

Maarit Heinänen

Liikkumisresepti sairaanhoitajan työkaluna
tyypin 2 diabetesta sairastavan potilaan
liikuntaneuvonnassa

Kirjallisuuskatsaus

Metropolia Ammattikorkeakoulu
Sairanhoitaja AMK
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
29.11.2011

Tekijä(t) Otsikko	Maarit Heinänen
Sivumäärä Aika	Liikkumisresepti sairaanhoitajan työkaluna tyypin 2 diabetes- ta sairastavan potilaan liikuntaneuvonnassa 49 + 2 liitettä 29.11.2011
Tutkinto	Sairaanhoitaja (AMK)
Koulutusohjelma	Terveys- ja hoitoala
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaaja(t)	Lehtori Marja Salmela Lehtori Leena Hinkkanen
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Liikkumisreseptin käyttöä osana diabetesta sairastavan aikuispotilaan liikuntaneuvontaa. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä sairaanhoitajan tietoa Liikkumisreseptistä, jotta hän saisi keinoja osallistua tyypin 2 diabetespotilaan liikuntaneuvontaan.</p> <p>Opinnäytetyö on osa suurempaa kehittämisprojektia " Näyttöön perustuvan hoitotyön osaamisen vahvistaminen työelämässä", joka toteutetaan yhteistyössä Metropolia ammattikorkeakoulun ja Helsingin kaupungin terveyskeskuksen akuuttisairaalaosastojen kanssa. Opinnäytetyö toteutettiin noudattaen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteita. Aineisto kerättiin lääketieteellisistä- ja hoitotieteellisistä tietokannoista sekä manuaalisella tavalla. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.</p> <p>Analyysin tulosten mukaan Liikkumisreseptin käytön edistäviä tekijöitä olivat käytännöllisyys, reseptin sopivuus, potilasmyönteisyys, motivointi, koulutus, asiantuntijuus, yksilöllisyys, oheismateriaali, resurssit, sähköinen järjestelmä, yhteiset käytännöt sekä kehittäminen. Liikkumisreseptin käytön estäviä tekijöitä olivat lääkäreiden haluttomuus, yhteisten käytäntöjen puute, käyttökokemus vähäistä, tiedon puute, resepti marginaalinen, resurssit, oheismateriaalin puute, terveysliikuntakoulutus vähäistä sekä lääkärikeskeisyys.</p> <p>Liikkumisreseptin käyttö on perustelua hyvänä liikuntaneuvonnan työkaluna. Se on käytännöllinen ja toimii apuna neuvonnan jäsentämisessä. Liikkumisreseptin avulla voidaan lisätä potilaan motivaatiota sekä fyysistä aktiivisuutta. Suhtautuminen Liikkumisreseptiin on myönteistä, mutta sen käyttöä tulee vielä kehittää ja käyttöä lisätä. Kaikkien ammattiryhmien osallistumista on painotettu Liikkumisreseptin käytössä, mutta tutkimuksessa nousi esille, että reseptin vastuun voisi antaa fysioterapeutille. Kehittämisalueena nähtiin yhteisten käytäntöjen ja yhteistyön lisääminen sekä yhteistyö eri tahojen kanssa. Lisäksi ehdotettiin, että terveydenhuollon ammattilaisten koulutukseen pitäisi sisällyttää liikuntaa ja Liikkumisreseptin toteuttaminen.</p>	
Avainsanat	tyypin 2 diabetes, liikuntaneuvonta, liikkumisresepti, muutosvaihemalli, motivoiva potilashaastattelu

Author(s) Title Number of Pages Date	Maarit Heinänen Physical activity prescription designed to help nurses give exercise advice to a patient with type 2 diabetes 49 pages + 2 appendices 29 Nov 2011
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	Marja Salmela, Lecturer Leena Hintikka, Lecturer
<p>The aim of the thesis is to describe the use of the Physical activity prescription as part of the exercise programme for adult patients with diabetes. The purpose of a thesis is to add to the nurse's knowledge of Physical activity prescription, to enable the nurse to participate in instructing a type 2 diabetes patient on their exercise possibilities.</p> <p>The thesis is a part of a larger development project "Developing evidence-based practice nursing in working life", which will be done in co-operation with Metropolia University of Applied Sciences, and the acute healthcare hospital units of the City of Helsinki. The thesis was done by following the principles of systematic review based on nursing literature. The material was gathered from medical and nursing databases as well as manually. The material was analysed by performing an inductive content analysis.</p> <p>According to the analysis results, the physical activity prescription benefits included prescription practicality, suitability, patient -orientated attitude, motivation, training, expert information, individuality, additional material, resources, electronic system, and common practices and their development. Physical activity prescription drawbacks included reluctant doctors, lack of common practices, lack of user experience and information, marginality of the prescription, resources, lack of additional material and health exercise training, and dependence on the doctor.</p> <p>Physical activity prescription can be justified as a good tool for exercise advice. It is practical and brings structure to exercise advice. Physical activity prescription makes it possible to increase the patient's motivation and physical activity. Attitudes towards Physical activity prescription have been positive, but its use will still need to be developed and it should be used more. The importance of participation of people from all professions has been emphasized when using Physical activity prescription, but the study showed that the prescription responsibility can be given to the physiotherapist. The main area of development was considered to be the development of common practice and co-operation, and the co-operation between groups. Additionally, it was suggested that the health care professional training should contain exercise and Physical activity prescription procedures.</p>	
Keywords	type 2 diabetes, exercise advice, physical activity prescription, model for the different stages of change, motivational patient interview

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Näyttöön perustuva hoitotyö	3
3	Tyypin 2 diabetes	4
3.1	Metabolinen oireyhtymä ja tyypin 2 diabetes	5
3.2	Diabeteksen diagnosointi	7
3.3	Tyypin 2 diabeteksen hoito	7
4	Liikunta tyypin 2 diabeteksessa	7
4.1	Yleiset liikuntasuositukset	8
4.2	Liikunnan vaikutukset tyypin 2 diabeteksessa	8
4.3	Rajoitteet diabeetikon liikkumisessa	9
4.4	Diabeetikon liikuntaharjoittelu	10
5	Liikuntaneuvonta	11
5.1	Motivoiva potilashaastattelu	15
5.2	Liikkumisresepti liikuntaneuvonnassa	17
5.3	Liikkumisreseptin käyttö	19
5.4	Liikkumisresepti tutkimuksia	22
6	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	24
7	Opinnäytetyön toteuttaminen	24
7.1	Kirjallisuuskatsaus	24
7.2	Aineiston hakuprosessi	25
7.3	Aineiston analyysi sisällönanalyysillä	25
7.4	Aineiston pelkistäminen ja luokittelu	26
8	Tutkimustulokset	28
8.1	Liikkumisreseptin käytön edistävät tekijät	29
8.2	Liikkumisreseptin käytön estävät tekijät	33
9	Pohdinta	35
10	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	38
11	Johtopäätökset	41

Liitteet

Liite 1. Aineiston analyysi

Liite 2. Tutkimustaulukko

1 Johdanto

Liikunta on tärkeä osa tyypin 2 diabetes potilaan hoitoa. Tyypin 2 diabetes potilaiden liikuntaneuvontaa on tutkittu perusterveydenhuollon lääkäreiden ja hoitajien vastaanotolla. Tutkimuksen mukaan hoitajat ja lääkärit käyttivät vain vähän aikaa liikuntaneuvontaan. Neuvontatilanteissa liikunnan merkitys tyypin 2 diabeteksen hoidossa otettiin esille, mutta vain lyhyinä toteamuksina. Diabeetikot jotka ovat vastasairastuneita, eivät välttämättä heti ymmärrä liikunnan olevan merkittävässä roolissa niin hoidossa, kuin ennaltaehkäisyssäkin. (Poskiparta ym. 2004: 1493.) Perusterveydenhuollossa hoitajat vastaavat usein pääosin asiakkaiden elintapaneuvonnan toteutuksesta, ja se on aina kuulunut sairaanhoitajan työhön. Sairaanhoitajien tietoperustaa tulisi lisätä liikuntaneuvontaan liittyen ja mahdollistaa edellytykset sen toteuttamiselle, lisäksi olisi tiedettävä liikunnan vaikutukset ja merkitys, jotta potilaan ohjausta voidaan syventää ja tukea seurantakäynneillä. Elintapamuutosten ohjaus vaatii vankkaa tietoperustaa hoitajalta, aikaa ja motivoivan vuorovaikutuksen osaamista. (Sairaanhoitajaliitto 2011a.)

Motivoivaa potilashaastattelua voidaan käyttää motivoivan vuorovaikutuksen välineenä, kun sairauden hoidossa tai ehkäisyssä on tarkoitus saada muutoksia potilaan elämäntavoissa. Tällaisia voivat olla esimerkiksi liikunta- ja ruokailutottumusten muuttaminen. Kaikilla ihmisillä on sisimmässään tarve olla terve ja motivaatio edistää omaa terveyttään, mutta tämä ei kuitenkaan johda aina elämäntapamuutoksiin. Hyvällä kommunikatiolla voimme herättää potilaan motivaation. (Mustajoki 2009: 1)

Fyysisen aktiivisuuden muutosta on tuettu liikuntaneuvonnassa käyttämällä esimerkiksi Prochaskan ja DiClimenton:in 1983 kehittämää transteoreettista muutosvaihemallia, jota on käytetty perusterveydenhuollon liikuntaneuvonnassa. Elintapoihin liittyvä käyttäytymisen muutos on pitkä prosessi ja asiantuntijan on tiedettävä missä muutosvaiheessa asiakas on. (Vähäsarja ym. 2004: 82, 83.) Tutkimuksia terveydenhuoltohenkilöstön taidoista tukea potilaiden terveystyöskäytännön muutoksia on vähän. Joidenkin tutkimusten mukaan elintapakeskustelut on todettu pinnallisiksi ja asiantuntija keskeiseksi. Terveydenhuollon ammattilaisten ja heidän koulutuksen keskeistä sisältöä tulisi olla muutokseen auttavat keskustelut. (Poskiparta ym. 2004: 1492, 1495.)

Suomessa perusterveydenhuollon liikuntaneuvontaa on pyritty lisäämään mm. Liikkumisreseptin ja valtakunnallisen tyypin 2 diabeteksen ehkäisykampanjan avulla. (Vähäsarja 2004: 81.) Liikkumisresepti on lääkäreiden antaman liikuntaneuvonnan helpottamiseksi suunniteltu työkalu. Se on kehitetty vuosien 2001–2003 aikana terveydenhuollon liikunta-neuvonnan kehittämiseksi toteutetussa Suomen Reumaliiton, Suomen lääkäriliiton, Jyväskylän yliopiston, Kunnossa kaiken ikää -ohjelman, Suomen sydänliiton ja UKK-instituutin yhteisessä hankkeessa. Liikkumisreseptiin kirjataan asiakkaan yksilöllinen liikuntaohje, joka sisältää tiedot asiakkaan tämän hetken liikkumisesta ja sen riittävydestä, liikkumisen terveysperusteista ja tavoitteista sekä suositeltavat liikkumis- muodot, liikkumisen kesto, rasittavuus ja useus. (Ståhl 2005: 6–8.) Liikkumisreseptistä tuli myös tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman Dehkon D2D hankkeen liikuntaneuvonnan työkalu. (Stålh 2005: 19.) D2D hanke on osa Diabetesliiton koordinoimaa Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämishjelmaa, DEHKO 2000 – 2010, joka hyväksyttiin vuonna 2000 Suomen kansalliseksi diabetesohjelmaksi. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2009.)

Liikkumisresepti on osana liikuntaneuvonnan ja laajemmassa mittakaavassa elintapaneuvonnan tehostamista terveydenhuollossa. Liikkumisresepti tukee sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien liikuntaneuvontatyötä, se toimii potilaan liikuntaneuvonnan tarpeen arviointivälineenä ja lähetteenä. Liikkumisreseptin käyttö vaatii kaikkien ammattiryhmien sitoutumista niin lääkäreiden, sairaanhoitajien kuin terveydenhoitajienkin. Liikkumisresepti on jo käytössä usealla paikkakunnalla osana terveydenhuollon toimintaa. Liikuntaneuvonta vaatii kuitenkin lääkäreiden ja hoitajien koulutusta, jonka sisältönä olisi hyvä olla neuvonnan toteuttamista, sekä liikunnan terveysvaikutuksista ja annostelusta eri potilasryhmille. (Sairaanhoitajaliitto 2011 b.) Sähköinen valtakunnallinen potilastietojärjestelmä tulee käyttöön kaikkialla Suomessa vuoteen 2011 mennessä joka sisältää Liikkumisreseptin. (Lähdesmäki ym. 2004–2008.)

Sairaanhoitajakoulutuksessani ei ole liikuntaan liittyvää opintojaksoa, joten liikuntaneuvontaan edellyttäviä tietoja liikuntaneuvonnasta tai Liikkumisreseptistä ei ole. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Liikkumisreseptin käyttöä osana diabetesta sairastavan aikuispotilaan liikuntaneuvontaa. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä sairaanhoitajan tietoa Liikkumisreseptistä, jotta hän saisi keinoja osallistua tyypin 2 diabetespotilaan liikuntaneuvontaan.

2 Näyttöön perustuva hoitotyö

Näyttöön perustuvassa hoitotyössä yhdistyvät kokonaisuudeksi paras saatavilla oleva tieto, hoitotyöntekijän kliininen asiantuntemus, tieto potilaan tarpeista ja toiveista sekä organisaation voimavarat. Näyttöön perustuva hoitotyö on toimintaa, jossa yhdistyvät tieteellinen tutkimusnäyttö, hoitotyöntekijän hyväksi havaittu toimintanäyttö, potilaan tietoon ja kokemukseen perustuva näyttö sekä käytettävissä oleviin resursseihin pohjautuva toiminta. (Sarajärvi, Anneli – Mattila, Lea-Riitta – Rekola, Leena 2011: 12.)

Tieteellinen tieto on tietoa, jolla on oma teoriapohja, perusmotiivi ja merkitysyhteydet. Tieteellinen tieto ilmenee usein teoriolina, joka kuvailee, selittää, ennustaa tai ohjaa mielenkiinnon kohteena olevaa ilmiötä. Tieteellinen tieto on tutkimuksen tuloksena syntynyttä tietoa. (Sarajärvi ym. 2011: 25.)

Tutkimus perustuu tiedeyhteisössä vallitseviin perusnormeihin, kuten tieteellisen tiedon hallinnan systemaattisuuteen, tiedon yleisyyteen ja tiedon luotettavuuteen. Ennen kuin tieteellistä tutkimusta ja tuloksia voidaan kutsua tiedoksi, tutkimustulokset tulee selittää ja tulkita. Tulosten tulkintaa auttavat tieteellisen tiedon tutkimuskriteerit, joita ovat julkisuus, objektiivisuus, perusteltavuus ja kommunikoitavuus. Tieteellinen tieto ja arki-tieto eroavat toisistaan siten, että tieteellinen tieto on koottu järjestelmällisesti ja tiedeyhteisön hyväksymien menetelmin ja että pyrkimyksenä on järjestelmällisten tietokokonaisuuksien muodostaminen. (Sarajärvi ym. 2011: 25–26.)

Asiantuntijuus viittaa henkilöön jolla on erityistä tietoa tai taitoa tietyistä erityisalueesta tai kohteesta. Asiantuntija omaa käytännön osaamisen lisäksi vahvan teoreettisen tietopohjan. Asiantuntijan tunnistaa siitä, että hänellä on yhteiskunnallisesti merkittävän tehtävän tai jonkin ongelma-alueen erityis- tai huippuosaamista. Tällaisessa osaamisessa asiantuntijalla on yleensä näkymätöntä valtaa ja statusta. Asiantuntija pystyy näkemään hoitotyöhön liittyvän päätöksenteon kokonaisuuksina. Hän omaa aihealueensa tiedon lisäksi syvällistä näkemystä esimerkiksi ihmisen käyttäytymisestä. Asiantuntijuus on siis toimintatapa, johon yhdistetään taito, tietoa ja tunne-elämän prosesseja. Asiantuntijalla tietotaso on parempi kuin muilla, koska työkokemus on pitkä ja hänellä on perusteellinen ja tasokas koulutus. Hoitotiede tarkastelee asiantuntijuutta niin, että siihen liitetään käytännön toiminta, eettisyys ja teoreettinen tieto. Hoitotyössä taas puolestaan tunnusomaista on vastuullisuus ja ihmisläheisyys. Asiantuntija työsken-

telee kriittisesti ja reflektiivasti. Hän tuottaa uutta tietoa ja vie sitä käytäntöön. Hoitotyössä tämä tarkoittaa sitä, että hoitotyöntekijä osaa yhdistää teoreettisen tiedon käytännön toimintaan. Osaa arvioida omaa työskentelytapaansa teoretietoon nojaten ja osallistuu kehittämissuhteisiin. (Sarajärvi ym. 2011: 39–40.)

Hoitotyön asiantuntija on toiminut monissa eri käytännön hoitotilanteissa ja siksi hänellä on myös kokemukseen perustuvaa tietoa. Tähän tietoon kuuluu ymmärrys hoitotyön toiminnan vaikuttavuudesta potilaan, organisaation kuin koko yhteiskunnan näkökulmasta. Hoitotyöntekijällä on kokemusta siitä miten tulee toimia eri tilanteissa, millaista tietoa tarvitsee tai millaisella toiminnalla päästään parhaaseen tulokseen. Perusteluilla tällaiselle kokemukseen perustuvalla toiminnalla ei voida täydellisesti eritellä. (Sarajärvi ym. 2011: 53–54.)

Näyttöön perustuvaa hoitotyötä tukevassa toimintaympäristössä hoitohenkilökuntaa motivoidaan, annetaan tukea ja luodaan resurssit toteuttaa näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Esimiehen tarkoituksena on järjestää olosuhteet niin, henkilökunnalla on mahdollisuus tehdä tiedonhakuja, päästä hyödyntämään tutkittua tietoa potilastyössä ja osallistua kehittämistyöhön. Jotta henkilökunnan tiedot pysyvät ajan tasalla, pitää heille järjestää lisä- ja täydennyskoulutusta. (Sarajärvi ym. 2011: 126.)

Asiakaslähtöinen hoitotyö tarkoittaa sitä, että asiakkaan odotukset ja toiveet otetaan huomioon ja asiakkaalla on mahdollisuus osallistua omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Lähtökohdaksi ovat siis asiakkaan tarpeet eivätkä työntekijän tai organisaation tavoitteet. Asiakaslähtöisessä hoitotyössä edetään asiakkaan kysymysten ja tarpeiden mukaan. Hoitotyöntekijä kohtelee asiakasta tasa-arvoisena, tukee hänen itsenäisyyttä ja riippumattomuutta. Asiakkaan kokonaistilanne otetaan huomioon, eikä ajatella pelkästään sairaus tai ongelmakeskeisesti. Hoitotyöntekijä tarvitsee tieteellisen tiedon lisäksi kykyä tunnistaa erilaisuutta asiakkaan tilanteissa sekä muuttaa omia työskentelytapojaan kun tilanteet muuttuvat. (Sarajärvi ym. 2011: 68, 70, 71.)

3 Tyypin 2 diabetes

Tyypin 2 diabeetikoita on Suomessa noin 250.000. Tämän lisäksi noin 200.000 sairastaa diabetesta tietämättään. (Diabetesliitto 2011.) Diabetes kehittyy elintapojen ja pe-

rimän yhteisvaikutuksesta. Suomalaisten geneettinen perimä ei ole sopeutunut tähän nykyiseen yhteiskuntaan, jossa tarjolla on energiapitoista syötävää ja juotavaa jatkuvasti eikä arkielämä pakota liikkumaan samalla tavalla kuin joskus ennen. Seuraukset on nähtävissä väestön painokäyrässä ja puolet suomalaisista luokitellaan ylipainoiseksi ja viidennes lihaviksi. Lihavuus on määritelty diabeteksen tärkeimmäksi riskitekijäksi. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2011.)

Diabetes on joukko erilaisia sairauksia, joille yhteistä on kohonnut veren sokeripitoisuus. Se johtuu joko insuliinihormonin puutteesta tai sen heikentyneestä toiminnasta tai molemmista. Usein diabeteksessa on häiriintynyt myös rasva- ja valkuaisaineiden aineenvaihdunta. Diabetes jaetaan kahteen pääryhmään, tyyppin 1 diabetekseen ja tyyppin 2 diabetekseen. Tyyppin 2 diabeteksessa insuliinin eritystä on vielä jäljellä, mutta se on häiriintynyttä ja sitä ei ole tarpeeseen nähden riittävästi. Etenkin tyyppin 2 diabetekseen liittyy enimmissä määrin lisääntynyt sydän- ja verisuonitautien riski. Tähän on syynä metabolinen oireyhtymä. Sairastuminen tyyppin 2 diabetekseen alkaa usein salakavalasti, koska se on pitkään oireeton tai vähäoireinen. Siksi se todetaan yleensä vasta silloin kun on jo lisäsairauksia, kuten silmänpohjan verisuonimuutoksia tai sydäninfarkti. (Ilanne-Parikka ym. 2009: 9, 30.)

