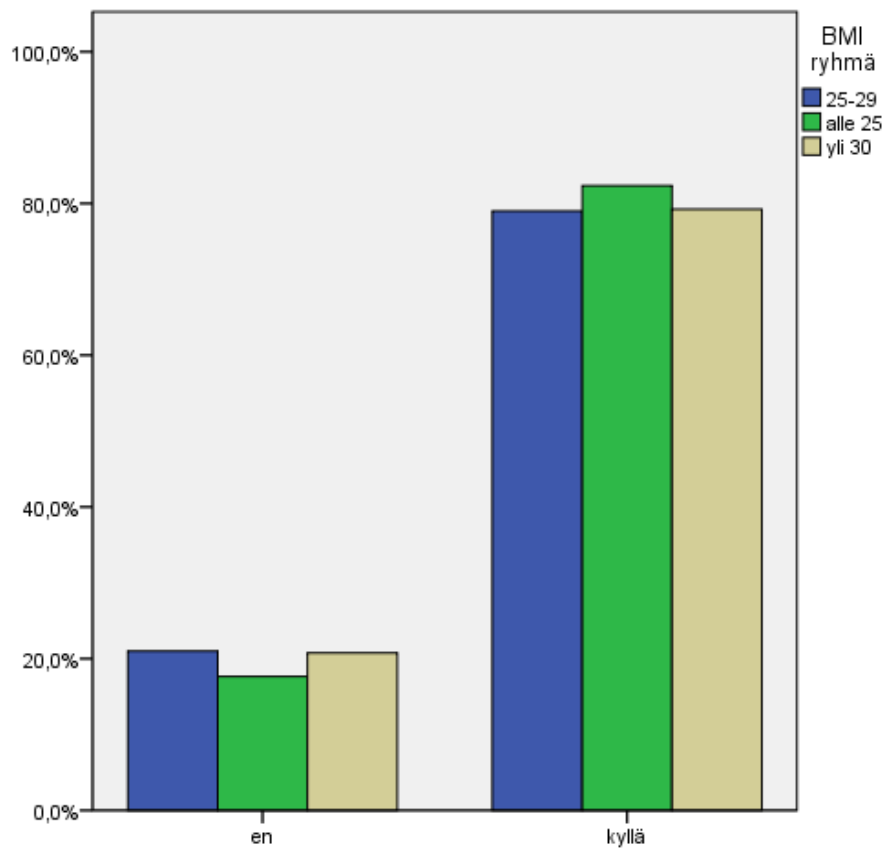


Kuvio 17. Kuinka usein 7 päivän aikana syötte tummaa leipää (ruis-, näkkileipä ym.)?

10.2.7 Ruokailut

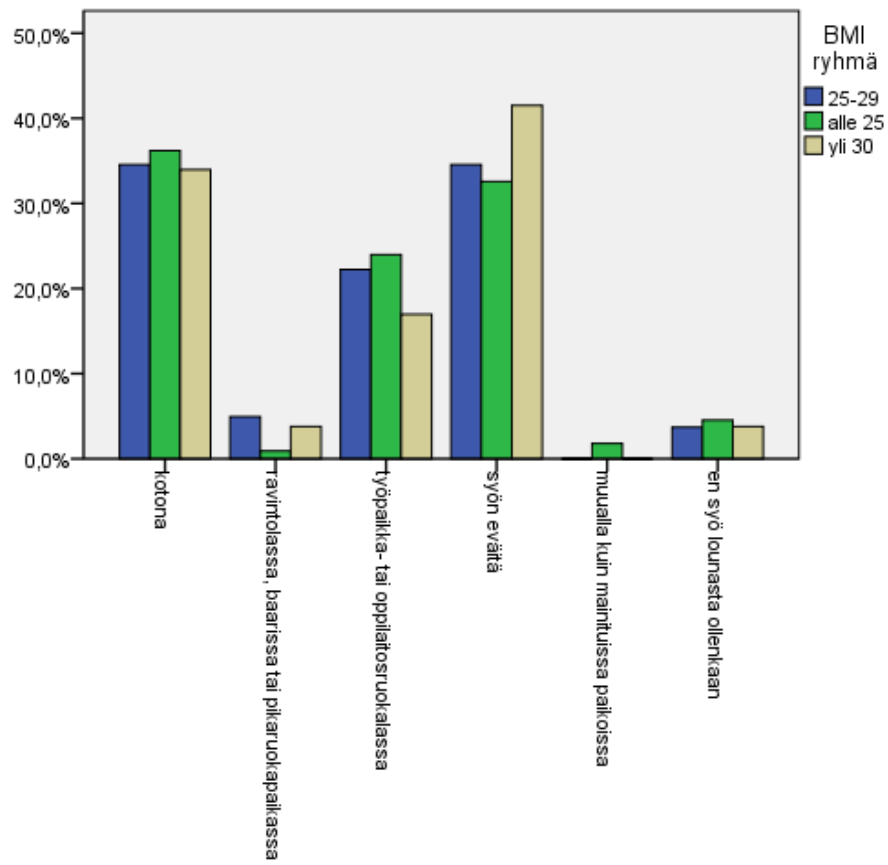
81,1 prosenttia kaikista vastaajista ilmoitti syövänsä aamupalan lähes päivittäin (Kuvio 18). Kuuliaisimmin aamupalan söivät normaalipainoiset, joista 82,4 prosenttia ilmoitti syövänsä

aamupalan ainakin lähes joka päivä, mutta myös lievästi ylipainoiset ja huomattavan ylipainoiset ylsivät 80 prosentin tuntumaan.



Kuvio 18. Syöttekö yleensä aamupalaa?

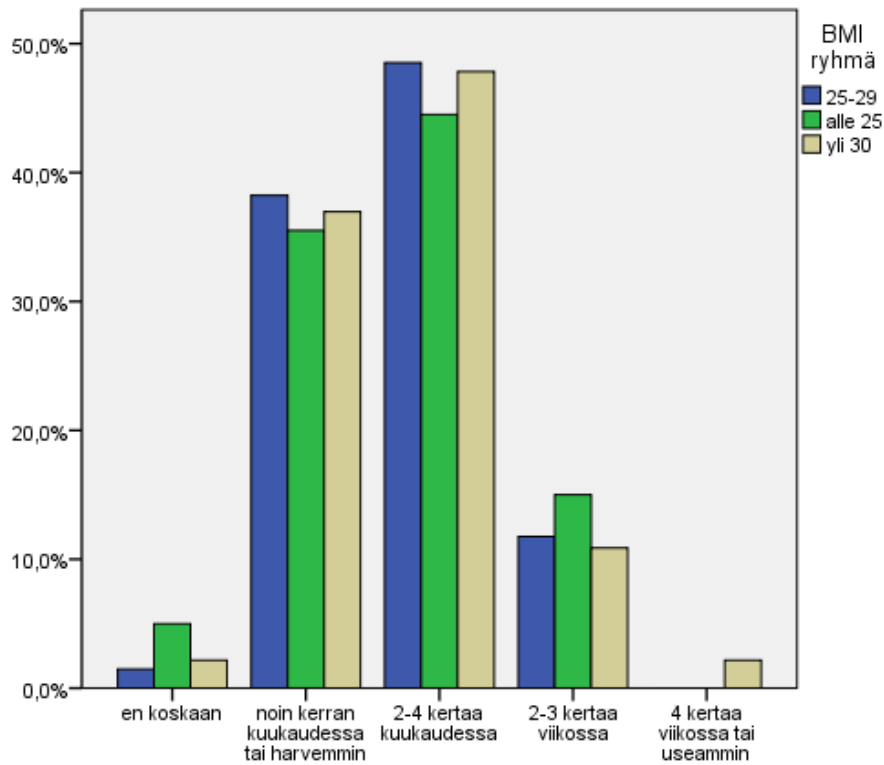
Suurin osa, 35,5 prosenttia, tutkimukseen osallistuneista ilmoitti syövänsä lounaansa kotona, miltei yhtä moni, 34,4 prosenttia, ilmoitti syövänsä lounaaksi eväitä (Kuvio 19). Eväiden syöjiä oli useimmin huomattavan ylipainoisten ryhmässä: heistä 41,5 prosenttia ilmoitti syövänsä eväitä lounasaikaan. Yleisimmin kotona lounastivat normaalipainoiset, heistä 36,2 prosenttia söi lounaan yleensä kotona. 22,5 prosenttia vastaajista söi yleensä työpaikka- tai oppilaitosruokalassa. Vain 4,2 prosenttia vastanneista ilmoitti, ettei syö lounasta lainkaan. Näihin lukuihin vaikuttaa huomattavasti se, onko vastaaja töissä tai opiskelemassa vai ei. Työssäolevilla ja opiskelijoilla vastaukseen vaikuttaa myös se, onko työ- tai opiskelupaikassa mahdollisuutta ruokailla työpaikkaruokalassa. Kuitenkin vain noin puolet niistä, joilla oli mahdollisuus ruokailla työpaikkaruokalassa, söi yleensä lounaansa siellä.



Kuvio 19. Missä syötte useimmiten lounaanne (klo 10 - 15) arkena?

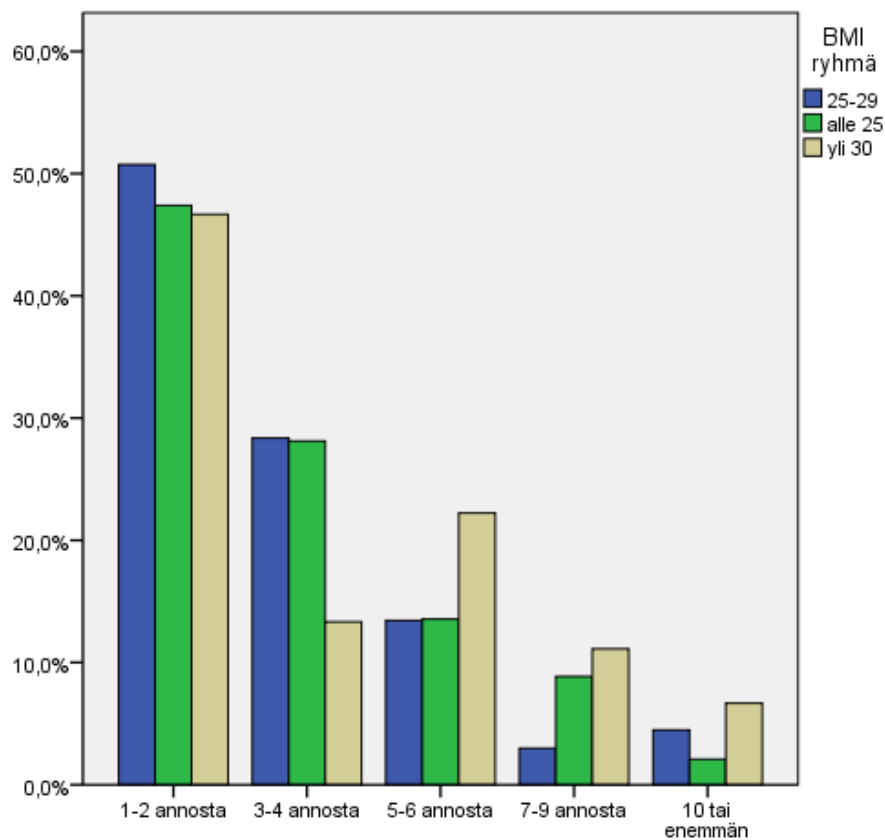
10.2.8 Alkoholin käyttö

85,6 prosenttia kaikista tutkimukseen osallistuneista oli käyttänyt alkoholia viimeisen vuoden aikana (Kuvio 20). Suurin osa vastanneista, 45,9 prosenttia, kertoi käyttävänsä alkoholia keskimäärin 2–4 päivänä kuukaudessa. Vain yksi vastaaja kertoi juovansa alkoholia vähintään neljä kertaa viikossa. Eri painoryhmien väliset erot olivat tässä kohdin melko pieniä.



