

Elina Hopponen

TERVEYDENHOITAJIEN TOTEUTTAMA  
TERVEYSLIIKUNTANEUVONTA KARHUKUNTIEN ALUEELLA

Fysioterapian koulutusohjelma

2008



## TERVEYDENHOITAJIEN TOTEUTTAMA TERVEYSLIIKUNTANEUVONTA KARHUKUNTIEN ALUEELLA

Hopponen, Elina  
Satakunnan ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveysala, Pori  
Fysioterapian koulutusohjelma  
Joulukuu 2008  
Tuominen, Hanna  
YKL: 79,6  
Sivumäärä: 63

Asiasanat: terveysliikunta, liikuntaneuvonta, täydennyskoulutus, terveydenhoitajat, palveluketjut

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Karhukuntien alueen aikuisväestön parissa työskentelevien terveydenhoitajien käsitystä heidän roolistaan terveysliikuntaneuvonnassa ja osana terveysliikunnan palveluketjua. Opinnäytetyössä selvitettiin myös terveysliikuntasuosituksen tunnettavuutta ja lisäkoulutuksen tarvetta terveydenhoitajien keskuudessa. Tutkimus on osa Satakunnan ammattikorkeakoulun hallinnoimaa Terveysliikunnan palveluketju Terveyssektorilla-projektia, jonka tarkoituksena on kehittää terveysliikunnan palveluketjua terveyssektorilla Karhukunnissa. Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena huhtikuussa 2008. Vastausprosentiksi muodostui 84 %.

Terveydenhoitajat suhtautuivat terveysliikuntaneuvontaan osana heidän työtään myönteisesti. Kuitenkin alle puolet terveydenhoitajista toteutti terveysliikuntaneuvontaa melkein kaikkien asiakkaiden kanssa ja 22 % joka toisen asiakkaan kanssa. Terveysliikuntaneuvontaan käytettiin vastaanottokäynnillä aikaa 5-10 minuuttia (77 % vastaajista). Yleisimmiksi syiksi terveysliikuntaneuvonnan toteutukseen mainittiin asiakkaan ylipaino, kohonnut verenpaine sekä diabeteksen ennaltaehkäisy ja hoito. Suullinen neuvonta oli yleisin tapa terveysliikuntaneuvonnan toteutukseen (67 % vastaajista) ja puolet vastaajista käytti kirjallista materiaalia suullisen neuvonnan lisäksi. Terveysliikuntaneuvontaan eniten vaikuttavia tekijöitä olivat asiakkaiden kiinnostuksen puute, ajan puute ja liikuntaohjelmien laatimisen vaikeus. Terveysliikuntasuosituksen tunnettavuus jäi epäselväksi.

Terveydenhoitajista 63 % koki tarvitsevansa terveysliikuntaneuvontaan liittyvää lisäkoulutusta. Asiakkaiden motivointi oli eniten toivottu asia lisäkoulutuksen sisältöön liittyen. Jopa kolme neljäsosaa terveydenhoitajista ilmoitti, että organisaatiossa, missä he työskentelevät, ei ole terveysliikunnan palveluketjua. Yhtä monen terveydenhoitajan työpaikassa ei ollut sovittu yhteisistä terveysliikuntaneuvonnan käytännöistä. Koska terveysliikunnan palveluketju oli harvinainen, terveydenhoitajilla ei voinut olla selkeää käsitystä omasta roolistaan siinä.

## HEALTH-ORIENTED PHYSICAL ACTIVITY COUNSELLING CARRIED OUT BY PUBLIC HEALTH NURSES IN KARHUKUNTA AREAS

Hopponen, Elina  
Satakunta University of Applied Sciences  
Social Services and Health Care, Pori  
Degree Programme in Physiotherapy  
December 2008  
Tuominen, Hanna  
PLC: 79,6  
Number of pages: 63

Keywords: health-oriented physical activity, physical activity counselling, further education, public health nurses, service chains

---

The purpose of this thesis was to chart views of public health nurses, who work with adults in Karhukunta, about their role as a part of health-oriented physical activity and service chain. This thesis charted also general knowledge of the physical activity recommendations and need for further education among public health nurses. The survey was implemented as a part of "Service chain of health-oriented physical activity at health sector" -project administered by Satakunta University of Applied Sciences. The target of the project is the development of service chain in health-oriented physical activity in primary health care in Karhukunta. The study was executed as an inquiry in April 2008. The response rate was 84%.

The public health nurses were well disposed towards health-oriented physical activity counselling as a part of their work. However less than half of the public health nurses executed health-oriented counselling with almost all clients and 22 % with every other clients. In reception 5-10 minutes was used to health-oriented physical activity counselling (77 % of respondents). The most common reasons mentioned for promoting physical activity was client's overweight or need for diet, arterial hypertension and prevention and treatment of diabetes. The most common way of giving health-oriented counselling was verbal advisement ( 67 % of respondents) and half of the respondents used written material with verbal advisement. The most important factors related to health-oriented counselling were lack of clients' interest, lack of time and difficulty to compile physical activity programme. General knowledge of the physical activity recommendations was unclear.

63 % of the public health nurses felt that they need further education related to health-oriented counselling. Motivation of the clients was the most wanted matter related to contents of extension training. Three-quarters of the public health nurses notified that organizations, where they work, have not created the service chain of health-oriented physical activity. The same proportion of the public health nurses noted, that there were no commonly agreed practice in health counselling in their work places. Because service chain of the health-oriented physical activity was rare, public health nurses could not have clear view of the role in it.

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	6
2	TERVEYSLIIKUNTA.....	7
2.1	Terveysliikuntasuositukset.....	7
2.2	Liikuntapiirakka, UKK-instituutin sovellus terveysliikuntasuosituksesta. 10	
2.3	Terveys 2015-ohjelma.....	11
2.4	Terveysliikunnan paikalliset suositukset.....	11
3	TERVEYSLIIKUNNAN EDISTÄMINEN .....	12
3.1	Terveysliikuntaneuvonta terveysalalla.....	13
3.2	Yksilöllinen terveysliikuntaneuvonta.....	14
3.3	Liikuntakäyttäytyminen .....	16
3.3.1	Liikuntakäyttäytymiseen vaikuttavat tekijät .....	16
3.3.2	Liikuntakäyttäytymiseen liittyvät mallit ja teoriat .....	17
4	TERVEYSLIIKUNNAN PALVELUKETJU .....	18
5	TERVEYDENHOITAJA TERVEYSLIIKUNTANEUVOJANA.....	19
5.1	Terveydenhoitajien koulutus.....	19
5.2	Terveydenhoitajien koulutuksen tulevaisuus .....	20
6	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT .....	21
7	TUTKIMUSMENETELMÄT .....	23
7.1	Koehenkilöt.....	23
7.2	Aineiston hankinta .....	25
7.3	Kyselylomake.....	25
7.4	Aineiston analyysi.....	27
8	TUTKIMUKSEN TULOKSET .....	27
8.1	Terveydenhoitajien käsitys terveysliikunnasta .....	27
8.2	Terveysliikuntaneuvonnan merkitys ja toteutus terveydenhoitajan työssä 28	
8.3	Terveysliikuntaneuvontaan vaikuttavia tekijöitä .....	31
8.4	Terveysliikuntaneuvonnan koulutus .....	37
8.5	Terveysliikunnan palveluketju .....	39
9	JOHTOPÄÄTÖKSET .....	41
10	POHDINTA .....	43
10.1	Terveydenhoitajien käsitys terveysliikunnasta .....	43
10.2	Terveysliikuntaneuvonnan toteutus .....	43

10.3	Terveysliikuntaneuvonnan koulutus .....	45
10.4	Terveysliikunnan palveluketju .....	46
10.5	Kyselylomake.....	47
10.6	Tutkimuksen luotettavuus ja pätevyys .....	48
10.7	Tutkimuksen eettisyys.....	49
10.8	Kehittämissuhteet.....	50
LÄHTEET .....		51
LIITTEET		

# 1 JOHDANTO

Liikunta lisää fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista terveyttä. Liikunnalla on monia merkittäviä terveysvaikutuksia, kun sitä harrastetaan säännöllisesti. Liikunta esimerkiksi parantaa yleiskuntoa ja toimintakykyä sekä lievittää oireita monilla pitkäaikaissairailta ja vajaakuntoisilla henkilöillä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000, 7.) Kansansairauksien ehkäisyssä ja hoidossa liikunnalla on todettu olevan huomattava merkitys. Näyttö liikunnan hyödyistä sairauksien hoidossa on vahva ja riittävä. (Kesäniemi 2003, 1819.)

Suomalaisista aikuisista 60 - 65 % liikkuu terveytensä kannalta riittävästi. Naiset liikkuvat riittävästi terveytensä kannalta hieman miehiä yleisemmin. Viimeisten 30 vuoden aikana vapaa-ajan liikunta aikuisten keskuudessa on lisääntynyt, mutta työmatka- ja asiointiaktiivisuus on vähentynyt. On myös todettu, että nuorten aikuisten miesten kestävyyskunto on jatkuvasti heikentynyt 1970-luvun lopusta lähtien. Vähiten liikkuvat aikuisista 30 - 45-vuotiaat ja yli 75- vuotiaat. (Fogelholm, Paronen & Miettinen 2007a, 3- 4.) Yli 80 % suomalaisesta aikuisväestöstä käy lääkärin vastaanotolla ainakin kerran vuodessa ja terveyskeskuksen avohoidossa käyntejä kertyy noin viisi asukasta kohden. Lääkäreillä ja hoitohenkilöstöllä on edellytykset tavoittaa riittämättömästi liikkuva väestö ja toteuttaa liikuntaneuvontaa. Kuitenkin liikuntaneuvonnan osuus on vähäinen Suomessa sekä kansainvälisestikin, vaikka liikunnan terveysvaikutuksista tiedetään nykyään paljon. Syinä liikuntaneuvonnan vähäisyyteen on todettu olevan mm. ajan- ja tiedonpuute sekä heikot neuvontataidot. (Kasila, Kettunen, Poskiparta & Vähäsarja 2004, 82.)

Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää Karhukuntien alueen aikuisväestön parissa työskentelevien terveydenhoitajien käsitystä heidän roolistaan terveysterveydenhoitajien lisäksi osana palveluketjua. Tärkeä osa tutkimusta on myös selvittää terveydenhoitajien lisäkoulutuksen tarvetta ja terveysterveydenhoitajien lisäkoulutuksen tunnettavuutta. Opinnäytetyöni liittyy vuonna 2006 käynnistyneeseen Terveysterveydenhoitajien palveluketju terveyssektorilla–projektiin, jonka tarkoituksena on kehittää kuntien terveyssektoreille terveysterveydenhoitajien palvelukunta-malli, joka olisi sovellettavissa Satakunnassa ja muualla Suomessa. Hankkeen tavoitteena on kehittää terveyssektorilla toimivien ammattihenkilöiden yhteistyötä liik-

kumattomien henkilöiden tavoittamisessa, elämäntapamuutosten neuvonnassa ja tukemisessa sekä tutkia tehostetun liikuntaneuvontamallin käyttökelpoisuutta ja vaikutusta riittämättömästi liikkuvien henkilöiden fyysiseen aktiivisuuteen ja terveyteen.

## 2 TERVEYSLIIKUNTA

Terveysliikunnaksi määritellään liikunta, jonka on osoitettu tuottavan terveydelle edullisia vaikutuksia ja jonka vaarat ja haitat ovat vähäisiä. Se voidaan toteuttaa urheilun tai liikunnan harrastamisena tai osana päivittäisiä toimintoja. (Vuori 2000, 3329.) Terveyttä edistää säännöllisesti toteutuva (päivittäin tai lähes päivittäin) vähintään kohtuullisesti kuormittava fyysinen aktiivisuus. Liikunta, joka lisää tehokkaasti energiankulutusta ja sen ylläpitämiseksi aineenvaihduntaa, hengitystä ja verenkiertoa sekä säätelyjärjestelmien toimintaa, tuottaa eniten tärkeitä terveysvaikutuksia. Terveysliikunnan tehokkuuden, turvallisuuden ja toteuttamiskelpoisuuden täyttävät hyvin esimerkiksi ripeä kävely, pyöräily, hiihto ja uinti. (Fogelholm ym. 2007a, 21; Sosiaali- ja terveysministeriö 2000, 6-7.)

Kaikkialla maailmassa on huomioitu liikunnan terveyttä, toimintakykyä ja hyvinvointia koskevat tutkimustulokset, jotka ovat perustana myös muun muassa WHO:n vuonna 1997 käynnistämässä Active Living- ohjelmayhteistyössä sekä Euroopan unionin terveysliikunnan edistämisstrategiassa. Suomessa tutkimustieto on vaikuttanut esimerkiksi siten, että terveysliikunnan edistäminen on sisällytetty Suomen terveyspoliittisiin ohjelmatavoitteisiin ja uusitun liikuntalain perusteisiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000, 9.) Liikuntalaissa määritellään tarkemmin yhteiskunnan kanta liikuntaan sekä velvoitteet sen edistämiseen (Vuori 2003, 214).

### 2.1 Terveysliikuntasuosituks

Vuonna 1978 American College of Sports Medicine julkaisi kuntoliikuntasuosituksen, joka vaikutti pitkään kuntoliikunta-käsitteen muotoutumiseen ja vielä 1990-luvun alussa

sitä käytettiin perustana monissa virallisissa liikuntasuosituksissa. Alkuperäisen suosituksen mukaan hengästymiseen ja hikoiluun johtavaa aerobista liikuntaa tuli harrastaa vähintään kolme kertaa viikossa. Kuormittavuuden tuli olla 60- 90 % maksimaalisesta hapenkulutuksesta ja yhden kerran kesto 20- 60 minuuttia. Tämän suosituksen tavoitteena oli kehittää ja ylläpitää hengitys- ja verenkiertoelimistön kuntoa. Liikunnan avulla voidaan myös edistää terveyttä ilman merkittäviä muutoksia kestävyyskunnossa. Koska suosituksessa korostettiin kuormittavuudeltaan raskaampaa liikuntaa, voi ennen liikkumattomille henkilöille liikunnan aloittamisen kynnyksellä kasvaa liian suureksi. (Fogelholm & Oja 2005, 73-74.)

Russel Pate työryhmineen julkaisi 1995 raportin terveyden edistämisestä liikunnan avulla. Tämän mukaan liikunnan tuli olla kohtalaisesti kuormittavaa esimerkiksi reipasta kävelyä tai lumen luontia ja sitä tuli harrastaa 5-7 kertaa viikossa 30 minuuttia päivässä, mutta se voitiin toteuttaa myös 10-15 minuutin jaksoissa. (Fogelholm ym. 2005, 74.) Suosituksen mukaan tärkeää oli myös tuki- ja liikuntaelimestön terveystason kehittäminen, etenkin ikääntyneillä henkilöillä (Fogelholm ym. 2007b, 21). Näin ollen tämä suositus oli hyvin erilainen verrattuna vanhaan vuodelta 1978 olevaan kuntoliikuntapainotteiseen suositukseen. Vuonna 1995 julkaistun suosituksen taustalla oli väestötutkimuksista saatu tieto liikunnan määrän yhteydestä kuolleisuuteen ja sairastavuuteen. Myöhemmin kokeelliset tutkimusasetelmat ovat vahvistaneet aikaisempaa väestötutkimuksista saatua tietoa. (Fogelholm ym. 2005, 74.)

Kun verrataan terveyttä edistävän perusliikunnan ja kuntoliikunnan suosituksia toisiinsa, eroja on etenkin liikunnan kuormittavuudessa, toistotiheydessä ja päivittäisessä ajankäytössä. Terveyttä edistävässä perusliikunnassa kuormittavuus on kohtalaista (40- 59 % maksimaalisesta hapenkulutuksesta), jolloin suurin osa aikuisväestöstä voi liikkua tehokkaasti ja turvallisesti. Kuntoliikunnassa kuormittavuus on suurempi (60- 90 % maksimaalisesta hapenkulutuksesta). Toistotiheydeltään kuntoliikunnassa annetaan palautuspäiviä viikoittaisessa liikunnassa, mutta perusliikunnan tulisi olla päivittäistä. Perusliikunnan päivittäisen suorituksen voi kuitenkin pilkkoa useampaan osaan. Paten työryhmän raportissa korostui päivittäinen perusliikunta. Raportin perusteella tehdyt suositukset ovat vaikuttaneet paljon suurempien maiden ja organisaatioiden terveysliikuntasuosituksiin. Uuden suosituksen tarkoitus ei ollut korvata kokonaan vanhaa 1978-



vuodelta olevaa suositusta, vaan tarkoituksena oli täydentää sitä. (Fogelholm ym. 2005, 75-76.)

Uusimmat terveysterveysliikuntasuosituksukset aikuisille ja iäkkäille on julkaistu elokuussa 2007. Uusi terveysterveysliikuntasuositus aikuisille perustuu runsaaseen tutkimusnäyttöön. Sen mukaan merkitseviä terveyshyötyjä saavutetaan, kun vapaa-ajalla liikunnan avulla kulutetaan vähintään 1000 kcal viikossa, liikunnan kuormitus on vähintään samanlaista kuin reippaassa kävelyssä eli syke on noin 100 lyöntiä minuutissa tai enemmän, yhdellä kerralla liikutaan vähintään 10 minuuttia ja liikuntaa harrastetaan säännöllisesti päivittäin tai melkein päivittäin. Näiden johtopäätösten perusteella asetettiin 18 – 65 - vuotiaille terveysterveysliikuntasuosituksukset, joissa on terveydelle riittävä fyysisen aktiivisuuden minimimäärä. Suosituksen mukaan reipasta kävelyä tai vastaavaa liikuntaa tulisi harrastaa mielellään päivittäin vähintään 30 minuuttia tai vaihtoehtoisesti harrastaa vähintään kolme kertaa viikossa raskasta ”hikiliikuntaa”. Nämä kaksi vaihtoehtoa voidaan myös yhdistää esimerkiksi niin, että kävelee kaksi kertaa viikossa 30 minuuttia kerrallaan ja lisäksi juoksee kaksi kertaa viikossa 20 minuuttia kerrallaan. Kohtuullisesti kuormittavan liikunnan eli reipasta kävelyä vastaavan liikunnan voi myös jakaa lyhempiin, kuitenkin vähintään 10 minuutin jaksoihin. Uusissa suosituksissa on otettu huomioon myös tuki- ja liikuntaelimestön harjoittelu. Lihaskuntoharjoittelua suositellaan tehtäväksi kaksi kertaa viikossa. (Fogelholm 2008, 3; Haskell ym. 2007, 1081.)

Samaan aikaan työikäisten aikuisten kanssa julkaistiin yli 65-vuotiaille omat terveysterveysliikuntasuosituksukset, jotka ovat muuten samanlaiset, mutta niitä täydennettiin liikunnan kuormittavuuden arviointia koskevilla lisäohjeilla. Liikunnan kuormittavuus tulisi arvioida iäkkään omien tunteusten mukaan asteikolla 1-10, jossa 1 vastaa erittäin kevyttä liikuntaa ja 10 maksimaalista suoritusta. Kun iäkkään henkilön oma arvio on 5-6 kohdalla, vastaa se kohtalaisesti kuormittavaa liikuntaa. Oma arvio 7-8 vastaa raskasta kuormitusta. Suosituksissa korostetaan myös tuki- ja liikuntaelimestön harjoittelua toimintakyvyn ylläpitämiseksi. Lihaskuntoa parantavaa harjoittelua suositellaan tehtäväksi vähintään kaksi kertaa viikossa. Tasapainoharjoitteita suositellaan myös tehtäväksi, varsinkin jos kaatumisen riski on tavallista suurempi. (Fogelholm 2008, 3; Nelson ym. 2007, 1094- 1098.)