Sydän ja verisuonitautien riski on siis lisääntynyt jo ennen sitä kuin verensokeri on kohonnut diabeettisiin lukemiin. Vähän koholla olevat sokeriarvot, rasva-aineenvaihdunnan häiriöt ja kohonnut verenpaine vaikuttavat valtimoihin, sydämen, aivojen ja jalkojen verenkiertoon haitallisesti. Voi olla, että diabetes todetaan vasta siinä vaiheessa kun sydän on alkanut oireilemaan. (Ilanne-Parikka ym. 2009: 215.)

Huonosti hoidettu diabetes aiheuttaa vaurioita myös hiusverisuonistossa. Jos 2 tyyppin diabetesta sairastavan verensokerit ovat liian korkeat 5- 10 vuotta riski sairastua lisäsairauksiin kasvaa. Näitä lisäsairauksia ovat silmänpohja- munuais- ja hermoissa tapahtuvat muutokset. Muutoksia voidaan estää tai kehittyneitä muutoksia pystytään vähentämään pitämällä verensokeri hyvällä tasolla 6mmol/l aamulla ja ennen aterioita sekä alle 8 mmol/l aterioiden jälkeen. (Ilanne-Parikka ym. 2009: 216.)

3.1 Metabolinen oireyhtymä ja tyyppin 2 diabetes

Suomalaista diabeetikoista noin 75 % sairastaa tyypin 2 diabetesta. Se on 80 %:ssa osa metabolista oireyhtymää. (Ilanne-Parikka ym. 2009: 30.)

Terveysriskien arvioinnissa on merkityksellistä se miten rasvakudos on jakautunut. Metabolisessa oireyhtymässä glukoosi-, insuliini- ja lipidiaineenvaihdunta on häiriintynyt, verenpaine on kohonnut ja ylipaino on painottunut keskivartaloon. Kun nämä seikat selvitetään, voidaan löytää mahdolliset riskiyksilöt, jotka ovat vaarassa sairastua sydän- verisuonisairauksiin ja diabetekseen. Sairauden kehittymisen kannalta keskeisiä ovat insuliiniresistenssi sekä keskivartalon ja sisäelinten poikkeava rasvoittuminen.

Vyötärölihavuus on muuttumassa väestössämme normaalitilanteeksi ja sukupuolen mukaan vaihdellen esiintyvyys on jopa 69–76 %. Valtaosa metabolista oireyhtymää sairastavalla ei ole painoindeksin mukaan perusteella lihavuutta vaan he ovat lievästi ylipainoisia. (Laaksonen – Niskanen 2006: 1227, 1231.)

Metabolisen oireyhtymän diagnostiset kriteerit ovat:

- A. Vyötärö- eli keskivartalolihavuus: Vyötärön ympäryksen raja-arvona naisella > 80 cm ja miehellä > 94 cm
- B. Vähintään kaksi seuraavista tekijöistä
 - Koholla oleva veren triglyseridipitoisuus > 1,7 mmol/l tai käytössä oleva lääkitys siihen
 - Matala HDL- kolesterolipitoisuus (miehillä < 1,0 mmol ja naisilla < 1,3 mmol/l tai käytössä oleva lääkitys siihen)
 - Kohonnut verenpaine > 130/85 tai käytössä on lääkitys aikaisemmin todettuun verenpaineeseen
 - Sokeriaineenvaihdunta on heikentynyt tai on todettu diabetes. Sokeriaineenvaihdunta voi olla heikentynyt vain paastosokerin osalta

Metabolinen oireyhtymä ei siis aina tarkoita sokeriaineenvaihdunnan häiriötä. Koholla oleva verenpaine, matala HDL- kolesteroli ja vyötärölihavuus riittävät MBO:n diagnoosiin. (Ilanne-Parikka ym. 2009: 36.) Who:n Global Health raportin mukaan liikunnan vähäisyys lisää kuoleman riskiä enemmän kuin ylipaino, korkea kolesterolitaso tai runsas alkoholinkäyttö. Lisäämällä liikuntaa vähäisestä kohtalaiseksi kävelemällä, pyöräi-

lemällä tai harrastamalla säännöllistä hyötyliikuntaa ainakin pari tuntia viikossa saa metabolisen oireyhtymän riskin pienenevän puoleen. Kunnon kohentaminen huonosta kohtalaiseksi pienentää metabolisen oireyhtymän riskin jopa alle puoleen. Huono kunto kasvattaa kuoleman riskiä enemmän kuin esimerkiksi kohonnut verenpaine. (Helajärvi 2010: 3908.)

3.2 Diabeteksen diagnosointi

Diagnoosi perustuu oireettomalla henkilöllä joko plasman glukoosipitoisuuden suurentuneeseen paastoarvoon (vähintään 7 mmol/l) tai glukoosirasituskokeeseen plasman glukoosin suurentuneeseen kahden tunnin arvoon (yli 11 mmol/l). Poikkeava tulos on tarkistettavana eri päivinä, jos diagnoosi perustuu yksinomaan paastoglukoosiin tai yksinomaan kahden tunnin suurentuneeseen arvoon. Pelkällä plasman glukoosipitoisuuden paastoarvon mittauksella löydetään vain osa diabetestapauksista, joten kahden tunnin glukoosirasituskoe tulee tehdä suuren riskin potilaalle. (Käypähoito 2009.)

3.3 Tyypin 2 diabeteksen hoito

Hoidon päätavoitteena on ehkäistä sepelvaltimotaudin kehittyminen, koska riski sen kehittymiselle on suuri. Tämän vuoksi rasva-arvojen, veren kolesterolin, verensokerin ja verenpaineen pitää olla mahdollisimman lähellä normaaleja lukemia. (Ilanne-Parikka ym. 2009: 215.) Hoidon perustana voidaan pitää painonhallintaa, liikuntaa ja lääkettä. Tyypin 2 diabetekseen liittyy lisääntynyt veren hyytymistäipumus ja tästä syystä riski veritulppien syntyyn. Jos ei ole vasta-aihetta, niin ehkäisyyn voidaan käyttää pientä aspiriiniannosta. Mikäli sairauteen liittyy metabolinen oireyhtymä niin silloin lääkehoitoon voi kuulua myös verensokeria alentavat lääkkeet, kolesterolilääkkeet ja tarvittaessa insuliini. (Ilanne-Parikka 2011.) Kun diabetesta hoidetaan huolellisesti, niin sillä ehkäistään olemassa olevien verisuonivaurioiden etenemistä. Kolesterolin alentaminen puolestaan vähentää jo olemassa olevia verisuoniahtaumia. Liikapaino, vähäinen liikunta, liikasyöminen sekä tulehdukset ja stressi heikentävät oman insuliinin eritystä. Siksi on tärkeä selvittää voiko näille asioille tehdä jotain, koska ne nostavat verensokeria. (Ilanne-Parikka ym. 2009: 215, 217.)

4 Liikunta tyypin 2 diabeteksessa

4.1 Yleiset liikuntasuositukset

Yhdysvaltalaisten liikuntasuositusten mukaan kaikille 18–64 vuotiaille suositellaan kohtuullisesti kuorimittavaa kestävyysliikuntaa kaksi ja puoli tuntia viikossa tai esimerkiksi puoli tuntia viidesti viikossa. Jos harrastaa rasittavampaa liikuntaa, kuten hölkkää on sen suositusaika tunti 15 min viikossa. Hölkän voi jakaa myös jaksoihin esimerkiksi kolme kertaa viikossa. Liikunta voidaan jakaa vähintään 10 min jaksoihin. Yli 64-vuotiaille suositellaan tasapainoa ja nivelten ylläpitävää ja kehittäväää liikuntaa, vaikka kotivoimistelua. Kestävyysliikunnan lisäksi kaikille aikuisille suositellaan lihaskuntaa ja liikehallintaa ylläpitävää ja lisäävää liikuntaa kaksi kertaa viikossa. Se voi olla kuntosaliharjoittelua, jumppaa, venyttelyä tai tanssia. (Käypähoito 2010.)

4.2 Liikunnan vaikutukset tyypin 2 diabeteksessa

Väestötutkimuksissa vaara sairastua tyypin 2 diabetekseen on ollut huomattavasti pienempi runsaasti liikuntaa harrastavilla tai hyväkuntoisilla naisilla ja miehillä. (Laaksonen 2004: 1669). Vaikka tyypin 2 diabeetikolla on insuliiniresistenssi, heillä ei ole kuitenkaan resistenssiä liikunnan lihasten glukoosinottoa lisäävälle vaikutukselle. Liikunta yhdistettynä elintapamuutoksiin on osoitettu tehokkaammaksi kuin maksan insuliiniresistenssiä alentava lääkehoito. Kestävyysliikunta parantaa insuliiniherkkyyttä ja tyypin 2 diabeetikoiden sokeritasapainoa. Lihasten glukoosinotto tehostuu kestävyysharjoittelussa kun insuliiniherkkyys paranee ja verensokeri laskee. Lihasten glukoosin kuljetusmekanismit tehostuvat ja aerobinen entsyymitoiminta tehostuu. Voimaharjoittelu parantaa sokeritasapainoa kasvavan lihasmassan ja insuliinista riippumattoman lihasten glukoosioton kautta. (Koistinen 2008: 20–21.)

Insuliiniherkkyyden paraneminen kestää vain 1–2 vuorokautta, joten liikuntaa tulee harrastaa vähintään joka toinen päivä. Tällaisella liikunnalla on vaikutusta pitkäaikaiseen verensokeritasapainon Hba- tason paranemiseen, jolloin on mahdollista, että haiman insuliinieritys hieman kohoaa mikä parantaa HbA-arvoa. Jos diabetes on kestänyt useita vuosia, liikunnan vaikutus pitkäaikaiseen verensokeritasapainoon ei ole niin hyvä. Huono verensokeritasapaino aiheuttaa sen, ettei liikunta pelkästään riitä verensokeritasapainon laskuun. Lääkehoidolla saadaan sokeritasapaino paremmaksi ja tämän jälkeen vasta liikunta voi vaikuttaa myönteisesti. Liikunta vaikuttaa kuitenkin parhaiten

lyhyen aikaa sairastuneille ja joilla ei vielä ole diabetekseen liittyviä lisäsairauksia. (Ilanne-Parikka ym. 2009: 173.)

Fyysisen harjoittelun vaikutukset näkyvät elimistössä. Leposyke laskee, lihasmassa kasvaa, hapen käyttö tehostuu ja sydämen pumppaama verimäärä minuutissa kasvaa. Verisuonissa ääreisvastus ja verenpaine laskevat sekä hiussuonisto paranee. Rasvakuodos pienenee ja muuttuu. Hdl- kolesteroli nousee, triglyseridit laskevat ja LDL- kolesteroli voi laskea. Liikunta estää ikääntymiseen liittyvää luustokatoa. (Ilanne-Parikka ym. 2009: 167– 168.) Pieni veren HDL- kolesterolin pitoisuus on sepelvaltimotaudin vaaratekijöitä. Liikunnalla pystytään nostamaan sen pitoisuutta noin 5 % alkutilanteesta, mutta liikunnan pitää olla säännöllistä ja kuukausia kestävä. Liikunta ei sen sijaan ole ainut tekijä LDL- kolesterolin pienenemisessä, vaan siihen tarvitaan tyydyttyneiden rasvojen vähentämistä etenkin maitorasvan vähentämistä. (Kukkonen-Harjula 2004: 5– 6.)

4.3 Rajoitteet diabeetikon liikkumisessa

Diabetes rajoittaa nykyisin hoitomuodoin liikkumista huomattavasti vähemmän kuin aiemmin. Oikein suunnatulla liikunnalla on positiivisia vaikutuksia sairauksissa. Aiemmin saatettiin pitää esimerkiksi sydämen vajaatoimintaa esteenä liikkumiselle. On olemassa kuitenkin joitakin liikuntalajeja mitä diabeetikolle ei suositella, joissa matala verensokeritaso voi aiheuttaa vaaratilanteen. Tällaisia lajeja ovat esimerkiksi moottoriurheilu, sukeltaminen tai vuorikiipeily. (Ilanne-Parikka ym. 2009: 184–185.)

Ennen liikunnan aloittamista on hyvä selvittää sydämen ja verenkiertoelimistön tila, mikäli henkilö on ollut pitkään liikkumatta tai hänellä on juuri todettu tyypin2 diabetes tai tyypin 1 diabetes on kestänyt pitkään. Lääkäri arvioi tilanteen ja usein tehdään rasisydänfilmi. Sillä voidaan todentaa tai sulkea pois sepelvaltimotaudin mahdollisuus. Kokeen yhteydessä selviää myös verenpainevaste, jonka perusteella voidaan arvioida liikunnan sopiva rasitusaste, näin liikkuminen saadaan turvalliseksi ja tehokkaaksi. (Ilanne-Parikka ym. 2009: 184–185.)

Tyypin 2 diabetekseen liitetyt elinmuutokset, mikäli niitä on syntynyt vaikuttavat liikunnan harrastamiseen. Jos silmänpohjassa on lasiaisverenvuoto tai silmänpohjassa vaikeita verkkokalvo eli retinopatiamuutoksia, silloin ei suositella voimakasta ponnistelua,

koska voi tulla lisävuotoja tai uusi vuoto. Diabeetikon neuropaattinen jalka on myös altis vammoille ja nyrjähdyksille, jolloin lajin ja kenkien valintaan pitää kiinnittää erityishuomiota. Diabeteksen aiheuttamia hermomuutoksia kutsutaan neuropatiaksi. Vaikea autonominen neuropatia voi aiheuttaa ns. tunnottomuutta sydämessä. Tällä on merkitystä, mikäli diabeetikko sairastaa sepelvaltimotautia, sillä diabeetikko ei tunne oireena rintakipua ruumiillisessa rasituksessa kuten normaalisti. Tämä asia on merkityksellinen kun ajatellaan neuropatiaa sairastavan liikuntaa. Jos diabeetikolla on nefropatia eli munuaismuutoksia liikunta ei saa olla kovin rasittavaa, sillä fyysinen rasitus lisää valkuaisen erittymistä virtsaan ja tämä voi vaikeuttaa nefropatiaa. (Ilanne-Parikka ym. 2009: 184, 427.)

Mikäli liikapainoa on kertynyt paljon, niin laihduttaminen voi tuntua isolta tavoitteelta. Kuitenkin jos diabetes on varhaisessa vaiheessa sokeritasapainon korjaamiseen riittää 5–10 % painon pudotus. Myös verenpaine ja rasva-arvot paranevat. Painon arvioimiseen käytetään painoindeksiä BMI. Ihannepainoindeksi on 20–25. Jos painoindeksi on yli 35, on järkevintä pudottaa ensin painoa 10–20 kg ennen kuin aloittaa liikunnan. Lisätä arkiliikuntaa ja katsoa mitä syö. Vaikeasti lihavan ihmisen liikkuminen voi olla hankalaa. Polviin voi tulla rasitusta. Siksi on suositeltavaa ensin lisätä hyötyliikuntaa arjessa tai aloittaa kevyillä painoilla esimerkiksi puntti- tai tuolijumppaa. Painoindeksin ollessa 30–35 terveydentilasta riippuen voidaan ajatella liikunnan lisäämistä asteittain. Hyppyjä tai nopeita liikuntalajeja tulee kuitenkin välttää koska nivelet kuormittuvat ylipainosta ja nopeissa liikuntalajeissa on mahdollista vammojen syntyminen. Sitten kun painoindeksi on alle 30, liikunta ei saa aikaan tukielimistössä enää niin suurta kuormitusta. (Ilanne-Parikka ym. 2009: 150, 158, 159.)

4.4 Diabeetikon liikuntaharjoittelu

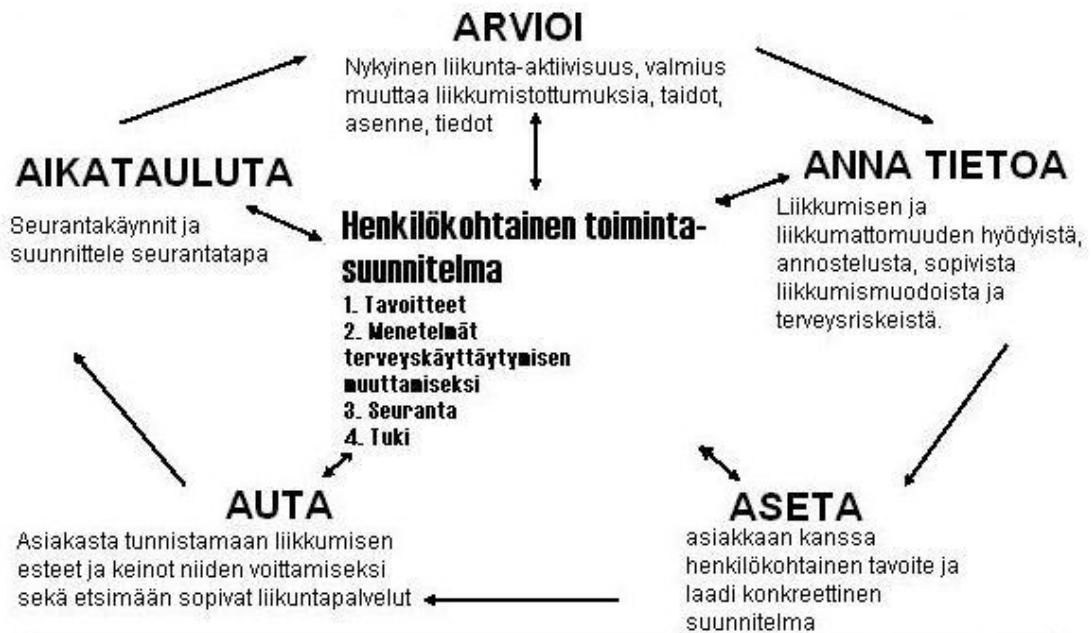
Kestävyysliikuntaa on perinteisesti korostettu, mutta tutkimusten mukaan kuntosaliharjoittelu on tehokasta glukoosin ja insuliinin aineenvaihdunnan häiriöitä hoidettaessa. Kehon glukoosinotto parani enemmän ryhmässä, jossa kestävyysliikunta korvattiin kuntosaliharjoittelulla kuin kestävyysliikuntaryhmässä. Harjoittelu ehkäisi myös sepelvaltimotaudin kehittymistä. Kuntosaliharjoittelulla saatiin aikaiseksi insuliiniherkkyyden paranemista, joka oli yhteydessä lihaskudoksen lisääntymiseen sekä rasvakudoksen vähentymiseen vatsan seudulta. (Cuff 2003: 2977–2982.) Hyötyliikunta on tärkeä liikuntamuoto, mutta sen erillistä vaikutusta insuliinin ja glukoosin aineenvaihduntaan tai

diabeteksen ehkäisyyn on tutkittu huonosti. Diabetes Prevention Studyssa (DPS) tutkimuksessa hyötyliikunnan ja mahdollisesti myös kuntosaliharjoittelun lisääminen näytti suojaavan diabetekselta. (Laaksonen 2004: 1670.)

5 Liikuntaneuvonta

Liikuntaneuvonta on terveyden edistämisen sisältöalue, jossa henkilökohtaisen ohjauksen ja neuvonnan merkitys on suuri. Neuvonta on asiakkaan ja ammattilaisen välistä neuvottelua, joka perustuu tasapuoliselle vuorovaikutukselle. Ammattilaisen tehtävä on perehtyä asiakkaan tilanteeseen ja tarpeisiin sekä muokata asiantuntemustaan fyysisen aktiivisuuden terveyshyödyistä ja liikunnan vaihtoehtoisista toteutustavoista asiakkaalle sopiviksi käytännönläheisiksi ehdotuksiksi. Onnistuneessa liikuntaneuvonnassa on tärkeää, että asiakas tuo esille omia tarpeitaan, pyrkimyksiään ja näkemyksiään, ja että keskustelussa hänelle muotoutuu jokin ongelma tai kysymys, johon liikuntaneuvonnalla yritetään hakea ratkaisua. Asiakkaan pitää myös olla valmis toteuttamaan yhdessä ammattilaisen kanssa päätettyjä keinoja, ja tuomaan omat kokemuksensa näistä kokeiluista käsiteltäviksi. (Nupponen – Suni 2005: 216–217.) Vastasairastuneet diabeetikot eivät välttämättä ymmärrä heti liikunnan merkitystä diabeteksen hoidossa. Liikuntaneuvonnalla on kuitenkin keskeinen merkitys niin diabeteksen hoidossa kuin ennaltaehkäisyssä. (Poskiparta ym. 2004: 1493.) Tyypin 2 diabeteksen hoidossa ja ehkäisyssä Liikuntaneuvonnan ensisijaisena tavoitteena on arkiliikunnan lisääminen ja pienistä annoksista koostuva päivittäinen liikuntakooste, jonka voi aloittaa mahdollisimman inhimillisesti ja omaan elämään sopivalla tavalla. (Poskiparta 2004: 1491.)