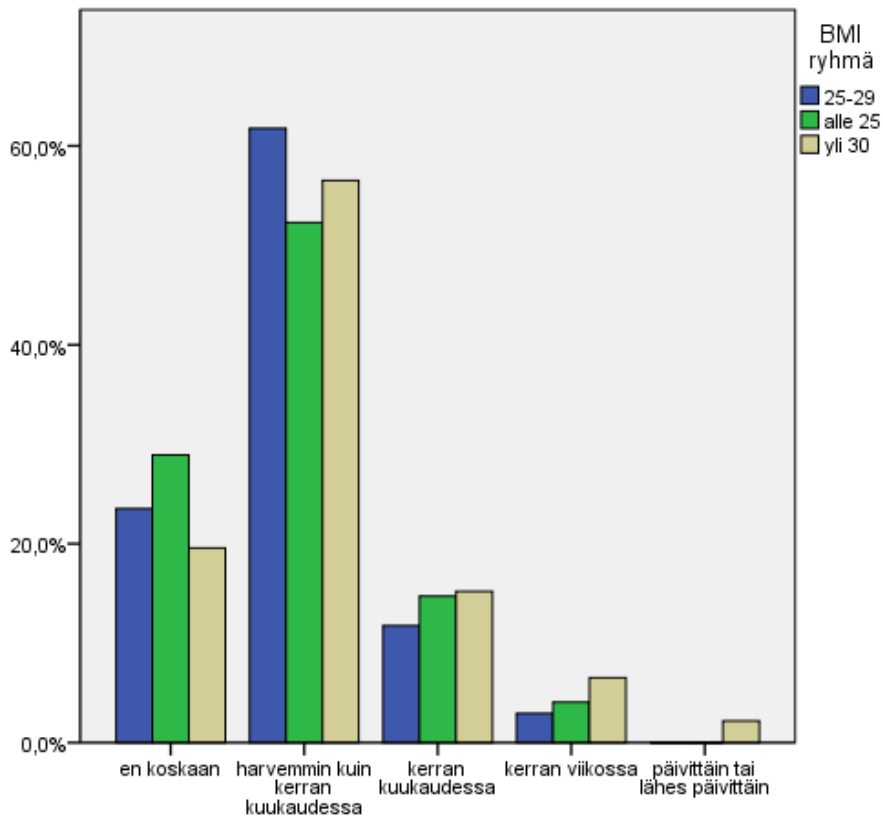
Kuvio 20. Kuinka usein juotte olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia?

Kun kysyttiin montako annosta vastaajat yleensä ottavat alkoholia kerralla, noin puolet osallistuneista kertoi ottavansa keskimäärin 1–2 annosta (Kuvio 21). Normaalipainoisten ja lievästi ylipainoisten vastaukset olivat samansuuntaisia, kun taas huomattavan ylipainoiset näyttäisivät juovan humalahakuisemmin: heistä jopa joka viides ilmoitti juovansa kerralla 5–6 annosta, noin joka kymmenes 7–9 annosta ja hiukan harvempi 10 tai enemmän kerralla. Alkoholinkäytön riskiraja naisilla on kaksi tai useampi alkoholiannos päivässä tai vähintään viisi alkoholiannosta kerralla kerran viikossa (Tarnanen ym. 2010), minkä perusteella kainuulaisten naisten alkoholinkäyttö näyttäisi jonkin verran huolestuttavalta.



Kuvio 21. Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olette ottanut niinä päivinä jolloin olette juonut?

Selvästi suurin osa kertoi juovansa 6 tai useampia annoksia kerralla harvemmin kuin kerran kuukaudessa, kuitenkin noin 14 prosenttia kertoi juovansa niin kerran kuukaudessa ja 4 prosenttia kerran viikossa (Kuvio 22). Vain yksi vastaaja kertoi juovansa enemmän kuin 6 annosta kerralla miltei päivittäin. Humalahakuinen juominen näyttäisi olevan yleisempää huomattavan ylipainoisilla normaalipainoisiin ja lievästi ylipainoisiin verrattuna.



Kuvio 22. Kuinka usein olette juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?

10.3 Painon yhteys liikuntatottumuksiin

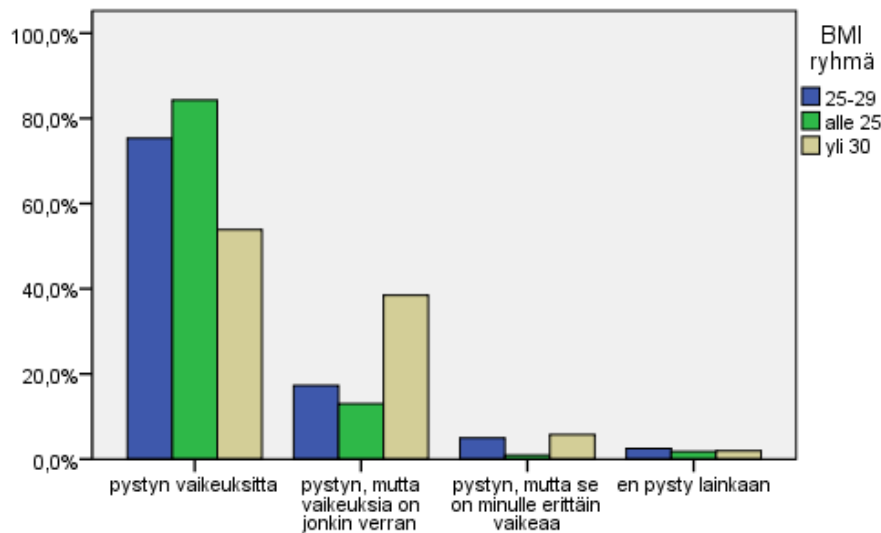
Tässä kappaleessa käsittelemme painon yhteyttä erilaisiin liikuntatottumuksiin painoindeksiluokittain.

Liikuntatottumuksia käsittelevät kysymykset olivat:

1. Pystyttekö yleensä seuraaviin suorituksiin? (katso Liite 1)
2. Miten rasittavaa työnne on ruumiillisesti?
3. Kuinka monta minuuttia liikutte työmatkoillanne/opiskelumatkalla esim. jalan tai pyöräillen?
4. Kuinka monta tuntia istutte keskimäärin arkipäivänä? (katso Liite 1)

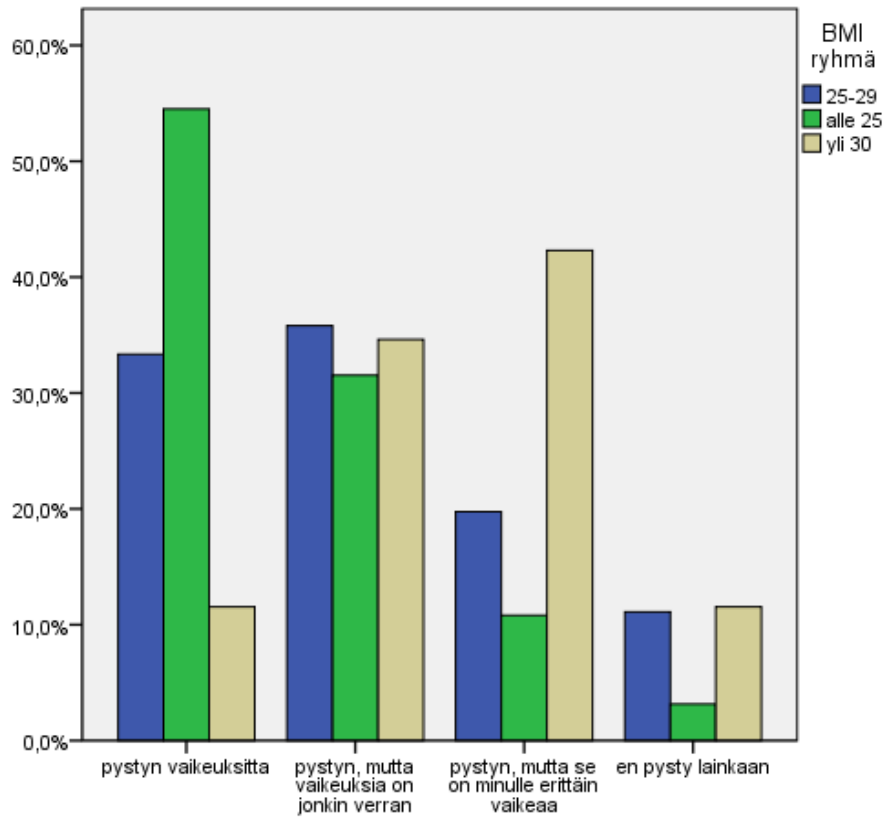
10.3.1 Kestävyyskunto

Tutkimukseen osallistuneista henkilöistä joiden BMI oli alle 25, reilu 84 prosenttia pystyi juoksemaan noin sadan metrin matkan vaikeuksitta. Huomattavan ylipainoisista vajaat 55 prosenttia pystyi juoksemaan sata metriä vaivatta (Kuvio 23). Eniten vaikeuksia juosta oli huomattavan ylipainoisilla, eroa ei kuitenkaan ollut lievästi ylipainoisiin kuin vajaan prosentin verran. Kaikista ryhmistä noin 2 prosenttia ei pystynyt juoksemaan lainkaan sadan metrin matkaa.



Kuvio 23. Pystyttekö yleensä juoksemaan lyhyehkön matkan?

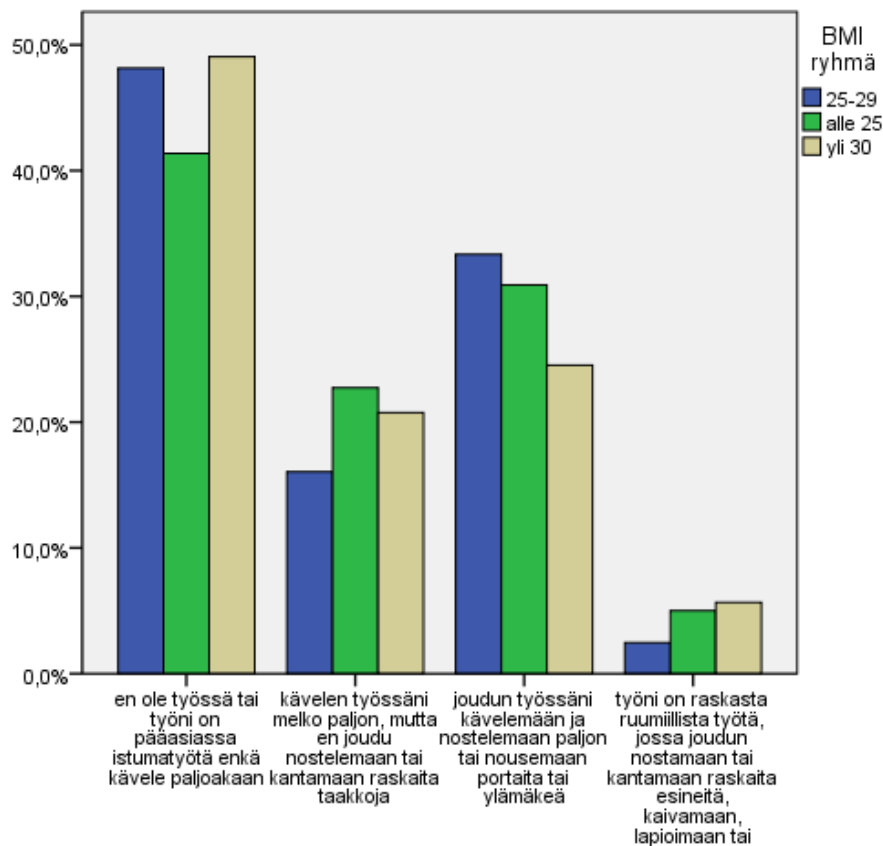
Yli puoli kilometriä vaivatta juoksemaan pystyviä oli normaalipainoisten ryhmässä enää noin 55 prosenttia, eli pudotusta aiempaan oli noin 30 prosenttiyksikköä (Kuvio 24). Lievästi ylipainoisista reilut 30 prosenttia pystyi juoksemaan vaivatta yli puoli kilometriä, verrattuna aiempaan reiluun 70 prosenttiin. Huomattavan ylipainoisista hieman yli 11 prosenttia pystyi juoksemaan yli 500 metrin matkan. Verrattuna sadan metrin matkaan pudotusta on vajaat 45 prosenttiyksikköä. Jonkin verran vaikeuksia juoksussa oli 33 prosentilla vastanneista ja paljon vaikeuksia vajaalla 18 prosentilla. Hieman yli 6 prosenttia vastanneista ei pystynyt juoksemaan ollenkaan puolen kilometrin matkaa. Sekä lievästi ylipainoisista ja huomattavan ylipainoisista lähes yhtä paljon (noin 11 prosenttia) ei pystynyt juoksemaan ollenkaan.