## 2.2 Liikuntapiirakka, UKK-instituutin sovellus terveystuokuntasuosituksesta

UKK-instituutin kehittämän liikuntapiirakan tarkoituksena on auttaa hahmottamaan terveystuokuntasuositukset etenkin liikuntaneuvontaa ajatellen. Liikuntapiirakassa otetaan huomioon yleinen terveystuokuntasuositus, muut tunnetut liikunnan ja terveyden väliset annos-vastesuhteet sekä kohtalaisesti kuormittavan ja raskaan liikunnan toisiaan täydentävät vaikutukset. Liikuntapiirakka on jaettu kahteen osaan, joista alaosassa on kuvattu perustuokunta ja yläosassa täsmäliokunta. Perustuokunnalla tarkoitetaan arki-, hyöty- ja työmatkaliokuntaa esimerkiksi lumen luontia. Tällainen liikunta ei kohdistu suoraan terveystuokunnan eri osa-alueisiin, mutta se vaikuttaa yleiseen terveyteen ja painonhallintaan edullisesti. Perustuokunnan suositus on päivittäin vähintään 30 minuuttia, jonka voi toteuttaa myös vähintään 10 minuutin jaksoissa. Perustuokuntaa tulisi kertyä 3-4 tuntia viikossa. (Fogelholm ym. 2005, 78-79.)

Piirakan yläosan täsmäliokunnalla tarkoitetaan liikuntaa, joka kehittää jotakin tiettyä terveystuokunnan osa-alueetta, kuten hengitys- ja verenkiertoelimistön kuntoa, motorista kuntoa ja liikehallintaa ja tuki- ja liikuntaelimistön kuntoa. Suosituksen mukaan täsmäliokuntaa olisi hyvä harrastaa 2-3 tuntia viikossa joka toinen päivä. Liikuntapiirakan yläosa on jaettu vielä kahteen osaan, joista toinen kuvaa kestävyystuokuntaa ja toinen liikehallintaa ja lihaskuntaa. Kestävyystuokunnan suosituksena on 2-5 kertaa viikossa ja 20-60 minuuttia kerralla. Liikehallintaa ja lihaskuntaa sisältäviä harjoituksia olisi hyvä toteuttaa 1-3 kertaa viikossa ja 20-60 minuuttia kerralla. (Fogelholm ym. 2005, 78-79.)

Liikuntapiirakan suosituksessa on riittävä perustaso, jolla vältetään suurimmat terveystuokuriskit liittyen fyysiseen passiivisuuteen. Ottamalla liikuntapiirakasta puolet, joka vastaa noin 4,2 MJ:n (1000 kcal) kulutusta viikossa, riittäväle perustasolle päästään. Liikuntapiirakka kokonaisuudessaan vastaa liikunnan energiankulutusta 8,4 MJ/vko (2000 kcal) ja se olisi niin sanottu ihannetaso, jota tavoitellaan. On hyvä huomioida, että terveystuokunnan suosituksissa oleva liikkuminen on välttämättömän liikkumisen lisäksi tulevaa aktiivisuutta, jolloin esimerkiksi kaupassa kävelyä tai kotona siirtymisiä ja arkisia askareita ei lasketa tähän määrään. Jotta terveystuokuriskit saavutettaisiin, se edellyttää kohtalaisesti kuormittavaa liikuntaa, joka on yhtäjaksoisesti vähintään 10 minuuttia kestävä. (Fogelholm ym. 2005, 78-79.)

### 2.3 Terveys 2015-ohjelma

Valtioneuvoston hyväksymä Terveys 2015- kansanterveysohjelma linjaa Suomen terveyspolitiikkaa 15 vuoden aikavälillä. Ohjelman painopiste on terveyden edistämisessä. Sen taustalla on Maailman terveysjärjestön WHO:n Health for All-ohjelma. Kansanterveysohjelma jatkaa Terveyttä kaikille vuoteen 2000 mennessä-ohjelmaa. Tämän yhteistyöohjelman avulla pyritään terveyden tukemiseen ja edistämiseen kaikilla yhteiskunnan sektoreilla terveydenhuollon ohella, koska väestön terveyteen vaikuttavat paljon myös terveydenhuollon ulkopuoliset asiat esimerkiksi elämäntavat, ympäristö, tuotteiden laatu, yhteisön terveyttä tukevat ja vaarantavat tekijät. Tärkeässä asemassa ovat jokapäiväisen elämän toiminnan kentät ja elämäntavot. Kunnilla on hyvät mahdollisuudet toteuttaa ohjelman tavoitteita itsehallinnon ja laajan toimintavallan vuoksi. Ohjelmassa esitetään kahdeksan kansanterveyttä koskevaa tavoitetta, jotka kohdistuvat keskeisiin ongelmiin ja niiden korjaaminen edellyttää yhdensuuntaista toimintaa eri tahoilta. Ohjelmassa on myös 36 toimintaa linjaavaa kannanottoa, joissa on kansalaisten arkielämän ympäristöjä ja yhteiskunnan eri toimijoita koskevia haasteita ja linjauksia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 3, 27.)

### 2.4 Terveysliikunnan paikalliset suositukset

Terveysliikunnan paikalliset suositukset sisältävät ehdotuksen paikallisen terveysliikuntatoiminnan keskeisiksi lähtökohdiksi, tavoitteiksi ja toiminnan kohteiksi. Suositukset koostuvat kolmesta eri osasta: suositus kunnille, suositus perusterveydenhuollolle ja suositus terveysliikuntapalveluista. Taustalla suosituksessa ovat esimerkiksi liikuntalaki sekä opetusministeriön ja sosiaali- ja terveysministeriön yhteisen Kunnossa Kaiken Ikää -ohjelman kokemukset. Kunnille ja erityisesti perusterveydenhuollolle ja terveysliikuntapalvelujen tuottajille suunnattujen suositusten tarkoituksena on virittää ja suunnata tuloksellista toimintaa terveysliikunnan edistämiseksi paikallistasolla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000, 3-5.)

Kunnille suunnatun suosituksen tavoitteena on turvata kuntalaisille mahdollisuus omaehtoiseen päivittäiseen liikkumiseen helposti tavoitettavassa ja turvallisessa ympäristös-

sä. Tärkeää olisi myös välittää tietoa terveysliikunnasta ja sen merkityksestä kuntalaisille sekä terveysliikunnan toteuttamismahdollisuuksista ja terveysliikuntapalveluista. Kunnille suunnatut suositukset on jaettu kohderyhmittäin ja toteuttajatahoittain. Kohderyhmittäin jaetut suositukset koskevat lapsia ja nuoria, työikäisiä sekä ikääntyviä ja erityisryhmiä. Toteuttajatahoittain jaetut suositukset koskevat kuntien ja kuntayhtymien luottamushenkilöitä ja virkamiesjohtoa, liikunta- ja vapaa-aikatoimea, sosiaali- ja terveystoimea, opetustoimea, maankäytön ja liikenteen suunnittelua ja rakentamista sekä kunnan yhteistyöverkostoa. Suositus perusterveydenhuollolle sisältää suositukset suunnittelusta ja koulutuksesta, työntekijöiden liikunnasta, yhteistyöstä sekä neuvonnasta ja ohjauksesta. Suositus terveysliikuntapalveluista sisältää suositukset terveysliikunnan palvelujen laadusta sekä palvelujen järjestämisestä (tiedottaminen, palvelukäytännöt). (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000, 12-18.)

Miilunpalo, Mäkinen ja Toropainen (2002) ovat tutkineet valtakunnallisten suositusten tunnettavuutta terveyskeskuksissa ja yksi tutkimuksen kolmesta suosituksesta oli sosiaali- ja terveysministeriön sarjassa julkaistu Terveysliikunnan paikalliset suositukset. Tutkimuksen mukaan terveysliikunnan paikallisiin suosituksiin oli tutustunut vain 13 % lääkäreistä ja 10 % hoitajista sekä fysioterapeuteista runsas neljännes. Suositusta ei tuntenut lainkaan 43 % lääkäreistä, 59 % hoitajista eikä noin neljännes fysioterapeuteista. Tutkimus osoitti, että terveyskeskusten ja ammattiryhmien välillä on huomattaviakin eroja siinä, kuinka suosituksia käsitellään työyhteisössä sekä siinä, minkälaiset edellytykset luodaan toimintakäytäntöjen kehittämiseksi työyhteisössä. (Miilunpalo, Toropainen & Mäkinen 2002, 613-619.)

### 3 TERVEYSLLIKUNNAN EDISTÄMINEN

Maailman terveysjärjestö (WHO) on määritellyt vuonna 1986 terveyden edistämisen toiminnaksi, joka lisää ihmisten mahdollisuuksia hallita ja parantaa terveyttään. Terveyden edistäminen ulottuu monelle eri yhteiskuntapolitiikan toimintalohkolle, joille kaikille on yhteistä sitoutuminen suojaamaan sekä parantamaan väestön terveyttä, toiminta-

kykyä ja hyvinvointia. (Nupponen & Paronen 2005, 206.) Liikunnan edistämisen tarkoituksena on yhteiskunnan hyvinvointipolitiikan toteuttamista liikunnan avulla ja liikuntakulttuurin itseisarvoista kehittämistä. Hyvinvointipolitiikkaa ajatellen keskeinen tavoite on riittämättömästi liikkuvien aktivointi. (Opetusministeriö 2008, 3.)

### 3.1 Terveysliikuntaneuvonta terveysalalla

Terveysliikuntaneuvonta on prosessi, minkä aikana asiakasta tuetaan tekemään vähitellen muutoksia omaan liikuntatottumuksiinsa (Aittasalo 2007, 10). Terveystieteillä on mahdollisuus tavoittaa fyysisesti passiiviset henkilöt, joille liikunnan lisäämisestä olisi eniten hyötyä. Näin ollen terveydenhuollon rooli liikunnan lisäämisessä ja liikuntaneuvonnan antajana on tärkeä. (Aittasalo 2008, 261; Borodulin, Jousilahti, Kujala & Ståhl 2004, 3729.) Terveystieteissä liikunnan edistäminen tapahtuu yleensä antamalla asiakkaalle neuvoja ja kehoituksia siitä, miten pitäisi liikkua. Ohjeiden anto on yleisintä silloin, kun asiakkaalla on jokin terveydellinen riski tai terveysongelma, mihin liikunnan arvellaan vaikuttavan myönteisesti. (Aittasalo 2007, 10.) Terveystieteiden ammattilaisten asenteet liikuntaneuvontaan ovat myönteiset ja sen tärkeys on myönnetty. Kuitenkin liikuntaneuvonnan toteutus on usein vähäistä. Terveystieteiden henkilöstön mukaan yleisin syy liikuntaneuvonnan vähäisyyteen on ajan puute. Muita mainittuja syitä ovat neuvontataitojen puute ja neuvonnan hyödyllisyyden kyseenalaistaminen. (Aittasalo 2008, 261.)

Miilunpalon (1989) tutkimuksen tulosten mukaan joka kolmannessa hoitajien kontaktissa terveyskeskuksissa toteutui liikuntaan ja kuntoiluun liittyvää neuvontaa. Lääkärien ja hoitajien toteuttama liikuntaneuvonta tapahtui kuitenkin lähinnä vastaanottokontaktien yhteydessä käydyissä keskusteluissa (Miilunpalo 1989, 140, 149). Vuonna 1998 toteutetussa tutkimuksessa selvitettiin terveyskeskuksien vastaanottotilanteissa toteutunutta liikuntaneuvontaa. Asiakkaiden mukaan 60 % terveydenhoitajakäynneistä ja 40 % lääkärikäynneistä sisälsivät keskustelua yleisesti fyysisestä aktiivisuudesta ja he saivat liikuntaa koskevia ohjeita. Vain puolessa käynneistä oli tiedusteltu asiakkaan aikaisempaa liikunta-aktiivisuutta tai huomioitu ohjeita antaessa hänen nykyinen liikunta-aktiivisuutensa. Asiakkaiden mielestä annetut ohjeet olivat selkeitä ja ymmärrettäviä ja ne oli perusteltu hyvin useimmissa tilanteissa. Asiakkaiden kanssa keskustelu heidän

mielipiteistään ohjeiden laadun tai toteuttamisen suhteen oli harvinaisempaa. Vain harvoin asiakas sai ohjeen tueksi kirjallista materiaalia, hänet lähetettiin jollekin toiselle työntekijälle saamaan lisäohjeita tai sovittiin neuvonnan suhteen seurantakäynti. Tilanteissa liikuntaneuvonta jäi pintapuoliseksi ja puutteita oli myös neuvonnan tavoitteissa sekä konkreettisuudessa. ( Miilunpalo, Toropainen & Moisio 1999, 37.)

Poskiparta ym. (2004) totesivat tyypin 2 diabeetikkojen liikuntaneuvontatutkimuksessaan, että lääkärit ja hoitajat käyttivät vain vähän aikaa liikuntaneuvontaan suhteessa neuvontakäyntien kokonaiskeston. Liikuntaneuvontaa sisältyi puoleen lääkäreiden ja kahteen kolmasosaan hoitajien käynneistä. Liikuntaa rajoittavien tekijöiden käsittely neuvonnassa jäi vähälle, vaikka potilaat toivat niitä esille. (Poskiparta, Kasila, Kettunen & Kiuru 2004, 1491-1492.)

Liikuntaneuvonnan lisääminen perusterveydenhuollossa edellyttää muutoksia lääkärien työ- ja toimintakulttuurissa sekä yhteistyön lisääntymistä ja vahvistumista lääkärien, hoitajien, fysioterapeuttien ja liikunnaohjaajien välillä. Yksilöllinen liikuntaneuvonta edesauttaa liikunnan omaksumista elämäntavaksi, mutta sitä voidaan edesauttaa myös esimerkiksi tarjoamalla laadukkaita terveystavoitteisia liikuntaryhmiä sekä testaus- ja välinepalveluja. (Fogelholm ym. 2007b, 80-81.)

### 3.2 Yksilöllinen terveysterveysliikuntaneuvonta

Yksilöllisin tapa toteuttaa terveysterveysliikuntaneuvontaa on henkilökohtainen neuvonta, jossa voidaan hyödyntää viestinnällisiä ja kasvatuksellisia keinoja sekä ammattihenkilön ja asiakkaan välistä vuorovaikutusta. Ammattihenkilön tehtävänä on ottaa huomioon asiakkaan henkilökohtaiset tarpeet sekä elämäntilanne, jotta hän pystyy mahdollisimman yksilöllisesti käyttämään tietoa fyysisen aktiivisuuden terveysterveystavoitteista ja liikunnan monista toteutustavoista neuvonnassaan. (Aittasalo 2007, 10; Nupponen & Suni 2005, 216-217.) Usein liikuntaneuvontaa antaa normaalipainoinen henkilö, jolle liikunta on aina ollut osa elämää, joten hänen voi olla vaikea ymmärtää ylipainoisen ja oman kehon käytöstä vieraantuneen ihmisen negatiivista suhtautumista liikuntaan. Tällaisen henkilön ohjaaminen vaatii hänen kokemusmaailmansa ymmärtämistä ja rauhallista etenemistä. (Heinonen 2007, 25.)

Liikuntaneuvonnassa ensisijaisiksi tavoitteiksi asetetaan asiakkaan ajattelun ja käyttäytymisen muutokset. Terveysvaikutuksia havaitaan, kun aikaa on kulunut ja muutoksia tapahtunut riittävästi. Neuvonnan alkaessa on selvittävä asiakkaan ajatuksia ja pyrkimyksiä, jotta saadaan selvyyttä käyttäytymismuutosten mahdollisuuksiin. Jos asiakas on haluton muutosten suhteen, kannattaa hänelle aluksi esitellä liikunnan hyötyjä ja erilaisia vaihtoehtoja. Tämän jälkeen eteneminen kannattaa toistaiseksi jättää asiakkaan harkittavaksi. Kun asiakas on itse kiinnostunut muutoksesta, kannattaa ehdottaa liikunnan määräaikaista kokeilua. Opastus ja asiakkaan kokeilu ovat tärkeitä varsinkin, jos asiakas ei ole ennen liikkunut tai hänellä on jokin sairaus. Usein ongelmia tulee, kun kokeilusta siirrytään harjaantumisvaiheeseen. Tällöin säännölliseen liikuntaan tulee usein keskeytyksiä, mutta niitä voidaan yrittää välttää käsittelemällä repsahdusten ehkäisemistä ja jälkikäsitteilyä neuvonnan avulla. (Nupponen ym. 2005, 218-219; Poskiparta 2002, 32-33.)

Asiakkaan lähtötilanteen arvioinnissa voidaan käyttää apuna liikuntapäiväkirjaa, jota asiakas täyttää aluksi esimerkiksi viikon ajan. Liikuntaneuvontaan voidaan liittää fyysisen suorituskyvyn arvioimista, mutta tämä ei ole tarpeellista läheskään aina. Testitulosten perusteella laaditaan yhdessä asiakkaan kanssa terveyteen liittyvät tavoitteet. Tämän jälkeen laaditaan yhdessä henkilökohtainen liikuntasuunnitelma asiakkaalle. Asiakkaan edistymistä voidaan seurata aluksi tiheämmin, varsinkin jos hän ei ole tottunut liikkumaan. Henkilökohtainen arviointitapaaminen olisi hyvä olla noin kolmen tai neljän viikon kuluttua liikuntaohjelman aloittamisesta, jolloin käydään yhdessä läpi kokemuksia ja suunnitelmaa täydennetään tarvittaessa. Useamman tapaamisen jälkeen tapaamisvälejä voidaan pidentää ja näillä tapaamiskerroilla voidaan jo keskittyä tarpeettomien keskeytysten ehkäisyyn. Täytyy muistaa, että kunto- ja terveystavoitteita arvioidaan pidemmällä aikavälillä, koska muutosten liikuntakäyttäytymisessä tulisi olla jo jossakin määrin vakiintuneita. (Heinonen 2007, 26-28; Nupponen ym. 2005, 220, 223-226.)

Taitava liikuntaneuvonta on molemminpuolista, ammattihenkilön ja asiakkaan välistä vuorovaikusta ja neuvottelua. Liikuntaneuvojan ammattitaito on erittäin tärkeää neuvonnan onnistumiseksi. Sen lisäksi tarvitaan selkeitä yhteisiä toimintakäytäntöjä ja toimintojen koordinaatiota toimipaikalla sekä tiivistä yhteistyötä paikallisten liikuntapalvelujen kanssa. (Aittasalo 2007, 10; Nupponen ym. 2005, 216-217.) Liikuntaneuvontaa

pystytään toteuttamaan monin eri tavoin ja valmiita työkaluja neuvonnan tueksi on runsaasti. Valmiiden työkalujen ympärille on mahdollista rakentaa yhteisiä liikuntaneuvontakäytäntöjä. UKK-instituutin Heikoin lenkki (CD-ROM), neuvontakortti ja Liikuntapiirakka-kortti sekä Liikkumisresepti ovat esimerkkejä liikuntaneuvonnan tueksi kehitetyistä työkaluista. Asiakkaan yksioolliset tarpeet huomioon ottava kirjallinen materiaali on todettu tehokkaammaksi neuvonnan tueksi kuin yleinen kirjallinen materiaali. (Aittasalo 2007, 10-11.)

### 3.3 Liikuntakäyttäytyminen

Yksinkertainen liikuntakäyttäytyminen, esimerkiksi kävelyllä meneminen, on harkintoja, ratkaisuja ja toimintoja sisältävä prosessi, jonka toteuttamisessa vaikuttavat monet yksilöön, ympäristöön ja liikuntaan liittyvät tekijät. Kun tarkastellaan yhden henkilön, ryhmän, väestöryhmän tai väestön liikuntakäyttäytymistä, liikuntakäyttäytymisen monitahoisuus ja siihen liittyvät tekijät tulevat moninkertaisiksi. Kun edistämistoimet perustuvat liikuntakäyttäytymisen perusteiden tuntemiseen ja niihin pohjautuvien toimintatapojen hyödyntämiseen, ovat onnistumismahdollisuudetkin paljon paremmat. (Vuori 2003, 63.)