Liikuntaprosessin suunnittelua ja jäsenystä tukemaan voidaan käyttää Aittsalon (2010) mukaan esimerkiksi ns. viiden A:n periaatetta.



Kuvio 1. Viiden A:n malli (Aittasalo 2010).

Diabeetikon fyysistä aktiivisuutta edistävien ja estävien tekijöiden, kuten sairauksien, kipujen oireiden, elinympäristön tarjoamien liikkumismahdollisuuksien ja diabeetikon oman motivaation kartoitukset tulisivat olla osa liikuntaneuvontaa. Liikuntakäyttäytyminen on monimuotoista ja liikuntaa edistävät ja estävät tekijät ovat jokaiselle yksilöllisiä. Tämän vuoksi liikuntaneuvonnan sisältöjen määrittely, tavoitteen asettelu, liikunnan toteutuskeinojen etsiminen ja liikunnan toteutumisen tai estymisen arviointi yhdessä potilaan kanssa tulisi olla osa diabetespotilaiden perusterveydenhuollon käyntejä. (Poskiparta ym. 2004: 1491–1495.) Pelkkä tiedon ja ohjeiden jakaminen yleisessä muodossa tai kertaluontoinen ohjaus ei ole riittävää pysyvien käyttäytymisen muutosten aikaansaamiseksi. (Nupponen – Suni 2005: 217). Erityisesti hyvin vähän liikkuvat henkilöt tarvitsevat pitkä-jännitteisempää neuvontaa, johon sisältyy yksilöllisen liikuntaohjelman tai -suunnitelman laatiminen, sen toteuttamiseksi tarvittava motivointi, neuvonta ja ohjaus sekä laaditun ohjelman toteutumisen ja tuloksellisuuden seuranta. (Vuori 2003: 600). Jyväskylän yliopistossa vuonna (2001) Rapo-Tennilän tutkimus osoitti, että liikuntaneuvonnan sisältö oli vähäistä. Neuvontatilanteet olivat asiantuntijakeskeisiä. (Rapo-Tennilä 2001: 61.)

Lääkäreiden toteuttaman liikuntaneuvonnan yleisyyttä ja tarvetta selvitettiin lääkäriskyselyllä. Tutkimusaineisto kerättiin keväällä 2002. Lääkärikysely oli kaikille lääkäreille

suunnattu kokonaistutkimus. Väestökysely toteutettiin FINRISK 2002 tutkimusta. Tutkimuksen mukaan vähintään joka kolmannen potilaan liikkumistottumuksista kysyi 64 % lääkäreistä. Kirjallisia liikkumisohjeita annettiin melko harvoin. Väestöstä vain 50 % koki saavansa lääkäriltä riittävästi informaatiota liikunnan merkityksestä ja 75 % mielestä lääkärillä tulisi olla mahdollisuus kirjoittaa liikkumisresepti. Liikuntaneuvonnalla on väestön selkeä tuki ja tarve. (Stålh 2004: 3729.)

Fyysisen aktiivisuuden muutosta on tuettu liikuntaneuvonnassa käyttämällä esimerkiksi Prochaskan ja DiClimenton:in 1983 kehittämää transteoreettista muutosvaihemallia. Mallia on viime vuosina käytetty eniten perusterveydenhuollon liikuntaneuvonnan viitekehystenä. Elintapoihin liittyvä käyttäytymisen muutos on pitkä prosessi. Muutosprosessin tukeminen edellyttää sitä, että asiantuntija tietää missä muutosvaiheessa asiakas on. Ihmisen käyttäytymisen muutos perustuu Prochaskan ja DiClimenton mukaan viiteen vaiheeseen. (Vähäsarja ym. 2004: 82, 83.)

Liikkumisreseptiä saavien potilaiden valinnassa on tärkeää kiinnittää huomiota potilaan sairaustilanteeseen, mutta yhtälailla pitää huomioida muutosvaihe liikunnan suhteen ja mahdollisuudet fyysisen aktiivisuuden lisäämiseen. Liikkumisreseptin toimivuus olisi parhainta sellaisten potilaiden kohdalla, jotka ovat liikunnan suhteen harkinta- tai valmistumisvaiheessa. Tällöin olisi helpompaa kartoittaa liikunnan edut ja mahdollisuudet sekä laatia tavoitteet ja luoda edellytykset niiden saavuttamiselle jotka ovat keskeisiä asioita liikuntaneuvonnassa. Liikkumisreseptin käyttö voi olla apuna näiden asioiden kartoittamisessa ja sopimisessa sekä tavoitteiden saavuttamisen seurannassa. Liikkumisresepti voisi myös osaltaan auttaa potilasta siirtymään aina asteittain toimintavaiheesta ylläpitovaiheeseen. (Tuominiemi 2006: 79.)

Muutosprosesseja tukevia neuvontamenetelmiä ovat nykyisen liikunta-aktiivisuuden kartoitus, terveystuonnetta koskevan tiedon lisääminen, hyötyjen ja haittojen pohdinta, ongelmaratkaisukeinojen kartoittaminen, tavoitteen asettelu, konkreettisen ohjelman laadinta sekä auttaviin ihmissuhteisiin liittyvä resurssien ja sosiaalisen tuen kartoitus. (Vähäsarja ym. 2004: 86.)

1. Esiharkinta, asiakas ei ole silloin tietoinen muutostarpeesta ja ei halua muuttaa käyttäytymistään tai usko pystyvänsä käyttäytymisen muutokseen. Neuvonta-

menetelminä käytetään silloin nykyisen aktiivisuustason arviointia ja annetaan neutraalia informaatiota terveyttä edistävän liikunnan merkityksestä.

2. Harkinta, asiakas tiedostaa liikunnan lisäämisen tarpeen ja pohtii vakavasti muutosta. Ei kuitenkaan ole vielä valmis muuttamaan käyttäytymistään. Neuvontamenetelminä käytetään silloin, keskustellaan muutoksen haitoista ja hyödyistä (Itselle ja läheisille). Kartoitetaan asiakkaan liikunnan esteet ja pohditaan ongelmaratkaisukeinoja.
3. Valmistelu, asiakas on motivoitunut ja valmis lisäämään liikunnan-harrastamista lähiaikoina. Tekee jo pieniä muutoksia liikunta- käyttäytymisessä. Neuvontamenetelminä käytetään silloin, liikuntamahdollisuuksien ja sosiaalisen tuen kartoitusta. Asetetaan konkreettiset tavoitteet ja laaditaan suunnitelma yhdessä asiakkaan kanssa.
4. Toiminta, asiakas panee toimeen muutospäätöksen ja sitoutuu siihen. Hän lisää konkreettisesti liikunnan harrastamista. Neuvontamenetelminä käytetään silloin positiivista palautetta ja kannustamista. Kartoitetaan repsahdusta ennakoivat tekijät ja ennaltaehkäistään niitä. Kehotetaan asiakasta itsensä palkitsemiseen.
5. Ylläpito, asiakas on toteuttanut päätöksenä mukaisesti säännöllistä liikuntaa vähintään puoli vuotta. Liikunnasta tulee elämäntapa. Neuvontamenetelminä käytetään silloin kannustamista ja motivointia.

Terveyskäyttäytymisen muutosten tukeminen samoin kun potilaan muutosprosessin käynnistyminen ja eteneminen vaativat vastaanotolla aikaa. (Poskiparta ym. 2004: 1494). Muutosprosessi etenee sykleittäin välillä eteen ja välillä takaisinpäin. Muutosvaiheisiin kuuluvat tietyt prosessit jotka asiakas käy läpi ennen siirtymistään seuraavaan vaiheeseen. Elintapojen muutoksiin kuuluvat myös repsahdukset. Ne eivät jarruta muutosta, vaan repsahduksien avulla asiakas oppii tunnistamaan tilanteita mitkä vaikeuttavat muutosta ja auttavat siten asiakasta uuden toimintatavan omaksumisessa. (Vähäsarja ym. 2004: 82.) Lääkärin ja hoitajan on siis tärkeä ymmärtää, ettei potilas ole epäonnistunut, vaikka hän palaisi entisiin toimintoihin. Potilaalle pitäisi kertoa, että tällaiset tapahtumat kuuluvat muutosprosessiin, sekä tukea samalla hänen kyvykkyyttä ja itseluottamusta. (Mustajoki – Kunnamo 2009: 4.) Tiedostettaessa muutoksen eri vaiheet ja siihen liittyvät relapsit auttaa se suhtautumaan elämäntapojen muutoksiin suvaitsevasti ja realistisesti. (Mustajoki 2003: 4237).

Liikkumisreseptin käyttöselvityksessä selvitettiin Liikkumisreseptin käyttöä liikunnan yhteistyövälineenä, selvityksessä nousi tärkeänä asiana esiin myös asiakkaan motivointi, lisäksi kaivattiin keinoja motivointiin ja motivointi nähtiin yhtenä liikuntaneuvonnan kehittämiskeinona. Liikkumisresepti nähtiin hyvänä keinona motivoitaessa potilaita liikumaan. (Holopainen – Stålh 2004: 13.) Liikuntaneuvonnalla on väestön selkeä tuki ja tarve. Liikuntaneuvontaa ja motivointia terveydenhuollossa tulee lisätä. (Stålh ym. 2004: 3729).

5.1 Motivoiva potilashaastattelu

Asiakkaan pystyvyys käsite kuuluu keskeisenä osana muutosvalmiuden lisääntymiseen. Pystyvyyksikäsitteellä tarkoitetaan yksilön odotuksia ja uskoa omaan kykyynsä suoriutua tai onnistua tietyistä tehtävistä. Tämän on todettu olevan keskeinen yksilön liikuntakäyttäytymistä ennustava tekijä. Transteoreettiseen muutosvaihemalliin on usein yhdistetty asiakkaan pystyvyyksikäsitteistä tukevan motivoivan haastattelun menetelmiä. Motivoiva haastattelu on asiakaslähtöinen neuvontamenetelmä, jonka avulla vahvistetaan asiakkaan sisäistä motivaatiota muuttaa elintapojaan ja autetaan poistamaan sitä epävarmuutta mikä liittyy käyttäytymisen muutokseen. Kun neuvonnassa lähdetään liikkeelle asiakkaan omaan merkitysmailmaan, kokemuksiin ja arkielämään liittyviin asioihin, saadaan asiakas silloin itse tunnistamaan ja ratkaisemaan muutokseen liittyviä ristiriitoja. (Vähäsarja 2004: 83.)

Motivoivaa potilashaastattelua tarvitaan silloin, kun sairauden hoidossa tai ehkäisyssä on tarkoitus saada muutoksia potilaan elämäntavoissa. Tällaisia voivat olla esimerkiksi liikunta- ja ruokailutottumusten muuttaminen. Kaikilla ihmisillä on sisimmässään tarve olla terve ja motivaatio edistää omaa terveyttään. Tämä ei kuitenkaan jokaisen elämässä johda aina elämäntapamuutoksiin. Se miten herätämme potilaan motivaation, tapahtuu hyvällä kommunikaatiolla. Potilaalle ei pidä kertoa suoraan miten hänen pitäisi elää ja vältetään suoria kehotuksia, kuten ”teidän pitäisi lopettaa rasvaisen ruuan syöminen”. Tällainen toiminta saa potilaassa aikaan kapinointia, joka ilmenee potilaan muutosvastarintana eikä hän suostu muuttamaan mitään toiminnassaan. Potilas on vastaanottavaisempi, kun saa osallistua itse keskusteluun ja saa hoitajalta tai lääkäriltä neutraalia informaatiota. Potilaan oma motivaatio kehittyy ja hän voi itse tehdä ratkaisun joka edistää hänen terveyttään. (Mustajoki – Kunnamo 2009: 1.)

Motivoivassa keskustelussa on kaksi asiantuntijaa lääkäri tai hoitaja ja potilas. Hoitava taho tuo oman asiantuntemuksena potilaan käyttöön, mutta tärkeää on tiedostaa se että potilas on oman elämänsä paras asiantuntija ja tietää mitkä ratkaisut toimivat juuri hänen elämässään. Motivoivan keskustelun päätavoitteena on saada potilas itse ajattelemaan aiheesta. Jos potilaalle annetaan heti vaan ohjeita ja kerrotaan luentotyypillisesti aiheesta, potilas on vaan passiivinen kuuntelija. Hän ei käsittele asiaa aktiivisesti, eikä tee mitään ratkaisuja. (Mustajoki – Kunnamo 2009: 1–3.)

Motivoivan keskustelun tärkein asia on avoimet kysymykset. Ne alkavat usein sanoilla mitä, miten tai miksi. Voidaan kysyä esimerkiksi ”mitä mieltä olette liikkumisestanne?” Potilaan muutoshalukkuuden voi päätellä hänen vastauksestaan. Jos hän vastaa, että ei ole ajatellut asiaa, niin todennäköisesti hän ei harkitse muutosta. Jos hän puolestaan vastaa, ”olen ollut vähän huolissani painon kohoamisesta”, hän on luultavasti harkinta vaiheessa. Potilaan alkaessa puhumaan häntä voi rohkaista puhumaan lisää. Motivoivassa keskustelussa potilas on aktiivinen puhuja. Keskustelua ei saa aloittaa suljetuilla kysymyksillä esimerkiksi ”oletteko ajatellut tiputtaa painoa?” Tällaisiin kysymyksiin voidaan vastata nopeasti kyllä tai ei, jolloin potilas ei ajattele asiaa. Suljetuilla kysymyksillä voidaan tarkentaa myöhemmin asioita, mutta alussa niitä ei saa käyttää. Hoitajan tai lääkärin tehtävä motivoivassa haastattelussa on vaihtoehtojen esiintuomien potilaalle, eikä hänen puolestaan päätetä mitään. Potilas itse valitsee toimivimman vaihtoehdon tai jää harkitsemaan muutosta. Motivoiva keskustelu on onnistunut, jos potilaalla on oma ja toteuttamiskelpoinen suunnitelma elämäntapa muutoksiin ryhtymisestä. (Mustajoki – Kunnamo 2009: 1–3.)

Motivoivan haastattelun periaatteita on

1. Osoitetaan empatiaa. Katsotaan potilasta silmiin ja osoitetaan, että ollaan kiinnostuneita juuri hänen asiastaan. Kuunnellaan tarkkaavaisesti ja voidaan osoittaa kuuntelua sillä, että väliin äänellään hyväksyvästi tai keskeyttää välillä keskustelu lyhyillä kysymyksillä lauseilla esimerkiksi ”kiinnostavaa mitä äsken juuri kerroit”.
2. Vältetään todistelua ja väittelyä. Lääkäri voi tietää jonkin asian paremmin kuin potilas, jolla voi olla vääränlaisia uskomuksia asiasta. Mikäli potilas pysyy kan-

nasaan, ei ole järkevää vedota uusiin tutkimuksiin ja kertoa että asia on näin. Tällainen vain pahentaa tilannetta.

3. Myötäillään vastahankaa. Vaikka potilas ei toimisi niin kuin olisi parasta, niin ei kritisoida potilasta eikä moitita, vaan myötäillään.
4. Tuetaan potilaan itseluottamusta ja omia kykyjä. Ajatellaan myönteisiä puolia ensin ja tuodaan ne esiin esimerkiksi ” ruokavaliossanne on monta hyvää asiaa.

Muutostutkimuksissa on todettu, että muutos on asteittainen prosessi ja sen toteuttaminen ei onnistu hetkessä. Yleensä ei voi loikata muutosvaiheita yli vaan prosessissa käydään läpi kaikki vaiheet. Prosessi kestää kuukausia tai jopa vuosia. Motivoiva potilashaastattelu voi siis olla onnistunut, vaikkei mitään konkreettista olisikaan heti tapahtunut. Potilas on voinut siirtyä, ei harkitse vaiheesta harkitsen vaiheeseen, jolloin muutos on jo lähtenyt käyntiin. Sitten jos potilas on toimintavaiheessa eli motivoitunut muutokseen, silloin tarvitaan potilasohjausta. Silloin ohjausta antaa potilasohjaukseen koulutettu henkilö kuten terveydenhoitaja, ravitsemusterapeutti tai jokin muu potilasohjauskoulutuksen saanut. (Mustajoki – Kunnamo 2009: 4.)

5.2 Liikkumisresepti liikuntaneuvonnassa

Liikkumisresepti on lääkäreiden liikuntaneuvonnan helpottamiseksi suunniteltu työkalu. Se on kehitetty vuosien 2001–2003 aikana terveydenhuollon liikunta-neuvonnan kehittämiseksi toteutetussa Suomen Reumaliiton, Suomen lääkäriliiton, Jyväskylän yliopiston, Kunnossa kaiken ikää -ohjelman, Suomen sydänliiton ja UKK-instituutin yhteisessä hankkeessa. Liikkumisreseptiin kirjataan asiakkaan yksilöllinen liikuntaohje, joka sisältää tiedot asiakkaan tämän hetken liikkumisesta ja sen riittävydestä, liikkumisen terveysperusteista ja tavoitteista sekä suositeltavat liikkumismuodot, liikkumisen kesto, rasittavuus ja useus. Myös tiedot liikkumisen toteutumisen arvioinnista ja seurannasta kirjataan. Lomake on suunniteltu niin, että se myös ohjaa liikunta-neuvonnan toteuttamista. (Ståhl 2005: 6–8.) Liikkumisreseptin on katsottu sopivan erityisesti sellaisille potilaille joilla on tuki- ja liikuntaelin ongelmia, liikapainoa, diabetes, verenpainetauti metabolinen oireyhtymä, osteoporoosi tai niille jotka liikkuvat vähän tai joilla ei ole liikkumiseen liittyviä ongelmia. (Holopainen – Stålh 2004: 4.)

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman valmistelu oli käynnissä samaan aikaan, kun Liikkumisresepti julkistettiin helmikuussa 2002. Ehkäisyohjelman valmistelutyössä kar-

toitettiin konkreettisia, ehkäisevää työtä helpottavia työkaluja. Liikuntaneuvonnan osalta Liikkumisresepti nähtiin tällaiseksi työväliseksi. Suunnitteluryhmän pohtiessa Liikkumisreseptin soveltuvuutta Tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman kokonaisuuteen keskustelua käytiin muun muassa siitä, onko sillä erityistä merkitystä, että lääkäri toteuttaa neuvonnan ja kirjoittaa Liikkumisreseptin ja ovatko lääkärit halukkaita tai kiinnostuneita kirjoittamaan Liikkumisreseptiä. Alkuvaiheenkokemukset Liikkumisreseptistä ja toisaalta kansainväliset esimerkit puolsivat liikkumisreseptin käyttöä. Liikkumisresepti esiteltiin yhtenä liikuntaneuvonnan työkaluna tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyohjelmassa ja se sai normatiivisen aseman Dehko D2D – hankkeessa 2003–2007. Tämän myötä liikkumisreseptistä tuli oleellinen osa D2D hanketta, mikä osaltaan luo mahdollisuudet Liikkumisreseptin hyödyntämiseen liikuntaneuvonnassa valtakunnallisen Liikkumisresepti hankkeen päätyttyä. (Stålh 2005: 19.)

Liikkumisresepti toimii hyvänä apuna neuvonnassa sekä ammattiryhmien välisessä yhteistyössä. Se on käyttökelpoinen ja se on lisännyt terveytensä kannalta vähän liikkuviin liikuntaa. (UKK-instituutti 2010.) Liikkumisreseptin täytössä ei vie kauan aikaa ja sen rakenne auttaa samalla ohjaamaan liikuntaneuvonnan toteutumista. Liikkumisreseptin käyttöönottoon liittyy lyhyt koulutus, jonka lisäksi annetaan oheismateriaalia. Nämä yhdessä antavat terveydenhuollon ammattilaiselle riittävät tiedot liikuntaneuvonnan toteuttamisesta, terveysliikuntasuosituksista sekä Liikkumisreseptin käytöstä. (UKK-insituutti 2011a.)