Kuvio 24. Pystyttekö yleensä juoksemaan pitkähkön matkan?

10.3.2 Työajan liikunta

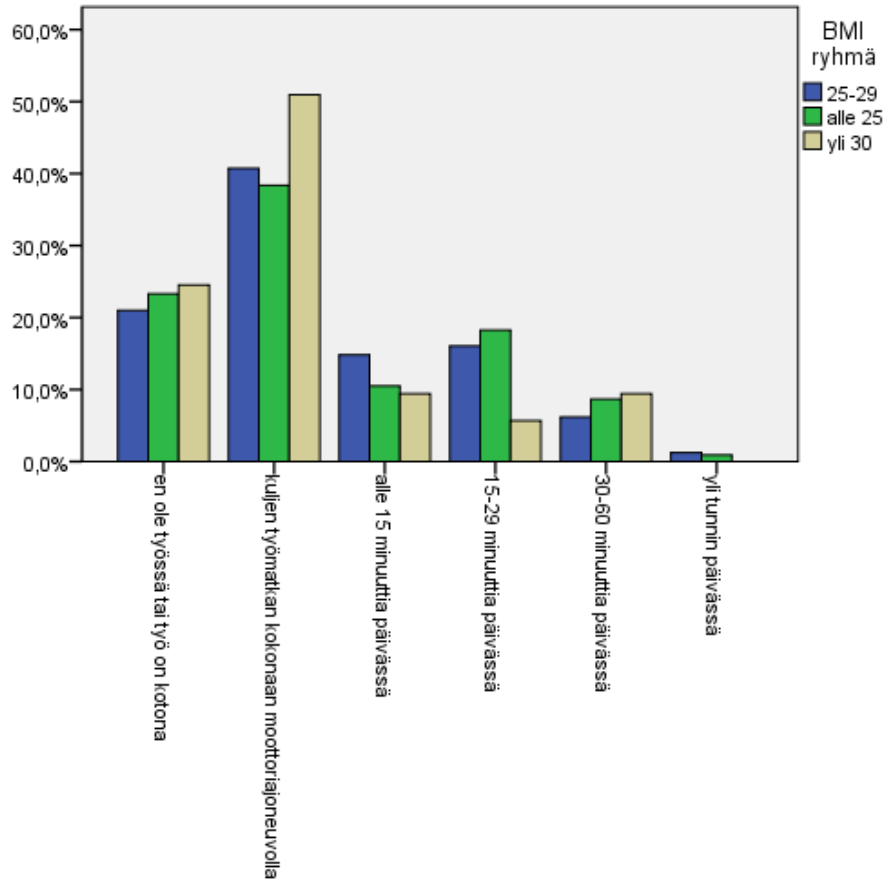
Työn rasittavuuden prosentuaaliset määrät olivat lähestulkoon samansuuntaiset jokaisessa BMI -ryhmässä (Kuvio 25). 40–50 prosenttiin vastanneista henkilöistä, BMI-ryhmästä huolimatta, ei ollut ollenkaan työssä tai työ oli pääasiassa istumatyötä. Työssään jonkin verran käveleviä oli 16–23 prosenttiin kaikissa ryhmissä. Paljon työssään käveleviä ja nostelevia oli jokaisessa ryhmässä 24–34 prosenttiin ja erittäin raskasta työtä tekeviä oli 2–6 prosenttia.



Kuvio 25. Miten rasittavaa työnne on ruumiillisesti?

Työ- ja opiskelumatkaliikuntaa harrasti kaikista vastanneista noin 36 prosenttia, moottoriajoneuvolla työmatkansa kulki hieman yli 41 prosenttia ja reilu 22 prosenttia ei ollut töissä ollenkaan. Kuitenkin niitä henkilöitä, jotka harrastivat työ- tai opiskelumatkaliikuntaa 15–39 minuuttia päivästä, oli reilut 43 prosenttia työ- tai opiskelumatkaliikuntaa harrastavista

(Kuvio 25). Vähiten työmatkallaan liikkuvat huomattavan ylipainoiset. Heistä hieman yli 75 prosenttia ei joko työskennellyt, työ oli kotona tai he kulkivat työmatkan moottoriajoneuvolla. Vastaavasti normaalipainoisten ja lievästi ylipainoisten ryhmissä hieman yli 61 prosenttia ei liikkunut työmatkojaan, oli työtön tai teki töitä kotona.

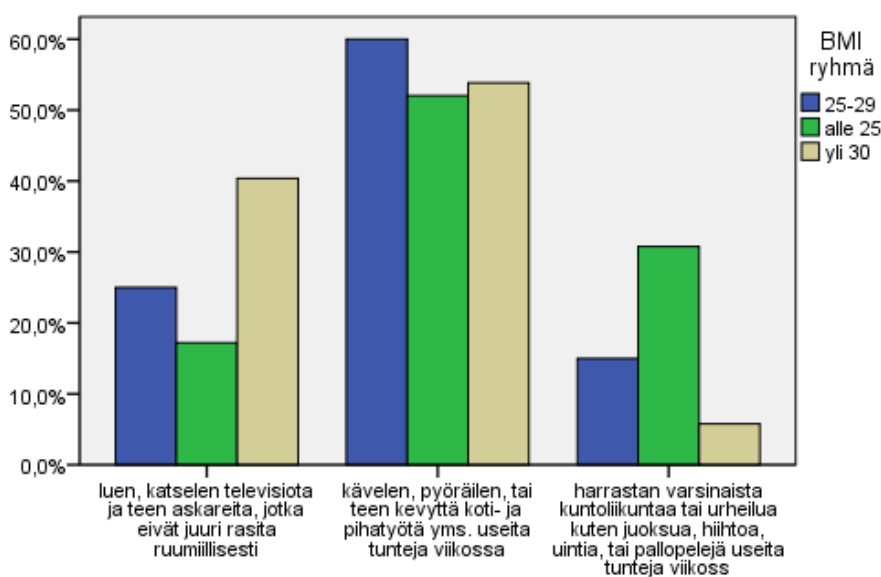


Kuvio 26. Kuinka monta minuuttia liikutte työmatkoillanne/opiskelumatkoilla esim. jalan tai pyöräillen (meno- ja paluumatkat yhteensä)?

10.3.3 Vapaa-ajan liikunta

Kaikista vastanneista yli puolet harrasti kevyttä vapaa-ajan liikuntaa tai hyötyliikuntaa useita tunteja viikossa (Kuvio 27). Varsinaista kuntoliikuntaa useita tunteja viikossa harrasti reilut 20 prosenttia kaikista vastanneista. Hieman yli 20 prosenttia ei tehnyt mitään fyysisesti rasittavaa, vaan vietti aikansa joko tietokoneella, katseli televisiota, luki tai teki kevyitä askareita. Eniten fyysisesti rasittavaa liikuntaa useita kertoja viikossa harrasti normaalipainoiset eli yli 30 prosenttia kaikista normaalipainoisista, reilu 50 prosenttia

normaalipainoisista harrasti kevyttä liikuntaa tai hyötyliikuntaa useita kertoja viikossa. Vain noin 17 prosenttia normaalipainoisista ei harrastanut ollenkaan vapaa-ajan liikuntaa, kun taas huomattavan ylipainoisista reilu 40 prosenttia ei harrastanut mitään vapaa-ajan liikuntaa. Vajaat 54 prosenttia heistä harrasti kevyttä vapaa-ajan liikuntaa tai hyötyliikuntaa, vain noin 5 prosenttia harrasti varsinaista kuntoliikuntaa. Lievästi ylipainoisista 60 prosenttia harrasti kevyttä liikuntaa tai hyötyliikuntaa, mutta jopa 25 prosenttia ei liikkunut vapaa-ajallaan ollenkaan. Kuitenkin 15 prosenttia lievästi ylipainoisista harrasti varsinaista kuntoliikuntaa.



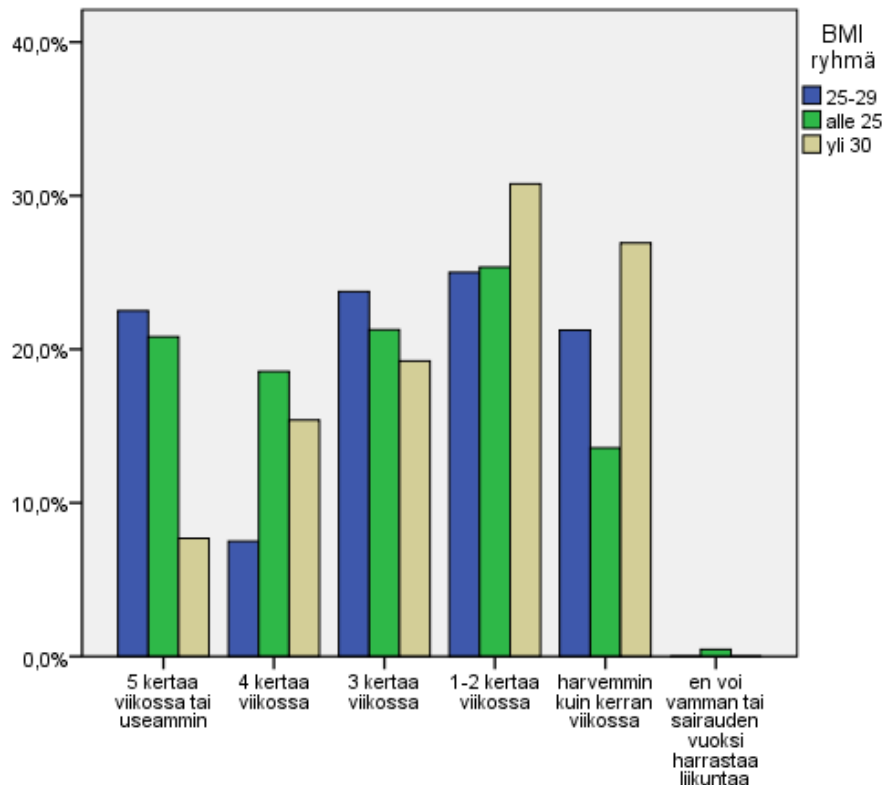
Kuvio 27. Kuinka paljon liikutte ja rasitatte itseänne ruumiillisesti vapaa-aikana?

10.3.4 Rasittava liikunta

Kaikista vastanneista hieman alle 57 prosenttia harrasti liikuntaa vähintään kolme kertaa viikossa, vähintään 20 minuutin ajan siten, että ainakin lievästi hikoilee tai hengästyy (Kuvio 28). Vain yksi vastanneista ei pystynyt harrastamaan liikuntaa sairauden tai vamman vuoksi ja hän oli normaalipainoinen. Noin neljäsosa kaikista vastanneista harrasti rasittavaa liikuntaa yhdestä kahteen kertaan viikossa. Sekä kolme kertaa viikossa, että vähintään viisi kertaa viikossa rasittavaa liikuntaa harrasti noin viidesosa vastanneista. Kaikista vastanneista neljä kertaa viikossa rasittavaa liikuntaa harrasti noin kaksi kymmenestä.

Viisi kertaa viikossa rasittavaa liikuntaa harrastavia oli eniten normaalipainoisten ja lievästi ylipainoisten luokassa eli noin 20 prosenttia kummassakin ryhmässä, kun taas huomattavan

ylipainoisista vajaa 8 prosenttia harrasti rasittavaa liikuntaa viidesti viikossa. Normaali- ja lievästi ylipainoisten ryhmässä liikunnan määrät olivat melko tasaisesti jakautuneet yli viiden tai vähintään yhden kerran välille, vähiten rasittavaa liikuntaa harrastavia oli neljä kertaa viikossa -ryhmässä. Huomattavan ylipainoiset harrastivat rasittavaa liikuntaa pääasiassa enintään yhdestä kahteen kertaa viikossa tai vähemmän, 15 - 20 prosenttia harrasti liikuntaa vähintään kolme tai neljä kertaa viikossa.