#### 3.3.1 Liikuntakäyttäytymiseen vaikuttavat tekijät

Liikuntakäyttäytymiseen liittyy konkreettisia tekijöitä, joita ovat esimerkiksi henkilön liikuntataidot, liikuntapaikan etäisyys ja liikuntamuodon rasittavuus. Käsitteellisiä ja teorioiden pohjalta muodostettuja tekijöitä taas ovat henkilön kokemus tai odottama pysyvyys liikuntaan ja hänen oma käsitys itsestään liikkujana. Näiden tekijöiden merkitys liittyen liikuntakäyttäytymiseen voi muuttua ajan, liikuntakäyttäytymisen vaiheen ja muiden samanaikaisesti ilmenevien tekijöiden muuttuessa. (Vuori 2003, 79-81.)

Terveyskasvatuksessa laajalti käytetty ryhmittely perustuu Greenin 1980-luvulta peräsin olevaan PRECEDE-malliin, jonka mukaan tekijät jaetaan liikuntaan liittyvän merkityksen tai roolin perusteella, jolloin ne voivat olla liikunnalle altistavia, mahdollistavia tai vahvistavia tekijöitä. (Vuori 2003, 102.) Altistavia tekijöitä ovat asenteet, tiedot, arvot,



normit, tiedostaminen, odotukset, kokemukset, havainnot, tuntemukset, mieliala ja koettu pystyvyys. Kyseiset tekijät ovat olemassa jo ennen tarkasteltavaa käyttäytymistä ja vaikuttavat myönteisinä liikunnan aloittamisen todennäköisyyteen ja kielteisinä voivat vähentää sitä. (Vuori 2005, 650.) Mahdollistavia tekijöitä ovat henkilön omat edellytykset, kuten liikuntataidot, terveys, kunto, koettu pystyvyys ja tarvittava aika, sekä ympäristöön liittyvät mahdollisuudet, kuten käytettävissä ja saavutettavissa olevat suorituspaikat, välineet, varusteet ja palvelut. Myönteisinä kyseiset tekijät mahdollistavat aiotun käyttäytymisen toteutuksen, mutta kielteisinä voivat estää tai rajoittaa toteutusta. Vahvistavia tekijöitä ovat liikuntaa tukevat tekijät, esimerkiksi sosiaalisen tuen eri muodot eri tahoilta sekä liikunnan tuottamat kokemukset ja vaikutukset, symboliset ja konkreettiset palkinnot ja kannusteet. Näilläkin voi olla liikuntakäyttäytymiseen myönteinen tai kielteinen vaikutus, mutta ne muodostuvat käyttäytymisen kuluessa. (Vuori 2003, 102.)

### 3.3.2 Liikuntakäyttäytymiseen liittyvät mallit ja teoriat

On tärkeää, että liikuntakäyttäytymiseen liittyvät vaikuttavat tekijät ja niiden yhteydet tunnetaan ja ymmärretään, jotta liikunnan edistämisestä saadaan tuloksellista (Vuori 2005, 646). Liikuntakäyttäytymistä on selitetty monilla eri teorioilla. Niiden ja kokemusperäisten havaintojen perusteella on tunnistettu joukko liikuntakäyttäytymiseen liittyviä tekijöitä, joiden merkitystä on pystytty arvioimaan. Käyttäytymistä selittäviä teorioita sekä niihin perustuvia malleja sovellettuina liikuntaan ovat mm. oppimisteoria, päätöksenteon teoria, käyttäytymisen valinnan teoria, terveysuskomusmalli, perustellun toiminnan teoria, suunnitellun toiminnan teoria, sosiaalinen kognitiivinen teoria, pystyvyysodusteoria sekä käyttäytymisvaiheteoriat. (Vuori 2003, 65)

Käyttäytymistä ja sen muutosta selittävästä vaiheteorioista viime vuosina suosituin on ollut transteoreettinen muutosvaihemalli, jonka ovat kehittäneet Prochaska ja DiClemente vuonna 1983. Mallissa on yhdistelty useita eri teorioita sekä terapiamuotoja. (Kasila ym. 2004, 82; Vuori 2003, 71-72.) Mallin mukaan käyttäytymisen muutos tapahtuu vaiheittain, jotka ovat esiharkinta, harkinta, valmistelu, toiminta ja ylläpito. Henkilön muutosvaiheet etenevät jaksoittain, välillä mennään eteenpäin, välillä taaksepäin tai välillä voidaan olla pysähdyksissä (Kasila ym. 2004, 82; Vuori 2005, 653). Kasilan ym. (2004) tekemässä katsauksessa arvioitiin kahdeksaa transteoreettiseen muutos-

vaihemalliin perustuvaa perusterveydenhuollon liikuntainterventiota. Tilastollisesti merkitseviä eroja fyysisen aktiivisuuden lisääntymisessä tai muutosvaiheissa etenemisessä interventio- ja kontrolliryhmän välillä vähintään puolen vuoden aikana havaittiin neljässä tutkimuksessa. Neuvonta osoittautui vaikuttavammaksi tai yhtä vaikuttavaksi interventoryhmässä verrattuna kontrolliryhmään. Mallin pääperiaatteet toteutuivat kuitenkin interventioissa puutteellisesti. (Kasila ym. 2004, 81.)

#### 4 TERVEYSLIIKUNNAN PALVELUKETJU

Palveluketju on moniulotteinen toimintamalli, jossa potilaan ongelmakokonaisuuden vaatimat toimet muodostavat ajasta, paikasta ja toteuttamisorganisaatioista riippumattoman kokonaisuuden. Keskeisessä asemassa ovat ammattilaisten verkostomainen yhteistyö sekä ammattilaisen ja asiakkaan välinen vuorovaikutus. Palveluketjun käyttöä vielä kokeillaan, joten sen sisältökään ei ole vielä ehtinyt vakiintua. Palveluketju voi muodostua julkisen ja yksityisen sektorin palveluntuottajista sekä kolmannen sektorin toimijoista. Nämä palvelut on tärkeää nähdä yhdenvertaisina ja näiden toimijoiden yhteistyötä tulee kehittää palveluketjua toteutettaessa. Palveluketjuun perustuvaan toimintamalliin kuuluu, että suunnitellaan palvelujen antamisen kokonaisuus, ohjataan palvelujen antamista ja asiakkaan kulkua ketjussa sekä seurataan asiakkaan mahdollista toimintakyvyn muutosta. Palveluketjun hallinta edellyttää ketjun tavoitteiden ja palveluiden sopimista asiakkaan ja sen toteuttamiseen osallistuvien eri toimijoiden kesken. (Ruotsalainen 2000, 15, 20–23.)

Terveysliikunnan palveluketju koostuu terveyspalvelujen, liikuntapalvelujen ja mahdollisten kuntoutuspalveluiden kokonaisuudesta, vaikka palvelut tuotetaan eri organisaatioissa. Sen tavoitteena on luoda puitteet ja mahdollistaa tarvittava tuki hyödyntää paikallisia mahdollisuuksia ja palveluja muuttuvien tarpeiden, terveyden, toimintakyvyn ja asuinpaikan mukaan. Tutkimusten mukaan yhteistyötä eri organisaatioiden välillä vaikeuttaa kuitenkin kiire. Tutkimuksissa esille tulleita muita syitä moniammatillisen yhteistyön vähäisyydelle ovat olleet organisatoriset rajat ja rakenteet sekä varojen ja re-

surssien jakautuminen hallinnonaloittain. Yhteistyö ammattilaisten välillä keskittyy omassa ammattiryhmässä ja organisaatiossa toteutuvaan keskusteluun ja tiedonvaihtoon. Paikallisen yhteistyön tärkeä lähtökohta on eri toimijoiden tiedottaminen liikuntaan liittyvistä palveluista. Toimijoiden tulisi olla tietoisia myös muiden tarjoamista palveluista, kuten liikuntaneuvonnan toteuttajista sekä liikuntapalvelujen järjestäjistä kunnassa. (Toropainen 2007, 14-16.)

Jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen työhön liittyy liikuntaneuvonta, mutta sen painotus eri ammattiryhmien välillä on hieman erilainen. Monilla toimipaikoilla neuvontaan vaikuttavat yhteisten käytäntöjen puute, sillä se vaikeuttaa työntekijän syventymistä neuvontaan, aiheuttaa hämmennystä asiakkaissa sekä voi johtaa neuvontaprosessien keskeytymiseen. Läheskään aina sama henkilö ei vastaa asiakkaan neuvonnasta alusta loppuun saakka. Lääkäreiden, terveydenhoitajien ja fysioterapeuttien tulisi suunnitelmallisemmin sopia yhteisistä käytännöistä liittyen liikuntaneuvontaan ja paikallisiin liikuntapalveluihin ohjaamiseen. He voivat sopia esimerkiksi käytettävästä asiakasmateriaalista, Liikkumisreseptin käytöstä ja ohjeista eri asiakasryhmille. Yhteisesti sovitut käytännöt antaisivat ammattilaisille selkeän tavan toimia eri tilanteissa. Kun organisaation yhteisten käytäntöjen rinnalle on paikallisesti sovittu toimijoiden välinen palveluketju, on ammattilaisella konkreettinen työkalu opastaessaan asiakasta käyttämään paikallisia palveluja. (Aittasalo 2007, 10; Heinonen 2007, 28; Nupponen ym. 2005, 227; Toropainen 2007, 16-17.)

## 5 TERVEYDENHOITAJA TERVEYSLIIKUNTANEUVOJANA

### 5.1 Terveydenhoitajien koulutus

Terveydenhoitajan ammattikorkeakoulututkinnon laajuus on 240 opintopistettä ja sen kesto on neljä vuotta. Vähintään 60 opintopistettä opinnoista ovat terveydenhoitotyön ammattiopintoja ja niistä 30 opintopistettä toteutuu sairaanhoitajatutkinnon (210 opintopistettä) yhteydessä. Valmistuttuaan terveydenhoitaja saa todistuksen sekä terveyden-

että sairaanhoitajan tutkinnoista ja Terveystieteiden tutkimuskeskus laillistaa terveydenhoitajan erillisestä hakemuksesta terveyden- ja sairaanhoitajaksi. (Haarala 2006, 17.)

Koulutuksessa on 85 opintopisteen edestä ammattitaitoa edistävää harjoittelua sekä 15 opintopisteen käytännönläheinen opinnäytetyö. Terveystieteiden ammattiohjelmaan kuuluu kehittämistyö (5 opintopistettä) terveydenhoitotyön ammatillisen osaamisen lisäämiseksi ja terveydenhoitajan työn ja ammatin kehittämiseksi. Terveystietokoulutuksessa laajennetaan hoitotyön osaamista terveydenhoitotyöhön sekä syvennetään terveyden edistämisen osaamista eri-ikäisten hoitotyössä. Terveystietokoulutuksen tulisi olla hoitotyön ja erityisesti terveydenhoitotyön, terveyden edistämisen ja kansanterveystyön asiantuntija eri elämäntilanteissa. Terveystietokoulutajat voivat työskennellä eri-ikäisten neuvolatoiminnassa, koulu-, opiskelija- ja työterveyshuollossa, avosairaanhoidon vastaanotolla, kotihoidossa, järjestöissä, erilaisissa projektitehtävissä ja itsenäisinä yrittäjinä. (Haarala 2006, 17; Suomen Terveystietokoulutajaliitto ry.)

Rautio (2006) tutkimuksessa selvisi, että liikunnan osuus eri muodoissa ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajien, terveydenhoitajien ja kättilöiden koulutuksessa oli jäänyt vähälle. Lähinnä opiskelijoiden omaa liikuntaa oli tarjolla vapaasti valittavissa opinnoissa tai opiskelijajyhdistysten järjestämänä. Liikunnan yhteys kansanterveyteen ja terveyden edistämiseen tulivat koulutuksessa esille. (Rautio 2006, 3-4, 56.)

## 5.2 Terveystietokoulutuksen tulevaisuus

Rautio tutkimuksen (2006) mukaan terveydenhoitajakoulutuksessa tulee kiinnittää enemmän huomiota oman erityisalan asiantuntemusperustaan. Tämä on tärkeää, jotta voidaan vastata kansanterveydellisiin haasteisiin ja kehittää uusia työmuotoja. Asiakaslähtöisyys sekä siihen liittyvä palvelukulttuuri tarvitsevat vielä kehittämistä. Tärkeää on myös terveyden edistämisen toimikentän sisäistäminen ja erilaisten yhteistyömuotojen vaatiman osaamisen vahvistaminen. (Rautio 2006, 78.) Poskiparran, Sjögrenin ja Liimataisen (2001) tutkimuksen tulosten mukaan ammattikorkeakoulujen opetussuunnitelmien suunnittelussa, sisällöissä ja opetuksen toteutuksessa on kehitettävää. (Poskiparta, Sjögren & Liimainen 2001, 48.)

Terveys 2015-kansanterveysohjelmassa on mainittu terveyden edistämisen näkökulman huomioiminen entistä paremmin terveydenhuollon ammattihenkilöiden koulutuksessa jo peruskoulutuksesta lähtien (Sosiaali- ja terveysministeriä 2000, 30). Tällä hetkellä ammatillisessa koulutuksessa, ammattikorkeakoulutuksessa ja yliopistokoulutuksessa on meneillään merkittävä koulutuksen uudistamis- ja muutosvaihe. Se luo mahdollisuuden tarkastella tarkemmin liikunnan merkitystä terveyden edistämisessä ja osana ammatillisen opetuksen ydinainesta, erityisesti terveystieteiden ohjaus- ja neuvontataitoja tarvitsevien koulutuksessa. (Seegercrantz 2006, 5.)

Opetusministeriön 19.6.2006 asettama kansallista liikuntaohjelmaa valmisteleva toimikunta on tehnyt julkishallinnon ohjauksen näkökulmasta ehdotuksen kansalliseksi liikuntaohjelmaksi. Tavoitteena on liikunta-alan ja lähialojen ammatillisen peruskoulutuksen ja korkeakoulutuksen kehittäminen määrällisesti ja laadullisesti niin, että kouluista valmistuu eri tehtäviin riittävästi osaavaa henkilöstöä. Myös jo ammatissa työskenteleville järjestetään työelämän edellyttämää täydennyskoulutusta. Terveyttä edistävän liikunnan valmiuksia ja eettisten toimintatapojen valtavirtaistamista keskeisiin koulutuskokonaisuuksiin pidetään tärkeänä sisällöllisissä tavoitteissa. Liikuntaohjelman mukaan sosiaali- ja terveystoimen henkilöstö muun muassa neuvoloissa, terveyskeskuksissa, kotipalvelutoiminnassa, koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa, työterveyshuollossa ja erilaisissa laitoksissa tarvitsee täydennyskoulusta liikunnan terveysvaikutusten ymmärtämisessä, terveystieteiden ja ravitsemuksen neuvonnassa ja ohjauksessa, joten nämä otetaan painopisteiksi sosiaali- ja terveystoimen lakisääteisessä täydennyskoulutuksessa. (Opetusministeriö 2008, 84-86.)

## 6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyöni on osa SAMK:n hallinnoimaa Terveystieteiden palveluketju Terveystoimiala-projektia (Satakunnan ammattikorkeakoulu 2006-2010), jonka tarkoituksena on kehittää kuntien terveyssektoreille terveystieteiden malli, joka olisi sovellettavissa

Satakunnassa ja muualla Suomessa. Hankkeen tavoitteena on kehittää terveyssektorilla toimivien ammattihenkilöiden yhteistyötä liikkumattomien henkilöiden tavoittamisessa, elämäntapamuutosten neuvonnassa ja tukemisessa sekä tutkia tehostetun liikuntaneuvontamallin käyttökelpoisuutta ja vaikutusta riittävästi liikkuvien henkilöiden fyysiseen aktiivisuuteen ja terveyteen. Projektin tavoitteena on myös kehittää terveysliikunnan palveluketjua terveyssektorilla Karhukunnissa. Projektin osatavoitteina ovat terveysliikunnan palveluketjun nykyisen tilanteen kartoittaminen, palveluketjun soveltaminen käytäntöön, palveluketjun kehittäminen Karhukunnissa, terveysliikunnan koulutuksen järjestäminen ja vertaisohjaajakoulutuksen järjestäminen.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa Karhukuntien alueen aikuisväestön parissa työskentelevien terveydenhoitajien antamaa terveysliikuntaneuvontaa. Tarkoituksena on saada selville, mitä terveydenhoitajat käsittävät terveysliikunnalla ja kuinka tärkeänä he pitävät terveysliikuntaneuvontaa osana heidän työtään. Tutkimuksessa selvitetään myös, miten terveysliikuntaneuvonta toteutuu terveydenhoitajien työssä käytännössä ja sitä, miten eri tekijät vaikuttavat terveysliikuntaneuvonnan toteutumiseen asiakastilanteissa. Tärkeä osa tutkimusta on myös selvittää terveydenhoitajien lisäkoulutuksen tarvetta terveysliikuntaneuvontaan liittyen sekä terveysliikunnan palveluketjun kehittämistarvetta.

Tutkimusongelmat:

1. Miten terveydenhoitajat tuntevat terveysliikuntasuosituksen?
2. Mikä on terveydenhoitajien käsitys heidän roolistaan terveysliikuntaneuvonnassa ja osana palveluketjua?
3. Tarvitsevatko terveydenhoitajat mielestään lisäkoulutusta terveysliikuntaneuvontaan liittyen?

## 7 TUTKIMUSMENETELMÄT

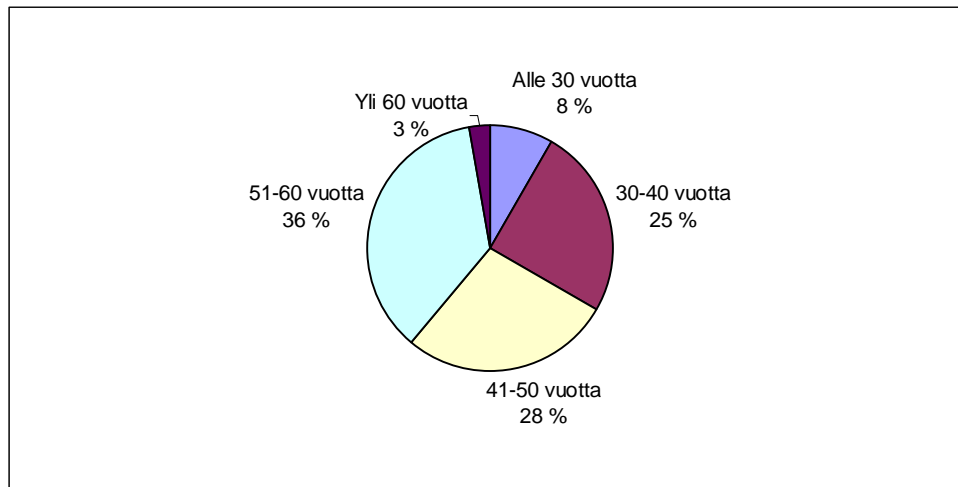
Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena. Siinä oli myös kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen piirteitä. Kvantitatiivisen tutkimuksen keskeisiä piirteitä ovat johtopäätökset aiemmista tutkimuksista, aiemmat teorit, hypoteesien määrittäminen sekä käsitteiden määrittely. Suunnitelmat aineiston keruusta tai koejärjestelyt ovat tavallisia ja on tärkeää, että aineisto soveltuu määrälliseen, numeraaliseen mittaamiseen. Usein kvantitatiiviseen tutkimukseen liittyy koehenkilöiden tai tutkittavien tarkka valinta ja otantasuunnitelma, jolloin usein määritellään perusjoukko ja otetaan tästä joukosta otos. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 136.) Kvalitatiiviseen tutkimukseen liittyvät usein koehenkilöille esitetyt avoimet kysymykset sekä analysointivaiheessa vastausten litterointi eli puhtaaksi kirjoittaminen. (Metsämuuronen 2005, 204.)

Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin kyselyä, koska haluttiin saada mahdollisimman suuri otos perusjoukosta eli tässä tapauksessa aikuisväestön parissa työskentelevistä terveydenhoitajista. Kysely on nopea tapa kerätä tietoa isommaltakin joukolta, mutta suurimpana ongelmana voi olla vastaajien kato. Tutkimusjoukko ja tutkimuksen aihe vaikuttavat paljon kadon suuruuteen. Jos kyselytutkimus suoritetaan valikoimattomalle joukolle, voi vastausprosentiksi olettaa parhaimmillaan muodostuvan 30- 40 %. Jos taas kyselytutkimus postitetaan jollekin erikoisryhmälle ja aihe on ajankohtainen, voi vastausprosentti olla korkeampi. Kyselylomakkeen vastauksista on vaikea arvioida, kuinka vakavissaan vastaaja on kyselyyn vastatessaan ollut. Väärinymmärryksiä on myös vaikea kontrolloida, jos vastaukset ovat valmiina vaihtoehtoina ja vastaajien tietämystä aiheesta on vaikea tietää. (Hirsjärvi ym. 2007, 190-191.)

### 7.1 Koehenkilöt

Opinnäytetyössä perusjoukkona on Karhukuntien alueella aikuisväestön parissa työskentelevät terveydenhoitajat, joista on sattumanvaraisesti valittu 43 terveydenhoitajan otos. Kyselyyn vastasi 36 terveydenhoitajaa, joten vastausprosentiksi muodostui 84 %.

Kaikki kyselyyn vastanneet terveydenhoitajat (n= 36) olivat naisia. Vastaajien ikäkauma selviää kuviosta 1.



Kuvio 1. Vastaajien ikäjakauma

Vastaajista 61 % (n=22) oli työskennellyt yli 15 vuotta terveydenhoitajana, 17 % (n= 6) 11-15 vuotta, 3 % (n=1) 6-10 vuotta, 14 % (n=5) 2-5-vuotta ja 6 % (n=2) alle kaksi vuotta. Vastaajista 78 % (n=28) oli suorittanut opistoasteisen tutkinnon. Vastaajista 8 % (n=3) oli suorittanut opistoasteen sekä ammattikorkeakoulupäivityksen. Ammattikorkeakoulututkinnon oli suorittanut 14 % (n=5)vastaajista. Vastaajista 11 % (n=4) oli käynyt lisäksi jonkun muun koulutuksen. Nämä muut tutkinnot olivat yliopistotutkinto (hoitotiede), diabeteshoidon erikoistumisopinnot, kättilö, sairaanhoitaja, terveydenhoitaja ja kuntohoitaja.

Vastaajista 9 % (n= 3) oli valmistunut vuonna 1980 tai aikaisemmin ja 26 % (n=9) vuosina 1981-1985. Vuosina 1986-1990 oli valmistunut 11 % ( n= 4) vastaajista, 29 % (n=10) vastaajista vuosina 1991-1995 ja 14 % ( n= 5) vastaajista vuosina 1996-2000. Vastaajista 11 % (n= 4) oli valmistunut 2001-2005. Kaikki terveydenhoitajat työskentelevät aikuisväestön parissa.



## 7.2 Aineiston hankinta

Tutkimuslupa-anomukset (Liite 1) lähetettiin maaliskuussa 2008 yhteensä kuudelle eri henkilölle: Poriin, Ulvilaan, Luvialle sekä Luoteis-Satakunnan kansanterveystyönkuntayhtymälle (Merikarvia, Pomarkku, Noormarkku), Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymälle (Nakkila, Harjavalta, Kokemäki) ja Huittisten seudun terveydenhuollon kuntayhtymälle (Huittinen, Vampula, Punkalaidun). Tutkimuslupa-anomusten mukana lähetettiin tutkimussuunnitelma, eettisen toimikunnan lupa sekä selvitys (Liite 2) jatko-toimenpiteistä tutkimusluvan myöntämisen jälkeen. Selvityksessä kysyttiin henkilön suostumusta osallistua kyselylomakkeiden jakoon tai mahdollisesti heidän omaa ehdotustaan kyselylomakkeiden jaosta sekä heidän arvioita oman organisaationsa aikuisväestön parissa työskentelevien terveydenhoitajien määrästä. Eettisen toimikunnan lupa oli jo Terveysliikunnan palveluketju Terveyssektorilla- projektilla.

Jokainen kunta myönsi tutkimusluvan ja jatkotoimenpiteet saatiin sovittua sujuvasti. Kyselylomakkeet postitettiin huhtikuussa 2008 nimetyille henkilöille, jotka jakoivat ne oman organisaation sisällä sattumanvaraisesti aikuisväestön parissa työskenteleville terveydenhoitajille. Kyselylomakkeen mukana lähetettiin tutkimusta koskeva saatekirje (Liite 3), jossa korostettiin vastausten luottamuksellisuutta sekä vastaamisen vapaaehtoisuutta. Lomake pyydettiin palauttamaan kahden viikon (10 arkipäivää) kuluessa, jotta vastaaminen ei unohtuisi. Kyselylomakkeen mukana oli postimerkillä varustettu palautuskuori.

## 7.3 Kyselylomake

Kyselylomake (Liite 4) sisälsi neljä eri osaa, jotka olivat taustatiedot, terveysliikunta- neuvonta, terveysliikuntaneuvonnan koulutus sekä palveluketju. Kyselylomakkeessa oli yhteensä 25 kysymystä kuudella sivulla. Kysymyksistä 12 oli strukturoituja monivalintakysymyksiä, joissa oli valmiit vastausvaihtoehdot ja vastaaja ympyröi valitsemansa vaihtoehdon. Kuusi kysymystä oli strukturoidun ja avoimen kysymyksen välimuotoja eli valmiiden vastausvaihtoehtojen lisäksi esitettiin avoimia kysymyksiä, jotka tarvittaessa täydensivät vastausta. Avoimia kysymyksiä oli seitsemän ja niiden perässä oli tyhjä tila vastauksen kirjoittamista varten.

Taustatietoja selvitettiin yhteensä kuudella kysymyksellä, joista kolme oli strukturoitua kysymystä, yksi strukturoidun ja avoimen kysymyksen välimuoto sekä kaksi avointa kysymystä. Näiden kysymysten avulla saatiin tietoa vastaajien sukupuolesta, iästä, valmistumisvuodesta, terveydenhoitajan tutkintomuodosta, työajasta vuosissa sekä työnkuvasta.

Terveysliikuntaneuvonta-osiossa oli yhteensä kahdeksan kysymystä. Avoimilla kysymyksillä, joita oli kaksi, selvitettiin terveydenhoitajien käsitystä terveysliikunnasta sekä yleisintä syytä terveysliikuntaneuvonnan toteuttamiseen. Strukturoituja (neljä) sekä sen ja avoimen kysymyksen välimuotoja (kaksi) oli yhteensä kuusi. Niillä kysymyksillä selvitettiin terveysliikunnan tärkeyttä terveydenhoitajan työssä, terveysliikuntaneuvonnan toteutumista ja siihen käytettävää aikaa sekä asiakkaiden liikuntatottumusten kartoittamista.

Viimeisessä terveysliikunnan osion kysymyksessä (kysymys 14) selvitettiin eri tekijöiden vaikutusta terveysliikunnan toteuttamiseen asiakastilanteissa. Kysymyksessä oli 12 eri kohtaa ja vastausvaihtoehdot olivat viisiportaisen Likertin asteikon mukaisia (vaikuttaa erittäin paljon, vaikuttaa paljon, en osaa sanoa, vaikuttaa melko vähän, ei vaikuta ollenkaan).

Terveysliikuntaneuvonnan koulutus-osiossa selvitettiin viidellä strukturoidulla kysymyksellä terveydenhoitajien omaa arviota valmiuksista terveysliikuntaneuvontaan, peruskoulutuksen antamia valmiuksia, mahdollista lisäkoulutusta ja sen hyötyä sekä lisäkoulutuksen tarvetta. Yhdellä avoimella kysymyksellä selvitettiin mahdollisen lisäkoulutuksen sisältöä ja toisella selvitettiin sitä, mihin asioihin terveydenhoitajat toivovat saavansa lisätietoa.

Palveluketju-osiossa oli yhteensä neljä kysymystä, joista kolme oli strukturoidun ja avoimen kysymyksen välimuotoja ja yksi oli avoin kysymys. Kysymyksissä selvitettiin organisaation palveluketjua sekä terveysliikuntaneuvonnan yhteisiä käytäntöjä.

## 7.4 Aineiston analyysi

Kaikki palautuneet kyselylomakkeet luettiin huolellisesti läpi ja numeroitiin satunnaisessa lukemisjärjestyksessä. Kaikki kyselylomakkeet hyväksyttiin tutkimukseen mukaan. Määrällisessä tutkimuksessa muuttujat muodostetaan taulukkomuotoon ja aineisto saatetaan tilastollisesti käsiteltävään muotoon. Päätelmät tehdään havaintoaineiston tilastolliseen analysointiin perustuen, esimerkiksi tulokset kuvaillaan prosenttitaulukoiden avulla ja tulosten merkitsevyyttä testataan tilastollisesti. (Hirsjärvi ym. 2007, 136.) Tässä tutkimuksessa kaikki strukturoitujen kysymysten vastaukset tallennettiin Excel-tilukkolaskentaohjelmaan havaintomatriisiksi ja aineiston tilastollinen analyysi tehtiin Tixel-ohjelman avulla. Tulosten esittämisessä käytettiin yksiulotteisia jakaumia, prosenttilukuja ja ristiintaulukointia.

Avointen kysymysten vastausten avulla pyrittiin saamaan vastauksia tutkimusongelmiin ja täydentämään tilastollista aineistoa. Avointen kysymysten vastaukset kirjoitettiin vastaajan kirjoittamassa muodossa puhtaaksi. Tämän jälkeen vastaukset lajiteltiin niin, että samaa tarkoittavat vastaukset luokiteltiin ja laskettiin yhteen. Avointen kysymysten vastauksia pyrittiin havainnollistamaan myös suorilla lainauksilla.

## 8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

### 8.1 Terveydenhoitajien käsitys terveystiikunnasta

Vastaajien käsitystä terveystiikunnasta kysyttiin avoimella kysymyksellä. Vain kaksi vastaajaa 36:sta kertoivat konkreettisesti oman näkemyksen terveystiikuntasuosituksista, joissa kävi ilmi liikunnan kesto ja useus.

*”Säännöllistä, sykettä nostavaa, väh. 30 min. kestäväää liikuntaa.*

*Ylläpitää ihmisen kuntoa.”*

*”Väh. 30min. yhtäjaksoisesti kestäväää liikuntaa, jonka aikana syke nousee ja ihminen hengästyy. Tavoitteena väh. 3 x/ vko.”*

Liikunnan säännöllisyys tuli esille kahdeksassa vastauksessa. Terveysliikunta määriteltiin terveyttä edistäväksi liikunnaksi yhdeksässä vastauksessa.

*”Säännöllistä liikuntaa terveyden edistämiseksi, esim. kestävyys, arki- ja hyötyliikuntaa.”*

Terveyttä ylläpitäväksi liikunnaksi se määriteltiin viidessä vastauksessa. Vastaajista seitsemän määritteli sen liikunnaksi, joka vaikuttaa myönteisesti terveyteen. Sairauksien ennaltaehkäisy terveystoiminnalla tuli esille seitsemässä vastauksessa ja sairauksien hoito kuudessa vastauksessa. Edellä mainitut vastaukset liittyivät terveyden säilymiseen/parantamiseen terveystoiminnan avulla. Osa vastaajista oli maininnut useamman edellä mainituista vaihtoehdoista.

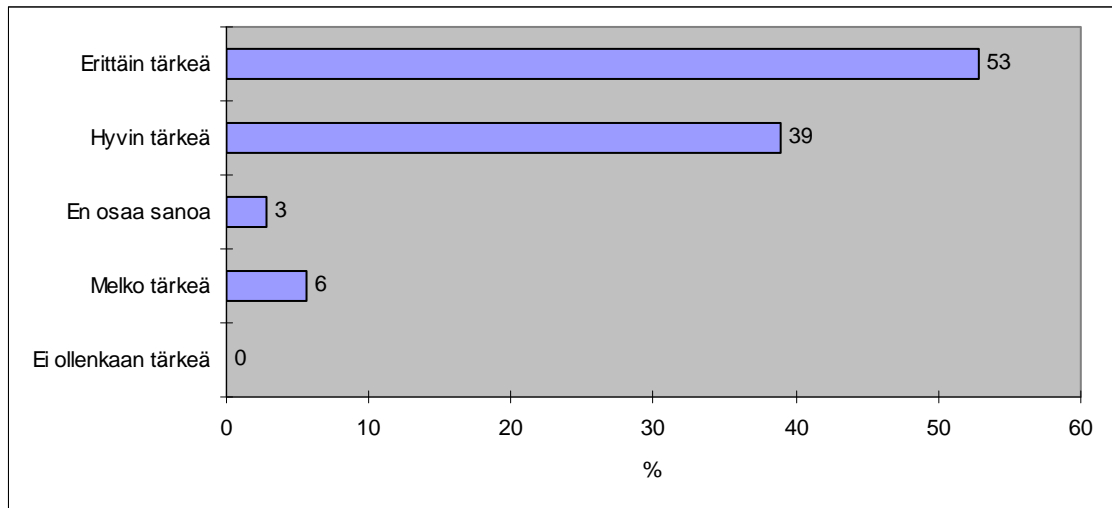
Terveystoiminnan mainittiin myös lisäävään hyvinvointia seitsemässä vastauksessa ja sen vaikutus mielialaan ja mielenterveyteen tuli esille neljässä vastauksessa. Muutamassa vastauksessa (n=2) tuli esille kunnan säilyttäminen ja parantaminen terveystoiminnan avulla. Hyötyliikunta tai arkiliikunta mainittiin 11:sta vastauksessa. Kuntoliikunta tuli esille neljässä vastauksessa ja täsmäliikunta yhdessä. Osassa vastauksista oli käsitelty hieman ympäröivästä terveystoiminnan käsitteistä ja terveystoimintasuosituksista.

*”Liikuntamuoto, joka vaikuttaa terveyteen. Saa sykkeen kohoamaan → hengästyy + hikoilu. Ei siis pelkkä ”hidas” liikunta, mistä ei ole hyötyä.”*

*”Terveyttä edistävää liikuntaa. Tehokkaampaa kuin hyötyliikunta (joka tosin taitaa nykypäivänä sisältyä ko. termiin)”*

## 8.2 Terveystoimintaneuvonnan merkitys ja toteutus terveydenhoitajan työssä

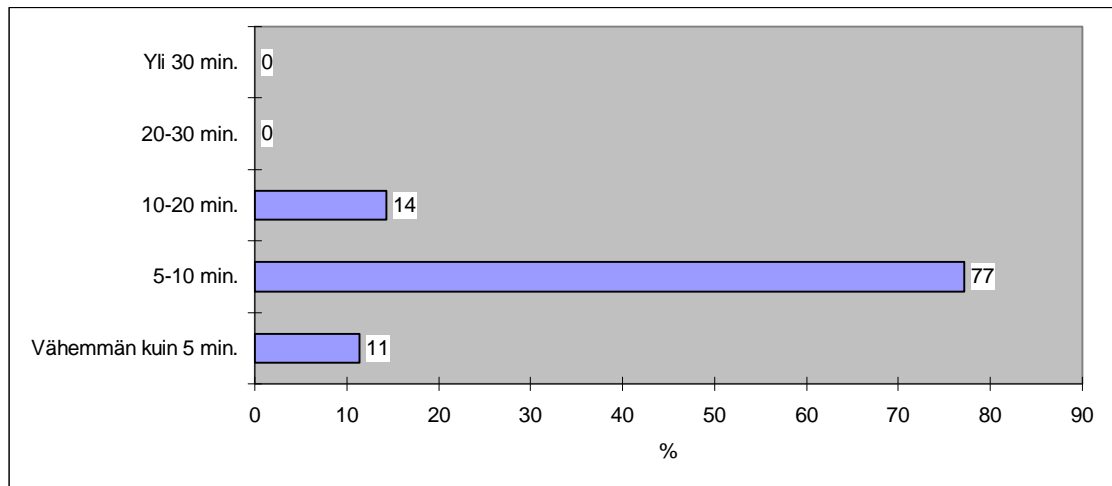
Vastaajista 53 % (n= 19) piti terveystoimintaneuvontaa osana terveydenhoitajan työtä erittäin tärkeänä ja 39 % (n= 14) hyvin tärkeänä. Vastaajista 6 % (n=2) piti sitä melko tärkeänä ja 3 % (n=1) ei osannut arvioida terveystoimintaneuvonnan tärkeyttä terveydenhoitajan työssä (Kuvio 2).



Kuvio 2. Vastaajien näkemys terveysterveystietoneuvonnan tärkeydestä terveydenhoitajan työssä.

Vastaajista 44 % (n=16) toteutti terveysterveystietoneuvontaa melkein kaikkien kanssa. Vastaajista 22 % (n=8) arvioi terveysterveystietoneuvonnan toteutuvan joka toisen asiakkaan kanssa ja saman verran (22 %) arvioi sen toteutuvan joka kolmannen asiakkaan kanssa. Vastaajista 14 % (n=5) arvioi toteutuvan sen vielä harvemman kanssa. Kukaan vastaajista ei valinnut vaihtoehtoa: ei kenenkään. Yksi vastaajista oli valinnut kysymyksessä kaksi vaihtoehtoa.

Suurin osa (77 %) vastaajista ilmoitti käyttävänsä aikaa terveysterveystietoneuvontaan 5-10 minuuttia yhdellä vastaanottokerralla. Vastaajista 14 % (n=5) käytti aikaa siihen 10- 20 minuuttia ja 11 % (n=4) vähemmän kuin 5 minuuttia (Kuvio 3). Yksi vastaaja oli jättänyt vastaamatta tähän kysymykseen ja yksi oli valinnut kaksi vaihtoehtoa.



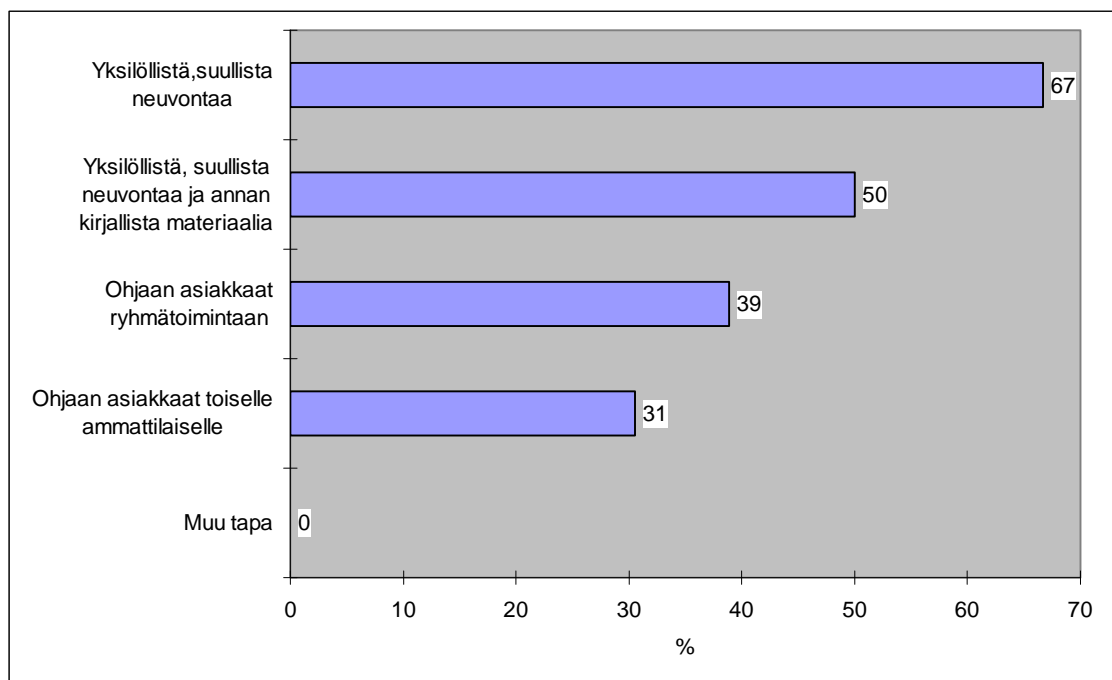
Kuvio 3. Terveydenhoitajien terveysterveystaneuvontaan käyttämä aika yhdellä vastaanottokerralla.