Hyvinkään terveyskeskuksessa liikkumisresepti otettiin käyttöön syyskuussa 2006. Reseptin kirjoittaa siellä lääkäri, sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja. Vastaanotolla asiakas saa reseptin allekirjoitettuna itselleen. Sen jälkeen asiakas varaa sitten ajan fysioterapeutille, jossa kartoitetaan asiakkaan alkutilanne, mietitään liikuntamuodot ja toteuttamistapa. Fysioterapia työskentelee tiiviisti yhteistyössä muiden kaupungin liikuntapalveluiden kanssa, näin voidaan löytää jokaiselle asiakkaalle sopiva ryhmä ja ottaa huomioon myös mahdolliset liikuntarajoitteet. Fysioterapiassa suunnitelma ja toteutus kirjataan ylös. Asiakas saa kuntokortin, mihin hän voi merkata liikuntasuoritukset ja kortin voi sitten halutessaan ottaa mukaan kontrollikäynnille lääkärin tai sairaanhoitajan luokse. Hyvästä liikkumisreseptistä löytyy myös kanta terveysrajoitteisiin ja se pyrkii löytämään jokaiselle sopivan tavan liikkua. Esimerkkinä voidaan mainita, että polvivaivaista

ei lähetetä hölkkäämään, vaan hänelle suositellaan vaikkapa uintia tai polkupyöräilyä. (Valtiotieteilijät 2009: 24–27.)

Liikkumisreseptin on otettu käyttöön Helsingin terveystieteiden keskuksessa ja se hyväksyttiin terveyslautakunnassa vuonna 2003 silloin päättyneen preventioprojektin yhteydessä. Aluksi Liikkumisresepti oli suunnattu lääkäreiden käyttöön. Perusterveydenhuollossa terveystieteiden keskuksessa kuuluu kuitenkin myös hoitajien ydinosaamiseen, joten liikkumisreseptin kirjoittaminen on liitetty myös heidän tehtäviin. Lääkärin tai hoitajan on mahdollista tulostaa potilaalle liikkumisresepti terveystieteiden keskuksen intranetistä. Mikäli potilaan kanssa vastaanotolla keskustellessa ei löydy sopivaa liikkumismuotoa tai siitä on epävarmuutta, lääkäri tai hoitaja voi ohjata liikkumista tarvitsevan potilaan varaamaan ajan myös oman alueensa fysioterapiasta yksilöllisen liikuntasuunnitelman laatimista varten. (Helsingin kaupunki terveyslautakunta 2011.)

5.3 Liikkumisreseptin käyttö

Taulukko 1. Liikkumisreseptin käyttöohje. (UKK- instituutti 2011b).

<p>1. Kirjoita reseptiin asiakkaan nimi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se korostaa reseptin henkilökohtaisuutta ja reseptistä muodostuu yhdessä allekirjoituksesi kanssa yhteinen sopimus asiakkaan kanssa.
<p>2. Nykyinen säännöllinen liikkuminen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kestävyydestyyppinen liikkuminen pitää yllä tai kohentaa verenkierto- ja hengityselimistöä. Kaikki vähintään 10 minuutin pätkät lasketaan. • Esim. kävellen tai pyöräillen tehdyt työ- tai asiointimatkat, ruumiillisesti raskeat koti- tai pihatyöt, retkeily sekä varsinainen kuntoliikunta ja urheilu, kuten hölkkä, juoksu, hiihto, uinti, erilaiset pallopelit • Lihaskuntoharjoittelu pitää yllä tai kehittää lihasvoimaa ja -kestävyyttä ja ketteryyksiä tasapainoa ja koordinaatiokykyä. Kesto kerrallaan vähintään 20 minuuttia. • Esim. Kuntosaliharjoittelu, erilaiset kuntojummat ja kotivoimistelu
<p>3. Liikkumisen riittävyys terveyden kannalta (vertaa UKK-liikuntapiirakka)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riittävää, jos • ripeää ja rasittavaa kestäväystyyppistä liikkumista on yhteensä vähintään 150 minuuttia (2 tuntia 30 minuuttia) viikossa jaettuna ainakin kolmelle viikonpäivälle JA lihaskuntoharjoittelua/ketteryyksiä on vähintään kahdesti viikossa. • TAI

<ul style="list-style-type: none"> • Rasittavaa kestävyystyyppistä liikkumista on vähintään 75 minuuttia (1 tunti 15 minuuttia) viikossa jaettuna ainakin kolmelle viikonpäivälle JA lihas-kuntoharjoittelua/ketteryyliikuntaa on vähintään kahdesti viikossa.
<p>4. Liikkumisen tavoite</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keskustele asiakkaan kanssa liikkumisen terveydellisestä merkityksestä, asiakkaan omista liikkumisen tavoitteista sekä hänen halukkuudestaan ja mahdollisuuksistaan lisätä liikkumista. Kirjaa keskustelun perusteella syntynyt tavoite, jonka lähtökohtana voi olla terveys(esim. verenpaineen alentuminen, veren rasva-arvojen parantuminen) tai asiakkaan omat odotukset (esim. jaksamisen parantuminen)
<p>5. Liikkumisohje</p> <ul style="list-style-type: none"> • Liikkumismuodot tai -lajit, päivänä viikossa, kesto • Kirjaa ensin se liikkuminen, joka jo toteutuu. Täydennä sitten ohjetta asiakkaan kanssa niin, että siinä on otettu huomioon tavoite sekä asiakkaan mieltymykset ja mahdollisuudet. • Rasittavuus • Määritä rasittavuus ilmaisua ”kevyt”, ”ripeä” tai ”rasittava” käyttäen. Voit tarkentaa ilmaisua kääntöpuolella olevan Borgin asteikon avulla. Anna tällöin asiakkaalle taulukko ja selosta sen käyttö.
<p>6. Lisäohjeet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Käytä lisäohjeena terveysasemalla jo olemassa olevaa esite- ja ohjemateriaalia. Ohjaa asiakas tarvittaessa saamaan lisäohjeita sairaanhoitajalle, terveydenhoitajalle, työterveyshoitajalle, ravitsemusterapeutille, fysioterapeutille tai liikunta-alan ammattilaiselle. • Jos et tiedä henkilön nimeä ja yhteystietoja, pyydä asiakasta kysymään ne muulta henkilökunnalta vastaanoton jälkeen.

Liikkumisresepti liitetään osaksi sähköisen potilaskertomuksen ydintietoja ja sen käytön katsotaan olevan perusteltua terveyskeskuksissa ja työterveyshuollossa. UKK-instituutin tarjoaa koulutusta, jonka tavoitteena on edistää Liikkumisreseptin käyttöönottoa omassa työyhteisössä. (UKK-instituutti 2010.)

L I I K K U M I S R E S E P T I

Nimi: _____ Henkilötunnus: _____

Nykyinen, vähintään 30 minuuttia päivässä toteutuva, säännöllinen liikkuminen:

ei juuri mitään
 kevyttä liikkumista _____ päivänä viikossa
 ripeää liikkumista _____ päivänä viikossa
 rasittavaa liikkumista _____ päivänä viikossa

} terveyden kannalta riittävää
 riittämätöntä

Liikkumisen terveysperusteet tai tavoite: _____

OHJE:

Liikkumuodot ja/tai lajit	Päivänä viikossa	Kesto päivässä minuuttia	Rasittavuus	sykealue
Esim. kävely töihin tai harrastukseen, nurmikon leikkuu, lumen luonti, työmatkapyöräily, kävelylenkkeily, kotivoimistelu, ohjattu liikunta, pallopelit, tanssi, kuntosaliharjoittelu			kevyt • ei juurikaan hengästymistä ripeä • jonkin verran hengästymistä rasittava • voimakasta hengästymistä	

Lisäohjeet:

esite _____

käynti _____ luona puh. _____

muu _____

Toteutumisen arviointi ja seuranta:

seuraavalla vastaanottokäynnillä _____

_____ kk:n kuluttua _____ luona puh. _____

muu _____

Pvm: ____/____/____

Lääkärin allekirjoitus _____

Reumaliitto • KKI-ohjelma • Lääkäriliitto • Sydänliitto • Terveyden edistämisen tutkimuskeskus/JY • UKK-instituutti

Kuvio 2. Liikkumisresepti (Diabetes: Ilanne-Parikka, Pirjo – Kangas, Tero – Kaprio, Eero A – Rönnemaa, Tapani 2006,171).

Liikuntapiirakkaan sisältyy (18–64 v) viikoittainen terveysterveysliikuntasuositus. Kestävyyskuntoa voit parantaa liikkumalla useana päivänä viikossa yhteensä ainakin 2 t 30 min reippaasti tai sitten 1 t 15 minuuttia rasittavasti. Lihaskuntoa voit kohentaa ja liikehallintaa kehittää 2 kertaa viikossa. (UKK-instituutti 2011 c.)



Kuvio 3. Liikuntapiirakka (UKK-instituutti 2011, uusittu v.2009).

5.4 Liikkumisresepti tutkimuksia

Aittasalo (2008) selvitti väitöskirjassaan valtakunnallisen Liikkumisresepti-hankkeen (2001–2004) tuloksia. Hankkeen tavoitteena oli lisätä avoterveydenhuollon lääkärien antamaa liikuntaneuvontaa liikkumisreseptin ja tukimateriaalin avulla. Hanke ei lisännyt reseptin käyttöä eikä liikuntaneuvontaa lääkäreiden keskuudessa. Reseptin käyttöön liittyvät tutkimukset ovat yhteneväisiä ulkomaalaisten tutkimusten kanssa. Kohderyhmä tavoitetaan hyvin valtakunnallisten toimenpiteiden avulla, mutta menettelytavan käyttöönotto on hidasta ja tapahtuu vähitellen ja sen käyttöä voidaan edistää paikallisella tasolla. (Aittasalo 2008.)

Liikkumisreseptin käyttöselvityksessä lähetettiin kyselylomake 2003 Liikkumisresepti-koulutukseen vuosien 2002–2003 aikana osallistuneille lääkäreille sekä niihin toimipaikkoihin, joihin oli tilattu Liikkumisresepti koulutus. Lääkäreille lähetettiin hieman laajempi kyselylomake henkilökohtaisesti täytettäväksi ja hoitajille ja fysioterapeuteille toimipaikkainen lomake yhdessä täytettäväksi. Liikkumisreseptikoulutus näytti lisänneen liikkumistottumuksista keskustelua ja kysymistä. (Holopainen – Ståhl 2004: 2–4.) Liik-

kumisreseptin käyttöä on myös selvitetty Länsi-Suomen erikoissairaanhoidossa, sekä Jyväskylän YTHS: n Liikkumisreseptipilotissa, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin Liikkumisreseptihankkeessa ja Etelä-Pohjanmaan LIIHOTA hankkeessa. (Stålh 2005: 34).

UKK-instituutin Liikkumisreseptin vaikuttavuuden arviointitutkimuksessa (2002–2003) johon osallistui 24 terveysasemalta 67 lääkäriä jotka arvottiin koe- ja kontrolliryhmään toteuttivat vastaanotolla tavanomaisen hoidon lisäksi Liikkumisreseptin mukaisen neuvonnan ja kontrolliryhmässä toteutui tavanomainen hoito. Potilaiden ryhmä (N=265) määräytyi vastaan ottavan lääkärin mukaan. Tuloksissa todettiin, että Liikkumisreseptiryhmän potilailla oli yksi hengästymistä aiheuttavaa vapaa-ajan liikkumista yksi viikoittainen kerta enemmän kuin kontrolliryhmään kuuluneilla sekä kahden että kuuden kuukauden seurannassa. Lääkäreiltä reseptin laatimiseen meni aikaa keskimäärin 5–10 minuuttia ja Liikkumisreseptiä pidettiin hyvänä työkaluna etenkin terveystarkastus- ja seurantakäynneillä. Potilaat suhtautuivat myönteisesti reseptin avulla toteutettuun liikuntaneuvontaan (Kukkonen-Harjula 2010.) Tuoreimmat ulkomaiset katsaukset ovat yhteneväisiä Liikkumisreseptitutkimuksen tuloksien kanssa. Liikkumisresepti motivoi potilaita aloittamaan liikkumisen. Uusien liikuntatottumusten ylläpito edellyttää kuitenkin säännöllistä seurantaa ja toimivaa yhteistyötä terveydenhuollon ja liikunnan ammattilaisten kesken. (Kukkonen-Harjula 2010.)

Soinin kunnassa toteutettiin vuosien 2005–2006 aikana pilottihankkeena pitkä ohjaus- ja seurainterventio, jossa kulmakivenä oli liikkumisreseptin käyttö. Ryhmä koostui yli 15 riskipistettä saaneesta miehestä, jotka kuuluivat siis selkeästi riskiryhmään sairastua tyyppin 2 diabetekseen. Liikkumisreseptiin kirjattiin tavoitteet, jotka monilla olivat kolesterolin, verenpaineen ja sokeriarvojen alentaminen, painon pudottaminen, nivelkipujen hallinta ja elämänlaadun parantaminen. Hankkeen yhteistyökumppanina toimi Kuortaneen urheiluopisto, jossa oli mahdollista osallistua tehojaksoille. Pilottiryhmän tulokset olivat hyviä. Sokeri- ja kolesteroliarvot paranivat huomattavasti puolessa vuodessa. Kuntotestin tulokset olivat keskiluokkaa, mutta mikä tärkeintä liikkuminen oli helpottunut ja liikunnasta sai hyvän mielen ja olon. Liikkumisreseptin täsmentäminen, päivittäminen ja jatkoseuranta toivat lisätehoa aktiiviseen omahoitoon. Kaikilla pilottiryhmäläisillä onnistuttiin siirtämään diabeteksen lisäsairauksien syntyminen interventiovuoden aikana, mikä taas on suuri taloudellinen lisähyöty. (Honkola – Kettula 2007: 19–23.)

Minna Aittasalo (2008) tutki väitöskirjassaan työikäisten liikunnan edistämistä avoterveydenhuollossa. Aittasalon totesi, että liikkumisreseptillä, liikuntapäiväkirjalla ja askelmittarilla saavutetaan hyviä tuloksia. Lääkärin laatima liikkumisresepti lisäsi terveyskeskusten ja työterveyshuollon asiakkaiden liikuntaa, mutta Liikkumisreseptin käyttöön otto vaatii paikallista yhteistyötä ja aikaa. Muut menetelmät kuin Liikkumisresepti lisäsivät myös liikuntaa tosin vain lyhytaikaisesti. (Aittasalo 2008.) Tanskassa sairaanhoitaja tai muu hoitohenkilökunta selvittää haastattelujen avulla asiakkaan motivoituneisuuden, jonka jälkeen on mahdollista tarjota liikuntamääräystä reseptillä. Lääkäri on kuitenkin vastuussa reseptin määräämisestä. Norjassa taas liikuntareseptiä voi määrätä joku ulkopuolinen pätevyyden omaava henkilö, kuten henkilöstö- ja sosiaalityöpalvelujen henkilö. (Kallings 2010: 21–31.) Norjan mallissa reseptin määrääystä harkitaan aina, jos kyseessä on verenpainepotilas tai tyypin 2 diabetesta sairastava potilas. Tanskan mallissa reseptimääräys vaatii diagnoosina yleensä metabolisen oireyhtymän, tyypin 2 diabeteksen tai sydän- ja verisuonisairauden. (Kallings 2010: 33.)

6 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Liikkumisreseptin käyttöä osana diabetesta sairastavan aikuispotilaan liikuntaneuvontaa. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä sairaanhoitajan tietoa Liikkumisreseptistä, jotta hän saisi keinoja osallistua tyypin 2 diabetespotilaan liikuntaneuvontaan.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitä edistäviä tekijöitä on Liikkumisreseptin käytössä?
2. Mitä estäviä tekijöitä on Liikkumisreseptin käytössä?

7 Opinnäytetyön toteuttaminen

7.1 Kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö toteutetaan systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteiden mukaan

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tieteellinen menetelmä, jolla kerätään olemassa olevaa tietoa, arvioidaan tiedon laatua sekä yhdistetään tuloksia jostakin rajatusta ilmiöstä mahdollisimman kattavasti. Systemaattinen tarkoittaa, että toimitaan ennalta määritellyn suunnitelman mukaisesti. Kirjallisuuskatsaus muodostuu tutkimussuunnitelmasta, tutkimuskysymysten määrittämisestä, alkuperäistutkimusten hausta, niiden vallinnasta sekä laadun arvioinnista. Lisäksi systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen kuuluu alkuperäistutkimusten analysointi sekä tulosten esittäminen. Sen jokaiseen vaiheeseen kuuluu lisäksi täsmällinen raportointi, jotta tieteellisen tutkimuksen periaatteet säilyvät. Tärkeää on myös kirjata kaikki mahdolliset poikkeamat tutkimussuunnitelmas- sa, jotta systemaattinen kirjallisuuskatsaus olisi toistettavissa. (Kääriäinen – Lahtinen 2006: 37, 39.)

7.2 Aineiston hakuprosessi

Tämän kirjallisuuskatsauksen aineisto koostuu tieteellisesti hyväksytyistä tutkimuksista, artikkeleista, raporteista sekä sairaanhoitopiirien hankkeista.

Medic:stä hain hakusanalla Liikkumisresepti ja osumia tuli yhteensä 5, joista otsikon perusteella luin kolme ja valitsin aineistoon yhden tutkimuksen. Medic:stä hain hakusa- nalla liikuntaneuvonta ja osumia tuli 10, josta otsikon perusteella luin kaksi ja valitsin aineistoon yhden tutkimuksen. Liikkumisreseptin käyttöä koskevia tutkimuksia ei tietokannoista löytynyt riittävästi, joten hain manuaalisella haulla yleisellä hakukoneella ”liikkumisresepti” sanalla ja aineistoon valitsin lukemani perusteella 4. Tiedonhaut ra- jattiin koskevaksi suomalaisia tutkimuksia ja hankkeita koska halusin tarkastella Liik- kumisreseptin käyttöä Suomessa ja liikuntaneuvontaa, sillä muiden maiden Liikkumis- reseptikäytännöt poikkeavat toisistaan paljon. Lopulliseen analyysiin valikoitu 6 tutki- musta/hanketta/ raporttia.

Taulukko 2. Tiedonhakutaulukko

Tietokanta	Hakusanat	Osumat	Luetut	Valitut
Medic	Liikkumisresepti	5	3	1
Medic	Liikuntaneuvonta	10	2	1

7.3 Aineiston analyysi sisällönanalyysillä

Analyysiprosessille ei ole selkeitä sääntöjä miten edetään, vaan on olemassa ohjeistuksia. Analyysissä voidaan tehdä kahdella tavalla. Aineistosta lähtien eli induktiivisesti tai sitten aikaisemmasta käsitejärjestelmästä eli deduktiivisesti. Deduktiivisessa analyysissä käytetään aikaisempaa käsitejärjestelmää hyväksi, kun aineistoa luokitellaan. Molemmissa analyysimenetelmissä ensimmäisenä vaiheena on analyysiyksikön määrittely, jota ohjaa tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Tavallisesti käytetty analyysiyksikkö on yksi sana tai sanayhdistelmä. Yksikkönä voidaan käyttää myös ajatuskokonaisuutta, lausetta tai lausumaa. (Kyngäs – Vanhanen 1995: 3, 10.)

Sisällönanalyysia voidaan käyttää toteutettaessa systemaattista kirjallisuuskatsausta. Tutkijalla on tietty määrä tutkimuksia, joiden tietoa hän kokoaa ja tiivistää. Teorialähtöinen sisällönanalyysi toimii tällöin tutkijan apuna luokittelurunkoa laatiessa, minkä pohjalta hän esittää tiivistyksensä. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tuloksena eivät toimi sisällönanalyysilla avulla saadut luokat vaan luokat ovat tutkijan apukeino tarkastella tutkimusten sisältämää tietoa. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tulos saadaan, kun tutkija tarkastelee sisällönanalyysissä saatujen luokkien sisältöä lähteisiin nojaten. (Tuomi – Sarajärvi 2011: 123–124.)

Sisällönanalyysi on laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen laji. Kvalitatiivisen tutkimuksen perusteena on todellisen elämän kuvaaminen, jossa todellisuus ajatellaan olevan moninainen. Laadullisessa tutkimuksessa yritetään tutkia asiaa kokonaisvaltaisesti. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa puolestaan etsitään ja paljastetaan tosiasioita. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2009: 161–162.)