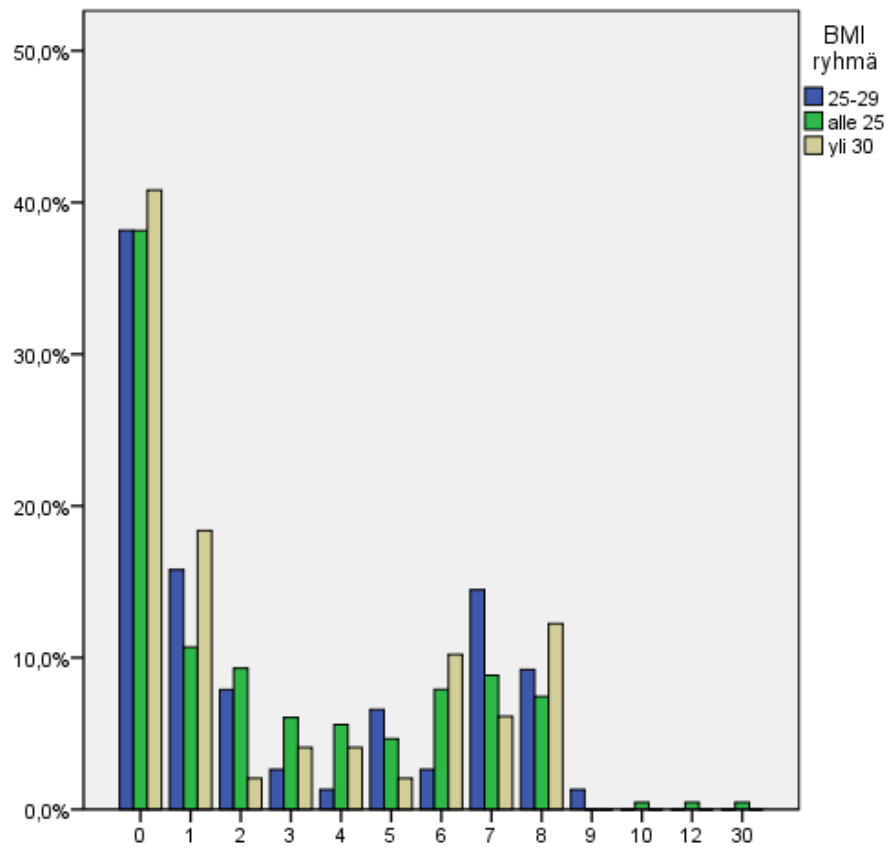


Kuvio 28. Kuinka usein harrastatte vapaa-ajan liikuntaa vähintään 20 minuuttia niin, että ainakin lievästi hengästyttte ja hikoilette?

10.3.5 Istuminen

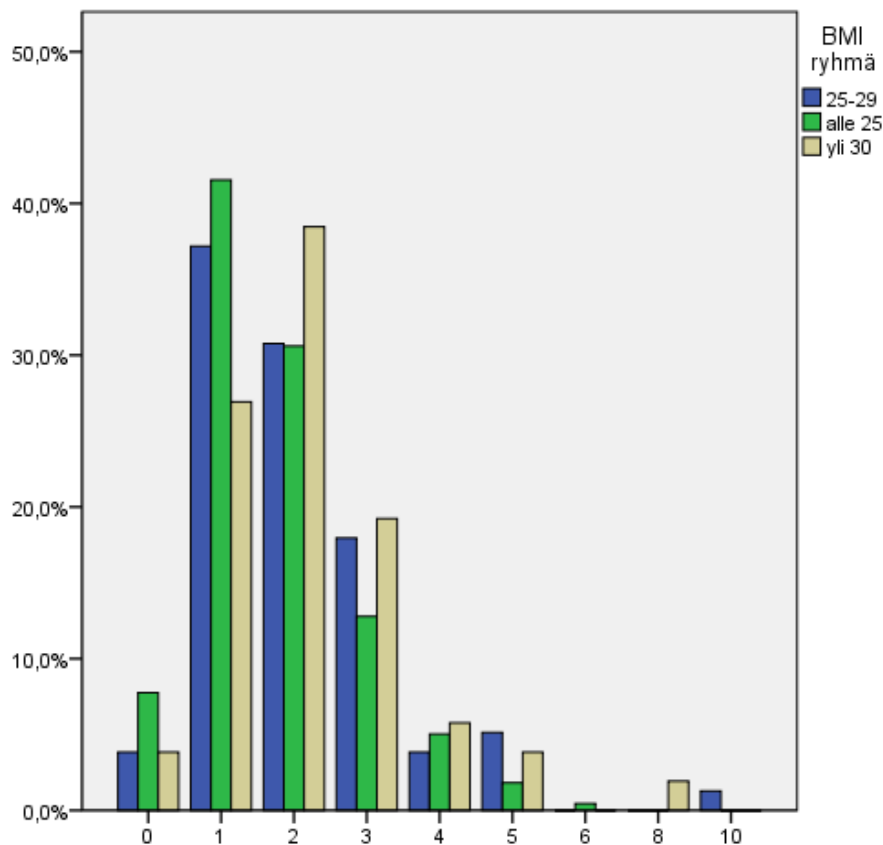
Lähes 40 prosenttia kaikista kyselyyn vastanneista ei istunut työpaikallaan toimistossa tai vastaavassa yhtään tuntia työpäivän aikana (Kuvio 29). Yhdestä kahdeksaan tuntia työpäivän aikana istuvia oli kaikista vastanneista vaihtelevasti reilusta neljästä prosentista 13 prosenttiin. Huomattavan ylipainoiset istuivat töissä kaikista vähiten, lähes 60 prosenttia ei istunut joko ollenkaan tai istui vain tunnin. Näistä henkilöistä yksikään ei istunut kahdeksaa tuntia

enempää päivän aikana. Kaikista vastanneista yhdeksän tuntia tai enemmän istui kuitenkin alle prosentti kaikista vastanneista. Normaalipainoiset istuivat työpäivän aikana eniten, yli puolet istui 2 tuntia tai enemmän, kuitenkin vain noin prosentti istui yli kahdeksan tuntia.



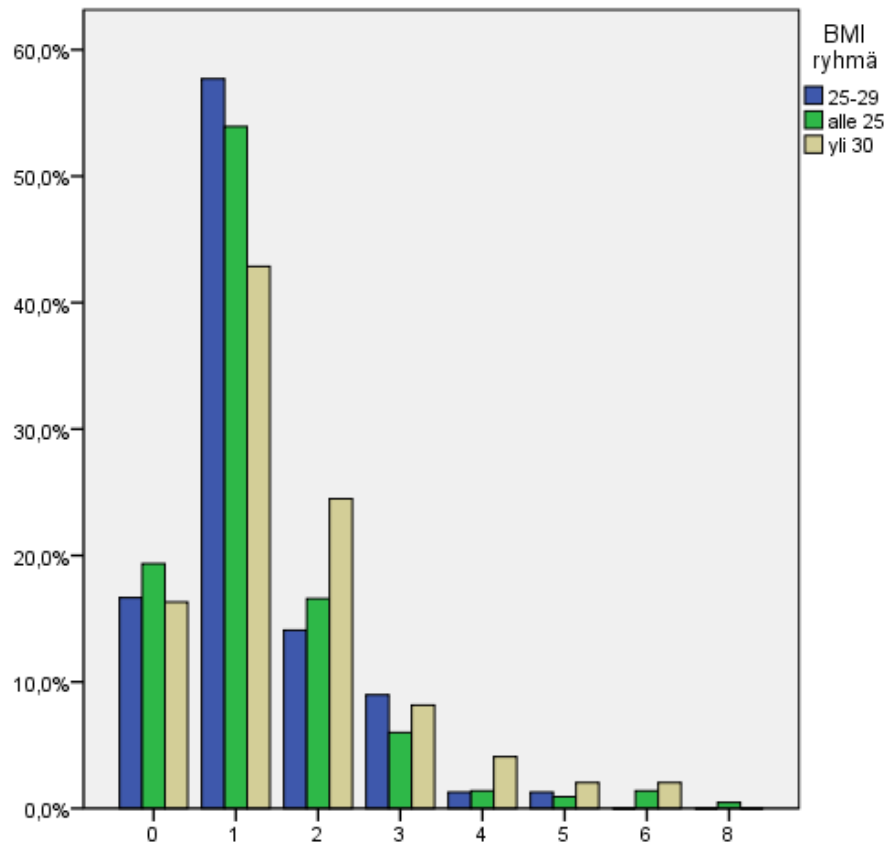
Kuvio 29. Kuinka monta tuntia keskimäärin istutte työpäivän aikana toimistossa tai vastaavassa?

Kyselyyn vastanneista hieman yli kolme neljäsosaa istuu päivittäin kaksi tuntia tai vähemmän television tai radion ääressä (Kuvio 30). Eniten aikaa television tai radion ääressä viettivät huomattavan ylipainoiset, heistä suurin osa (vajaan 60 prosenttia) vietti television tai radion ääressä aikaansa kahdesta kolmeen tuntiin päivässä. Normaalipainoisista vastaavan ajan istuen television tai radion ääressä vietti vajaan 45 prosenttia. Yleisesti ottaen suurin osa kyselyyn vastanneista vietti aikaa television tai radion ääressä päivittäin kahdesta kolmeen tuntia, joitakin poikkeuksia lukuun ottamatta enemmänkin.



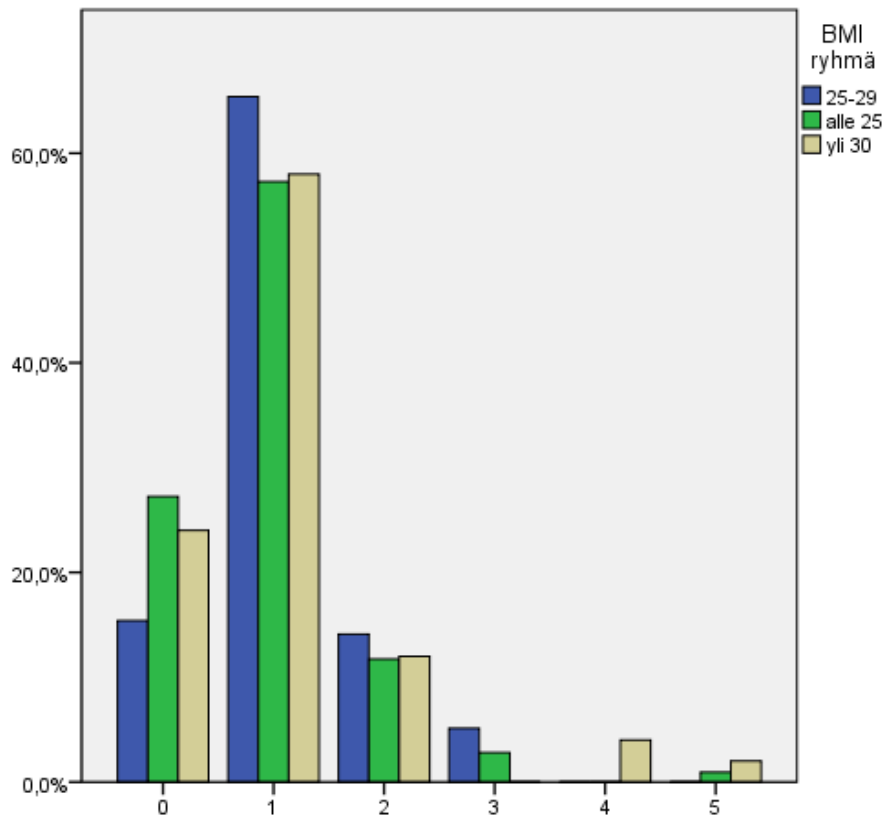
Kuvio 30. Kuinka monta tuntia keskimäärin istutte vapaa-ajalla television tai radion ääressä arkipäivänä?