Yleisimmäksi syyksi terveysterveystaneuvonnan toteuttamiseen mainittiin asiakkaan ylipaino ( $n=22$ ). Toiseksi yleisin syy oli kohonnut verenpaine ( $n=14$ ) ja kolmanneksi yleisin syy oli diabeteksen ennaltaehkäisy ja hoito ( $n=12$ ). Painonhallinta tuli esille viidessä vastauksessa. Näissä vastauksissa ei ollut mainittu ylipainoa, joten painonhallinnan oli ehkä ajateltu liittyvän myös painon pudotukseen. Yleisesti sairauksien ennaltaehkäisy mainittiin seitsemässä vastauksessa. Sairauksien hoito tai terveydelliset ongelmat mainittiin neljässä vastauksessa. Terveyden edistäminen oli mainittu kahdessa vastauksessa terveysterveystaneuvonnan syyksi. Osassa vastauksista oli mainittu tarkemmin sairaudet tai ongelmat, joiden yhteydessä vastaajat toteuttivat terveysterveystaneuvontaa. Näitä sairauksia tai ongelmia olivat kohonnut kolesteroli ( $n=6$ ), kohonnut verensokeri ( $n=5$ ), tuki- ja liikuntaelimestön ongelmat ( $n=4$ ), verenpainetauti ( $n=3$ ), mielenterveysongelmat ( $n=3$ ) ja metabolinen oireyhtymä ( $n=2$ ). Passiivisten henkilöiden motivoinnin terveysterveystaneuvontaan mainitsi viisi vastaajaa yhdeksi syyksi toteuttaa terveysterveystaneuvontaa. Myös terveystarkastusten yhteydessä toteutettiin terveysterveystaneuvontaa ( $n=4$ ). Muita terveysterveystaneuvonnan toteuttamisen syitä olivat muun muassa raskaus ( $n=4$ ) ja yleinen hyvinvointi ( $n=3$ ).

Terveydenhoitajista 97 % ( $n=35$ ) kartoitti asiakkaan liikuntatottumukset haastattelulla. Terveydenhoitajista 31 % ( $n=11$ ) käytti kartoitukseen asiakkaan täyttämää lomaketta ja 3 % ( $n=1$ ) käytti siihen liikuntapäiväkirjaa, jonka asiakas täytti. Osa vastaajista ( $n=11$ )

valitsi kaksi vastausvaihtoehtoa, jotka olivat yhtä lukuun ottamatta haastattelu ja asiakkaan täyttämä lomake. Kukaan ei valinnut jotenkin muuten- tai en mitenkään- vaihtoehtoja.

Vastaajista 67 % (n=24) ilmoitti toteuttavansa yksilöllistä, suullista neuvontaa työssään. Vastaajista 50 % (n=18) ilmoitti toteuttavansa yksilöllistä, suullista neuvontaa ja antavansa kirjallista materiaalia sen lisäksi. Vastaajista 39 % (n=14) ohjasi asiakkaat ryhmätoimintaan ja 31 % (n= 11) ohjasi asiakkaat toiselle ammattilaiselle (Kuvio 4). Kukaan ei ilmoittanut toteuttavansa jotakin muuta tapaa terveystieteiden neuvonnassa. Monet vastaajat valitsivat useamman vastausvaihtoehdon tähän kysymykseen. Valmistumisvuodella tai työskentelyvuosilla ei ollut vaikutusta terveystieteiden neuvonnan toteutustapaan.

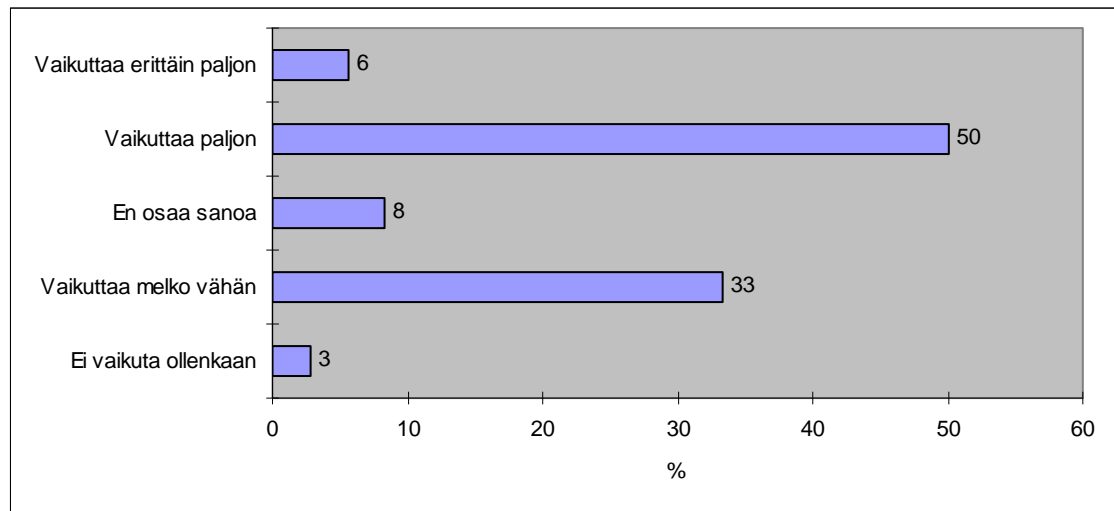


Kuvio 4. Terveystieteiden neuvonnan toteutustapa.

### 8.3 Terveystieteiden neuvontaan vaikuttavia tekijöitä

Vastaajat arvioivat eri tekijöiden vaikutusta terveystieteiden neuvonnan toteuttamiseen asiakastilanteissa. Vastaajista 6 % (n= 2) ajatteli ajan puutteen vaikuttavan erittäin pal-

jon ja 50 % (n= 18) vastaajista ajatteli sen vaikuttavan paljon terveysliikuntaneuvonnan toteuttamiseen. Vastaajista 33 % (n=12) ajatteli sen vaikuttavan melko vähän ja 3 % (n=1) mielestä se ei vaikuta ollenkaan terveysliikuntaneuvonnan toteuttamiseen. Vastaajista 8 % (n= 3) ei osannut sanoa, kuinka paljon ajan puute vaikuttaa terveysliikuntaneuvonnan toteuttamiseen (Kuvio 5).

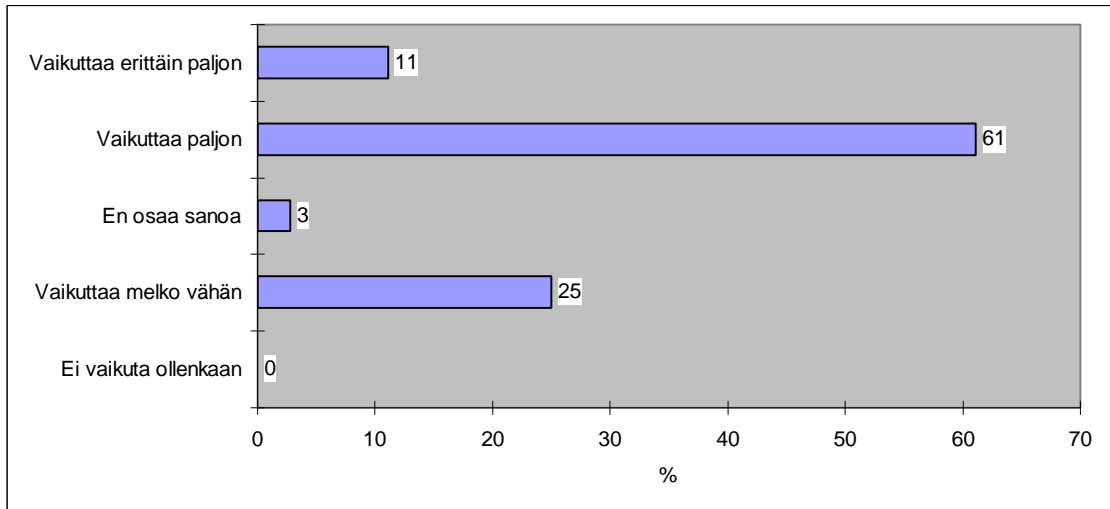


Kuvio 5. Ajan puutteen vaikutus terveydenhoitajien toteuttamaan terveysliikuntaneuvontaan.

Seurannan järjestämisen vaikeuden koki vaikuttavan paljon terveysliikuntaneuvonnan toteuttamiseen 33 % (n=12) terveydenhoitajista. Terveydenhoitajista 36 % (n= 13) oli sitä mieltä, että se vaikuttaa melko vähän ja 8 % (n=3) vastaajista ilmoitti, että se ei vaikuta ollenkaan. Terveydenhoitajista 22 % (n=8) ei osannut arvioida seurannan järjestämisen vaikeuden vaikuttavuutta omaan terveysliikuntaneuvontaansa.

Asiakkaiden kiinnostuksen puutteen koki 11 % (n= 4) terveydenhoitajista vaikuttavan erittäin paljon ja 61 % (n= 22) vastaajista koki sen vaikuttavan paljon heidän toteuttamaansa terveysliikuntaneuvontaan. Vastaajista 25 % (n= 9) ajatteli sen vaikuttavan melko vähän ja 3 % (n=1) ei osannut arvioida sen vaikutusta terveysliikuntaneuvontaan (Kuvio 6).

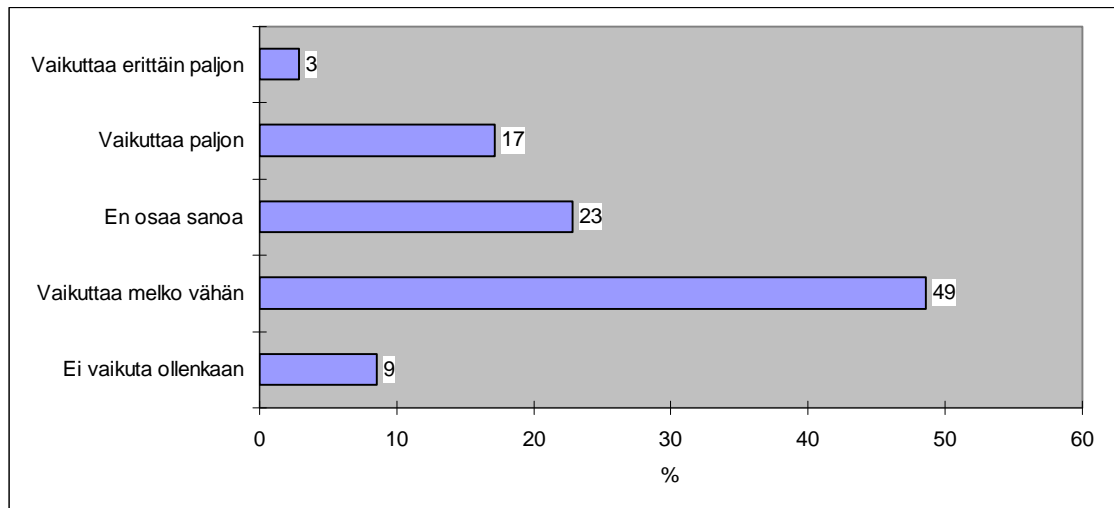




Kuvio 6. Asiakkaiden kiinnostuksen puutteen vaikutus terveydenhoitajien toteuttamaan terveystoimintaneuvontaan.

Asiakkaiden perustietojen puutteen koki 3 % (n=1) vastaajista vaikuttavan erittäin paljon ja 17 % (n= 6) vaikuttavan paljon vastaajien toteuttamaan terveystoimintaneuvontaan. Vastaajista 61 % (n=22) koki sen vaikuttavan melko vähän ja 6 % (n=2) oli sitä mieltä, että se ei vaikuta ollenkaan. Vastaajista 14 % (n=5) ei osannut arvioida asian vaikutusta terveystoimintaneuvonnan toteutukseen.

Konsulttiavun puutteen koki 3 % (n=1) terveydenhoitajista vaikuttavan erittäin paljon ja 17 % (n=6) terveydenhoitajista koki sen vaikuttavan paljon terveystoimintaneuvonnan toteutukseen. Terveydenhoitajista 49 % (n=17) koki sen vaikuttavan melko vähän terveystoimintaneuvonnan toteutukseen ja 9 % (n=3) mielestä se ei vaikuta ollenkaan. Terveydenhoitajista 23 % (n= 8) ei osannut arvioida konsulttiavun puutteen vaikutusta (Kuvio 7).



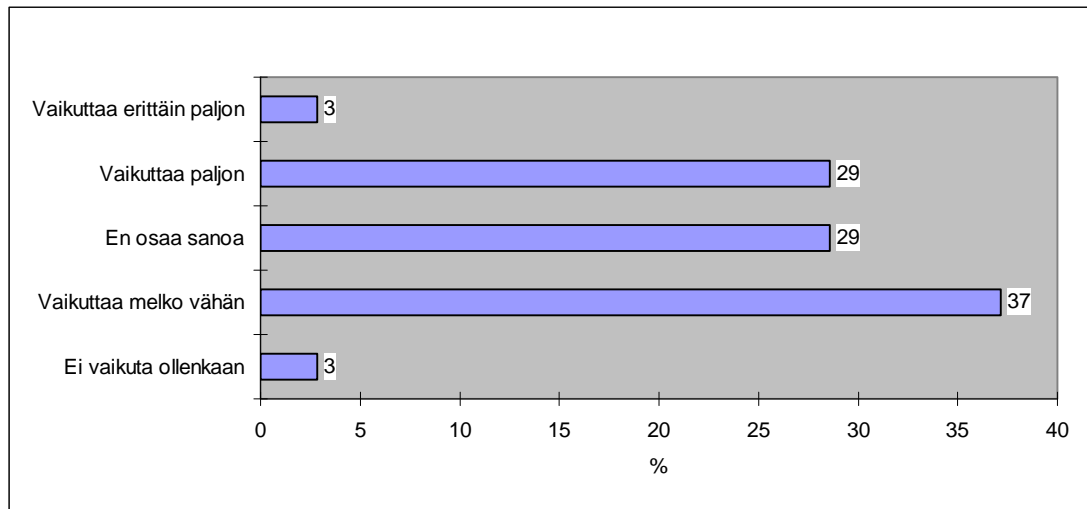
Kuvio 7. Konsulttiavun puutteen vaikutus terveydenhoitajien toteuttamaan terveystoimintaneuvontaan.

Vastaajista 8 % (n=3) ajatteli oheisaineistojen puutteen vaikuttavan erittäin paljon heidän toteuttamaansa terveystoimintaneuvontaan. Vastaajista 39 % (n= 14) ajatteli oheisaineistojen puutteen vaikuttavan paljon terveystoimintaneuvonnan toteutukseen. Vastaajista 42 % (n=15) koki, että oheisaineistojen puute vaikuttaa melko vähän ja 8 % (n=3) koki, että se ei vaikuta ollenkaan. Vastaajista 3 % (n=1) ei osannut arvioida sen vaikutusta terveystoimintaneuvonnan toteuttamiseen.

Terveydenhoitajista 17 % (n=6) ajatteli, että liikuntaohjelmien laatimisen vaikeus vaikuttaa erittäin paljon terveystoimintaneuvonnan toteutukseen. Terveydenhoitajista 33 % (n= 12) koki sen vaikuttavan paljon heidän toteuttamaansa terveystoimintaneuvontaan. Liikuntaohjelmien laatimisen vaikeuden koki 17 % (n= 6) terveydenhoitajista vaikuttavan melko vähän ja 3 % (n= 1) koki, että se ei vaikuta ollenkaan terveystoimintaneuvonnan toteuttamiseen. Terveydenhoitajista 33 % (n= 12) ei osannut arvioida sen vaikutusta. Yksi vastaajista oli valinnut kaksi vastausvaihtoehtoa.

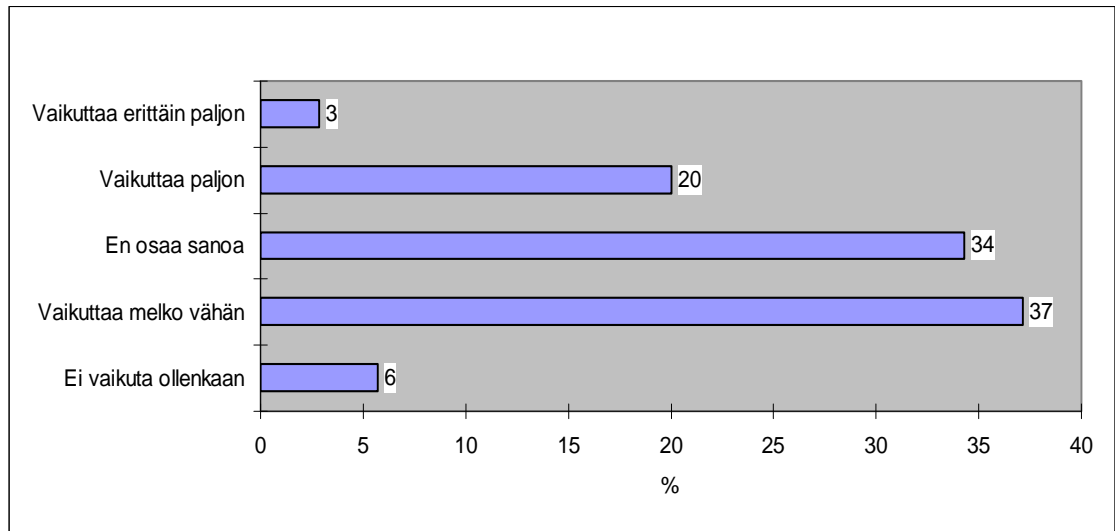
Teoreettisen taustan huonon hallinnan koki 3 % (n=12) terveydenhoitajista vaikuttavan erittäin paljon terveystoimintaneuvonnan toteuttamiseen ja 29 % (n= 10) terveydenhoitajista koki sen vaikuttavan paljon. Terveydenhoitajista 37 % (n= 13) koki sen vaikuttavan melko vähän terveystoimintaneuvonnan toteuttamiseen ja 3 % (n=1) oli sitä mieltä,

että se ei vaikuta ollenkaan. Terveydenhoitajista 29 % (n=10) ei osannut arvioida sen vaikutusta (Kuvio 8).



Kuvio 8. Teoreettisen taustan huonon hallinnan vaikutus terveystoimintaneuvonnan toteuttamiseen.