7.4 Aineiston pelkistäminen ja luokittelu

Opinnäytetyössä tutkimusaineistoon perehdyttiin induktiivisen sisällönanalyysin keinoin. Analysoitava aineisto luettiin läpi etsimällä vastauksia tutkimuskysymyksiin: Mitä edistäviä tekijöitä on Liikkumisreseptin käytössä? Mitä estäviä tekijöitä on Liikkumisreseptin käytössä? Miles ja Huberman (1994) kuvaavat aineistolähtöisen laadullisen eli induktiivisen aineiston analyysiä kolmevaiheiseksi prosessiksi: 1) aineiston redusointi eli pelkistäminen 2) aineiston klusterointi eli ryhmittely ja 3) abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Aineiston pelkistämisen eli redusoinnissa analysoitava informaatio eli data voi olla aukikirjoitettu haastatteluaineisto muu asiakirja tai dokumentti. Aineisto pelkistetään

siten, että aineistosta karsitaan tutkimuksen kannalta epäolennaiset asiat pois. Pelkistäminen voi olla joko informaation tiivistämistä tai pilkkomista osiin. Tällöin aineiston pelkistämistä ohjaa tutkimustehtävä, jonka mukaan aineistoa pelkistetään liiteroimalla tai koodaamalla tutkimustehtävälle olennaiset ilmaukset. Alkuperäisestä informaatiosta nostetut ilmaukset kirjataan aineistosta nostetuilla ilmauksilla, joista voidaan käyttää käsitettä aineiston pelkistäminen. (Tuomi – Sarajärvi 2011: 108–109.)

Aineiston klusteroinnissa eli ryhmittelyssä aineistosta koodatut alkuperäiset ilmaukset käydään läpi ja aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään luokaksi sekä nimetään luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Luokitteluyksikkönä voi olla esimerkiksi tutkittavan ilmiön ominaisuus piirre tai käsitys. Luokittelussa aineisto tiivistyy, koska yksittäiset tekijät sisällytetään yleisempiin käsitteisiin. Klusteroinnissa luodaan pohja kohteena olevan tutkimuksen perusrakenteelle, sekä alustavia kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi – Sarajärvi 2011: 110.) Aineiston klusteroinnin jälkeen on vuorossa aineiston abstrahointi, jossa erotetaan tutkimuksen mukaan kannalta olennainen tieto ja valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Klusterointi on osa abstrahointia. Abstrahoinnissa eli käsitteellistämisessä edetään alkuperäisinformaation käyttämistä kielellisistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. Abstrahointia jatketaan yhdistelemällä luokituksia niin kauan kuin se on aineiston sisällön näkökulman mahdollista. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä yhdistellään siis käsitteitä ja näin saadaan vastaus tutkimustehtävään. Sisällönanalyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn jossa edetään empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta ilmiöstä. Abstrahoinnissa empiirinen aineisto liitetään teoreettisiin käsitteisiin ja tuloksissa esitetään empiirisestä aineistosta muodostettu malli, käsitejärjestelmä, käsitteet tai aineistoa kuvaavat teemat. Tuloksissa kuvataan myös luokittelujen pohjalta muodostetut käsitteet tai kategoriat ja niiden sisällöt. Johtopäätöksen tekemisessä tutkija pyrkii ymmärtämään, mitä asiat tutkittavalle merkitsevät. (Tuomi – Sarajärvi 2011: 111–113.)

8 Tutkimustulokset

Opinnäytetyön tulokset saatiin tekemällä tutkimusaineistolle aineistolähtöinen sisällönanalyysi vastaten tutkimuskysymyksiin. Tässä opinnäytetyössä analyysiyksikkönä käytettiin lause tai asia kokonaisuuksia. Pelkistämistä ohjasivat tutkimuskysymykset. Seuraavat taulukot kuvaavat opinnäytetyön induktiivisen sisällönanalyysin prosessin etenemistä ja toteuttamista (Taulukko 3, Taulukko 4), jotka vastaavat tutkimuskysymyksiin Mitä edistäviä tekijöitä on Liikkumisreseptin käytössä? Mitä estäviä tekijöitä on Liikkumisreseptin käytössä? Ensin alkuperäisilmaukset taulukoitiin, ilmaisut pelkistettiin ja muodostettiin alaluokat. (LIITE 1). Seuraavaksi alaluokista muodostettiin yläluokat.

Taulukko 3. Esimerkki Abstrahoinnin etenemisestä alkuperäisilmaisusta alaluokkaan

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka
Tärkeinä nähtiin yhteiset käytännöt, menettelytavat ja suuntaviivat sekä ammattiryhmien välinen yhteistyö.	Yhteiset käytännöt menettelytavat, suuntaviivat ja ammattiryhmien välinen yhteistyö	Yhteiset käytännöt

Taulukko 4. Abstrahoinnin eteneminen alaluokista yläluokkiin

Alaluokat	Yläluokat
Käytännöllisyys Reseptin sopivuus Potilasmyönteisyys Motivointi Koulutus Asiantuntijuus Yksilöllisyys Oheismateriaali Resurssit Sähköinen järjestelmä Yhteiset käytännöt Kehittäminen	Käytön edistävät tekijät

Lääkäreiden haluttomuus Yhteisten käytäntöjen puute Käyttökokemus vähäistä Tiedon puute Resepti marginaalinen Resurssit Oheismateriaalin puute Terveysliikuntakoulutus vähäistä Lääkärikeskeinen	Käytön estävät tekijät
--	------------------------

8.1 Liikkumisreseptin käytön edistävät tekijät

Alaluokiksi muodostuivat 12 alaluokkaa käytännöllisyys, reseptin sopivuus, potilasmyönteisyys, motivointi, koulutus, asiantuntijuus, yksilöllisyys, oheismateriaali, resurssit, sähköinen järjestelmä, yhteiset käytännöt sekä kehittäminen. Yläluokaksi muodostui käytön edistävät tekijät.

Taulukko 5. Yläluokka: Käytön edistävät tekijät

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka
Reseptin katsottiin sopivan sellaisille potilaille, joilla tuki ja liikuntaelinongelmia, liikapainoa, diabetes, verenpainetauti, metabolinen oireyhtymä tai osteoporosi, jotka liikkuvat vähän ja joilla ei ollut liikkumiseen liittyviä esteitä.	Sopii potilaille joilla tuki- ja liikuntaelinongelmia, liikapainoa, diabetes, verenpainetauti, metabolinen oireyhtymä tai osteoporosi, vähän liikkuville ja ei liikkumiseen liittyviä esteitä.	Reseptin sopivuus
Reseptin ulkoasua pidettiin selkeänä ja ymmärrettävänä ja se todettiin hyväksi apuvälineeksi neuvonnan jäsentämisessä.	Reseptin ulkoasu selkeä ja ymmärrettävä ja hyvä apuväline neuvonnan jäsentämisessä.	Käytännöllisyys
Neuvonnan tueksi kaivattiin oheismateriaalia, muun muassa tietoa eri liikku- mismuodoista ja palveluis- ta, rasittavuuden arvioin- nista ja liikunnan terveys- vaikutuksista.	Neuvonnan tueksi kaivat- tiin oheismateriaalia liik- kumismuodoista, palveluis- ta, rasittavuuden arvioin- nista, liikunnan terveysvai- kutuksista.	Oheismateriaali

<p>Hoitajien keskuudessa toivottiin eniten koulutusta myös hoitajille ja keskustelua asiasta. Heidän mielestään olisi hyvä kerrata asioita yhdessä eri ammattiryhmien kanssa.</p>	<p>Toivottiin koulutusta myös hoitajille ja keskustelua asiasta ja asioiden kertausta ammattiryhmien kanssa</p>	<p>Koulutus</p>
<p>Hoitajat toivoivat neuvonnalle ja yhteistyölle lisää resursseja eli aikaa, rahaa ja painotusta.</p>	<p>Neuvonnalle ja yhteistyölle lisää resursseja, aikaa, rahaa ja painotusta</p>	<p>Resurssit</p>

Käytännöllisyys Liikkumisreseptin käyttöön aikaa kului lääkäreiltä 5–10 min. Liikkumisreseptin toteuttamiseen on kuitenkin varattava aikaa terveydenhuollossa 10–20 min. Reseptin käyttö tai täyttäminen ei ollut vaikeaa. Reseptin ulkoasua pidettiin selkeänä, ymmärrettävänä ja resepti on hyvä apuväline neuvonnan jäsentämisessä. Liikkumisresepti on konkreettinen, suullinen neuvonta, ohjaus tehostuvat sekä asioiden esille ottamisen helpottuu. Liikkumisreseptin arvioitiin käyttökelpoiseksi jos sitä käytettäisiin enemmän. Hoitajat pitivät reseptiä hyvänä, koska liikkuminen on tärkeää esim. metabolisessa oireyhtymässä. Reseptin katsottiin lisäävän yhteistyötä lääkärin kanssa. Suhtautuminen reseptiin oli myönteistä. Reseptin käyttökelpoisuutta perusteltiin myös sillä, että asiakkaat haluavat kirjallisia ohjeita koska suullisia ohjeita tulee niin paljon, että ne unohtuvat. Liikkumisresepti aktivoi antamaan liikuntaneuvontaa ja kirjallinen liikuntaohje koettiin suullista liikuntaohjausta tehokkaampana. Kirjalliset ohjeiden antamista pidettiin tärkeänä, koska potilaat unohtavat annetusta informaatiosta välittömästi 40–80 % ja puolet muistetaan väärin. Liikkumisresepti herättää myös keskustelua potilaan kanssa ja hänen on helpompi ymmärtää perustelut. Harjoittelun seuranta tulee konkreettiseksi kun on täsmälliset ohjeet ja kirjattu tavoite auttaa mieltämään liikunnan lääkeominaisuuden. (Aittasalo – Miilunpalo 2002; Holopainen – Stålh 2004; Stålh ym. 2004; Starck ym. 2005; Lähdesmäki 2004–2008; Tuominiemi 2006.)

Reseptin sopivuus resepti sopii potilaille joilla on tuki- ja liikuntaelinongelmia, liikapainoa, diabetes, verenpainetauti, metabolinen oireyhtymä tai osteoporoosi sekä vähän liikkuville ja ei ole liikkumiseen liittyviä esteitä. (Aittasalo – Miilunpalo 2002.)

Potilasmyönteisyys potilaat suhtautuivat myönteisesti liikuntaneuvontaan ja Liikkumisreseptiin ja olivat innostuneita reseptistä. Reseptiä pidettiin hyödyllisenä ja motivoivana. Potilaiden fyysinen aktiivisuus lisääntyi jonkin verran Liikkumisreseptin käytön aikana. (Tuominiemi 2006; Lähdesmäki ym. 2004–2008.)

Motivointi Resepti nähtiin lisäapuna motivoitaessa potilaita liikkumaan. Tärkeänä nähtiin myös työntekijöiden omat asenteet, motivaatio ja kiinnostus asiaa kohtaan sekä asiakkaan motivointi. Liikkumisresepti on motivoiva väline henkilöille, jotka eivät ole koskaan liikkuneet. Reseptiä pidettiin tyytyväisyyttä tuovana ja ihmiset tottuivat ajatukseen, että liikunta on lääkettä. Potilaan motivointiin kaivattiin keinoja sekä asioiden käsittelyyn potilaan kanssa. Motivointi nähtiin yhtenä liikuntaneuvonnan kehittämiskeinona. Kirjallinen ohje motivoi potilasta paremmin, tuo asian esille ja auttaa havainnollistamaan sanomaa. (Stålh ym. 2004; Starck ym. 2005; Lähdesmäki 2004–2008.)

Koulutus lisäsi liikkumistottumuksista keskustelua, kysymistä ja koulutuksen avulla saatiin hyvät valmiudet liikuntaneuvonnan toteuttamiseen. Lisäksi Liikkumisreseptikoulutusta pidettiin hyvänä, mutta kehittämistä vaativana. Koulutusta Liikkumisreseptin käyttöön ja sen harjoittelua pidettiin tärkeänä laajemman käytön kannalta. Koulutusta toivottiin myös lisää hoitajille, sekä keskustelua ja kertausta eri ammattiryhmien kanssa. Koulutukseen haluttaisiin myös paikallisia liikkumisyrittäjiä mukaan. Lääkärit kaipasivat liikuntaneuvontaan lisäkoulutusta ja kontrolloitua tutkimustietoa liikkumismuodoista ja annostelusta eri sairauksissa. Koulutuksessa painotettiin Liikkumisreseptin seurannan ajankohdan määrittämistä vastaanotolla konkreettiseksi. Seuranta tulee toteuttaa pitkäjänteisesti ja kannustavasti. Koulutuksen jälkeen lääkäri oli keskustellut tai sopinut hoitajien ja fysioterapeuttien kanssa liikuntaneuvonnan toteutustavoista esimerkiksi seurannan osalta, myös hoitohenkilökunta oli keskustellut lääkärin kanssa toteutustavoista, kun olivat käyneet koulutuksessa. Terveystieteiden ammattilaisten peruskoulutukseen tulisi sisällyttää liikuntaa ja Liikkumisreseptin toteuttaminen. (Aittasalo – Miilunpalo 2002; Holopainen – Stålh 2004; Stålh ym. 2004; Starck ym. 2005; Lähdesmäki ym. 2004–2008; Tuominiemi 2006.)

Asiantuntijuus pidettiin hyvänä käytäntönä sitä, että fysioterapeutit antoivat tarkempia liikuntaohjeita. Lähes kaikki hoitohenkilökunnasta oli sitä mieltä, että liikuntaneuvonta, liikkumisreseptin toteuttaminen ja seuranta kuuluisi fysioterapeutille. (Lähdesmäki ym. 2004–2008; Tuominiemi 2006.)

Yksilöllisyys Noin puolet liikkumisreseptiohjeista täytti viikoittaisen terveystuon tarpeen. Vähän liikkuville potilaille ja ei ollenkaan liikuntaa harrastaville potilaille on alussa matalammat vaatimukset liikunnan suhteen ja jatkossa liikuntamäärää lisätään. Potilaan valinnassa ennen Liikkumisreseptin käyttöä tulee ottaa huomioon hänen sairaustilanne, muutosvaihe liikunnan suhteen sekä mahdollisuudet fyysisen aktiivisuuden lisäämiseen. Liikkumisresepti voisi toimia hyvin potilaan liikunnan suhteen harkinta tai valmistumisvaiheessa. Lisäksi henkilökohtaisen liikunnanohjauksen on katsottu toimivan paremmin kuin yleisen kehotuksen Liikkumisresepti lisää sanoman painoarvoa ja määräys on uskottava ja on helpompaa aloittaa liikunta. (Starck ym. 2005; Tuominiemi 2006.)

Oheismateriaali neuvonnan tueksi kaivattiin materiaalia liikkumismuodoista, palveluista, rasittavuuden arvioinnista ja liikunnan terveystuon vaikutuksista. Liikkumisreseptin neuvonnan tueksi tehtiin terveystuonkortteja vastaanottotilanteisiin, niillä pystyi konkreettisesti ja lyhyesti havainnollistamaan terveystuon määrää ja laatua potilaalle. Neuvontakortit saavuttivat suuren suosion, niitä painettiin 400 000 kappaletta. Materiaalia käyttivät terveystuon, mutta myös sosiaali- liikunta ja koulutoimet sekä kolmas sektori. (Aittasalo – Miilunpalo 2002; Lähdesmäki ym. 2004–2008.)

Yhteiset käytännöt tärkeänä nähtiin yhteiset käytännöt, menettelytavat, suuntaviivat ja ammattiryhmien välisen yhteistyön, toimintamallien luominen, moniammatilliset tiimit ja yhteistyö eri tahojen kanssa. (Holopainen – Stålh 2004.)

Resurssit toivottiin liikuntaneuvonnalle ja yhteistyölle lisää resursseja, aikaa, rahaa sekä painotusta. (Holopainen – Stålh 2004.)

Sähköinen järjestelmä liikkumisreseptin yleisempään käyttöön korostettiin sähköisen järjestelmän toimivuutta. (Tuominiemi 2006.)

Kehittäminen liikkumisreseptihanke lisäsi tietotaitoa, neuvonta lisääntyi, monipuolistui sekä suullinen liikuntaneuvonta lisääntyi. Reseptien kirjoittaminen lisääntyi jonkin verran. Työtä liikkumisreseptin käytön yleistämiseksi ja laajentamiseksi pitää kuitenkin tehdä. Liikkumisreseptin käyttö lisääntyi Ruotsissa kun liikuntaneuvontatyö keskitettiin muutamalle ihmiselle perusterveydenhuollossa. Liikkumisreseptin kirjoittaminen ja seuranta yhdelle tai muutamalle ihmiselle on Liikkumisreseptin käytön avainsana. Liikkumisreseptin toteuttajana voisi toimia ns. liikkumisresepti vastaava, jolloin hänen tehtävänsä olisi liikkumisreseptin toteuttaminen, seuranta sekä moniammatillisen yhteistyön koordinointi. Kuntokortti tai päiväkirja haluttaisiin reseptin kääntöpuolelle, jolloin seurannassa voidaan käydä läpi toteutunutta liikuntaa. Pitäisi myös saada taloudellista hyötyä reseptin käytöstä vaikka alennusta kunnallisista tai yksityisistä liikuntapalveluista se motivoisi enemmän liikkumaan. (Lähdesmäki ym. 2004–2008.)

8.2 Liikkumisreseptin käytön estävät tekijät

Alaluokiksi muodostuivat 9 alaluokkaa lääkäreiden haluttomuus, yhteisten käytäntöjen puute, käyttökokemus vähäistä, tiedon puute, resepti marginaalinen, resurssit, oheismateriaalin puute, terveysliikuntakoulutus vähäistä ja lääkärikeskeinen. Yläluokaksi muodostui käytön estävät tekijät.

Taulukko 6. Yläluokka: Käytön estävät tekijät

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka
Lääkäreistä vain 13 prosenttia täydensi liikkumista koskevia suullisia ohjeita kirjallisilla ohjeilla. Liikkumisresepti koulutukseenkin osallistuneista lääkäreistä näin teki joka kolmannen potilaan kohdalla vain 15 % ja koulutusta käymättömistä 11 %.	Vain 13 prosenttia täydensi liikkumista koskevia suullisia ohjeita kirjallisilla ohjeilla, koulutukseenkin osallistuneista lääkäreistä näin teki joka kolmannen potilaan kohdalla vain 15 % ja koulutusta käymättömistä 11 %.	Lääkäreiden haluttomuus
Lääkärit kokivat, että liikkumisreseptilomakkeen esittänyt jonkun toisen ammattihenkilön toimesta lisäisi lääkäreiden aktiivisuutta liikkumisreseptin kirjoittamisessa.	Reseptilomakkeen täyttö muun kuin lääkärin toimesta lisäisi lääkärin aktiivisuutta reseptin kirjoittamisessa	Yhteisten käytäntöjen puute

Lääkäreiden haluttomuus lääkärit pitivät ajanpuutetta suurimpana esteenä Liikkumisreseptin kirjoittamiselle, kuitenkin reseptin kirjoittamiseen kului vaan aikaa 5–10 min. Liikkumisreseptin koettiin myös unohtuvan koulutuksen jälkeen ja siihen on vaikea tarttua. Vain 13 % lääkäreistä täydensi liikkumista koskevia suullisia ohjeita kirjallisilla ohjeilla. Koulutukseenkin osallistuneista lääkäreistä näin teki vain joka kolmannen potilaan kohdalla 15 % ja koulutusta käymättömistä 11 %. Potilaita lähetettiin vielä melko harvoin Liikkumisreseptin kautta hoitajille ja fysioterapeuteille seurantaa. Ihmisen voisi sitouttaa käyttämään reseptiä jos vaan lääkärit kirjoittaisivat niitä. Kohtalaiseksi tai huonoksi reseptin käyttökelpoisuus arvioitiin siksi, koska lääkärit kirjoita reseptejä. Liikkumisresepti on käyttökelpoinen jos sitä käytettäisiin enemmän. Kirjallisia liikkumisohjeita annetaan vähän. (Aittasalo – Miilunpalo 2002; Holopainen – Stålh 2004; Stålh ym. 2004; Lähdesmäki ym. 2004–2008.)

Yhteisten käytäntöjen puute Myös reseptilomakkeen täyttö jonkun muun kuin lääkärin toimesta lisäisi lääkärin aktiivisuutta reseptin kirjoittamisessa. Lääkärit kokivat että liikuntaneuvonta ei ole heidän työtään, motivointi on heidän rooli. Ehdotettiin asian suuntaamista muille kuin lääkäreille ja jättää koko resepti heidän vastuulleen myös allekirjoituksen osalta. Yleisesti oltiin sitä mieltä, että liikuntaneuvonta, liikkumisreseptin toteuttamien ja seuranta kuuluisi fysioterapeuteille. Liikuntaneuvonnan toteutustavoista ei ollut keskusteltu yli puolessa toimipaikoista. Liikuntaneuvonnan katsotaan sopivan erikoissairaanhoidon, mutta useimmat lääkärit sanovat sen soveltuvan muualle. (Stålh ym. 2004; Lähdesmäki ym. 2004–2008.)

Käyttökokemus vähäistä hoitajien ja fysioterapeuttien mielestä Liikkumisreseptin käytöstä ei ollut tarpeeksi kokemusta. (Holopainen – Stålh 2004.)