Kaikista kyselyyn vastanneista lähes 90 prosenttia vietti istuen tietokoneen ääressä alle kaksi tuntia päivässä (Kuvio 31). Kaikissa BMI -ryhmissä tietokoneen ääressä vietetty aika oli melko vähäistä, joitakin poikkeuksia lukuun ottamatta. Eniten tietokoneen ääressä aikaa (kaksi tuntia tai enemmän päivässä) viettivät huomattavan ylipainoiset. Heitä oli hieman yli 40 prosenttia, muissa ryhmissä vastaavan ajan tietokoneen ääressä viettivät vajaa 30 prosenttia vastanneista.



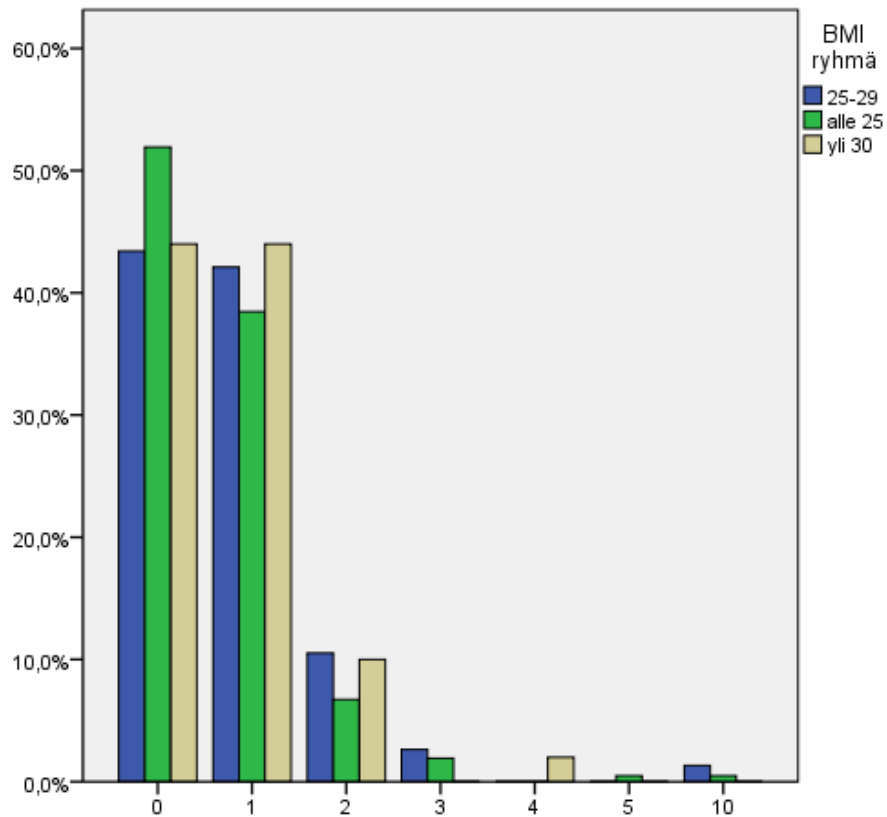
Kuvio 31. Kuinka monta tuntia keskimäärin istutte vapaa-ajalla tietokoneen ääressä arkipäivänä?

Kyselyyn vastanneista yli 95 prosenttia vietti kaksi tuntia tai vähemmän vapaa-ajallaan kirjoja ja lehtiä lukien tai käsitöitä tehden (Kuvio 32). Eniten aikaa (kaksi tuntia tai enemmän) kuluttivat lievästi ylipainoiset, vajaa 20 prosenttia vastanneista, kyseiseen BMI – ryhmään kuuluvista. Kuitenkin huomattavan ylipainoisista kuusi prosenttia vietti neljä tuntia tai enemmän lukien tai käsitöitä tehden.



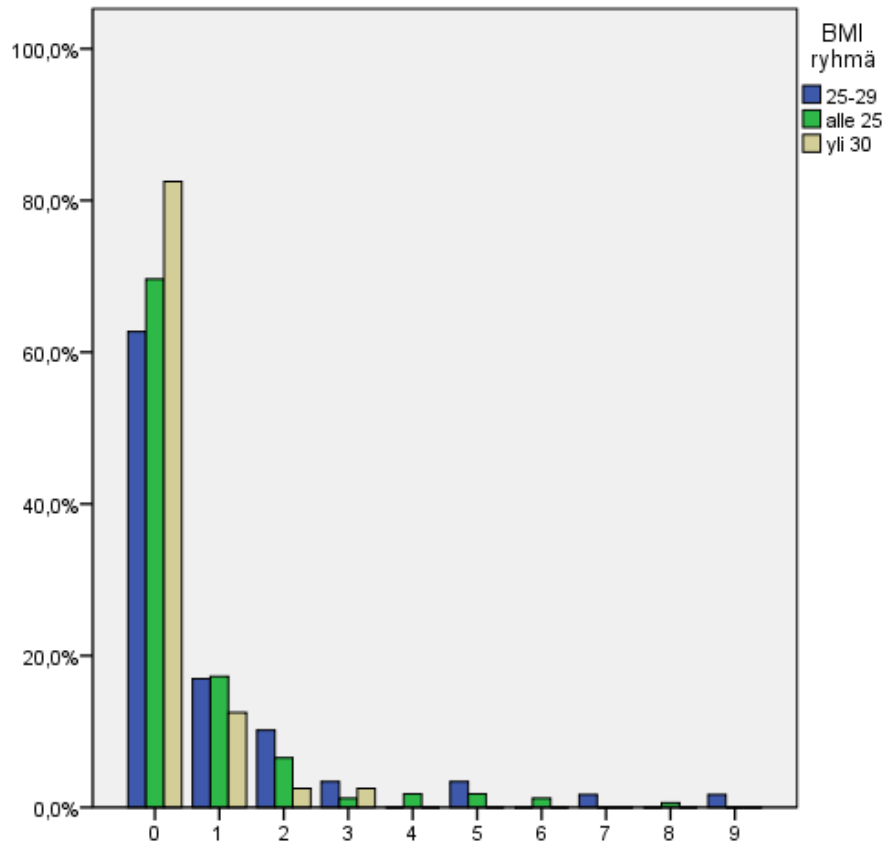
Kuvio 32. Kuinka monta tuntia keskimäärin istutte vapaa-ajalla kirjoja tai lehtiä lukien tai käsitöitä tehden arkipäivänä?

Kulkuneuvossa päivän aikana istui vajaa 52 prosenttia kyselyyn vastanneista (Kuvio 33). Näistä henkilöistä yhden tunnin istuivat hieman yli 40 prosenttia, kaksi tuntia vain yli 8 prosenttia. Eniten istuivat (kaksi tuntia tai enemmän) lievästi ylipainoiset, hieman yli 14 prosenttia vastanneista. Kaiken kaikkiaan kyselyyn vastanneet henkilöt istuivat ajallisesti kulkuneuvoissa päivän aikana melko vähän.



Kuvio 33. Kuinka monta tuntia keskimäärin istutte kulkuneuvossa arkipäivänä?

Muualla istuvia henkilöitä kyselyyn vastanneista henkilöistä oli hieman vajaa 30 prosenttia (Kuvio 34). Näistä henkilöistä suurin osa, noin 23 prosenttia, istui yhdestä kahteen tuntiin. Kaksi tuntia istuvia henkilöitä oli eniten lievästi ylipainoisten ryhmässä, noin 10 prosenttia vastanneista, ryhmään kuuluvista henkilöistä.



Kuvio 34. Kuinka monta tuntia keskimäärin istutte muualla arkipäivänä?

11 JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvailla kainuulaisten 20–40 –vuotiaiden naisten ylipainon ilmenemistä ja sen yhteyttä liikunta- ja ravitsemustottumuksiin. Tässä luvussa selitämme kainuulaisten 20–40 –vuotiaiden naisten ylipainosta ja siihen liittyvistä ravitsemus- ja ruokailutottumuksista tekemämme havainnot.

Opinnäytetyömme tavoitteena oli tuottaa tietoa, joka auttaa kainuulaisia kuntapäittäjiä ja terveydenhuollon ammattilaisia suunnittelemaan ja toteuttamaan ylipainoon liittyviä terveyden edistämisen toimia. Tässä luvussa kerromme myös havaitsemistamme terveysneuvonnan ja muiden toimien tarpeesta.

11.1 Kainuulaisten 20–40 –vuotiaiden naisten ylipaino

Opinnäytetyömme tulosten perusteella kainuulaiset 20–40 –vuotiaat naiset ovat keskimäärin varsin normaalipainoisia. Koko otoksesta 62,5 prosenttia oli normaalipainoisia ja keskimääräinen painoindeksi vain aavistuksen normaalipainon yläpuolella: 25,08 kg/m². Ylipainoisten osuus lisääntyi kuitenkin selvästi, mitä vanhemmista osallistujista oli kyse. Ylipaino onkin tulosta pitkäaikaisesta elämäntapojen epäedullisuudesta (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 9–12) ja myös tämä tutkimus näyttäisi osoittavan sen.

11.2 Kainuulaisten 20–40 –vuotiaiden naisten ravitsemustottumukset

Opinnäytetyömme perusteella kainuulaisten naisten ravitsemustottumukset näyttävät yleisesti ottaen olevan hyvällä mallilla. Kalaa kainuulaiset naiset näyttäisivät syövän pääasiassa suositusten mukaisesti pari kertaa viikossa. Hampurilaisia, pizaa ja muita suolaisia piiraita vain hyvin harva syö useammin kuin 1–2 kertaa viikossa. Tumma leipä on suosittua: yli puolet kainuulaisista naisista näyttäisi syövän tummaa leipää päivittäin. Aamupalan kainuulaiset naiset syövät melko kuuliaisesti, noin 80 prosenttia kaikista vastanneista kertoi syövänsä aamupalan miltei joka päivä. Hyvin harva jätti lounaan kokonaan syömättä.

Vaikka kainuulaisten naisten ravitsemustottumuksissa on paljon hyvää, on niissä myös parannettavaa. Kasviksia, niin tuoreita kuin kypsennettyjäkin, tutkimukseen osallistuneet söivät melko harvoin. Vain noin kolmasosa kertoi syövänsä tuoreita kasviksia päivittäin ja kypsennettyjä kasviksia hyvin harva. Suositusten mukaan kasviksia, marjoja ja hedelmiä tulisi saada päivittäin noin 400 grammaa (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 35–38), mutta tämä suositus ei näyttäisi täyttyvän ainakaan tutkimukseen osallistuneiden osalta. Normaali-painoiset syövät kasviksia ylipainoisia ahkerammin opinnäytetyömme aineiston perusteella. Näyttääkin siltä, että kainuulaiset naiset tarvitsevat ohjausta ja kannustusta kasvien syöntiin, eritoten ylipainoiset naiset.

Kainuulaiset naiset näyttäisivät syövän sokerisia tuotteita verraten usein. Noin puolet tutkimukseen osallistuneista kertoi syövänsä leivoksia 1–2 päivänä viikossa, noin joka neljäs 3–5 päivänä ja miltei joka kymmenes liki joka päivä. Makeisiakin noin joka neljäs osallistuneista söi 3–5 päivänä viikosta, lähes 7 prosenttia melkein joka päivä. Sokeroituja juomia sen sijaan kainuulaiset naiset näyttäisivät nauttivat pääasiassa kohtuullisesti: noin 76 prosenttia tutkimukseen osallistuneista joi sokerisia juomia korkeintaan pari kertaa viikossa. Kuitenkin joka neljäs juo sokerisia juomia useammin kuin kolme kertaa viikossa. Tutkimuksesta ei selviä, kuinka paljon mitäkin tuotetta henkilöt nauttivat kerralla, mutta tulokset viittaavat siihen, että kainuulaiset naiset tarvitsevat ohjausta piilosokerin välttämässä.

Rasvoja kainuulaiset naiset näyttävät käyttävän varsin vaihtelevasti. Voita ja voikasviöljyseoksia käytetään jonkin verran vähemmän kuin kasviöljyjä, mutta yllättävän harva kertoi käyttävänsä kasviöljyjä päivittäin. Muutoin rasvojen valinnan suhteen näyttäisi olevan epävarmuutta. Erityisesti huomattavan ylipainoisista moni vastasi, että käyttää näkyviä rasvoja harvoin. Tällöin suuri osa rasvoista saadaan piilorasvoina, jolloin yleensä korostuvat kovat rasvat. Painonhallinnan kannaltahan rasvanlaadulla ei ole merkitystä (Mustajoki 1999, 94–95), mutta sydänterveyden kannalta kylläkin (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 14–15). Kainuulaiset naiset näyttäisivätkin tarvitsevan ohjausta rasvojen valinnan suhteen.