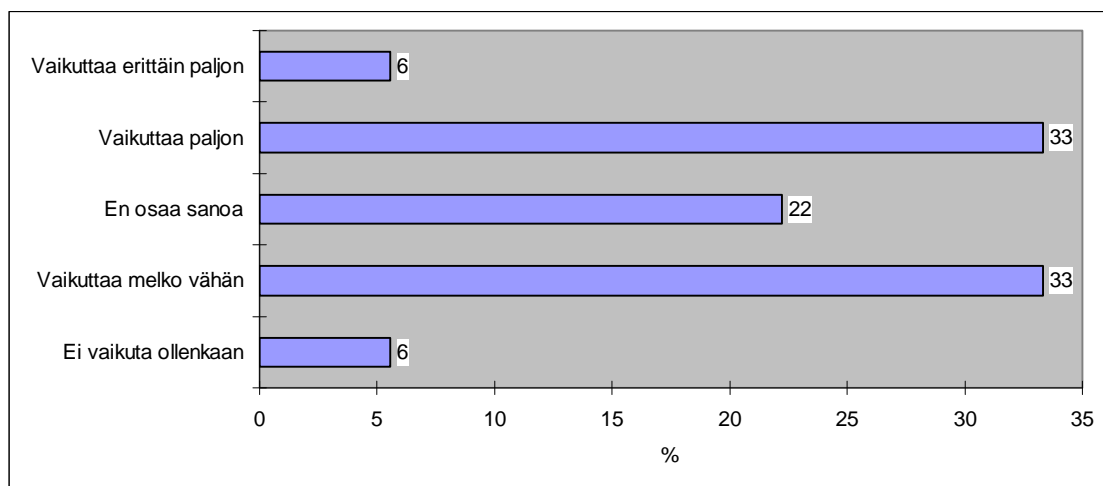
Menetelmien huonon hallinnan koki 3 % (n=1) terveydenhoitajista vaikuttavan erittäin paljon terveystoimintaneuvonnan toteuttamiseen ja terveydenhoitajista 20 % (n=7) koki sen vaikuttavan paljon. Terveydenhoitajista 37 % (n=13) koki sen vaikuttavan melko vähän heidän toteuttamaansa terveystoimintaneuvontaan ja 6 % (n=2) koki, että se ei vaikuta ollenkaan. Terveydenhoitajista 34 % (n=12) ei osannut arvioida sen vaikutusta (Kuvio 9). Yksi vastaajista ei vastannut tähän kysymykseen ollenkaan.



Kuvio 9. Menetelmien huonon hallinnan vaikutus terveysteollisuustoteuttamiseen.

Yhteisesti hyväksytyjen tavoitteiden puutteen ajatteli 3 % (n=1) vastaajista vaikuttavan erittäin paljon ja 36 % (n=13) vaikuttavan paljon terveysteollisuustoteuttamiseen. Vastaajista 42 % (n=15) ajatteli sen vaikuttavan melko vähän ja 3 %:n (n=1) mielestä se ei vaikuta ollenkaan terveysteollisuustoteutukseen. Vastaajista 17 % (n=6) ei osannut arvioida sen vaikutusta terveysteollisuustoteutukseen.

Yhteistyön puutteen koki 6 % (n=2) vastaajista vaikuttavan erittäin paljon terveysteollisuustoteutukseen ja 33 % (n=12) vastaajista koki sen vaikuttavan paljon. Vastaajista 33 % (n= 12) koki, että se vaikuttaa melko vähän. Vastaajista 6 % (n= 2) koki, että se ei vaikuta ollenkaan. Vastaajista 22 % (n=8) ei osannut arvioida yhteistyön puutteen vaikutusta (Kuvio 10).



Kuvio 10. Yhteistyön puutteen vaikutus terveydenhoitajien toteuttamaan terveystaneuvontaan.

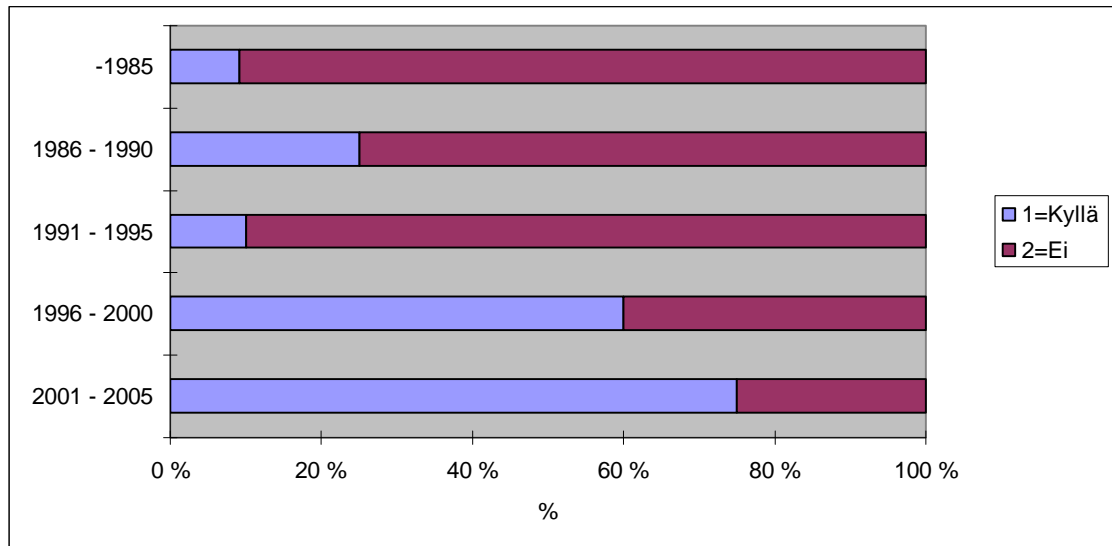
Vastaajista 3 % (n=1) koki, että elintapaongelmien tuntemisen puute (selvittämättä jättäminen) vaikuttaa erittäin paljon terveystaneuvonnan toteuttamiseen. Elintapaongelmien tuntemisen puute vaikuttaa paljon vastaajista 42 %:n (n=14) toteuttamaan terveystaneuvontaan. Vastaajista 33 %:n (n=11) mielestä se vaikuttaa melko vähän ja 15 %:n (n=5) mielestä ei ollenkaan. Vastaajista 6 % (n=2) ei osannut arvioida sen vaikutusta terveystaneuvonnan toteuttamiseen. Kolme vastaajaa jätti vastaamatta tähän kohtaan.

#### 8.4 Terveystaneuvonnan koulutus

Vastaajista 69 % (n=25) arvioi omat valmiudet terveystaneuvonnan toteutukseen hyväksi. Vastaajista 6 % (n= 2) arvioi ne erittäin hyväksi ja 19 % (n=7) ei osannut arvioida omia valmiuksiaan. Vastaajista 8 % (n=3) arvioi omat valmiudet melko huonoksi. Kukaan vastaajista ei ajattelut, että omat valmiudet olisivat erittäin huonot. Yksi vastaajista oli valinnut kaksi vastausvaihtoehtoa.

Vastaajista 74 % (n=25) oli sitä mieltä, että he eivät saaneet riittäviä valmiuksia peruskoulutuksesta terveystaneuvonnan toteutukseen. Vastaajista 26 % (n=9) oli saanut mielestään riittävät valmiudet peruskoulutuksesta. Kaksi vastaajista oli jättänyt vastaa-

matta tähän kysymykseen. Peruskoulutuksen antamien valmiuksien ja vastaajien valmistumisvuoden välillä oli riippuvuutta (Kuvio 11). Mitä aikaisemmin vastaaja oli valmistunut, sitä huonommiksi hän koki peruskoulutuksesta saamansa valmiudet. Tulos oli tilastollisesti melkein merkitsevä (p-arvo < 0,05).



Kuvio 11. Peruskoulutuksen tarjoamat valmiudet terveystoimintaneuvonnan toteuttamiseen verrattuna valmistumisvuoteen.

Terveystoimintaneuvojista 36 % (n= 13) oli ollut peruskoulutuksen jälkeen terveystoimintaneuvontaan liittyvässä lisäkoulutuksessa. Terveystoimintaneuvojista 64 % (n=23) ei ole ollut lisäkoulutuksessa peruskoulutuksen jälkeen. Lisäkoulutuksen aiheita oli monia erilaisia. Lisäkoulutuksen käyneistä vastaajista viisi oli käynyt diabetekseen liittyvän kurssin tai useampia kursseja. Kaksi vastaajaa oli ollut raskaana olevien liikuntaan liittyvässä koulutuksessa. Kaksi vastaajaa mainitsee olleensa koulutuksessa, jossa tutustuttiin erilaisiin liikuntamuotoihin. Kahdessa vastauksessa mainitaan myös liikunnan terveystoimintaneuvontaan liittyvät kurssit. Kahdella vastaajalla oli takana jo useampia terveystoimintaneuvontaan liittyviä koulutuksia, mm. painonhallintakurssi, tuki- ja liikuntaelämäntoimintaneuvontakoulutus sekä perusaktiivisuutta ja täsmäliikuntaa-kurssi. Molemmat vastaajat mainitsivat käyneensä mm. UKK-instituutin koulutuksissa.

Lisäkoulutuksessa olleista vastaajista 69 % (n= 9) arvioi, että lisäkoulutus oli hyödyllinen terveystoimintaneuvonnan toteuttamista ajatellen. Vastaajista 23 % (n=3) ajatteli,

että lisäkoulutus oli erittäin hyödyllinen ja 8 % (n=1) ei osannut arvioida sen tuottamaa hyötyä. Kukaan vastaajista ei ajattelut, että koulutus olisi ollut melko hyödyllinen tai erittäin hyödytön.

Terveydenhoitajista 63 % (n=22) koki tarvitsevansa lisäkoulutusta terveysliikuntaneuvontaan liittyen. Terveydenhoitajista 37 % (n=13) ei kokenut tarvitsevansa lisäkoulutusta. Yksi vastaajista jätti vastaamatta kysymykseen. Koettuun lisäkoulutuksen tarpeeseen ei vaikuttanut terveydenhoitajien valmistumisvuosi eikä työskentelyvuodet. Terveydenhoitajan työtehtävilläkään ei ollut vaikutusta koettuun lisäkoulutuksen tarpeeseen. Lisätietoa kaivattiin monista eri asioista terveysliikuntaneuvontaan liittyen. Lisäkoulutusta tarvitsevista vastaajista seitsemän haluaisi saada lisätietoa asiakkaiden terveysliikuntaan motivointiin liittyen. Neljä vastaajista haluaisi lisätietoa kaikesta mahdollisesta. Kolme vastaajista haluaisi lisätietoa erilaisista liikuntamahdollisuuksista ja liikuntapaikoista. Yksi näistä vastaajista rajasi sen oman paikkakunnan liikuntamahdollisuuksiin.

*”Lisää tietoutta siitä, miten erilaisille ja erilaisissa elämäntilanteissa oleville ihmisille löytyisi mielekästä ja sopivaa terveysliikuntaa, josta voisi tulla elämäntapa. Tietoutta eril. liikuntamahdollisuuksista ja myös asiakkaiden motivointikeinoista.”*

Yksittäisissä vastauksissa toivottiin koulutusta myös mm. uuteen tutkimustietoon liittyen, liikuntamuotojen vaikutuksesta terveyteen, täsmäohjeista terveysliikuntaneuvontaan, kouluikäisten liikunnasta, yksilöllisen suunnitelman laatimisesta, hengitys- ja verenkiertoelimistön kestävyydestä ja kunnosta sekä palautusharjoituksista ja rentoutuksesta.

*”Miten neuvoa asiakasta, jolla on fyys. vika (esim. lonkka-polvikulumat) joka haittaa liikkumista.”*

## 8.5 Terveysliikunnan palveluketju

Tässä yhteydessä terveysliikunnan palveluketjulla tarkoitettiin terveydenhuollon organisaation sisäistä yhteisesti sovittua tapaa toimia tavoitteellisesti potilaan terveysliikuntatottumuksiin vaikuttamiseksi. Terveydenhoitajista 77 % (n=27) ilmoitti, että organisaatiossa, missä he työskentelevät, ei ole terveysliikunnan palveluketjua. Terveydenhoitajista 23 % (n=8) ilmoitti, että heidän organisaatiossaan on terveysliikunnan palveluketju.

Yksi vastaajista jätti vastaamatta tähän kysymykseen. Vastaajat, joiden organisaatiossa oli terveystoiminnan palveluketju, kuvailivat ketjua omin sanoin. Kolme vastaajista mainitsi palveluketjun kuvauksessa, että on perustettu erilaisia liikuntaryhmiä, joihin asiakkaita voi ohjata. Myös asiakkaan ohjauksesta kuntoutusneuvolaan mainitsee kolme vastaajaa. Kaksi vastaajaa kertoi mahdollisuudesta lähettää asiakas fysioterapeutille liikunnanohjaukseen.

*”Esim. Diabetes-asiakas ohjataan myös henk.koht. saamaan liikuntaansa ohjausta fysioterapeutilta.”*

Osalle vastaajista terveystoiminnan palveluketju-käsite saattoi olla epäselvä. Yksi vastaajista kuvaili oman organisaation terveystoiminnan palveluketjua näin:

*”eri sairauksissa hoito-ohjelmat, joissa yhtenä alueena fysioterapia-  
selvä suunnitelma.”*

Organisaation palveluketjusta ilmoitti kahdeksan vastaajaa, joista 63 % (n=5) koki, että nykyistä palveluketjua tulisi kehittää ja 38 % (n=3) koki, että nykyinen palveluketju ei kaipaakaan kehitystä. Vastaajat kertoivat myös ehdotuksia palveluketjun kehittämiseen. Kaikki ehdotukset poikkeisivat toisistaan.

*”Monipuolistua, Erilaisemmille ryhmille, Huomioida myös lapset.”*

*”terveydenhoitajaa lisäkouluttamalla hän voisi antaa enemmän neuvontaa.”*

*”en tiedä ”ketjusta” mitään oikeastaan”*

*”Käyttö tällä hetkellä liian vähäistä. Osittain johtuu asiakkaiden motivaation puutteesta.”*

*”mm. ryhmätoimintoja, joihin asiakkaita ohjata. Tärkein olisi tällä hetkellä laihdutukseen painottuva toiminta.”*

Vastaajista 26 %:n (n=9) työpaikalla oli sovittu yhteisistä terveystoimintaneuvonnan käytännöistä muiden ammattiryhmien kanssa. Vastaajista 74 %:n (n=25) työpaikalla ei ollut sovittu yhteisistä käytännöistä. Vastaajista kaksi oli jättänyt vastaamatta tähän kysymykseen. Ammattiryhmistä, joiden kanssa oli sovittu yhteisiä käytäntöjä, mainittiin fysioterapeutit kahdeksassa vastauksessa. Yhdessä vastauksessa oli mainittu viisi eri ammattia: terveydenhoitaja, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, jalkahoitaja ja lääkäri, joiden kanssa oli sovittu yhteisiä käytäntöjä. Yhdessä organisaatiossa oli esimerkiksi sovittu



yhteisistä käytännöistä työterveyshoitajan, työfysioterapeutin ja fysioterapeutin kesken. Lääkärit mainittiin kahdessa vastauksessa ja kotisairaanhoido yhdessä vastauksessa.

Työpaikan yhteisiä sovittuja käytäntöjä koskevaan kysymykseen vastasi 14 vastaajaa. Seitsemän vastaajaa kertoi mahdollisuudesta lähettää asiakas ohjaukseen fysioterapeutille ja heistä neljä mainitsi erikseen ohjauksen fysioterapeutille kuntoutusneuvolaan. Kuusi vastaajaa mainitsi mahdollisuuden ohjata asiakas ryhmiin. Kaksi vastaajaa mainitsi, että muiden ammattiryhmien kesken on yhteisesti sovittu konsultaatiosta. Liikuntapiirakan käyttö mainittiin yhdessä vastauksessa.

*” Ohjataan tarvittaessa esim. fysioterapeutille → ongelmana heidän resurssien puute- kunnan liikuntaryhmiin ohjaaminen – liikuntapiirakan käyttö”*

*” RR, diabeetikot ohjataan kuntoneuvolaan, fysioterapeutti laatii asiakkaan kanssa liikuntaresp./ohjelman ja seurataan 2-3 kk:den välein.”*

*” Hoitajan vo:lla pituus, paino, bmi, vyötärönympp. jos koholla ohjataan kuntotutusneuvolaan. Hoitajan vo:lla annetaan ruokavalio-ohjausta ja mahdollisuus päästä laihdutusryhmään.”*

Kaksi vastaajaa ilmoitti, että työpaikalla ei ole sovittu minkäänlaisia yhteisiä käytäntöjä.

*”Jokainen toteuttaa itsenäisesti ohjausta. Pitäisi olla yhtenäiset linjat!”*

## 9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Karhukuntien alueen aikuisväestön parissa työskentelevien terveydenhoitajien käsitystä heidän roolistaan terveystuokuntaneuvonnassa sekä osana palveluketjua. Tutkimuksessa selvitettiin myös terveydenhoitajien lisäkoulutuksen tarvetta ja terveystuokuntasuosituksen tunnettavuutta.

Tulosten mukaan terveydenhoitajat suhtautuivat terveystuokuntaneuvontaan myönteisesti. Myös muissa tutkimuksissa on osoitettu, että terveydenhuollon ammattilaisten suhtau-

tuminen liikuntaneuvontaan on myönteistä (Aittasalo 2008, 261). Terveydenhoitajat toteuttivat terveysliikuntaneuvontaa itsenäisesti, mutta suurin osa vastaajista (77 %) käytti siihen aikaa vain 5- 10 minuuttia. Terveyskäyttäytymisen muutosten tukeminen ja asiakkaan muutosprosessin käynnistyminen ja eteneminen vaativat aikaa kuitenkin huomattavasti enemmän (Poskiparta ym. 2004, 1493). Terveysliikunta käsitettiin liikuntana, joka tuottaa terveydelle edullisia vaikutuksia. Osa terveydenhoitajista mainitsi, että liikuntaa tulee harrastaa säännöllisesti. Terveydenhoitajat eivät maininneet vastauksissa terveysliikuntasuosituksista, joten sen tunnettavuus jäi epäselväksi.

Kolmasosa terveydenhoitajista ajatteli teoreettisen taustan huonon hallinnan vaikuttavan paljon terveysliikuntaneuvonnan toteutukseen. Puolet terveydenhoitajista koki liikuntaohjelmien laatimisen vaikeuden vaikuttavan paljon tai erittäin paljon terveysliikuntaneuvonnan toteutukseen. Menetelmien huonon hallinnan ei pääasiassa koettu vaikuttavan terveysliikuntaneuvonnan toteutukseen tai sen vaikutusta ei osattu arvioida. Muissa tutkimuksissakin on tullut esille neuvontataitojen puute yhtenä haittatekijänä terveysliikuntaneuvonnan toteutuksessa (Aittasalo 2008, 261). Tällä hetkellä 63 % terveydenhoitajista koki tarvitsevansa terveysliikuntaneuvontaan liittyvää lisäkoulutusta. Asiakkaiden motivointi nousi kuitenkin eniten toivotuksi asiaksi lisäkoulutuksen sisältöön liittyen.

Tässä tutkimuksessa terveydenhoitajien mielipide yhteistyön puutteen vaikutuksesta terveysliikuntaneuvontaan jakaantui tasaisesti. Tutkimuksen tulosten mukaan oman organisaation terveysliikunnan palveluketju oli harvinainen. Jopa kolme neljäsosaa terveydenhoitajista ilmoitti, että organisaatiossa, jossa he työskentelevät, ei ole terveysliikunnan palveluketjua eikä heidän työpaikassaan ole sovittu yhteisistä terveysliikuntaneuvonnan käytännöistä. Jos organisaatiossa oli terveysliikunnan palveluketju, se kuvailtiin mahdollisuutena ohjata asiakas erilaisiin liikuntaryhmiin tai fysioterapeutin vastaanotolle. Jos yhteisistä käytännöistä oli sovittu, se koski useimmiten fysioterapeutteja ja terveydenhoitajia. Yhteisiä käytäntöjä kuvaillessaan terveydenhoitajat mainitsivat ryhmiin ja kuntoutusneuvolaan ohjauksen mahdollisuuden, mitkä tulivat esille myös palveluketjun kuvailussa. Koska terveysliikunnan palveluketju oli harvinainen, terveydenhoitajilla ei voinut olla selkeää käsitystä omasta roolistaan palveluketjussa.

## 10 POHDINTA

Opinnäytetyön tulokset antoivat lisätietoa Karhukuntien alueen palveluketjun tämänhetkisestä tilanteesta, eri ammattien välisestä yhteistyöstä sekä terveydenhoitajien käsityksistä terveysliikunnasta ja heidän roolistaan terveysliikuntaneuvonnassa. Tulosten perusteella selvisi myös terveysliikuntaan liittyvän lisäkoulutuksen tarpeellisuus terveydenhoitajien keskuudessa. Terveysliikuntasuosituksen tunnettavuus terveydenhoitajien keskuudessa jäi epäselväksi. Vastaajien runsaasta määrästä voi päätellä, että aihe oli terveydenhoitajien mielestä kiinnostava ja ajankohtainen.