Tiedon puute vain puolet potilaista koki saavansa riittävästi tietoa liikunnan merkityksestä sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa. (Stålh ym. 2004.)

Resepti marginaalinen resepti toimii vain osalla asiakkaista, resepti sopii potilaille joilla tuki- ja liikuntaelinongelmia, liikapainoa, diabetes, verenpainetauti, metabolinen oireyhtymä tai osteoporoosi, sekä vähän liikkuville ja ei liikkumiseen liittyviä esteitä. Sen ei välttämättä katsottu sopivan omalle erikoisalalle tai sairaalaan, se soveltuu paremmin yleisliikkumiseen. Reseptin ei katsottu soveltuvan fysiatriaan, koska ohjeet ovat

hyvin spesifejä. Liikkumisresepti sopii sisätauteihin, mutta ei aivan akuutteihin tapauksiin. Se sopii paremmin ennaltaehkäisyyn ja jälkikuntoutukseen. (Aittasalo – Miilunpalo 2002; Stålh ym. 2004; Starck ym. 2005; Lähdesmäki ym. 2004–2008.)

Resurssit neuvonnalle ja yhteistyölle toivottiin resursseja, aikaa, rahaa ja painostusta. Suurimpana esteenä Liikkumisreseptin käytölle pidettiin ajanpuutetta. (Aittasalo – Miilunpalo 2002; Holopainen – Stålh 2004.)

Oheismateriaalin puute potilasohjeita ei ollut saatavilla lisäohjeita varten ja reseptin käytöstä ei ollut tiedotettu. Vastaanottotilanteissa ei ollut sopivaa terveystietämateriaalia. (Aittasalo – Miilunpalo 2002; Lähdesmäki ym. 2004–2008.)

Lääkärikeskeinen liikkumisreseptin katsottiin olevan liian lääkärikeskeinen. (Holopainen – Stålh 2004.)

Terveystietokoulutus vähäistä terveystietokuntaneuvontaan valmiuksia antavia oppiaineita on vähän terveydenhuollossa ja terveydenhuoltohenkilöstön peruskoulutuksissa. Lääkärit ja terveydenhoitajat kokivat, ettei heillä ollut riittäviä tietoja terveystietokuntaneuvonnasta ohjataksaan potilaita. (Lähdesmäki ym. 2004–2008.)

9 Pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Liikkumisreseptin käyttöä osana diabetesta sairastavan aikuispotilaan liikuntaneuvontaa. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä sairaanhoitajan tietoa Liikkumisreseptistä, jotta hän saisi keinoja osallistua tyyppin 2 diabetespotilaan liikuntaneuvontaan. Opinnäytetyössä hyödynnettiin Sarajärven näyttöön perustuvaa hoitotyön alustavaa toimintamallia ja saatiin näyttöön perustuvaa uutta tietoa. Tutkimuksella onnistuttiin vastamaan asetettuihin tutkimuskysymyksiin mitä edistäviä tekijöitä on Liikkumisreseptin käytössä? Mitä estäviä tekijöitä on Liikkumisreseptin käytössä?

Liikkumisreseptin käytön edistäviksi tekijöiksi analyysissa nousi, että Liikkumisresepti on käytännöllinen, konkreettinen ja on hyvä väline neuvonnan jäsentämisessä. Aittasa-

lon (2008) mukaan Liikkumisresepti on todettu vaikuttavaksi ja perusterveydenhuollossa käyttökelpoiseksi menetelmäksi.

Analyysin tuloksissa painotettiin lisäksi yhteisiä käytäntöjä, menettelytapoja ja yhteistyötä eri tahojen kanssa. Yleisesti oltiin kuitenkin sitä mieltä, että liikuntaneuvonta, liikkumisreseptin toteuttaminen ja seuranta kuuluisi fysioterapeutille. Toropaisen (2010) mukaan paikallisen terveystieteiden yhteistyön kannalta on tärkeää, että ammattilaiset tuntevat toistensa työn ja tietävät mitä missäkin tehdään ja miten.

Analyysin mukaan myös potilaiden suhtautuminen Liikkumisreseptiin oli myönteistä ja potilaiden fyysinen aktiivisuus lisääntyi jonkin verran. Edistävänä tekijänä aineistosta nousi myös seurannan tärkeys Liikkumisreseptin käytössä. Kukkonen-Harjula (2010) mukaan Liikkumisreseptin vaikuttavuuden arviointitutkimuksessa todettiin, että Liikkumisreseptiryhmän potilailla oli yksi hengästymistä aiheuttavaa vapaa-ajan liikumista yksi viikoittainen kerta enemmän kuin kontrolliryhmään kuuluneilla sekä kahden että kuuden kuukauden seurannassa. Tutkimus kertoi myös, että potilaat suhtautuivat myönteisesti reseptin avulla toteutettuun liikuntaneuvontaan. Aittasalon (2008) tutkimuksen mukaan lääkärin laatima liikkumisresepti lisäsi terveyskeskusten ja työterveyshuollon asiakkaiden liikuntaa. Kukkonen-Harjula (2010) tuoreimpien ulkomaalaisten katsauksien mukaan resepti kannustaa potilaita aloittamaan liikumisen, mutta uusien tottumusten ylläpitäminen edellyttää säännöllistä seuranta- ja liikunnan ja terveydenhuollon ammattilaisten yhteistyötä.

Analyysin tuloksissa Liikkumisreseptin käytön edistävänä tekijänä nähtiin myös potilaan muutosvaiheen huomiointi liikunnan suhteen ja että liikkumisresepti voisi toimia hyvin potilaan muutosprosessin harkinta- ja valmistumisvaiheessa. Potilaan motivointiin liittyviä asioita olisi hyvä käsitellä ja motivointi nähtiin yhtenä liikuntaneuvonnan kehittämiskeinona. Vähäsarjan ym. (2004) mukaan muutosprosessien tukeminen edellyttää asiantuntijalta käsitystä siitä missä muutosvaiheessa asiakas on. Sairaanhoidon (2011a) mukaan myös sairaanhoitaja voi omalla toiminnallaan auttaa asiakasta elintapojen muutosprosessiin ja tukea sen myönteistä edistymistä.

Liikkumisreseptin käytön edistävänä asiaksi analyysissä nousi myös, että neuvonnan tukena pitäisi olla oheismateriaalia. Kirjalliset ohjeet koettiin tärkeänä myös siksi, että

potilaat unohtavat annetusta informaatiosta välittömästi 40–80 % ja puolet muistetaan väärin. Reseptin käytön edistämiseksi tehtiin terveystietokortteja vastaanottotilanteisiin, jotka sisälsivät tietoa terveystietokortin määrästä ja laadusta. Vuoren (2009) mukaan liikuntaa koskevat ohjeet on syytä antaa potilaalle kirjallisena. Hyödyllisenä on koettu materiaali, jossa kerrotaan yleisesti liikunnan merkityksestä terveydelle, terveyden edistämiseen sopivasta liikunnasta ja mahdollisuuksista sen toteuttamiseen.

Analyysin tuloksissa todettiin, että koulutus niin reseptin käyttöön kuin sen harjoitteluunkin on tärkeää. Liikkumisreseptin yleisempään käyttöön saamiseksi korotettiin sähköisen järjestelmän toimivuutta. Torpaisen (2010) mukaan kun työyhteisössä on sovitettu Liikkumisreseptin käytöstä, toimintamallin juurruttamista tulee tukea säännöllisellä tiedottamisella, suunnitelmallisella yhteisellä koulutuksella, käyttökokemusten vaihtamisella sekä vaikuttavuuden arvioinnilla. Liikkumisreseptin nykyisenä haasteena on liikumistietojen liittäminen osaksi Kansallisen terveystietokortin sähköisen potilaskertomuksen ydintietoja.

Analyysin tuloksissa Liikkumisreseptin käytössä edistävänä asiaksi nähtiin se, että se soveltuu hyvin potilaille joilla on esim. metabolinen oireyhtymä tai diabetes. Kehittäminen Liikkumisreseptin käytössä nähtiin myös tärkeänä. Torpaisen (2010) mukaan Liikkumisresepti kannattaa kohdentaa ensin terveydellisiin riskiryhmiin, kuten verenpainepotilaisiin, muihin valtimotautien vaarassa oleviin, sekä tuki- ja liikuntaelinsairaisiin. UKK- instituutin(2011a) Kehittämishanke (LIREKE) pyrkii kehittämään kuntien palveluja ja liikuntaneuvontaa. Valmisteluvaihe on jo saatu päätökseen syksyllä 2010 ja vuoden 2011 alussa alkoi hankkeen toinen vaihe ja se etenee niin, että kartoitetaan hankekuntien ja liikuntaneuvonnan sekä palvelujen nykytilanne. Sitten laaditaan suunnitelma liikuntapalvelujen ja liikuntaneuvonnan kehittämisestä ja myös siitä miten voitaisiin Liikkumisreseptin käyttöä lisätä.

Liikkumisreseptin käytön estäviksi tekijöiksi analyysissa tuli esille lääkäreiden haluttomuus Liikkumisreseptin käyttöön liittyen. Suurimpana esteenä mainittiin ajanpuute, mutta myös se että asia suunnattaisiin muille kuin lääkäreille. Koettiin myös, että liikuntaneuvonta ei ole lääkärin työtä. Esteeksi nousi myös se, että terveystietokorttaneuvontaan valmiuksia antavia oppiaineita on vähän terveydenhuollossa ja henkilöstön peruskoulutuksissa, eikä ilman koulutusta ole riittäviä tietoja neuvontaan. Vuoren

(2009) mukaan Liikkumisresepti ei ole tullut laajaan käyttöön Suomessa eikä muissa maissa yrityksistä huolimatta. Resepti on yksi hyvä menetelmä potilasohjeen antamiseen, mutta sen käyttömahdollisuus ei tule poistamaan sitä ongelmaa. Terveystoimihenkilöstölle pitäisi saada liikunnan merkitystä ja käyttöä koskevaa koulutusta. Haitat mitä Liikkumisreseptin käytössä ovat ilmenneet, voidaan poistaa suurelta osin riittävällä koulutuksella.

10 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Luotettavuuden arviointiin ei ole olemassa yksiselitteisiä ohjeita, mutta tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida vaikka seuraavien asioiden suhteen. Tutkimuksen tarkoitus ja kohde eli mitä tutkitaan ja miksi. Miten tutkija on sitoutunut tutkimukseen, miksi tutkimus on tärkeä, mitä tutkija on oletanut tutkimusta aloittaessa ja onko ajatukset muuttunut. Miten aineiston kerääminen on tapahtunut menetelmän näkökulmasta esimerkiksi haastattelemalla tai teknisesti esimerkiksi nauhoittamalla. Aineiston keruuseen liittyvät erityispiirteet esimerkiksi haastatteliko tutkija tiedonantajat yksin vai yhdessä jonkun toisen kanssa, oliko yksilö vai ryhmähaastattelu sekä mahdolliset ongelmat ja muut merkitykselliset seikat. Millä perusteella tutkimuksen tiedonantajat on valittu. Tutkija – tiedonantaja- suhdetta arvioidaan eli miten suhde toimi, lukivatko tiedonantajat tutkimuksen tulokset ennen julkaisua, muuttuivatko kommentit tuloksista. Jos he lukivat niin perustelut sille ja miksi näin meneteltiin. Millaisella aikataululla tutkimus on tehty. Miten aineisto analysoitiin ja millä tavoin tuloksiin ja johtopäätöksiin tultiin. Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan niin että onko tutkimus eettisesti korkeatasoinen ja miksi tutkimusraportti on luotettava. Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan niin että onko tutkimus eettisesti korkeatasoinen ja miksi tutkimusraportti on luotettava. Tutkimuksen raportointia arvioidessa otetaan huomioon se miten tutkimusaineisto on koottu ja analysoitu. (Tuomi – Sarajärvi 2011: 134–136.) Tämän opinnäytetyön luotettavuuden arvioinnissa luotettavuuskriteerit perustuvat Lincoln – Guban (1985) näkemyksiin. Tutkijan on silloin vastattava neljään kriteeriin, jotka ovat uskottavuus, varmuus, siirrettävyys ja vahvistettavuus. (Tuomi – Sarajärvi 2011: 137–139.)

Uskottavuudella tässä opinnäytetyössä tarkoitetaan, että ovatko tämän opinnäytetyön tulokset totuudenmukaisia ja vastaako tämän aineiston tulkinta alkuperäisaineistosta, alkuperäisaineiston kirjoittajan tulkintaa. Tämän kirjallisuuskatsauksen uskottavuutta

saattoi heikentää se, että opinnäytetyöllä oli vain yksi tekijä, joten aineiston luki ja analysoi ainoastaan tämän työn tekijä. Varmuus tässä työssä tarkoittaa sitä, että tutkimusaineiston tulokset tulevat alkuperäisaineistosta. Tämän opinnäytetyön tulokset ovat alkuperäisaineiston mukaisia ja perustuvat aineistoon, eikä tekijän omaan käsitykseen. Siirrettävyys tarkoittaa sitä, että voidaanko tutkimustulokset siirtää toiseen vastaavaan yhteyteen, siten että tulkinnat pysyvät samoina. Tämän opinnäytetyön tutkimustulokset ovat siirrettävissä toiseen samankaltaiseen yhteyteen, jolloin tulkinnat pysyvät samoina. Vahvistettavuus tarkoittaa sitä, että muut samankaltaiset tutkimukset antavat vastaavia tutkimustuloksia. Tämän opinnäytetyön vahvistettavuus tarkoittaa sitä, että tutkimalla tämän opinnäytetyön tutkimusaluetta ja siten kysyttäessä tutkimusaineistolta samoja kysymyksiä kuin muissa tutkimuksissa saadaan vastaavia tutkimustuloksia.

Luotettavuutta arvioin myös hakemani tutkimusaineiston perusteella. Aineisto mitä tutkimuksessa analysoitiin, oli haettu kattavasti Suomessa julkaistuista Liikkumisreseptin käyttöön liittyvistä hankkeista, raporteista ja tutkimuksista. Mukana oli suurin osa Liikkumisreseptin käyttöä koskevista julkaisuista.

Opinnäytetyöni luotettavuutta arvioin vielä siitä näkökulmasta kuinka sitoutunut olin tutkimukseen ja miksi tutkimus oli tärkeä ja mitä olin oletanut tutkimusta aloittaessani ja ovatko ajatukseni nyt muuttuneet? Pidin aiheen tutkimista tärkeänä, koska tyypin 2 diabetesta sairastavien potilaiden määrä lisääntyy huimaa vauhtia Suomessa. Liikuntaa ei ikään kuin osata mieltää ”lääkkeeksi”, vaikka sillä on suuria terveydellisiä vaikutuksia tyypin 2 diabetes potilaan sairauden ennaltaehkäisyssä ja sairauden hoidossa. Sairaanhoidajan olisikin osaltaan osattava toimia sekä ennaltaehkäisevästi, että tukien työssään tyypin 2 diabetesta sairastavaa potilasta liikunnalliseen elämäntapaan. Tutkimuksen aikana käsitykseni liikuntaneuvonnasta muuttuivat. Tutkimuksen alkuvaiheessa olin hyvin kiinnostunut siitä miten tyypin 2 diabetekseen sairastuminen vaikuttaa elimistöön tai mitä lisäsairauksia siihen liittyy. Olin vakuuttunut siitä, että kun tämä kaikki sairauskeskeinen tieto saadaan potilaalle, niin jokainen potilas nämä riskit tiedostettuaan alkaa tehdä muutoksia elintapoihinsa ja liikkumaan enemmän. Tutkimukseni loputtua aikaisemmat käsitykset liikuntaneuvonnasta muuttuivat lähes kokonaan. Sairaanhoidajalla on oltava hyvä tietoperusta liikuntaneuvontaa antaessaan, jotta osaamme tuoda oikeita asioita potilaalle teorian tietoon nojaten, mutta pelkkä tiedon jakaminen ei riitä hyvässä liikuntaneuvonnassa. Mitään muutoksia emme saa aikaiseksi jos potilas ei itse

halua elämäntapaansa muuttaa. Tärkeää olisikin tietää se, miten voisimme herättää potilaassa motivaation liikunnalliseen elämäntapaan. Sairaanhoidaja tarvitseekin monipuolisia neuvontataitoja potilaan motivoimisen mahdollistamiseksi, hyviä vuorovaikutustaitoja, keskustelu- ja liikuntaneuvontamenetelmien hallintaa, liikunnan terveysvaikutusten ja sairauden tuomien rajoitusten tietämistä, motivoinnin merkityksen ymmärtämistä ja potilaan yksilöllisistä tarpeista käsin lähtevän liikuntaneuvonnan toteuttamista.

Hyvän tutkimuksen vaatimuksena toimivat tutkimuksen sisäinen johdonmukaisuus ja eettinen kestävyys. Sisäinen johdonmukaisuus tulee ilmi esimerkiksi argumentaatiossa, kuten miten ja millaisia lähteitä tutkija käyttää. Tutkijan on tiedettävä mitä tekee. (Tuomi – Sarajärvi 2011: 127.) Tutkimuksen etiikkaan voidaan suhtautua hyvinkin erilaisin tavoin. Toisessa ääripäässä tutkimusetiikkaan suhtaudutaan, ajattelen sitä teknisluontoisena normina. Tällöin tutkimusetiikkaan liittyvät ongelmat liittyvät pääosin itse tutkimustoimintaan, kuten tutkimukseen tulevien informoimiseen, aineiston keräämisessä ja analyysissä käytettävien menetelmien luotettavuuteen, anonymiteettiin, tutkimustulosten esittämistapaan eli siihen mitä keinoja tutkija saa käyttää. Tutkimuksen metodologia nähdään silloin lähinnä strategisena tutkimusongelmien ratkaisemisen pulmana. Toisessa ääripäässä voidaan tutkimusetiikkaa pitää metadologisena seikkana, jolloin kaikki tutkimuksessa tehdyt valinnat ovat moraalisia valintoja, eli miten tutkimusaiheet valitaan ja mitä pidetään tärkeänä. Tutkimuksen tulee olla myös hyvän tieteellisen käytännön mukainen. Tutkimuksen uskottavuus ja eettisyys kulkevat yhdessä rinnakkain. (Tuomi – Sarajärvi 2011: 127–128.)

Tutkimuksen kohdentamista, aiheen valintaa ja tutkimusongelmien määrittelyä arvioidaan myös eettisesti. Mitä ja millaisia päämääriä tutkimus ja tiede edistävät. Tällä on merkitystä siinä mitä tutkitaan ja mitä jätetään ulkopuolelle, tällöin on kysymys laajemmasta tutkimuksesta. Tutkija voi valita myös yksittäisen tutkimuskohteen. Kohde valitaan tutkimustehtävän, tutkimusongelman määrittelyssä ja rajaamisessa. Tutkittava aihe tulisi olla tieteellisesti mielekäs ja perusteltu. Tutkimusaihe ja tutkimusongelman määrittelyssä ei saa loukata ketään eikä siinä saa olla väheksyviä oletuksia potilas- tai ihmisryhmistä. Tällaisia ryhmiä voivat olla esimerkiksi dementoituneet tai psyykkisesti sairastuneet. Tutkimuksen tietolähteet valitaan sen perusteella, mihin ongelmaan halutaan saada vastaus. Tietolähteiden valinnalla on ratkaiseva merkitys tutkimuksen ylei-

sen ja eettisen luotettavuuden kannalta. Valinta voi ohjata tutkimustuloksia ja vinouttaa niitä johonkin suuntaan. Tietolähteiden valinta täytyy tehdä niin, että siitä on mahdollisimman vähän haittaa tutkittavalle. Hoitotyöntekijä arvioi tutkimusten määrää ja laatua hoitotyön kysymyksensä näkökulmasta. Empiirisessä tutkimuksessa puolestaan hänen tulee arvioida miten tietolähteiden valinta on tehty, keitä on otettu mukaan ja mitkä ovat perusteet. (Leino-Kilpi ym. 2003: 288–290.)

Opinnäytetyöni eettisyyttä arvioisin siten, että tutkimusaihe on perusteltu tutkimustietoon nojaten. Tutkimuksessa on käytetty eettisesti hyväksyttäviä menetelmiä, eikä väheksytty mitään potilasryhmiä. Tutkimuksen tietolähteitä on haettu tutkimusongelmien perusteella.