Vain hiukan alle puolet kainuulaisista naisista juo rasvattomia maitotuotteita päivittäin. Joko se kertoo siitä, että maitoa juodaan vähän, tai siitä, että moni juo maitoa, jossa on eri rasvapitoisuus. Ravitsemusneuvottelukunta (2005, 35–38) suosittelee rasvattoman maidon käyttöä ruokajuomana.

Kainuulaisten naisten alkoholinkäyttö näyttäisi pääosin maltilliselta: suurin osa kertoi juovansa alkoholia korkeintaan 2–4 kertaa kuukaudessa, yleensä vain pari annosta kerralla. Joukossa oli kylläkin huolestuttavan paljon humalahakuisesti juovia, mikä näytti tämän tutkimuksen perusteella olevan yleisempää huomattavan ylipainoisilla. Alkoholitottumusten kohdallakin on siis tarvetta puheeksiotolle ja neuvonnalle ja tarvittaessa varhaiselle puuttumiselle.

Yllättävän harva kainuulainen nainen söi lounaansa arkisin työpaikka- tai opiskeluruokalassa. Vain noin puolet niistä, joilla oli mahdollisuus käydä ruokailemassa työpaikkaruokalassa, ruokaili siellä. On havaittu, että työpaikkaruokalassa ruokailevilla on terveellisemmät ruokailutottumukset (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 39), mahdollisesti koska siellä on usein tarjolla monipuolisesti eri ruokalajeja, myös runsaasti kasviksia, joten lautasmalli on siellä vaivaton toteuttaa. Olisikin mielenkiintoista tietää, miksi niin moni jättää käyttämättä tilaisuuden ruokailla työpaikkaruokalassa. Kainuulaisia naisia tulisi kannustaa ruokailemaan työpaikkaruokalassa jos siihen on mahdollisuus.

11.3 Kainuulaisten 20–40 -vuotiaiden naisten liikuntatottumukset

Suurin osa kainuulaisista 20–40 -vuotiaista naisista kykenee juoksemaan lyhyehkön ja pidemmän matkan, mutta vaikeuksien määrä kasvaa painon mukaan. Pidemmällä matkalla vaikeuksia on jo useammalla henkilöllä. Kaiken kaikkiaan muutos kaikissa ryhmissä oli 30 noin prosenttia, normaalipainoisten ryhmässä muutos oli pienin. Tuloksista voi päätellä, että moni pystyy juoksemaan lyhyitä matkoja, mutta kestävyyskunto on suurella osalla heikko. Paras kestävyyskunto oli normaalipainoisilla ja odotetusti heikon kunto oli huomattavan ylipainoisilla.

Työn fyysisessä rasittavuudessa ei ole suuria eroja eri BMI – ryhmien kesken, prosentuaaliset erot ovat alle kymmenen prosenttia kaikissa eri työn rasittavuusluokissa. Eniten fyysisesti edes jonkin verran rasittavaa työtä tekevät normaalipainoiset, lievästi ylipainoisten ja huomattavan ylipainoisten välillä ei ole suuria eroja prosentuaalisesti. Työn fyysisellä rasittavuudella ei voi näin ollen katsoa olevan vaikutusta vastanneiden painon kannalta.

Suurin osa kainuulaisista 20–40 -vuotiaista naisista kulkee työ- tai opiskelumatkansa moottoriajoneuvolla, työ on kotona tai on työtön. Vähiten työ- tai opiskelumatkaliikuntaa

harrastavat huomattavan ylipainoiset henkilöt, kuitenkin erot eivät BMI -ryhmien kesken ole merkittävät. Työ- tai opiskelumatkojen kulkeminen jalan, pyöräillen tai muuten liikkuen parantaa kestävyyskuntoa (UKK-instituutti 2011) ja on siksi suositeltavaa. Vähäinen työ- tai opiskelumatkaliikunnan määrä voi johtua Kainuun alueen pitkistä välimatkoista kuntien sisällä, usein myöskään asuinpaikkakunta ei ole sama kuin työ- tai opiskelupaikkakunta, vaan työssä tai opiskelemassa käydään naapuripaikkakunnalla tai jopa kauempana.

Vapaa-ajallaan kainuulaisista 20–40 -vuotiaat naisista yli puolet harrastaa ainakin kevyttä liikuntaa tai hyötyliikuntaa useita tunteja viikossa, eniten vapaa-ajallaan edes jonkinlaista liikuntaa harrastavat normaalipainoiset, peräti yli 80 prosenttia vastanneista. Vähiten vapaa-ajallaan liikkuvat huomattavan ylipainoiset, jopa 40 prosenttia huomattavan ylipainoisista ei harrasta vapaa-ajallaan minkäänlaista liikuntaa. Vähiten varsinaista kuntoliikuntaa harrastavat huomattavan ylipainoiset henkilöt, eniten normaalipainoiset. Melko suuri osa, yli puolet, lievästi ylipainoisista ja huomattavan ylipainoisista kuitenkin harrastaa edes kevyttä vapaa-ajan liikuntaa tai hyötyliikuntaa. UKK-instituutin (2011) tekemän terveystieteiden tutkimuksen mukaisesti kainuulaisista naisista liikkuu suurin osa, sillä esimerkiksi työmatkaliikunta ja muut liikunnalliset arkiaskareetkin reippaasti tehtynä lasketaan terveystieteiden tutkimuksen mukaisesti liikunnaksi.

Huomattavan ylipainoisten liikkumattomuuteen vaikuttavat varmasti perinteiset syyt, kuten ajanpuute, mukavuuden halu ja ei koeta liikuntaa tarpeelliseksi. Osalla syynä voi olla myös esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinsairaudet, jotka vaikeuttavat liikkumista. Osa vastanneista huomattavan ylipainoisista voi myös ajatella, että työ on jo itsessään tarpeeksi rasittavaa, jolloin vapaa-ajalla ei tarvitse liikkua. Tuloksista voi huomata sen faktan, että kainuulaisista 20–40-vuotiaista naisista eniten liikkuvat normaalipainoiset henkilöt ja huomattavan ylipainoiset taas vähiten. Etenkin varsinaisen kuntoliikunnan harrastaminen on huomattavan ylipainoisilla heikkoa, eroa normaalipainoisiin on jopa 25 prosenttiyksikköä. Kainuulaiset 20–40 -vuotiaat naiset tarvitsisivat lisäohjausta ja – kannustusta terveystieteiden tutkimuksen mukaisesti harrastamiseen, sillä normaalipainoisistakin lähes joka viides ei liiku ollenkaan.

Rasittavaa liikuntaa kainuulaisista 20–40 -vuotiaista naisista harrastaa yli 50 prosenttia vähintään kolme kertaa viikossa ainakin 20 minuutin ajan. Eniten rasittavaa liikuntaa harrastavat normaalipainoiset naiset, vähiten huomattavasti ylipainoiset. Kuitenkin liikuntakertojen määrä oli normaalipainoisilla ja lievästi ylipainoisilla melko tasaisesti jakautunut 0 - 5 kerran välille, kun taas huomattavasti ylipainoisilla jakauma oli selkeästi epätasaisempi.

Kainuulaiset 20–40 -vuotiaat naiset eivät istu pitkiä aikoja kerrallaan, mutta eri aktiviteettien ääressä istuttu yhteen laskettu aika on kuitenkin suuri. Eniten istutaan tietokoneen ja television tai radion ääressä. Huomattavan ylipainoiset näyttäisivät istuvan enemmän kuin normaalipainoiset. Istuminen on terveydelle haitallista (U.S. Department of Health and Human Services 2008, G4–4), siksi istuvan elämäntavan terveyshaitoista on tärkeää keskustella enemmän niin terveydenhuollossa kuin esimerkiksi mediassakin. Työpaikalla istumiseen kulutettu aika ei ole tämän opinnäytetyön kannalta merkittävä tekijä, sillä työpaikalla istuminen ei usein ole oman valinnan tulosta.

12 POHDINTA

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvailla kainuulaisten 20–40 –vuotiaiden naisten ylipainon ilmenemistä ja sen yhteyttä liikunta- ja ravitsemustottumuksiin. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, joka auttaa kainuulaisia kuntapäittäjiä ja terveydenhuollon ammattilaisia suunnittelemaan ja toteuttamaan ylipainoon liittyviä terveyden edistämisen toimia. Tässä luvussa pohdimme muun muassa tavoitteiden toteutumista ja opinnäytetyöprosessiin liittyviä asioita.

12.1 Luotettavuus

Opinnäytetyömme luotettavuus liittyy lähinnä aineistoon, tuloksiin ja niiden tulkintaan. ATH-tutkimukseen osallistui 9000 satunnaisotannalla valittua kainuulaista (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010). Kainuussa puolestaan on noin 83 000 asukasta (Kainuun maakunta, 2010) eli tutkimus kattaa noin 11 prosenttia kainuulaisista. Jos otos jää kovin pieneksi, sattumalla alkaa olla suuri merkitys tuloksissa (Hirsjärvi ym. 1997, 180).

Meidän lopullinen otoksemme oli 357 kainuulaista 20–40 –vuotiasta naista, joista ylipainoisia oli 37,5 prosenttia eli 124 henkilöä. Lievästi ylipainoisia oli 81 eli 22,7 prosenttia vastanneista, mutta sitä ylipainoisempien ryhmät jäivät melko pieniksi: huomattavan ylipainoisia oli 26, vaikeasti ylipainoisia 19 ja sairaalloisen ylipainoisia vain 8 henkilöä. Päätimme tulosten vertailun helpottamiseksi yhdistää huomattavan ylipainoiset ja sitä ylipainoisemmat samaksi ryhmäksi, koska yksittäisinä ryhmät olivat niin pieniä, että sattumalla olisi ollut liian suuri merkitys tuloksissa. Tarkoituksenamme oli pystyä vertailemaan kaikkia painoryhmiä keskenään, mutta tällä kertaa jouduimme aineiston pienuuden takia tyytymään kompromissiin. Painoluokkien yhdistäminen on saattanut vaikuttaa luotettavuuteen myös sitä heikentävästi. On kyseenalaista, ovatko yhdistetyt painoluokat (BMI:t 30–34, 35–39 ja yli 40) keskenään riittävän samankaltaisia, jotta niitä voitaisiin verrata yhtenä ryhmänä.

ATH-aineiston keruu on suoritettu kyselylomakkeella (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010). Kyselylomakkeen luotettavuutta heikentää se, ettei voida tietää, kuinka huolellisesti vastaajat ovat vastanneet kyselyyn ja ovatko he ymmärtäneet kysymykset ja vastausvaihtoehdot oikein (Hirsjärvi ym. 1997, 191). ATH-tutkimuksen kyselylomakkeessa

kysymyksiä oli paljon, ja on mahdollista, etteivät kaikki ole jaksaneet keskittyä kyselylomakkeen täyttämiseen aivan loppuun saakka. ATH-tutkimuksen kyselylomakkeen kysymyksenasettelun muoto oli esimerkiksi "Kuinka usein olette käyttänyt seuraavia ruokia ja juomia 7 viime päivän aikana?", minkä takia on mahdollista, että kyseiselle seitsemän päivän jaksolle on osunut tavallisesta poikkeavia ruokailupäiviä. Vastaukset eivät siis välttämättä heijastele tutkimukseen osallistuneiden normaaleja ruokailutottumuksia.

On myös mahdollista, etteivät kaikki tutkimukseen osallistuneet ole vastanneet jokaiseen kysymykseen täysin totuudenmukaisesti. Esimerkiksi kuten Aro (2008) totesi, syötyjä ruokamääriä on joskus hyvin vaikeaa arvioida jälkikäteen, jos niiden syömiseen ole kiinnittänyt sen kummempaa huomiota. Myöskään liikuntaan tai istumiseen käytettyä aikaa ei ole helppoa arvioida ilman, että on katsonut aikaa kellosta.