### 10.1 Terveydenhoitajien käsitys terveysliikunnasta

Terveysliikunta käsitettiin liikuntana, joka tuottaa terveydelle edullisia vaikutuksia. Osa terveydenhoitajista mainitsi, että liikunnan tulisi olla säännöllistä. Vain kahdesta vastauksesta tuli esille konkreettisesti liikunnan määrä ja kesto. Toisessa näistä vastauksista oli mainittu 30 minuuttia liikunnan kestoksi ja toisessa tavoitteeksi oli laitettu liikunnan harrastaminen vähintään kolme kertaa viikossa. Molemmissa vastauksissa vastaus perustui vanhempaan terveysliikuntasuositukseen. Tuloksista voidaan päätellä, että terveydenhoitajat eivät tunteneet terveysliikuntasuositusta ja tämän vuoksi vastasivat kysymykseen hieman ympäröivästi. Myös kysymyksen muotoilu olisi voinut olla erilainen, jotta vastaajat olisivat ymmärtäneet vastata kysymykseen selkeämmin terveysliikuntasuosituksen näkökulmasta.

### 10.2 Terveysliikuntaneuvonnan toteutus

Suurin osa terveydenhoitajista arvioi omat taitonsa toteuttaa terveysliikuntaneuvontaa hyviksi. Kuitenkin puolet vastaajista koki liikuntaohjelmien laatimisen vaikeuden vaikuttavan terveysliikuntaneuvontaan ja noin kolmasosa ajatteli teoreettisen taustan huonon hallinnan vaikuttavan siihen. Muissa tutkimuksissa on tullut esille neuvontataitojen

puute yhtenä haittatekijänä terveysterveystaneuvonnan toteutuksessa (Aittasalo 2008, 261). Vastaajat eivät myöskään tunteneet terveysterveystaneuvonnan ajankäyttö neuvontaan oli vähäistä. Ajallisesti 5- 10 minuuttia yhdellä vastaanottokerralla käytettynä terveysterveystaneuvontaan on hyvin lyhyt ajatellen sitä, mitä terveysterveystaneuvonta monen asiakkaan kohdalla vaatisi. Myös muissa tutkimuksissa on todettu, että liikuntaneuvontaan käytetään useimmiten vain vähän aikaa. Terveysterveystaneuvonnan ohjaajat myös ohjaavat asiakkaita eteenpäin saamaan terveysterveystaneuvontaa, jolloin oma osuus terveysterveystaneuvonnassa jää vähäiseksi. Kuitenkin myös terveysterveystaneuvonnan ohjaajilla on hyvät mahdollisuudet tavoittaa terveysterveystaneuvontaa tarvitsevat asiakkaat työssään, jolloin heillä tulisi olla käytettävissä siihen enemmän resursseja. (Poskiparta ym. 2004, 1493- 1495.)

Tutkimuksen tuloksista selvisi, että alle puolet (44 %) terveysterveystaneuvonnan ohjaajista toteutti terveysterveystaneuvontaa melkein kaikkien asiakkaiden kanssa. Yksi viidesosa terveysterveystaneuvonnan ohjaajista toteutti terveysterveystaneuvontaa joka toisen asiakkaan kanssa ja saman verran terveysterveystaneuvonnan ohjaajista toteutti sitä joka kolmannen kanssa. Tutkimus ei kuitenkaan selvittänyt, kuinka monen asiakkaan kohdalla terveysterveystaneuvonta olisi ollut tarpeellista ja kuinka monen neuvonnan tarpeessa olevan asiakkaan kanssa neuvonta toteutui. Tämä olisi antanut tarkempaa tietoa neuvonnan toteutusmäärästä.

Terveysterveystaneuvonnan toteutuksessa liikuntaneuvontaa toteutetaan usein silloin, kun asiakkaalla on jokin terveydellinen riski tai terveysterveystaneuvonnan ongelma, johon liikunnan toivotaan vaikuttavan myönteisesti (Aittasalo 2007, 10). Tässä tutkimuksessa yleisimmäksi syyksi terveysterveystaneuvontaan mainittiin asiakkaan ylipaino, toiseksi yleisin syy oli kohonnut verenpaine ja kolmanneksi diabeteksen ennaltaehkäisy ja hoito. Yleisin tapa terveysterveystaneuvonnan toteutukseen oli suullinen neuvonta (67 %). Puolet terveysterveystaneuvonnan ohjaajista antoi suullisen neuvonnan lisäksi kirjallista materiaalia asiakkaalle. Noin 40 % terveysterveystaneuvonnan ohjaajista ohjasi asiakkaat ryhmätoimintaan. Kolmannes terveysterveystaneuvonnan ohjaajista ohjasi asiakkaan toiselle ammattihenkilölle saamaan terveysterveystaneuvontaa. Miilunpalon ym. (1999) tutkimuksen tulosten mukaan asiakas sai lääkäriltä tai terveysterveystaneuvonnan ohjaajalta vain harvoin suullisen ohjeen tueksi kirjallista materiaalia, asiakas lähetettiin jollekin toiselle työntekijälle saamaan lisäohjeita tai sovittiin neuvonnan suhteen seurantakäynti (Miilunpalo ym. 1999, 37). Tämän tutkimuksen tulosten mukaan terveysterveystaneuvonta on kehittynyt terveysterveystaneuvonnan keskuudessa, mutta silti neuvonnan tukena käytetään edelleen liian vähän kirjallista materiaalia. Asiakkaan yksilölliset tarpeet huomioon ottavan

kirjallisen materiaalin on todettu tehostavan suullisen neuvonnan vaikutusta ja liikunta-neuvonnan tueksi on kehitelty monia erilaisia työkaluja, jotka helpottavat neuvonnan toteutusta. (Aittasalo 2007, 11).

Oheisaineistojen puutteen koki melkein puolet terveydenhoitajista vaikuttavan paljon terveysliikuntaneuvonnan toteutukseen. Saman verran koki kuitenkin vaikutuksen olevan melko vähäistä tai sitä ei ole ollenkaan. Tutkimuksessa ei selvitetty, mitä kirjallista materiaalia terveydenhoitajat käyttävät terveysliikuntaneuvonnassa. Näin ollen ei saatu selville, oliko terveydenhoitajilla käytössään liikuntaneuvontaan kehitettyjä työkaluja ja kokisivatko he silti oheisaineistojen puutteen haittatekijäksi.

Yli puolet terveydenhoitajista koki ajan puutteen vaikuttavan heidän toteuttamaansa terveysliikuntaneuvontaan paljon tai erittäin paljon. Ajan puute on mainittu muissakin tutkimuksissa suurimmaksi haittatekijäksi terveysliikuntaneuvontaa ajatellen (Aittasalo 2008, 261). Terveydenhoitajien käyttämä lyhyt aika terveysliikuntaneuvontaan voi johtua omalta osaltaan myös ajan puutteesta. Toinen selvästi terveydenhoitajien terveysliikuntaneuvontaan vaikuttava tekijä oli asiakkaiden kiinnostuksen puute.

Elintapaongelmien tuntemisen puutteen eli selvittämättä jättämisen mainitsi melkein puolet vastaajista vaikuttavan terveysliikuntaneuvontaan. Tutkimuksessa ei selvitetty, miksi elintavat jätetään selvittämättä. Se voi johtua esimerkiksi ajan puutteesta tai asiakkaiden haluttomuudesta kertoa elintavoistaan tai liikuntatottumuksistaan. Jos asiakas on vastaanotolla muusta syystä kuin saamassa terveysliikuntaneuvontaa, lyhyt aika käytetään vastaanotolla olemisen syyn hoitamiseen eikä oteta puheeksi tai ole aikaa ottaa puheeksi asiakkaan elintapoja.

### 10.3 Terveysliikuntaneuvonnan koulutus

Kolme neljäsosaa terveydenhoitajista oli sitä mieltä, että he eivät saaneet riittäviä valmiuksia peruskoulutuksesta terveysliikuntaneuvontaa ajatellen. Tulosten perusteella terveydenhoitajat kokivat peruskoulutuksesta saamansa valmiudet terveysliikuntaneuvontaan sitä riittämättömämmiksi mitä aiemmin he olivat valmistuneet. Näiden tekijöiden välinen riippuvuus voi johtua esimerkiksi siitä, että aiemmin valmistuneiden perus-

koulutuksesta on jo pitkä aika. He eivät välttämättä enää muista, mikä terveysterveyshuolto-  
neuvonnan rooli on tuolloin ollut koulutuksessa ja mitä koulutus on sisältänyt terveysterveyshuolto-  
liikuntaneuvontaan liittyen. Terveysterveyshuoltoajien peruskoulutus on kehittynyt. Tämä on  
voinut parantaa terveysterveyshuolto-  
neuvonnan osuutta koulutuksessa. Tutkimusten mukaan  
terveyshuoltoajien koulutus kuitenkin kaipaa vielä uudistusta ja tarkempia linjauksia  
terveyshuolto-  
neuvonnan ja terveyden edistämisen suhteen. (Poskiparta ym. 2001, 48,  
51.)

Kaksi kolmasosa vastaajista koki tarvitsevänsä lisäkoulusta terveysterveyshuolto-  
neuvontaan liittyen. Asiakkaiden motiivointi terveysterveyshuolto-  
neuvontaan oli eniten toivottu aihe koulutuksen  
sisältöön liittyen. Asiakkaiden kiinnostuksen puutteen koettiin myös vaikuttavan terveysterveyshuolto-  
neuvonnan toteuttamiseen, joten tieto asiakkaiden motiivoinnista olisi varmasti  
tarpeellista.

#### 10.4 Terveysterveyshuolto- neuvonnan palveluketju

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan sanoa, että terveysterveyshuolto-  
neuvonnan palvelu-  
ketjua tulisi kehittää Karhukuntien alueella organisaatioiden sisällä. Myös terveysterveyshuolto-  
neuvontaan liittyvistä yhteisistä käytännöistä tulisi sopia määrätietoisemmin. Vastaus-  
ten perusteella käsitteet terveysterveyshuolto-  
neuvonnan palveluketju ja terveysterveyshuolto-  
neuvontaan liittyvät yhteis-  
esti sovitut käytännöt menivät hieman sekaisin. Molempien kysymysten vastauksissa  
ilmeni mahdollisuus ohjata asiakas johonkin ryhmään tai kuntoutusneuvolaan.

Terveysterveyshuolto-  
neuvonnan palveluketjun olemassa olosta omassa organisaatiossa ilmoitti vain 23  
% terveyshuoltoajista. Organisaation sisällä olisi ensin hyvä sopia yhteisistä käytännöis-  
tä terveysterveyshuolto-  
neuvontaan liittyen. Vain yhdestä vastauksesta kävi ilmi, että oli sovit-  
tu yhteisesti liikuntapiirakan käytöstä liikuntaneuvonnassa. Osassa tutkimuksessa olleis-  
ta organisaatioista oli sovittu, kenelle terveyshuoltoaja voi ohjata asiakkaan oman terveysterveyshuolto-  
neuvonnan jälkeen tai saamaan terveysterveyshuolto-  
neuvontaa. Osassa organisaatioista oli perustettu myös ryhmiä, joihin asiakkaita voidaan ohjata. Tätä käytäntöä tulisi  
määrätietoisemmin lisätä sekä tehdä organisaation työntekijöille selväksi erilaiset neu-  
vontapolut, joita he voisivat käyttää. Terveysterveyshuoltoajat toteuttavat terveysterveyshuolto-  
neuvontaa osana työtään, mutta he ohjaavat asiakkaita myös fysioterapeutille saamaan lii-

kuntaa koskevia ohjeita. Yhteisten käytäntöjen sopiminen eri ammattihenkilöiden ja oman ammattiryhmän sisällä olisi tärkeää, jotta jokaisen ammattihenkilön rooli terveysterveystaneuvonnassa tulisi selvemmäksi. (Nupponen ym. 2005, 227.)

Kun oman organisaation sisällä on toimiva palveluketju, tulisi sen jälkeen kiinnittää huomiota myös oman organisaation rajat ylittävään palveluketjuun. Siinä voi olla toimijoita yksityiseltä, julkiselta ja kolmannelta sektorilta. Terveystaneuvontajien ja muiden terveystaneuvontaa toteuttavien henkilöiden olisi hyvä tietää oman kunnan alueen liikuntapalveluista, myös yksityisen puolen liikuntapalveluista. ( Ruotsalainen 2000, 15, 20–23.)

## 10.5 Kyselylomake

Teoriatietoa etsittiin tutkimuskysymyksiin ja opinnäytetyön viitekehykseen liittyen ennen kyselylomakkeen laatimista, mutta teoriaosuus tehtiin kuitenkin lopullisesti vasta kyselylomakkeiden valmistumisen jälkeen. Teoriaan laajemmin tutustuessa ja tutkimuksia lukiessa tuli vielä asioita mieleen, joita olisi oman kyselylomakkeen kohdalla voinut tehdä toisin ja mitä olisi voinut vielä kysyä lisäksi. Teoriaosan olisi voinut tehdä valmiiksi ennen kyselylomakkeiden tekemistä. Tällöin kyselyn lähettäminen olisi kuitenkin viivästynyt paljon ja kyselytutkimuksen kannalta kesä olisi voinut olla huonompi vaihtoehto, koska vastaajat olisivat voineet olla kesälomalla.

Terveystaneuvonnan toteuttamiseen vaikuttavien tekijöiden arviointi kysymykseen olisi voinut laittaa arviointiasteikoksi janan, joka mittaisi vaikuttavuutta asteikolla: ei vaikuta ollenkaan - vaikuttaa erittäin paljon. Tällöin tuloksia olisi ollut helpompi tulkita ja kysymys olisi mitannut tarkemmin kunkin asian vaikuttavuutta. Terveystaneuvontaan käytetty aika yhdellä vastaanottokerralla saadaan tuloksista selville, mutta yhden vastaanottokerran kokonaiskesto ei tule ilmi vastauksista. Sitä olisi voinut kysyä erikseen, jotta tuloksia voisi verrata yhden kerran keston. Terveystaneuvonnan yhteisiä käytäntöjä selvittävään kysymykseen oli vastannut vain 14 terveystaneuvontajaa. Kysymys olisi pitänyt muotoilla toisin, jotta kaikki olisivat ymmärtäneet vastata kysymykseen, vaikka olisivatkin vastanneet edelliseen kysymykseen, että yhteisiä käytäntöjä ei ole sovittu muiden ammattiryhmien kanssa. Viimeisellä kysymyksellä oli tarkoitus hakea

muiden ammattiryhmien kanssa sovittuja käytäntöjä sekä terveydenhoitajien kesken sovittuja käytäntöjä.

## 10.6 Tutkimuksen luotettavuus ja pätevyys

Tämän tutkimuksen vastausprosentti oli 84 %, mikä on kyselytutkimusta ajatellen todella hyvä. Tutkimuksen aihe on ajankohtainen, joka saattoi lisätä vastausprosenttia. Kyselylomakkeet lähetettiin huhtikuussa 2008. Ajankohta oli onnistunut vastaajien määrästä päätellen.

Tutkimus sisälsi määrällisiä ja laadullisia piirteitä, joten luotettavuutta täytyy arvioida molempien tutkimusmenetelmien kannalta. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuuden arvioinnissa käytetään usein käsitteitä reliabiliteetti ja validiteetti. Reliabiliteetilla tarkoitetaan mittaustulosten toistettavuutta eli tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Validiteetilla eli pätevyydellä tarkoitetaan mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Validiteetti voidaan jakaa ulkoiseen ja sisäiseen validiteettiin. Ulkoinen validiteetti tarkoittaa sitä, miten yleistettävä tutkimus on. Sisäinen validiteetti tarkoittaa tutkimuksen sisäistä luotettavuutta, esimerkiksi sitä, ovatko mittarissa tai tutkimuksessa käytetyt käsitteet teorian mukaiset ja mittaako käytetty mittari sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on luotettavuuden kannalta tärkeää, että tutkija raportoi tarkasti tutkimuksen toteuttamisen kaikki vaiheet. Tämän tutkimuksen vaiheet on pyritty raportoimaan mahdollisimman selkeästi. Tutkimuksen tulokset tilastoitiin ja avoimia kysymyksiä havainnollistettiin esimerkein, mitkä lisäävät tutkimuksen luotettavuutta. (Hirsjärvi ym. 2007, 226-227; Metsämuuronen 2005, 57, 64-65.)

Tämän tutkimuksen luotettavuus on suoraan verrannollinen kyselylomakkeen luotettavuuteen (Metsämuuronen 2005, 64). Kyselylomakkeen kysymyksistä pyrittiin laatimaan mahdollisimman yksiselitteisiä ja selkeitä. Tarpeelliseksi katsotut käsitteet pyrittiin selittämään kyselylomakkeessa. Ennen kyselylomakkeen laatimista tutustuttiin aiheeseen liittyvään teorian tietoon, kyselytutkimusta käsitteleviin oppaisiin, erilaisiin kyselylomakkeisiin ja aiheesta aikaisemmin julkaistuihin tutkimuksiin, jotta pystyttäisiin tekemään mahdollisimman hyvä ja kattava kyselylomake. Kyselylomake esiteltiin eli pilotoitiin



kahdella terveydenhoitajalla ennen lomakkeen käyttöönottoa. Kuitenkin tulosten raportointivaiheessa huomattiin, että terveysliikunnan käsitystä selvittävän kysymyksen olisi voinut muotoilla toisin. Kysymys ei mitannut juuri sitä, mitä sen oli tarkoitus mitata. Tämä voi hieman heikentää tutkimuksen validiteettia.

Tässä tutkimuksessa palveluketjukäsite tarkoitti organisaation sisäistä palveluketjua ja se oli selvitetty kyselylomakkeessa. Kirjallisuudessa esiintyvä palveluketjun määritelmä tarkoittaa usein myös organisaation rajoja ylittävää toimintaa. Tässä tutkimuksessa olisi voinut käyttää toista käsitettä sisäisen palveluketjun selvittämiseen. Kyselylomakkeessa käytettiin myös termiä lisäkoulutus, vaikka parempi termi olisikin ollut täydennyskoulutus. Tämä selvisi tekijälle vasta myöhemmässä vaiheessa. Terveydenhoitajat ymmärsivät käsitteen vastauksista päätellen kuitenkin oikein.

Tutkimuksen avulla saatiin tärkeää tietoa Terveysliikunnan palveluketju Terveyssektorilla- projektia varten. Tuloksia ei voida kuitenkaan suoraan yleistää koko Suomen alueella työskenteleviä terveydenhoitajia koskeviksi, koska tutkimuskohteena olivat Karhukuntien alueen aikuisväestön parissa työskentelevät terveydenhoitajat.

## 10.7 Tutkimuksen eettisyys

Koko tutkimuksen ajan noudatettiin eettisiä periaatteita. Terveysliikunnan palveluketju Terveyssektorilla- projektissa oli eettisen toimikunnan lupa, joka kattoi myös tämän tutkimuksen. Tutkimuslupa-anomus postitettiin johtaville hoitajille yhdessä tutkimussuunnitelman ja eettisen toimikunnan luvan kanssa. Jokainen johtava hoitaja myönsi tutkimusluvan. Tutkittaville annettiin tietoa tutkimuksesta kyselyn mukana olleessa saattekirjeessä, jossa selvitettiin tutkimuksen tarkoitus, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus, vastausten luottamuksellisuus ja tulosten julkaisutapa sekä julkaisupaikka. Kyselyssä ei kysytty nimiä, osoitteita, työpaikkaa tai muita sellaisia tietoja, mistä vastaajan voisi tunnistaa. Tutkimuksen tuloksissa käytettiin suoria lainauksia niin, että niitä ei voida tunnistaa vastaajaa.