11 Johtopäätökset

Tutkimusaineistosta nousi esille se että Liikkumisreseptin käytön edistävinä tekijöinä on reseptin käytännöllisyys ja se on hyvänä apuna neuvonnan jäsentämisessä. Seurannan tärkeyttä korostettiin. Liikkumisresepti toimii motivointikeinona potilaan kohdalla ja lisää potilaan fyysistä aktiivisuutta. Potilaat suhtautuvat myönteisesti Liikkumisreseptiin. Lisää koulutusta kaivattiin kuitenkin Liikkumisreseptin käyttöön ja sen harjoitteluun sekä konsteja potilaan motivointiin. Motivointi nähtiin yhtenä liikuntaneuvonnan kehittämiskeinona. Tärkeänä koettiin myös yhteiset käytännöt, toimintamallien luomiset, moniammatilliset tiimit ja yhteistyö eri tahojen kanssa. Liikkumisreseptin käytön estävinä tekijöinä nähtiin lääkäreiden ajanpuute ja myös se, että Liikkumisreseptejä kirjoitetaan. Yhteiset käytännöt eivät myöskään olleet selvät Liikkumisreseptin toteuttamiseen liittyen. Ehdotettiin sitä, että Liikkumisreseptin ja liikuntaneuvonnan voisi kokonaan siirtää fysioterapeutin vastuulle. Kuitenkin pidettiin tärkeänä kaikkien tahojen osallistumista, yhteistyötä, yhteisiä käytäntöjä ja moniammatillisten tiimien luomista. Lisäksi terveysliikuntaneuvontaan valmiuksia antavia oppiaineita on vähän terveydenhuollossa ja henkilöstön peruskoulutuksissa, eikä ilman koulutusta ole riittäviä tietoja neuvontaan. Terveydenhuollon ammattilaisten koulutukseen tulisi sisällyttää liikuntaa ja Liikkumisreseptin toteuttaminen.

Sairaanhoitajakoulutuksessani ei ole liikuntaneuvontaan liittyvää opintojaksoa ja kuitenkin sairaanhoitajat toteuttaa liikuntaneuvontaa terveydenhuollossa yhteistyössä

muiden kanssa. Tämä opinnäytetyö toi kattavasti tietoa sairaanhoitajalle siitä mikä on Liikkumisresepti ja myös siitä mitkä asiat estää ja edistää Liikkumisreseptin käyttöä. Liikuntaneuvonnan toteuttamiseen sairaanhoitaja tarvitsee hyvän tietopohjan. Analyysin tuloksissa ilmeni, että Liikkumisreseptin käytössä tarvitaan tietoa potilaan motivoivista ja elintapamuutoksiin liittyvästä muutosprosessista. Sairaanhoitajan on siis tiedettävä Liikkumisreseptiä käyttäessään potilaan muutosprosessin vaiheet ja mitä se liikuntaneuvonnan kannalta merkitsee ja mikä merkitys on potilaan motivoimisella ja mitä keinoja siihen voi käyttää. Sairaanhoitaja sai myös tietoa siitä, kenelle Liikkumisresepti soveltuu. Liikkumisreseptin käyttöön sairaanhoitajat tarvitsevat hyvän koulutuksen, mutta myös reseptin käytännön harjoittelua. Tärkeä tieto sairaanhoitajalle on myös se, että Liikkumisreseptin käytössä on olennaista seuranta ja konkreettisen ajankohdan määrittäminen potilaan kanssa. Liikkumisreseptin käyttö vaatii moniammatillista yhteistyötä ja eri tahojen kanssa työskentelyä sekä yhteistyötä liikuntaa järjestävien tahojen kanssa, joten jatko-ohjauksen kannalta sairaanhoitajan tarvitsee tietää mihin potilas ohjataan. Liikkumisresepti on koettu hyväksi työkaluksi ja potilaat suhtautuvat siihen myönteisesti sekä se on lisännyt potilaiden fyysistä aktiivisuutta, se tuo sairaanhoitajalle positiivisen ajattelumallin käyttää Liikkumisreseptiä tyyppin 2 diabetespotilaan liikuntaneuvonnassa.

Kehittämishaasteina voisi olla, että sairaanhoitajakoulutukseen lisättäisiin opintoihin tyyppin 2 diabetes potilaan liikunnallisen elämäntavan edistävä opintojakso, jonka sisältönä voisi olla potilaan motivointi, muutosprosessi, sairauden rajoitteet, terveysliikunta, Liikkumisreseptin käyttö sekä liikunnan merkitys tyyppin 2 diabetesta sairastavan potilaan hoidossa. Liikunnallisen elämäntavan edistämiseksi saataisiin lisää kiinnostusta ja sairaanhoitajalle tietoperustaa liikuntaneuvonnan toteuttamiseen, jolloin sairaanhoitaja voisi toimia potilaslähtöisemmin käytännön työssä tyyppin 2 diabetespotilaan liikuntaneuvonnassa ja edistää myös osaltaan potilaan liikunnallista elämäntapaa. Liikkumisreseptin käyttöä tyyppin 2 diabetespotilaan liikuntaneuvonnassa voitaisiin näin ollen ehkä lisätä ja saada enemmän resursseja sen toteuttamiseen. Tätä opinnäytetyötä voitaisiin hyödyntää koulutuksen sisältöä laadittaessa. Jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiinnosta saada tietoa siitä miten sairaanhoitajat ovat kokeneet liikuntaneuvonnan antamisen Liikkumisreseptin avulla ja onko Liikkumisreseptikoulutus tuonut riittävät valmiudet liikuntaneuvonnan antamiseen vai tarvitaanko lisäkoulutusta? Miten potilaat ovat kokeneet sairaanhoitajan antaman liikuntaneuvonnan Liikkumisreseptin avulla?

Lähteet

- Aittasalo, Minna 2008. Promoting physical activity of working aged adults with selected personal approaches in primary health care: feasibility, effectiveness and an example of nationwide dissemination. Verkkodokumentti.
<<https://jyx.jyu.fi/dspace/handle/123456789/18620>>. Luettu 30.10.2011.
- Aittasalo, Minna 2010. Liikuntaneuvonta. Lääkäriin käsikirja. Artikkelin tunnus ykt01442 (019.0039). Kustannus-osakeyhtiö Duodecim. Verkkodokumentti.<http://www.terveysportti.fi/dkt/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01442>. Luettu 1.11.2011.
- Aittasalo, Minna – Miilunpalo, Seppo 2002. Liikkumisreseptin pilottitutkimuksen päätösraportti. Tampere: UKK-instituutti.
- Cuff DJ, Meneilly GS,–Martin A– Ignaszewski, A– Tildesley HD,– Frohlich ,JJ. 2003. Effective exercise modality to reduce insulin resistance in women with type II diabetes. Diabetes Care.
- Diabetesliitto 2011. Mikä on diabetes? Verkkodokumentti.
<http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/yleista_diabeteksesta>. Luettu 2.11.2011
- Helajärvi, Harri 2010. Liikunta on lääkettä. Suomen lääkärilehti. 3908–3909. Verkkodokumentti.<<http://www.fimnet.fi/ezproxy.metropolia.fi/cl/laakarilehti/pdf/2010/SLL472010-3908.pdf>>. Luettu 20.2.2011.
- Helsingin kaupunki 2011. Terveyslautakunta. Verkkodokumentti.<http://www.hel.fi/static/public/hela/Terveyslautakunta/Suomi/Esitys/2011/Terke_2011-02-08_Tervlk_02_EI/C8A50B96-05A7-4F73-8A48-537617804C3B/Vastaus_kirjeeseen_ikaihminen_kuntoutus_ym_palve.pdf>.

Luettu 2.11.2011.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Kariston kirjapaino Oy.

Holopainen, Kaisa – Stålh, Timo 2004. Liikkumisreseptin käyttöselvitys. Reumaliitto, KKI-ohjelma, Lääkäriliitto, Sydänliitto, Terveyden edistämisen tutkimuskeskus/JY, UKK-instituutti.

Honkola, Ahti – Kettula, Anne 2007. Soinin miehet elintapamuutosten polulla. Diabetes ja lääkäri. 1/2007 (36), 19–23.

Ilanne-Parikka, Pirjo – Kangas, Tero – Kaprio, Eero A – Rönnemaa, Tapani 2006. Diabetes. Helsinki: Duodecim.

Ilanne-Parikka, Pirjo – Rönnemaa, Tapani – Saha, Marja-Terttu – Sane, Timo 2009. Diabetes. Helsinki: Duodecim.

Ilanne-Parikka, Pirjo 2011. Tyypin 2 diabeteksen kokonaisvaltainen hoitaminen. Verkkodokumentti.

<http://www.terveysportti.fi/dkt/dia/avaa?p_artikkeli=di01103>

Luettu 1.4.2011.

Kallings, Lena V. 2010. Fysisk aktivitet på recept i Norden -erfarenheter och rekommendationer, På uppdrag av "Nordisk nettverk for fysisk aktivitet, mat og sunnhet". Verkkodokumentti.

<http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00346/Physical_activity_o_346119a.pdf> Luettu 5.10.2011.

Koistinen, Pertti 2008. Lihaskunto voi olla aerobista suorituskykyäkin arvokkaampi: Liikunta on lääkettä iäkkäällekin diabeetikolle. Diabetes ja lääkäri. 20–26. Verkkodokumentti.

<http://www.diabetes.fi/files/39/Diabetes_ja_laakari_lehti_5_2008.pdf>. Luettu 1.4. 2011.

- Kukkonen-Harjula, Katariina 2010. Liikkumisreseptihankeen esittely ja siitä tehdyt tutkimukset. Verkkodokumentti. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../nix01209s>>. Luettu 25.8.2011.
- Kukkonen-Harjula, Katariina 2004. Liikunta tyyppin 2 diabeteksen ehkäisijänä. Kansanterveyslaitos. 5–7. Verkkodokumentti. <<http://www.ktl.fi/portal/6200>>. Luettu 20.2.2011.
- Kyngäs, Helvi – Vanhanen, Liisa 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede vol 11, no 1/– 99. 3–11.
- Käypähoitosuositus 2009. Diabetes. Verkkodokumentti. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50056>>. Luettu 20.2.2011.
- Käypähoitosuositus 2010. Liikunta. Verkkodokumentti. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../kht00080>>. Luettu 20.2.2011.
- Kääriäinen, Maria – Lahtinen, Mari 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimus tiedon jäsentäjänä. Hoitotiede 18 (1). 37–39.
- Laaksonen, David E 2004. Elämäntavat ja diabeteksen ehkäisy. Suomen lääkärilehti. 1669–1671. Verkkodokumentti. <<http://www.fimnet.fi.ezproxy.metropolia.fi/cl/laakarilehti/pdf/2004/SLL152004-1699.pdf>>. Luettu 20.2.2010.
- Laaksonen, David E – Niskanen, Leo 2006. Metabolinen oireyhtymä ja diabetes - lihavuuden hoidon ykköskohteet. Verkkodokumentti. <<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/xmedia/duo/duo95740.pdf>>. Luettu 20.2.2011.

Leino-Kilpi, Helena – Välimäki, Maritta 2003. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY

Lincoln, S. Yvonna – Guba, G. Egon 1985. Naturalistic inquiry. United States of America. California. SAGE publications.

Lähdesmäki, Liisa – Tala, Sinikka – Lautamaja, Marja. 2004–2008. Liikkumisreseptin alueellinen toteuttaminen ja vaikutusten arviointi. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri.

Miilunpalo, Seppo – Aittasalo, Minna 2002. Liikkumisresepti – lääkärin työkalu ja yhteistyöhanke terveystoiminnan lisäämiseksi. Suomen Lääkärilehti.

Mustajoki, Pertti 2003. Miten potilas motivoituu hoitonsa aktiiviseksi osapuoleksi? Suomen lääkäri-lehti. 4235–4237. Verkkodokumentti.

<<http://www.fimnet.fi.ezproxy.metropolia.fi/cl/laakarilehti/pdf/2003/SLL422003-4235.pdf>>. Luettu 20.2.2011.

Mustajoki, Pertti – Kunnamo, Ilkka 2009. Motivoiva potilashaastattelu, vaikuttava terveysneuvonta. Duodecim. Verkkodokumentti.

<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh001147&p_haku>. Luettu 20.2.2011.

Nupponen, Ritva – Suni, Jaana 2005. Henkilökohtainen liikuntaneuvonta. Teoksessa. Fogelholm, Mikael – Vuori, Ilkka (toim.) Terveystoiminta. Helsinki: Duodecim. 216–228.

Poskiparta, Marita – Kassila, Kirsti – Kettunen, Tarja – Kiuru, Päivi 2004. Tyypin 2 diabeetikoiden liikuntaneuvonta perusterveydenhuollon lääkäreiden ja hoitajien vastaanotolla. Suomen lääkäri-lehti. 1491–1495. Verkkodokumentti.

<<http://www.fimnet.fi.ezproxy.metropolia.fi/cl/laakarilehti/pdf/2004/SLL142004-1491.pdf>>. Luettu 20.2.2011.

Rapo-Tennilä, Marja 2001. Aikuisiän diabetes-potilaille annettu liikuntaneuvonta terveyskeskuksissa. Terveystoiminnan pro gradu-tutkielma. Jyväskylän

yliopisto. Terveystieteiden laitos.

Sairaanhoidajaliitto 2011a. Sairaanhoidajan rooli on keskeinen tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä. Verkkodokumentti.

<http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/10_2004/muut_artikkelit/sairaanhoidajan_rooli_on_keskein/>.

Luettu. 30.10. 2011.

Sairaanhoidajaliitto 2011b. Liikkumisresepti tukee sairaanhoidajien ja terveydenhoitajien liikuntaneuvonta työtä. Verkkodokumentti.

<http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/4_08/muut_artikkelit/liikkumisresepti_tukee_sairaanhoidajia/>. Luettu

1.11.2011.

Sarajärvi, Anneli – Mattila, Lea-Riitta – Rekola, Leena 2011. Näyttöön perustuva toiminta: Avain hoitotyön kehittymiseen. WSOY

Starck, Heli 2003. Selvitys liikuntaneuvonnan toteutumisesta Länsi- Suomen läänin erikoissairaanhoidossa. Länsi-Suomen lääninhallitus. Liikuntatoimi.

Starck, Heli – Selänne, Harri – Raiski – Ahola, Satu – Stålh, Timo 2005. Lääkäreiden toteuttama liikuntaneuvonta erikoissairaanhoidossa. Liikunta ja tiede. 47 – 50. Verkkodokumentti. < http://www.Its.fi/filearc/365Starck.pdf?LTS_reg=p7fnmp9594mlbipcq622pa38e4 >. Luettu 1.4.2011

Stålh, Timo 2005. Reseptillä liikkeelle. Jyväskylä: Liikunnan ja kansanterveyden edistämissäätiö LIKES.

Stålh, Timo –, Borodulin, Katja – Kujala, Santero – Jousilahti, Pekka 2004. Lääkärien toteuttaman liikuntaneuvonnan yleisyys ja tarve. Suomen lääkäri-lehti vol.59. No 40. s. 3729–3734.

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009. Dehkon 2D- hanke(D2D) 2009. Verkkodokumentti.
<[http://www.ktl.fi/portal/suomi/osastot/eteo/yksikot/diabetesyksikko/tutkimusprojektit/dehkon_2d-hanke_\(d2d\)/](http://www.ktl.fi/portal/suomi/osastot/eteo/yksikot/diabetesyksikko/tutkimusprojektit/dehkon_2d-hanke_(d2d)/)>. Luettu 30.10. 2011.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011. Tartu toimeen- ehkäise diabetes. Verkkodokumentti.< <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/b18cb1c2-3fb8-4546-aacd-40b86ce748f8>>. Luettu 9.11.2011.
- Toropainen, Erja – Rinne, Marjo – Aittasalo, Minna – Luoto, Riitta 2010. Liikkumisresepti toimii yhteistyöllä. Suomen Lääkärilehti; 65(48): 4004-4005.
- Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Tuominiemi, Elina 2006. Liikkumisresepti YHTS:n työvälineenä-Lääkäreiden ja potilaiden kokemuksia. Terveyskasvatuksen Pro-gradu tutkielma. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos.
- UKK- instituutti 2011a. Mikä on Liikkumisresepti? Verkkodokumentti.<<http://www.ukkinstituutti.fi/liikkumisresepti>>.Luettu 30.10.2011
- UKK – instituutti 2010. Liikkumisresepti käyttöön. Verkkodokumentti.
<<http://www.ukkinstituutti.fi/liikkumisresepti/koulutus>>. Luettu 1.11.2011.
- UKK- insituutti 2011b. Liikkumisreseptin käyttöohje. Verkkodokumentti.
<http://www.ukkinstituutti.fi/filebank/560-Liikkumisresepti_kaytto-ohje.pdf>. Luettu. 30.10.2011.
- UKK- insituuti 2011 c. Liikuntapiirakka.< <http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka>>. Verkkodokumentti. Luettu 1.11.2011.

Valtiotieteilijät 2009. Tuntuu hyvälle. Verkkodokumentti.

<<http://www.valtiotieteilija.fi/sites/default/files/pdf/Val4-2009.pdf>>.

Luettu 1.11.2011.

Vuori, Ilkka 2003. Liikunnan lisääminen. Teoksessa K. Koskenvuo (toim.) Sairauksien ehkäisy. 2. uud. p. Helsinki: Duodecim. 589–609.

Vuori, Ilkka 2009. Liikunnan lisääminen. Duodecim. Verkkodokumentti.

>http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00149>. Luettu 1.11.2011.

Vähäsarja, Kati – Poskiparta, Marita – Kettunen, Tarja – Kasila, Kirsti 2004. Transteoreettinen muutosvaihemalli perusterveydenhuollon liikunnan neuvonnassa. Liikunta & Tiede. 81-88. Verkkodokumentti. <

http://www.lts.fi/filearc/189_s81-88_Vahasarja.pdf>. Luettu 20.2.2011.

Aineiston analyysi

Taulukko 7. Aineiston analyysi. Mitä edistäviä tai estäviä tekijöitä on Liikkumisreseptin käytössä?

Nimi	Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka
Liikkumisresepti Pilottitutkimuksen päätösraportti. Aittasalo, Minna – Millunpalo Seppo. 2002.Tampere	Suurimpana esteenä sen käytölle pidettiin ajan puutetta.	Käytön esteenä ajanpuute.	Resurssit
	Kuitenkin sitä käyttäneiltä lääkäreiltä kului siihen aikaa vain 5- 10 min.	Aikaa kului 5- 10 min.	Lääkäreiden hallittomuus
	Toiseksi ongelmaksi lääkärit mainitsivat asian unohtamisen ja asiaan tarttumisen vaikeuden koulutuksen jälkeen.	Asia unohtuu ja asiaan vaikea tarttua.	Käytännöllisyys
	Reseptin katsottiin sopivan sellaisille potilaille, joilla tuki ja liikuntaelinongelmia, liikapainoa, diabetes, verenpaine-tauti, metabolinen oireyhtymä tai osteoporoosi, jotka liikkuvat vähän ja joilla ei ollut liikkumiseen liittyviä esteitä.	Sopii potilaille joilla tuki- ja liikuntaelinongelmia, liikapainoa, diabetes, verenpaine-tauti, metabolinen oireyhtymä tai osteoporoosi, vähän liikkuville ja ei liikkumiseen liittyviä esteitä.	Lääkäreiden hallittomuus
	Reseptin ulkoasua pidettiin selkeänä ja ymmärrettävänä ja se todettiin hyväksi apuvälineeksi neuvonnan jäsentämisessä.	Reseptin ulkoasu selkeä ja ymmärrettävä ja hyvä apuväline neuvonnan jäsentämisessä.	Reseptin sopivuus
	Neuvonnan tueksi kaivattiin oheismateriaalia, muun muassa tietoa eri liikkumismuodoista ja palveluista, rasittavuuden arvioinnista ja liikunnan terveystaikutuksista.	Neuvonnan tueksi kaivattiin oheismateriaalia liikkumismuodoista, palveluista, rasittavuuden arvioin-	Käytännöllisyys
			Oheismateriaali