Luotettavuuden kannalta on tärkeää, että tulokset on tulkittu oikein. Olemme pyrkineet analysoimaan tarkemmin vain niitä tuloksia, joissa erot eri ryhmien välillä ovat olleet selkeät, koska pienet erot voivat johtua sattumasta. Emme ole myöskään tulkinneet liikaa niitä tuloksia, joihin henkilö ei juuri pysty itse vaikuttamaan, esimerkiksi työpaikalla istuminen.

12.2 Eettisyys

Tutkimusten eettisyyteen liittyy monenlaisia kysymyksiä. Jo tutkimusaiheen valinta on eettinen ratkaisu. Aiheenvälinnan eettisyyttä on muun muassa se, kenen ehdoilla aihe valitaan. Aihetta valittaessa on tärkeää pohtia myös aiheen merkitystä: valitaanko aihe sen helppouden vai tärkeyden takia. (Hirsjärvi ym. 1998, 27–28.) Opinnäytetyömme on tilannut Kainuun maakunta –kuntayhtymä, joten aihe on jo sinällään merkityksellinen, koska tilaaja on toivonut tietoa tästä aiheesta, eikä aihe ole noussut pelkästään omien mieltymystemme pohjalta.

Eettisiä kysymyksiä nousee paljon myös silloin, kun tutkimuksen kohteena ovat ihmiset (Hirsjärvi ym. 1998, 28), kuten hoitoalan tutkimuksissa ja opinnäytetyöissä usein on. Tällöin erityisen tärkeää on kiinnittää huomiota tiedonhankintatapoihin ja tutkimusjärjestelyihin. Tutkimuksen kohdehenkilöiltä on aina pyydettävä suostumus tutkimukseen osallistumiseen ja heille on annettava tarpeellinen tieto tutkimuksesta ja osallistumiseen liittyvistä riskeistä. Aineistonkeruuvaiheessa on myös kiinnitettävä huomio anonyymiuden säilymiseen,

luottamuksellisuuteen ja aineiston asianmukaiseen tallentamiseen. (Hirsjärvi ym. 1998, 28–29.) ATH-tutkimukseen osallistuneille oli kyselylomakkeen mukana lähetetty liite, jossa oli yleistä tietoa muun muassa tutkimuksen toteutuksesta ja tutkimustietojen säilytyksestä ja salassapidosta. Lisäksi liitteessä oli yhteystiedot, mihin tutkittava pystyi tarvittaessa ottamaan yhteyttä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos n.d. D.) Koska ATH-tutkimuksen salassapitokäytäntöihin on kuulunut aineiston ja henkilötietojen pitäminen erillään, ei meilläkään ole missään opinnäytetyön vaiheessa ollut nähtävillä tutkittavien henkilötietoja, vaan vain aiheemme kannalta tarpeelliset muuttajat.

Epärehellisyyden välttäminen on kiinteä osa tutkimusten eettisyyttä. Siihen kuuluu yhtenä osana plagioinnin välttäminen. (Hirsjärvi ym. 1998, 29.) Olemmekin pyrkineet tekemään lähdemerkinnät mahdollisimman täsmällisesti, jotta lukija pystyy erottamaan lainatun ja oman tekstimme toisistaan. Rehellisyttä on myös toisten tutkijoiden osuuden tunnustaminen ja heidän nimeäminen (Hirsjärvi ym. 1998, 29). Olemme nimenneet myös yhteiskirjoittamiseen osallistuneet opiskelijat Johdanto-luvussa, emmekä esittäneet yhteiskirjoittamisen osuuksia omana tekstinämme.

12.3 Tulosten hyödyntäminen

Opinnäytetyömme tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota päättäjät ja terveydenhoitotyön ammattilaiset voivat hyödyntää työssä ja päätöksenteossa. Jokainen hoitotyötä tekevä voi työssään ennaltaehkäistä ylipainon syntymistä ja auttaa asiakkaita painonhallinnassa. Opinnäytetyömme tulokset ja johtopäätökset voivat auttaa työntekijöitä tarttumaan juuri niihin elämäntapoihin, joihin kainuulaiset ylipainoiset naiset tarvitsevat ohjausta. Esimerkiksi ravitsemuksen kohdalla asiakkaiden kanssa olisi tämän tutkimuksen perusteella hyvä keskustella kasvien käytöstä.

Päättäjät voivat hyödyntää opinnäytetyöstämme saatavaa tietoa esimerkiksi erilaisia palveluita järjestäessään. Opinnäytetyömme tulosten perusteella näyttää siltä, että kainuulaiset ylipainoiset naiset tarvitsevat kannustusta liikkumiseen ja sen edellytykseksi voisi järjestää helposti saatavia ja kohtuuhintaisia liikuntaharrastuksia. Koska ruokailu on yleensä terveellisempää työ- tai opiskelupaikkaruokalassa (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 39), voisi niiden saatavuutta ja houkuttelevuutta myös parantaa. Kaikista ATH-tutkimukseen

perustuvista opinnäytetöistä on tarkoitus koostaa yhteenveto, joka lähetetään kuntapäätäjille.

12.4 Jatkotutkimusaiheet

Tämän tutkimuksen perusteella ei voida selvittää syy-seuraus-suhteita, niinpä pitkittäistutkimus kainuulaisten naisten ruokailu- ja liikuntatottumusten vaikutuksesta painonkehitykseen voisi valottaa asiaa lisää. ATH-kyselylomakkeen kysymyksen asettelusta ei selvinnyt, minkälaisia määriä tiettyjä ruoka-aineita syödään, siksi olisi hyödyllistä tehdä aiheesta perusteellisempi tutkimus. Kuntoa mittaavat kysymykset perustuivat vastaajien omaan arvioon, niinpä asiaa voisi selvittää tarkemmin kuntomittauksiin perustuvalla tutkimuksella. Opinnäytetyöstämme selvisi, että harva niistäkin, joilla oli mahdollisuus ruokailla työ- tai opiskelupaikkaruokalassa, käytti sitä mahdollisuutta hyväkseen, niinpä olisi tarpeen selvittää, mitkä syyt siihen vaikuttavat.

Aihetta voisi tutkia lisää myös esimerkiksi vertaamalla tuloksia muuhun Suomeen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (n.d. B) on toteuttamassa uuden ATH-tutkimuksen vuosina 2012–2014 koko Suomen alueella. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan verrata aiempaan ATH-aineistoon, jolloin voidaan seurata tilanteen kehittymistä pidemmällä aikavälillä.

12.5 Ammatillinen kasvu

Koulutusalamme kompetensseista tähän opinnäytetyöhön liittyi terveyden edistämisen osaaminen, yksilön, perheen, ryhmän ja yhteisön terveydenhoitotyön osaaminen ja yhteiskunnallisen terveydenhoitotyön osaaminen. Terveydenhoitotyö ennen kaikkea on ohjausta, opastamista ja kannustusta, erityisesti terveellisiin elämäntapoihin. Opinnäytetyöprosessin myötä olemme saaneet arvokasta lisätietoa siitä, millaisia ovat nykyiset ravitsemus- ja liikuntatottumukset ja missä asioissa tarvitaan ohjausta. Toivomme, että opinnäytetyömme hyödyttäisi mahdollisimman monia ammattilaisia ja näin ollen myös kehittäisi hoitotyötä terveyden edistämisen osalta. Terveyden edistämiseen kuuluu myös näyttöön perustuvan tiedon hyödyntäminen ja sen kriittinen tarkastelu. Opinnäytetyöprosessin aikana olemme

perehtyneet moniin alan tutkimuksiin ja pohtineet niiden käytettävyyttä tätä opinnäytetyötä varten kriittisesti.

Ylipainolla on merkitystä myös yksilön ympärillä oleviin ihmisiin. Usein perheen kaikilla jäsenillä on yhteiset ruokailutottumukset, joten yksilön sijaan ohjaus ja neuvonta olisi järkevää kohdistaa koko perheelle yhteisesti. Opinnäytetyöprosessin myötä olemme saaneet valmiudet toimia tulevassa työssämme, ei pelkästään yksilön vaan myös perheen, ryhmän ja yhteisön tarpeet huomioiden.

Yhteiskunnallista terveydenhoitotyötä on muun muassa erilainen yhteiskunnallinen vaikuttaminen. Opinnäytetyömme on parhaimmillaan yhteiskunnallista vaikuttamista. Tuomme esille aiemmin tutkittua tietoa ja vertaamme sitä omiin tuloksiimme. Näin ollen vaikutamme työllämme yhteiskuntaan myönteisesti terveysnäkökulmaa ajatellen. Yhteiskunnallinen vaikuttaminen näkyy opinnäytetöissä myös yhteistyönä työelämän kanssa. Omassa opinnäytetyössämme yhteistyö työelämän kanssa jäi ohueksi, koska työelämän yhteyshenkilö jäi pois työtehtävästään kesken opinnäytetyöprosessin. Uusi yhteyshenkilö nimettiin vasta aivan opinnäytetyöprosessin lopussa. Muutoin prosessin aikana yhteyshenkilön roolissa toiminut koordinoiva opettaja Arja Oikarinen, joka on välittänyt meille työelämän toiveita opinnäytetyöhön liittyen.

LÄHTEET

- Anttila, L. 2008. Elämäntapojen vaikutus hedelmällisyyteen. *Duodecim*. 124/21, s. 2438 – 2442.
- Aro, A. 2008. 100 kysymystä ravinnosta – Aterialukumäärä. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 25.10.2012.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skr00073&p_teos=skr&p_osio=101&p_selaus=1831
- Borodulin, K. 2006. Physical Activity, Fitness, Abdominal Obesity and Cardiovascular Risk Factors in Finnish Men and Women. Helsinki: Kansanterveyslaitos.
- Fogelholm, M. 2004. Terveysliikunta ei edellytä terveystuokaa. *Kansanterveys-lehti*. 4/2004. Viitattu 1.2.2012.
http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2004/4_2004/terveysliikunta_ei_edellyta_terveysruokaa.luettu.1.2.2012
- Fogelholm, M. 2006. Lihavuuden arviointi. Kirjassa Mustajoki, Fogelholm, Rissanen, Uusitupa (toim.) Lihavuus – ongelma ja hoito. Kustannus Oy Duodecim, s. 49 – 61.
- Fogelholm, M., Vuori, I. & Vasankari, T. (toim.). 2011. Terveysliikunta. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Heikkinen, R. & Komulainen, J. 1999. Kainuu. Elämyksiä, historiaa, nykyisyyttä. Helsinki: JK-reportaasikuva
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Hänninen, S., Kaukua, J. & Sarlio-Lähteenkorva, S. 2006. Vaikeasti lihavat selittävät lihavuuttaan eniten elintavoilla. *Duodecim* vol. 122 no. 13, s. 1625 – 1630. Saatavilla <https://remote.kajak.fi/xmedia/duo/,DanaInfo=.awxyCxjx2m7200478yQx1+duo95843.pdf>
- Kainuun maakunta-kuntayhtymä. 2010b. Maakunta: kunnat. Viitattu 31.1.2012.
http://www.kainuu.fi/index.php?mid=2_18_101&la=fi
- Kainuun maakunta -kuntayhtymä. 2011. Kainuun maakunta -kuntayhtymä. Viitattu 3.10.2011 [Http://maakunta.kainuu.fi/kuntayhtyma-info](http://maakunta.kainuu.fi/kuntayhtyma-info)
- Kainuun maakunta-kuntayhtymä. n.d. A. Hallintokokeilu. Viitattu 7.2.2012
<http://maakunta.kainuu.fi/hallintokokeilu>
- Kainuun maakunta-kuntayhtymä. n.d. B. Suomenkielinen esite. Viitattu 7.2.2012
http://maakunta.kainuu.fi/general/Uploads_files/Julkaisut/verkkoon_esiteFIN.pdf
- Koskenvuo, M & Mattila, K. 2009. Sairauksien ehkäisy. Terveystiedon edistämisen ja sairauksien ehkäisyn periaatteet. Luettu 3.1.12
https://remote.kajak.fi/dtk/shk/,DanaInfo=.awxyCxjx2m7200478yQx1+koti?p_haku=preventio

Lahti-Koski, M. 2001. Body mass index and obesity among adults in Finland. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja A12/2001

Mustajoki, P. 1999. Yksilöllinen painonhallinta. Juva: Wsoy.