## 10.8 Kehittämissuhteet

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan terveydenhoitajille tulee järjestää terveystuokuntaneuvontaan liittyvää koulutusta. Terveystuokunnan palveluketjun ja yhteisten käytäntöjen sopiminen Karhukuntien alueella eri ammattihenkilöiden välillä on tulevaisuudessa tärkeää, jotta terveystuokuntaneuvonnasta saataisiin selkeämpää. Tällöin myös eri ammattiryhmien rooli terveystuokuntaneuvonnassa selkiytyisi.

## LÄHTEET

Aittasalo, M. 2007. Liikuntaneuvonta osaksi käytäntöä – työkaluja yksilölliseen liikuntaneuvontaan. *Liikunta ja Tiede* 44 (5), 9-13.

Aittasalo, M. 2008. Physical activity counselling in primary health care. *Scandinavian journal of medicine & science in sports* 18 (3), 261.

Borodulin, K., Jousilahti, P., Kujala, S. & Ståhl, T. 2004. Lääkärien toteuttaman liikuntaneuvonnan yleisyys ja tarve. *Suomen Lääkärilehti* 59 (40), 3729-3734.

Fogelholm, M. & Oja, P. 2005. Terveysliikuntasuositukses. Teoksessa Fogelholm, M & Vuori, I. (toim.) *Terveysliikunta-fyysinen aktiivisuus terveyden edistämässä*. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim, 72-80.

Fogelholm, M., Paronen, O. & Miettinen, M. 2007a. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:1. Liikunta – hyvinvointipoliittinen mahdollisuus. Suomalaisen terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti 2006. [verkkojulkaisu] Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö, Opetusministeriö & UKK-instituutti. [Viitattu 22.10.2008] Saatavissa <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2007/02/pr1169019512649/passthru.pdf>

Fogelholm, M., Lindholm, H., Lusa, S., Miilunpalo, S., Moilanen, J., Paronen, O. & Saarinen, K. 2007b. Tervettä liikettä- terveystieteiden tutkimuskeskuksen hyvät käytännöt työterveyshuollossa. Vammala. Työterveyslaitos & UKK-instituutti.

Fogelholm, M. 2008. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti. Liikettä lihavuuteen. UKK-instituutti. [Viitattu 8.11.2008] Saatavissa <http://www.ukkinstituutti.fi/upload/it81slbo.pdf>

Haarala, P. 2006. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen nykyiset osaamisvaatimukset. *Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti* 39 (2), 16-17.

Haskell W., Lee I., Pate R., Powell K., Blair S., Franklin B., Macera C., Heath G., Thompson P. & Bauman A. 2007. Physical activity and public health. Updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. [Viitattu 29.07.2008] Saatavissa <http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/116/9/1081>

Heinonen, K. 2007. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen motivoiva ohjaus. *Diabetes ja lääkäri* 36 (6), 24-28.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Kasila, K., Kettunen, T., Poskiparta, M. & Vähäsarja, K. 2004. Transteoreettinen muutosvaihemalli perusterveydenhuollon liikuntaneuvonnassa. *Liikunta ja Tiede* 41 (6), 81-88.

Kesäniemi, A. 2003. Millainen liikunta edistää terveyttä? *Duodecim* 119 (19), 1819-1822.

Liikkuva ja hyvinvoiva Suomi 2010-luvulla. Ehdotus kansalliseksi liikuntaohjelmaksi julkisen ohjauksen näkökulmasta. [verkkodokumentti].2008. Opetusministeriö. [Viitattu 28.10.2008] Saatavissa: <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2008/liitteet/tr14.pdf?lang=fi> (Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2008:14.)

Metsämuuronen, J. 2005. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 3. uudistettu painos. Helsinki. International Methelp Ky.

Miilunpalo, S. 1989. Liikuntaneuvonta terveyskeskuksissa. Tutkimus liikuntaa koskevan terveysneuvonnan tarpeesta, kysynnästä, toteutumisesta ja vaikuttavuudesta. Valtion Painatuskeskus. Sarja tutkimukset 13/1989. Helsinki. Lääkintöhallituksen julkaisuja.

Miilunpalo, S., Toropainen, E. & Moisio, P. 1999. Liikuntaneuvonta perusterveydenhuollon asiakaskontakteissa. *Liikunta ja Tiede*. Erikoisliite 1999. 36 (6), 37.

Miilunpalo, S., Toropainen, E. & Mäkinen, M. 2002. Miten valtakunnalliset suositukset tunnetaan terveyskeskuksissa? *Duodecim* 118 (6): 613-619.

Nelson, M., Rejeski, W., Blair, S., Duncan, P., Judge, J., King, A., Macera, C. & Castaneda-Sceppa, C. 2007. Physical activity and public health in older adults. Recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. [Viitattu 23.10.2008] Saatavissa <http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/116/9/1094>

Nupponen, R. & Paronen, O. 2005. Terveyden ja liikunnan edistäminen. Teoksessa Fogelholm, M & Vuori, I. (toim.) *Terveysliikunta-fyysinen aktiivisuus terveyden edistämässä*. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim, 206-215.

Nupponen, R. & Suni, J. 2005. Henkilökohtainen liikuntaneuvonta. Teoksessa Fogelholm, M & Vuori, I. (toim.) *Terveysliikunta-fyysinen aktiivisuus terveyden edistämässä*. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim, 216-228.

Poskiparta, M., Sjögren, A. & Liimatainen, L. 2001. Terveysalan ammattikorkeakoulun opettajien ja opiskelijoiden näkemyksiä terveyden edistämisestä. *Kasvatus* 32 (1), 48-61.

Poskiparta, M. 2002. Neuvonnan keinoin kohti terveyskäyttäytymisen muutosta. Teoksessa Torkkola, S. (toim.) *Terveysviestintä*. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi, 24-35.

Poskiparta, M., Kasila, K., Kettunen, T. & Kiuru, P. 2004. Tyypin 2 diabeetikkojen liikuntaneuvonta perusterveydenhuollon lääkäreiden ja hoitajien vastaanotoilla. *Suomen lääkärilehti* 59 (14), 1491-1495.

Rautio, M. 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:49. Terveyden edistämisen koulutus sosiaali- ja terveystalalla. [verkkojulkaisu] Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 22.10.2008] Saatavissa <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2006/09/pr1158749433900/passthru.pdf>

Ruotsalainen, P. 2000. Asiakaslähtöinen palveluketju ja tietoteknologia. Teoksessa Nouko-Juvonen, S., Ruotsalainen, P. & Kiikkala, I. (toim.) 2000. Hyvinvointivaltion palveluketjut. Tampere. Kustannusosakeyhtiö Tammi, 7-31.

Segercrantz, T. 2006. Terveysliikunnan ammatillisen opetuksen kehittäminen ammatillisessa koulutuksessa, ammattikorkeakoulutuksessa ja yliopistokoulutuksessa. [Verkkodokumentti] Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 6/2006. [Viitattu 24.10.2008] Saatavissa <http://www.health.fi/timage.php?i=100467&f=1&name=Terveysliikuntaraportti.pdf>

Suomen Terveydenhoitajaliitto ry. Perustietoa koulutuksesta. [Viitattu 4.12.2008] Saatavissa <http://www.terveydenhoitajaliitto.fi/index.php?mid=308>

Terveysliikunnan paikalliset suositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2000:1. Helsinki. Oy Edita Ab.

Toropainen, E. 2007. Erilliset lenkit vahvaksi ketjuksi- yhteistyöllä asiakas itsenäiseksi liikkujaksi. Liikunta ja Tiede. 44 (5), 14-17.

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015-kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki. Edita Oyj.

Vuori, I. 2000. Fyysinen passiivisuus ja terveysliikunta- ongelma ja ratkaisumahdollisuus. Suomen Lääkärilehti. 55 (34), 3327-3331.

Vuori, I. 2003. Lisää Liikuntaa! Helsinki. Edita Publishing Oy.

Vuori, I. 2005. Terveyttä edistävän liikunnan lisääminen. Teoksessa Kujala, U., Taimela, S. & Vuori, I (toim.) Liikuntalääketiede. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim, 646-664.

## LIITELUETTELO

LIITE 1 Tutkimuslupa-anomus

LIITE 2 Selvitys jatkotoimenpiteistä

LIITE 3 Saatekirje

LIITE 4 Kyselylomake

Satakunnan ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveysala Pori  
Elina Hopponen  
[REDACTED]

ANOMUS

29.2.2008

Paikka  
Henkilö

## TUTKIMUSLUPA

Olen fysioterapeuttiopiskelija Satakunnan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden osastolla. Opinnäytetyöni tarkoituksena on kartoittaa Karhukuntien alueen aikuisväestön parissa työskentelevien terveydenhoitajien antamaa terveystieteiden neuvontaa. Opinnäytetyöni on osa terveystieteiden palveluketju-projektia, jonka painopiste on työikäisten terveyden edistämiseksi. Projektin tavoitteena on terveystieteiden palveluketjun kehittäminen Karhukunnissa.

Pyrkimyksenäni on lähettää kyselyitä jokaiseen Karhukuntaan. Haluaisin tavoittaa noin 40 aikuisväestön parissa työskentelevää terveydenhoitajaa.

Pyydän ystävällisesti tutkimuslupaa kyselytutkimustani varten. Tutkimus toteutetaan maaliskuussa 2008. Kartoitukseeni ei sisälly potilastietojen käsittelyä. Raportointi suoritetaan opinnäytetyöseminaarissa keuhkokuumeella 2009. Kaikki vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista, eikä vastaajien henkilöllisyys tule missään tutkimuksen vaiheessa ilmi.

Opinnäytetyötä ohjaa fysioterapian lehtori, fysioterapian koulutusohjelman vastaava Hanna Tuominen.

Yhteistyöstä kiittäen

---

Elina Hopponen  
[REDACTED]

## Hyvä perusterveydenhuollon johtava hoitaja

Pyydän Teitä ilmoittamaan tällä kaavakkeella omassa organisaatiossanne aikuisväestön parissa työskentelevien terveydenhoitajien kokonaismäärän \_\_\_\_\_.

Pyydän Teitä osallistumaan tutkimukseen jakamalla kyselylomakkeet terveydenhoitajille. Toimitan kyselylomakkeiden mukana vastaavan määrän palautuskuoria.

Sopiiko Teille, että toimitatte kyselylomakkeet aikuisväestön parissa työskenteleville terveydenhoitajille omalle alueellenne?

Kyllä

Ei, mielestäni parempi ratkaisu olisi

---

---

---

---

---

Palauttakaa ystävällisesti tämä tiedustelu ja tutkimuslupa lähettämässäni palautuskuorissa. Toimitan kyselylomakkeet maaliskuun lopussa.

Toivon Teidän vastaavan 14.3.2008 mennessä.

Kiitoksia vaivannäöstänne.



## Kysely perusterveydenhuollon terveydenhoitajien toteuttamasta terveystoimintaneuvonnasta Karhukuntien alueella

Hyvä terveydenhoitaja,

Olen fysioterapeuttiopiskelija Satakunnan ammattikorkeakoulusta sosiaali- ja terveystieteiden alalta. Teen opintoihini kuuluvaa opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on kartoittaa Karhukuntien alueen aikuisväestön parissa työskentelevien terveydenhoitajien toteuttamaa terveystoimintaneuvontaa sekä perusterveydenhuollon terveystoimintapalveluketjun tämänhetkistä tilannetta. Opinnäytetyöni on osa SAMK:n hallinnoimaa Terveystoiminnan palveluketju Terveystoimintasektorilla- projektia, jonka tavoitteena on kehittää terveystoiminnan palveluketjua Karhukunnissa.

Tutkimuksen aineisto kerätään oheisella kyselylomakkeella, joka on lähetetty kaikille tutkimusluvan myöntäneille terveystoimintakeskuksille. Haluaisin tavoittaa 40 aikuisväestön parissa työskentelevää terveydenhoitajaa Karhukuntien alueelta.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Teidän henkilöllisyydenne ei tule missään tutkimuksen vaiheessa esille. Vastaukset käsitellän luottamuksellisesti. Tulokset kokoon osaksi omaa opinnäytetyötäni, jota käytetään koko projektin jatkosuunnittelussa hyväksi. Opinnäytetyö on valmistuttuaan mahdollista saada luettavaksi Satakunnan ammattikorkeakoulun kirjastosta.

Toivon teidän palauttavan kyselylomakkeen **23.4.2008** mennessä mukana tulevassa palautuskuoressa.

Tarvittaessa annan mielelläni lisätietoja. Parhaiten minut tavoittaa sähköpostin välityksellä. Opinnäytetyötäni ohjaa fysioterapian lehtori Hanna Tuominen, puh. [REDACTED]

Vaivannäöstänne kiittäen ja yhteistyötoiveisin

---

Elina Hopponen  
fysioterapeuttiopiskelija

[REDACTED]

Kysely aikuisväestön parissa työskenteleville terveydenhoitajille

Ympyröikää mielestänne sopivin vaihtoehto ja/ tai kirjoittakaa vastaus sille varattuun tilaan.

**TAUSTATIEDOT**

1. Vastaajan sukupuoli

- a. Nainen
- b. Mies

2. Mihin ikäryhmään kuulutte

- a. Alle 30 vuotta
- b. 30-40 vuotta
- c. 41-50 vuotta
- d. 51-60 vuotta
- e. Yli 60 vuotta

3. Milloin olette valmistunut terveydenhoitajaksi? \_\_\_\_\_

4. Onko tutkintonne

- a. Opistoaste
- b. Opistoaste ja ammattikorkeakoulu-päivitys
- c. Ammattikorkeakoulu
- d. Joku muu, Mikä? \_\_\_\_\_

5. Kuinka kauan olette työskennellyt terveydenhoitajan toimessa?

- a. Alle kaksi vuotta
- b. 2-5 vuotta
- c. 6-10 vuotta
- d. 11-15 vuotta
- e. Yli 15 vuotta

6. Mitä työtehtäviinne kuuluu?

---

---

---

## **TERVEYSLIIKUNTANEUVONTA**

Terveysliikuntaneuvonnalla tarkoitetaan tässä yhteydessä asiakkaan ja ammattihenkilön välistä keskustelua, jonka tavoitteena on asiakkaan terveystottumusten muuttaminen. Se on asiakkaan ja ammattihenkilön välistä vuorovaikutusta ja kestoaltaan se voi käsittää useita tapaamisia.

7. Kertokaa lyhyesti, mitä käsitätte terveysliikunnalla

---

---

---

---

8. Kuinka tärkeänä koette terveysliikuntaneuvonnan osana terveydenhoitajan työtä?

- a. Erittäin tärkeä
- b. Hyvin tärkeä
- c. En osaa sanoa
- d. Melko tärkeä
- e. Ei ollenkaan tärkeä

9. Arvioikaa, kuinka monen asiakkaan kohdalla terveysliikuntaneuvonta toteutuu?

- a. Melkein kaikkien
- b. Joka toisen
- c. Joka kolmannen
- d. Harvemman
- e. Ei kenenkään, Voitte siirtyä kysymykseen 14

10. Arvioikaa, kuinka kauan käytätte aikaa asiakkaan terveysterapeuttaneuvontaan yhdellä vastaanottokerralla?

- a. Yli 30 min.
- b. 20-30 min.
- c. 10-20 min
- d. 5-10 min
- e. Vähemmän kuin 5 min.

11. Mikä on yleisin syy asiakkaan terveysterapeuttaneuvontaan?

---

---

---

---

12. Miten kartoitatte asiakkaan liikuntatottumukset?

- a. Haastattelulla
- b. Asiakkaan täyttämällä lomakkeella
- c. Asiakkaan täyttämällä Liikuntapäiväkirjalla
- d. En mitenkään
- e. Jotenkin muuten, miten? \_\_\_\_\_

13. Millaista terveysterapeuttaneuvontaa toteutatte työssänne? ( voitte valita useamman vaihtoehdon)

- a. Yksilöllistä, suullista neuvontaa
- b. Yksilöllistä, suullista neuvontaa ja annan kirjallista materiaalia
- c. Ohjaan asiakkaat ryhmätoimintaan
- d. Ohjaan asiakkaat toiselle ammattilaiselle
- e. Muu tapa,  
mikä?

---

---

---

14. Arvioikaa, miten seuraavat tekijät vaikuttavat terveysliikuntaneuvonnan toteuttamiseen asiakastilanteissa?

Ympyröikää jokaisesta kohdasta mielestänne sopivin vaihtoehto.

1= Vaikuttaa erittäin paljon 2= Vaikuttaa paljon 3= En osaa sanoa 4= Vaikuttaa melko vähän 5= Ei vaikuta ollenkaan

Ajan puute	1	2	3	4	5
Seurannan järjestämisen vaikeus	1	2	3	4	5
Asiakkaiden kiinnostuksen puute	1	2	3	4	5
Asiakkaiden perustietojen puute	1	2	3	4	5
Konsulttiavun puute	1	2	3	4	5
Oheisaineistojen puute	1	2	3	4	5
Liikuntaohjelmien laatimisen vaikeus	1	2	3	4	5
Teoreettisen taustan huono hallinta	1	2	3	4	5
Menetelmien huono hallinta	1	2	3	4	5
Yhteisesti hyväksytyjen tavoitteiden puute	1	2	3	4	5
Yhteistyön puute	1	2	3	4	5
Elintapaongelmien tuntemisen puute (selvittämättä jättäminen)	1	2	3	4	5

## **TERVEYSLIIKUNTANEUVONNAN KOULUTUS**

15. Millaisiksi arvioitte omat valmiutenne toteuttaa terveysliikuntaneuvontaa työssänne?

- a. Erittäin hyväksi
- b. Hyväksi
- c. En osaa sanoa
- d. Melko huonoksi
- e. Erittäin huonoksi

16. Saitteko mielestänne riittävät valmiudet peruskoulutuksessa terveysliikuntaneuvonnan toteuttamiseksi?

- a. Kyllä
- b. Ei

17. Oletteko olleet lisäkoulutuksessa peruskoulutuksen jälkeen terveystieteiden neuvontaan liittyen?

- a. Kyllä
- b. Ei, voit siirtyä kysymykseen 20

18. Kerro lyhyesti koulutuksen sisällöstä

---

---

---

---

19. Arvioikaa lisäkoulutuksen tuottama hyöty terveystieteiden neuvonnan toteuttamiseen?

- a. Erittäin hyödyllinen
- b. Hyödyllinen
- c. En osaa sanoa
- d. Melko hyödyllinen
- e. Erittäin hyödytön

20. Koetteko tällä hetkellä tarvitsevanne lisäkoulutusta terveystieteiden neuvontaan liittyen?

- a. Kyllä
- b. En, Voit siirtyä kysymykseen 22.

21. Mihin terveystieteiden neuvontaan liittyviin asioihin toivot saavasi lisätietoa?

---

---

---

## **PALVELUKETJU**

Tässä yhteydessä terveystieteiden palveluketjulla tarkoitetaan terveydenhuollon organisaation sisäistä yhteisesti sovittua tapaa toimia tavoitteellisesti potilaan terveystietoisuutta lisäämiseksi.

22. Onko organisaatiossanne terveystoiminnan palveluketju

a. Ei, Voitte siirtyä kysymykseen 24

b. Kyllä, Kuvaile palveluketjua

---

---

---

23. Olisiko mielestänne tarpeellista kehittää nykyistä palveluketjua?

a. Ei

b. Kyllä, Miten ?

---

---

---

---

24. Onko työpaikallanne sovittu yhteisistä terveystoimintaneuvonnan käytännöistä muiden ammattiryhmien kanssa?

a. Ei

b. Kyllä, ammattiryhmät:

---

---

25. Millaisista käytännöistä olette sopineet työpaikallanne?

---

---

---

**KIITOS PALJON VASTAUKSISTANNE!**