Ottawa Charter for Health Promotion. 1986. First International Conference on Health Promotion. WHO/HPR/HEP/95.1. Luettu 17.3.2012
http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf

Palosuo, M. & Salomaa, V. 2008. Lihominen on lisännyt naisten aivohalvausriskiä. Suomen lääkäri-lehti. 63/9, s. 817.

Perttunen, J. 2002. Sininen Kainuu- ajatuksesta toiminnaksi. Selvitysmies Juhani Perttusen ehdotukset Kainuun hallintokokeilun toteuttamiseksi. Sisäasiainministeriö.

Raatikainen, K., Härmä, K. & Randell, K. 2010. Ylipainoisen raskaus. Suomen lääkäri-lehti 65/12, s. 1103 – 1109.

Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Terveyden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Helsinki. Edita Prima Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Terveyden edistämisen laatusuositus. Verkkodokumentti. Viitattu: 3.1.2012
http://www.stm.fi/hyvinvointi/terveydenedistaminen/terveyden_edistaminen_kunnissa/laatusuositus

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Terveys 2015 –kansanterveysohjelma. Verkkodokumentti. Viitattu: 13.5.2012
http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/terveys2015

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Terveyden edistäminen. Verkkodokumentti. Viitattu: 3.1.12 <http://www.stm.fi/hyvinvointi/terveydenedistaminen>

Sosiaali- ja terveysministeriö. N.d. Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Helsinki. Viitattu: 1.5.2011.

Suni, J. & Taulaniemi, A. 2003. Terveysliikunta – tavoitteena terveys, ei suorituskyky. Kansanterveys-lehti. 1/2003. Viitattu 1.2.2012.
http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2003/1_2003/terveysliikunta_-_tavoitteena_terveys_ei_suorituskyky/

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2005. Konsensuslausuma: lihavuus – painavaa asiaa painosta. Duodecim. 121/24, s. 2689 – 2702.

Tarnanen, K., Alho, H. & Malmivaara, A. 2010. Alkoholiongelmaisen hoito – Käypä hoito -suositus. Viitattu 25.10.2012. Saatavilla:
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../khp00049>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2009. Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus. Viitattu 22.4.2012.

http://www.ppshep.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/17773_Kaikkonen_Oulu_ATH_esittely_28102009.pdf.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2010. Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus ATH. Viitattu 15.1.2012. <http://www.terveytemme.fi/ath/tulokset/index.html>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011a. ATH-tutkimuksen tulokset. Viitattu 30.5.2012. <http://www.terveytemme.fi/ath/>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011b. Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2010. Viitattu 26.3.2012. http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr27_11.pdf

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. N.d. A. Alueellinen terveys- ja hyvinvointi tutkimus (ATH). Viitattu 20.4.2012. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/hanke?id=21845

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. N.d. B. ATH - terveyttä ja hyvinvointia kuntalaisille. Viitattu 29.10.2012. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/ath

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. N.d. C. Tausta ja tavoitteet. Viitattu 20.4.2012. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/ath/tausta

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen; 12§ Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen kunnassa. Viitattu 30.6.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

UKK-instituutti. 2011. Terveyslääkintäsuositukset. Viitattu 31.1.2012. http://www.ukkinstituutti.fi/filebank/61-uusi_liikuntapiirakka.pdf

U.S. Department of Health and Human Services. 2008. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report. Washington D.C., U.S. Saatavilla: <http://www.health.gov/paguidelines>

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2005. Suomalaiset ravitsemussuositukset – ravitsemus ja liikunta tasapainoon. Helsinki: Edita Publishing Oy. Saatavilla <http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/ravitsemussuositus2005.fin.pdf>

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. n.d. Ravitsemussuositukset kuvaavat väestöjen ja ihmisryhmien energian ja ravintoaineiden tarvetta tai suositeltavaa saantia. Viitattu: 24.10.2012. <http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/portal/fi/ravitsemussuosituks/>

Vertio, H. 2003. Terveyden edistäminen. Helsinki: Tammi.

Vina, J., Sanchis-Gomar, F., Martinez-Bello, V. & Gomez-Cabrera, MC. 2012. Exercise acts as a drug: the pharmacological benefits of exercise. British Journal of Pharmacology. Viitattu 31.8.2012. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1476-5381.2012.01970.x/pdf>

Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. 2004. Ristiintaulukointi. Viitattu: 19.11.2012. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/ristiintaulukointi/ristiintaulukointi.html>

LIITTEET

ATH-tutkimuksesta mukaan otetut kysymykset:

1. Kuinka usein olette käyttänyt seuraavia ruokia ja juomia 7 viime päivän aikana?

- rasvaisia juustoja (esim. Edam, Emmental, Oltermanni)
 - En kertaakaan
 - 1-2 päivänä
 - 3-5 päivänä
 - 6-7 päivänä
- vähärasvaisempia juustoja (esim. Polar-15, Edam 17, raejuusto)
 - En kertaakaan
 - 1-2 päivänä
 - 3-5 päivänä
 - 6-7 päivänä
- kalaa
 - En kertaakaan
 - 1-2 päivänä
 - 3-5 päivänä
 - 6-7 päivänä
- tuoreita kasviksia tai kasvissalaattia
 - En kertaakaan
 - 1-2 päivänä
 - 3-5 päivänä
 - 6-7 päivänä
- kypsennettyjä kasviksia (ei perunaa)
 - En kertaakaan
 - 1-2 päivänä
 - 3-5 päivänä
 - 6-7 päivänä
- hedelmiä tai marjoja
 - En kertaakaan
 - 1-2 päivänä
 - 3-5 päivänä
 - 6-7 päivänä
- hampurilaisia, pizaa, suolaisia piiraita
 - En kertaakaan
 - 1-2 päivänä
 - 3-5 päivänä
 - 6-7 päivänä
- pullaa, viinereitä, keksejä, kakkuja ym.
 - En kertaakaan
 - 1-2 päivänä
 - 3-5 päivänä
 - 6-7 päivänä

- suklaata tai muita makeisia
 - En kertaakaan
 - 1-2 päivänä
 - 3-5 päivänä
 - 6-7 päivänä
 - sokeroituja mehuja tai virvoitusjuomia
 - En kertaakaan
 - 1-2 päivänä
 - 3-5 päivänä
 - 6-7 päivänä
 - tummaa leipää (ruis-, näkkileipä ym.)
 - En kertaakaan
 - 1-2 päivänä
 - 3-5 päivänä
 - 6-7 päivänä
 - kasviöljyä tai juoksevaa kasviöljy-valmistetta (esim. Flora Culinesse)
 - En kertaakaan
 - 1-2 päivänä
 - 3-5 päivänä
 - 6-7 päivänä
 - voita tai voi-kasviöljyseosta (esim. Oivariini)
 - En kertaakaan
 - 1-2 päivänä
 - 3-5 päivänä
 - 6-7 päivänä
 - rasvatonta maitoa tai piimää
 - En kertaakaan
 - 1-2 päivänä
 - 3-5 päivänä
 - 6-7 päivänä
2. **Syöttekö yleensä aamupalaa?**
- en
 - kyllä
3. **Onko teillä mahdollisuus käydä syömässä työpaikka- tai oppilaitosruokalassa?**
- kyllä
 - ei
 - en ole työssä enkä opiskele
4. **Kuinka usein juotte olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Ottakaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautitte vain pieniä määriä, esim. pullon keskiolutta tai tilkan viiniä. Ympyröikää se vaihtoehto, joka lähinnä vastaa omaa tilannettanne.**
- en koskaan
 - noin kerran kuukaudessa tai harvemmin
 - 2-4 kertaa kuukaudessa
 - 2-3 kertaa viikossa
 - 4 kertaa viikossa tai useammin

5. **Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olette ottanut niinä päivinä, jolloin käytitte alkoholia?**
- 1-2 annosta
 - 3-4 annosta
 - 5-6 annosta
 - 7-9 annosta
 - 10 tai enemmän
6. **Kuinka usein olette juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?**
- en koskaan
 - harvemmin kuin kerran kuukaudessa
 - kerran kuukaudessa
 - kerran viikossa
 - päivittäin tai lähes päivittäin
7. **Montako lasillista, pullollista tai ravintola-annosta olette juonut seuraavia juomia 7 viime päivän aikana: ellette ole juonut yhtään, merkitkää 0.**
- keskialutta (Ill-olutta), keskivahvaa siideriä tai long drink –juomia (myydään ruokakaupassa, alkoholipitoisuus 2,9–4,7%)
 - A-olutta, vahvaa siideriä tai long drink –juomia (myydään vain Alkossa, alkoholipitoisuus yli 4,7%)
 - viiniä
 - viinaa tai muuta väkevää alkoholia
8. **Pystyttekö yleensä seuraaviin suorituksiin?**
- juoksemaan lyhyehkön matkan (noin sata metriä, 100m)
 - pystyn vaikeuksitta
 - pystyn, mutta vaikeuksia on jonkin verran
 - pystyn, mutta se on minulle erittäin vaikeaa
 - en pysty lainkaan
 - juoksemaan pitkähkön matkan (yli puoli kilometriä, 500m)
 - pystyn vaikeuksitta
 - pystyn, mutta vaikeuksia on jonkin verran
 - pystyn, mutta se on minulle erittäin vaikeaa
 - en pysty lainkaan
9. **Miten rasittavaa työnne on ruumiillisesti? Valitkaa tilanteeseen parhaiteen sopiva vaihtoehto.**
- en ole työssä tai työni on pääasiassa istumatyötä enkä kävele paljoakaan
 - kävelen työssäni melko paljon, mutta en joudu nostelemaan tai kantamaan raskaita taakkoja
 - joudun työssäni kävelemään ja nostelemaan paljon tai nousemaan portaita tai ylämäkeä
 - työni on raskasta ruumiillista työtä, jossa joudun nostamaan tai kantamaan raskaita esineitä, kaivamaan, lapioimaan tai hakkaamaan jne.
10. **Kuinka monta minuuttia liikutte työmatkoillanne / opiskelumatkalla esim. jalan tai pyöräillen? Tarkoittaa meno- ja paluumatkaa yhteensä.**
- en ole työssä tai työ on kotona
 - kuljen työmatkan kokonaan moottoriajoneuvolla

- alle 15 minuuttia päivässä
 - 15-29 minuuttia päivässä
 - 30-60 minuuttia päivässä
 - yli tunnin päivässä
- 11. Kuinka monta tuntia istutte keskimäärin arkipäivänä? Merkitkää 0, jos ette yhtään.**
- työpäivän aikana toimistossa tai vastaavassa
 - vapaa-ajalla television tai radion ääressä
 - vapaa-ajalla tietokoneen ääressä
 - vapaa-ajalla kirjoja tai lehtiä lukien tai käsitöitä tehden
 - kulkuneuvossa (esim. henkilöautossa, linja-autossa)
 - muualla
- 12. Kuinka paljon liikutte ja rasitatte itseänne ruumiillisesti vapaa-aikana?**
- luen, katselen televisiota ja teen askareita jotka eivät juuri rasita ruumiillisesti
 - kävelen, pyöräilen tai teen kevyttä koti- ja pihatyötä yms. useita tunteja viikossa
 - harrastan varsinaista kuntoliikuntaa tai urheilua kuten juoksua, hiihtoa, uintia tai pallopelejä useita tunteja viikossa
- 13. Kuinka usein harrastatte vapaa-ajan liikuntaa vähintään 20 minuuttia niin, että ainakin lievästi hengästyttte ja hikoilette?**
- 5 kertaa viikossa tai useammin
 - 4 kertaa viikossa
 - 3 kertaa viikossa
 - 1–2 kertaa viikossa
 - harvemmin kuin kerran viikossa
 - en voi vammaan tai sairauden vuoksi harrastaa liikuntaa
- 14. Kuinka monta tuntia istutte keskimäärin arkipäivänä? Merkitkää 0, jos ette yhtään.**
- television ääressä
 - tietokoneen ääressä
 - kirjoja tai lehtiä lukien
 - kulkuneuvossa (esim. henkilöautossa, linja-autossa)
 - muualla