<p>Liikkumisreseptin käytöselvitys. Holopainen, Kaisa – Timo, Stålh 2004</p>	<p>Lisäohjeiden antamisen edellytyksenä on luonnollisesti se, että potilasohjeita on saatavilla ja reseptistä ja sen käytöstä on tiedotettu muuta terveyskeskuksen henkilöstöä. Näin ei välttämättä ollut käynyt kaikissa terveyskeskuksissa.</p>	<p>nista, liikunnan terveysvaikutuksista.</p>	
	<p>Käyttäjäkoulutuksessa painotettiin seurannan tärkeyttä ja sitä että ajankohta määriteltäisiin vastaanotolla mahdollisimman konkreettisesti.</p>	<p>Potilasohjeita ei saatavilla lisäohjeita varten ja reseptin käytöstä ei tiedotettu.</p>	<p>Oheismateriaalin puute</p>
	<p>Liikkumisreseptikoulutus näyttää lisäävän liikkumistottumuksista keskustelua ja kysymistä.</p>	<p>Painotettiin seurannan tärkeyttä ja ajankohdan määrittämistä konkreettiseksi.</p>	<p>Koulutus</p>
	<p>Koulutukseen osallistuneista lääkäreistä lähes puolet (45 %) arvioivat koulutuksen onnistuneen valmentamaan heitä hyvin liikuntaneuvonnan toteuttamiseen.</p>	<p>Koulutus lisää liikkumistottumuksista keskustelua ja kysymistä.</p>	<p>Koulutus</p>
	<p>Lääkäreistä vain 13 prosenttia täydensi liikkumista koskevia suullisia ohjeita kirjallisilla ohjeilla. Liikkumisresepti koulutukseenkin osallistuneista lääkäreistä näin teki joka kolmannen potilaan kohdalla vain 15 % ja koulutusta käymättömistä 11 %.</p>	<p>Koulutus onnistui valmentamaan hyvin liikuntaneuvonnan toteuttamiseen.</p>	<p>Koulutus</p>
<p>Koulutukseen haluttaisiin paikallisia liikkumisyrittäjiä</p>	<p>Vain 13 prosenttia täydensi liikkumista koskevia suullisia ohjeita kirjallisilla ohjeilla, koulutukseenkin osallistuneista lääkäreistä näin teki joka kolmannen potilaan kohdalla vain 15 % ja koulutusta käymättömistä 11 %.</p>	<p>Lääkäreiden haluttomuus</p>	
	<p>Koulutukseen haluttaisiin paikallisia liikkumisyrittäjiä</p>	<p>Koulutukseen haluttaisiin paikallisia liikkumisyrittäjiä</p>	<p>Koulutus</p>

	<p>mukaan ja vastuksissa ehdotettiin myös, että asia pitäisi suunnata enemmän terveydenhoitajille tai fysioterapeuteille ja jättää koko resepti heidän vastuulleen myös allekirjoituksen osalta.</p>	<p>lisiä liikkumisyrittäjiä mukaan ja asian suuntaaminen muille kuin lääkärille.</p>	<p>Yhteisten käytäntöjen puute</p>
	<p>Hoitajien keskuudessa toivottiin eniten koulutusta myös hoitajille ja keskustelua asiasta. Heidän mielestään olisi hyvä kerrata asioita yhdessä eri ammattiryhmien kanssa.</p>	<p>Toivottiin koulutusta myös hoitajille ja keskustelua asiasta ja asioiden kertausta ammattiryhmien kanssa</p>	<p>Koulutus</p>
	<p>Tärkeinä nähtiin yhteiset käytännöt, menettelytavat ja suuntaviivat sekä ammattiryhmien välinen yhteistyö.</p>	<p>Yhteiset käytännöt menettelytavat, suuntaviivat ja ammattiryhmien välinen yhteistyö</p>	<p>Yhteiset käytännöt</p>
	<p>Kaksi kolmesta lääkäristä piti Liikkumisreseptiä käyttökelpoisena liikuntaneuvonnan työkaluna.</p>	<p>Liikkumisresepti käyttökelpoinen työkalu</p>	<p>Käytännöllisyys</p>
	<p>Liikkumisresepti arvioitiin käyttökelpoiseksi jos sitä käytettäisiin enemmän.</p>	<p>Liikkumisresepti käyttökelpoinen jos käytettäisiin enemmän</p>	<p>Lääkäreiden haluttomuus Käytännöllisyys</p>
	<p>Hoitajien keskuudessa Liikkumisreseptiä pidettiin hyvänä, koska liikkuminen on tärkeä hoitomuoto esim. metabolisessa oireyhtymässä ja asiakkaat ovat olleet innostuneita reseptistä</p>	<p>Hoitajat pitivät reseptiä hyvänä, koska liikkuminen on tärkeää esim. metabolisessa oireyhtymässä ja asiakkaat innostuneita reseptistä</p>	<p>Käytännöllisyys Potilasmyönteisyys</p>
	<p>Lääkärit näkivät Liikkumisreseptin käytön etuina reseptin konkreettisuuden, suullisen neuvonnan tehostumisen sekä ohjauksen ja asioiden esille ottamisen helpottumi-</p>	<p>Liikkumisresepti konkreettinen, suullinen neuvonta tehostuu, ohjaus tehostuu, asioiden esille</p>	<p>Käytännöllisyys</p>

	<p>sen</p> <p>Fysioterapeuttien mielestä Liikkumisresepti lisää yhteistyötä lääkärin kanssa ja on hyvä motivointikeino</p> <p>Lisäksi se nähdään lisäapuna motivoitaessa potilaita liikkumaan</p> <p>Hoitajien ja fysioterapeuttien mielestä Liikkumisreseptin käytöstä ei kuitenkaan ollut vielä tarpeeksi kokemusta</p> <p>Toisaalta esitettiin, että Liikkumisresepti on liian lääkärikeskeinen, eikä se tuo liikuntaneuvontaan mitään uutta fysioterapian kannalta.</p> <p>Kolmannes lääkäreistä oli toimipaikassaan keskustellut tai sopinut lääkäreiden hoitajien kanssa ja fysioterapeuttien kanssa liikuntaneuvonnan toteutustavoista esimerkiksi seurannan osalta. Yli puolessa toimipaikassa (57 %) ei asiasta ollut keskusteltu, mutta niistä joka kymmenessä keskustelua oli aikomus käydä.</p> <p>Yli puolet koulutukseen osallistuneista hoitajista (56 %) ja puolet fysioterapeuteista oli keskustellut koulutuksen jälkeen liikuntaneuvonnan toteutustavoista lääkäreiden kanssa.</p> <p>Selvityksen mukaan potilaita lähetettiin vielä melko harvoin Liikkumisreseptin kautta hoitajille ja fysioterapeuteille seurantaan. Ainoastaan kolmessa paikassa (10 %) poti-</p>	<p>ottaminen helpottuu</p> <p>Resepti lisää yhteistyötä lääkärin kanssa</p> <p>Lisäapu motivoitaessa potilaita liikkumaan</p> <p>Liikkumisreseptin käytöstä ei kokemusta riittävästi</p> <p>Liikkumisresepti liian lääkärikeskeinen</p> <p>Liikuntaneuvonnan toteutustavoista oltiin keskustelu seurannan osalta hoitajien ja fysioterapeuttien kanssa Liikuntaneuvonnan toteutustavoista ei ollut keskusteltu</p> <p>Koulutuksen jälkeen hoitajat ja fysioterapeutit olivat keskustelleet liikuntaneuvonnan toteutustavoista</p> <p>Potilaita lähetettiin vielä melko harvoin Liikkumisreseptin kautta hoitajille ja fysioterapeuteille</p>	<p>Käytännöllisyys</p> <p>Motivointi</p> <p>Käyttökokemus vähäistä</p> <p>Lääkärikeskeinen</p> <p>Yhteisten käytäntöjen puute</p> <p>Koulutus</p> <p>Lääkäreiden haluttomuus</p>
--	---	--	--

	<p>laita oli ohjattu seurantaan. hoitajille ja viidessä toimipai- kassa (28 %) fysioterapeutille.</p> <p>Hoitajat toivoivat neuvonnalle ja yhteistyölle lisää resursseja eli aikaa, rahaa ja painotusta.</p> <p>Työntekijöiden asenteet, motivaatio ja kiinnostus asiaa kohtaan nähtiin seuraavaksi tärkeimpien asioiden joukos- sa. Myös asiakkaan motivointi tuli kerran esille.</p> <p>Fysioterapeutit kaipasivat konsteja motivointiin ja asian käsittelyyn potilaan kanssa, mutta toisaalta asiakkaan motivointi nähtiin yhtenä liikuntaneuvonnan kehittä- miskeinoana.</p> <p>Muutamassa vastauksessa mainittiin eri tahojen kanssa toteutettava yhteistyö.</p> <p>Hoitajien tavoin ehdotettiin yhteisiä toimintatapoja ja toimintamallien luomista sa- moin kuin moniammatillisia tiimejä sekä yhteistyötä eri tahojen kanssa.</p> <p>Selvästi suurimpana Liikku- misreseptin käytön esteenä lääkärit pitävät ajanpuutetta.</p>	<p>seurantaan</p> <p>Neuvonnalle ja yhteistyölle lisää resursseja, aikaa, rahaa ja painotus- ta</p> <p>Asenteet, moti- vaatio, kiinnostus asiaa kohtaan ja asiakkaan moti- vointi</p> <p>Konsteja moti- vointiin ja asian käsittelyyn, asiak- kaan motivointi nähtiin liikunta- neuvonnan kehittä- miskeinoana</p> <p>Eri tahojen kans- sa toteutettava yhteistyö</p> <p>Yhteiset toiminta- tavat, toiminta- mallien luominen, moniammatilliset tiimit ja yhteistyö eri tahojen kans- sa</p> <p>Liikkumisreseptin käytön este ajan puute</p>	<p>Resurssit</p> <p>Motivointi</p> <p>Motivointi</p> <p>Yhteiset käytän- nöt</p> <p>Yhteiset käytän- nöt</p> <p>Resurssit</p> <p>Käytännöllisyys</p> <p>Sähköinen järjes- telmä</p>
Liikkumis- resepti YTHS:n työvälineenä lääkäreiden ja	<p>Tutkimukseen osallistuneen lääkärit suhtautuivat Liikku- misreseptiin myönteisesti, mutta sen yleisempään käyt-</p>	<p>Suhtautuminen reseptiin myön- teinen Sähköisen järjes-</p>	

<p>potilaiden kokemuksia. Tuominiemi Elina 2006. Pro gradu tutkielma Jyväskylän yliopisto. terveystieteiden laitos</p>	<p>töön liittivät tiettyjä ehtoja. Erityisesti he korostivat sähköisen järjestelmän toimivuutta.</p> <p>Liikkumisreseptin käyttöä ja täyttämistä eivät lääkärit pitäneet vaikeana.</p> <p>Koulutusta pidettiin hyvänä mutta myös kehittämistä vaativana. Koulutusta liikkumisreseptin käyttöön ja käytön harjoittamisesta lääkärit pitivät kuitenkin tärkeänä sen laajemman käyttöön oton kannalta YTHS:ssä.</p> <p>Lääkärit kokivat liikkumisreseptin aktivoivan heitä antamaan liikuntaneuvontaa.</p> <p>Uusimpaan terveystieteiden suositukseen nähden noin puolet liikkumisreseptin ohjeista täytti viikoittaisen terveystieteiden tarpeen. Vähän tai ei ollenkaan liikkuvien potilaiden kohdalla on kuitenkin syytä aloittaa matalimmista vaatimuksista, kuten myös potilaat itse toivat esille. Jatkossa olisi syytä pyrkiä vielä lisäämään liikkumisreseptin sisältämää liikuntamäärää.</p> <p>Tutkimukseen osallistuneet potilaat suhtautuivat myönteisesti liikuntaneuvontaan ja liikkumisreseptiin. Valtaosa piti liikkumisreseptiä hyödyllisenä ja motivoivana Liikkumisresepti näytti lisäävän potilaan fyysistä aktiivisuutta jonkin verran.</p>	<p>telmän toimivuus</p> <p>Reseptin käyttö eikä täyttö vaikeaa</p> <p>Koulutus hyvää mutta vaatii kehittämistä. Koulutusta liikkumisreseptin käyttöön ja käytön harjoittamisesta</p> <p>Liikkumisresepti aktivoi antamaan liikuntaneuvontaa</p> <p>Noin puolet liikkumisreseptiohjeista täytti viikoittaisen terveystieteiden tarpeen. Vähän tai ei ollenkaan liikkuville matalammat vaatimukset. Jatkossa liikunnan määrän lisäys</p> <p>Potilaille myönteinen suhde liikuntaneuvontaan ja liikkumisreseptiin hyödyllinen ja motivoiva. Potilaan fyysisen aktiivisuuden lisääntyminen</p>	<p>Käytännöllisyys</p> <p>Koulutus</p> <p>Käytännöllisyys</p> <p>Yksilöllisyys</p> <p>Potilasmyönteisyys</p>
--	---	--	--

<p>Liikkumisreseptin alueellinen toteuttaminen ja vaikutusten arviointi. Lähdesmäki, Liisa– Tala, Sinikka.2004–2008. Etelä-pohjanmaan sairaanhoitopiiri</p>	<p>Huomiota tulee kuitenkin kiinnittää myös Liikkumisreseptiä saaneiden potilaiden valintaan. Valinnassa tulee huomioida potilaan sairaustilanteen (vakavuus, hoitovaihe ym.) lisäksi hänen muutostvaiheensa liikunnan suhteen ja mahdollisuudet fyysisen aktiivisuuden lisäämiseen. Liikkumisresepti voisi toimia parhaiten potilailla jotka ovat liikunnan suhteen harkinta- tai valmistumisvaiheessa.</p>	<p>Liikkumisreseptiä saaneiden potilaiden valinnassa huomioidaan sairaustilanne ja muutosvaihe sekä mahdollisuus fyysisen aktiivisuuden lisäämiseen. Liikkumisresepti voisi toimia hyvin potilaan liikunnan suhteen harkinta tai valmistumisvaiheessa</p>	<p>Yksilöllisyys</p>
	<p>Tarkempien liikuntaohjeiden antaminen potilaalle jätettiin yleensä fysioterapeutille, mitä lääkärit pitivät hyvänä käytäntönä.</p>	<p>Fysioterapeutit antoivat tarkempia liikuntaohjeita</p>	<p>Asiantuntijuus</p>
	<p>Lääkärit kokivat, että liikkumisreseptilomakkeen esitäyttö jonkun toisen ammattihenkilön toimesta lisäisi lääkäreiden aktivoitumista liikkumisreseptin kirjoittamisessa.</p>	<p>Reseptilomakkeen täyttö muun kuin lääkärin toimesta lisäisi lääkärin aktiivisuutta reseptin kirjoittamisessa</p>	<p>Yhteisten käytäntöjen puute</p>
	<p>Kohtalaiseksi tai huonoksi liikkumisreseptin käyttökelpoisuuden arvioivat terveydenhoitajat perustelivat vastauksiaan mm. sillä, että lääkärit eivät kirjoita reseptejä sekä se toimii vain osalla asiakkaita.</p>	<p>Kohtalaiseksi tai huonoksi reseptin käyttökelpoisuus arvioitiin siksi koska lääkärit eivät kirjoita reseptejä Resepti toimii vain osalla asiakkaista</p>	<p>Lääkäreiden haluttomuus</p> <p>Resepti marginaalinen</p>
	<p>Sillä voin sitouttaa ihmisen noudattamaan lääkereseptiä, jos niitä vain tulisi lääkäreiltä.</p>	<p>Voi sitouttaa ihmisen käyttämään reseptiä jos vaan lääkärit kirjoittaisi niitä</p>	<p>Lääkäreiden haluttomuus</p>
	<p>Lääkärit arvioivat, että heidän roolinsa on motivointi tai että liikuntaneuvonta ei ole lääkäri-</p>	<p>Motivointi lääkärin rooli, liikuntaneuvonta ei lääkärin</p>	<p>Yhteisten käytäntöjen puute</p>

	<p>reiden työtä.</p> <p>Yli 90 % hankkeen kyselyyn vastanneista lääkäreistä, fysioterapeuteista ja terveydenhoitajista oli sitä mieltä, että liikuntaneuvonta sekä liikkumisreseptin toteuttaminen ja seuranta kuuluisi terveydenhuollossa fysioterapeuteille.</p> <p>Terveysliikuntaneuvontaa ja siihen valmiuksia antavia oppiaineita on vain vähän terveydenhuoltohenkilöstön peruskoulutuksissa Suomessa. Hankkeen alussa todettiin, että erityisesti lääkärit ja terveydenhoitajat eivät kokee tietävänsä terveysliikuntaneuvonnasta riittävästi ohjatakseen potilaita.</p> <p>Työtä liikkumisreseptin käytön laajentamiseksi ja yleistämiseksi on tehtävä jatkosakin. Terveydenhuollon ammattilaisten peruskoulutukseen tulisi sisällyttää painokkaammin liikuntaa ja liikkumisreseptin toteuttaminen.</p> <p>Myöskään terveydenhuollon lyhyisiin vastaanottotilanteisiin sopivaa terveysliikuntaneuvontamateriaalia ei ollut juurikaan hankkeen alussa saatavilla. Edellisten perusteella päätettiin suunnitella ja toteuttaa vastaanottotilanteeseen soveltuvia terveysliikunnan neuvontakortteja, joiden avulla konkreettisesti</p>	<p>työtä</p> <p>Lähes kaikki hoitohenkilökunnasta sitä mieltä, että liikuntaneuvonta, liikkumisreseptin toteuttaminen ja seuranta kuuluisi fysioterapeutille</p> <p>Terveysliikuntaneuvontaan valmiuksia antavia oppiaineita on vähän terveydenhuoltohenkilöstön peruskoulutuksissa. Hankkeen alussa koettiin, että ei ole tietoa terveysliikuntaneuvonnasta riittävästi potilaan ohjausta varten</p> <p>Työtä reseptin yleistämiseksi ja laajentamiseksi pitää tehdä. Terveydenhuollon ammattilaisten peruskoulutukseen tuli sisällyttää liikuntaa ja liikkumisreseptin toteuttaminen</p> <p>Vastaanottotilanteissa ei sopivaa terveysliikuntamateriaalia Tehtiin terveysliikuntakortteja vastaanottotilanteisiin, pystyi konkreettisesti ja lyhyesti havainnollistamaan ter-</p>	<p>Asiantuntijuus</p> <p>Yhteisten käytäntöjen puute</p> <p>Terveysliikuntaneuvontakoulutus vähäistä</p> <p>Kehittäminen</p> <p>Koulutus</p> <p>Oheismateriaalin puute</p> <p>Oheismateriaali</p>
--	--	--	---

	<p>ja lyhyesti havainnollistetaan terveysliikunnan määrää ja laatua potilaille.</p> <p>Hankkeen toteuttamat neuvontakortit saivat suuren suosion. Niitä painettiin hankkeen aikana yhteensä lähes 400 000 kappaletta. Pääasiallisesti materiaalia käyttivät terveystoimet, mutta myös sosiaali-, liikunta- ja koulutoimet sekä kolmas sektori.</p> <p>Ruotsin Tjörnin kunnasta tuotiin vahvasti esille liikuntaneuvonnan koordinaattorin työpanos. Heillä liikkumisreseptin käyttö lisääntyi moninkertaiseksi, kun liikunta-neuvontatyö keskitettiin muutamalle henkilölle perusterveydenhuollossa. He pitivät liikkumisreseptin kirjoittamisen ja seurannan keskitämistä yhdelle tai muutamalle henkilölle koko liikkumisreseptin käytön avainasiana.</p> <p>Liikkumisreseptin toteuttamiseen terveydenhuollossa on varattava riittävästi vastaanottoaika, 10 - 20 minuuttia, ja sen toteuttajaksi toivoisi tulevan terveysliikunnan asiantuntijan ns. liikkumisreseptivastaavan. Hänen tehtävänä olisi liikkumisreseptin toteuttaminen, seuranta sekä moniammatillisen yhteistyön koordinointi</p> <p>Terveydenhoitajat, jotka katsoivat reseptin käyttökelpoisuuden olevan hyvän, perustelivat vastauksiaan mm.</p>	<p>veysliikunnan määrää ja laatua potilaalle</p> <p>Neuvontakortit saavuttivat suuren suosion Painettiin 400000 Materiaalia käyttivät terveystoimet, mutta myös sosiaali- liikunta ja koulutoimet sekä kolmas sektori</p> <p>Liikkumisreseptin käyttö Ruotsissa lisääntyi kun liikuntaneuvontatyö keskitettiin muutamalle ihmiselle perusterveydenhuollossa Liikkumisreseptin kirjoittaminen ja seuranta yhdelle tai muutamalle ihmiselle liikkumisreseptin käytön avainsana</p> <p>Täyttämiseen varattava riittävästi aikaa 10- 20 min</p> <p>Toteuttaja voisi olla ns. liikkumisresepti vastaava. Tehtävät olisivat reseptin toteuttaminen, seuranta, moniammatillinen yhteistyö ja koordinointi</p> <p>Perustelivat käyttökelpoisuutta sillä, että asiakkaat haluavat</p>	<p>Oheismateriaali</p> <p>Kehittäminen</p> <p>Käytännöllisyys</p> <p>Kehittäminen</p> <p>Käytännöllisyys</p>
--	--	--	--

<p>Selvitys liikuntaneuvonnan toteutumisesta Länsi- Suomen läänin erikoissairaanhoidossa. Starck, Heli . Länsi-Suomen lääninhallitus.2003</p> <p>Lääkäreiden toteuttama liikuntaneuvonta erikoissairaanhoidossa. Starck,</p>	<p>kommenteilla, useat asiakkaat haluavat kirjallisia ohjeita, suullisia ohjeita tulee niin paljon, että ne unohtuvat.</p>	<p>kirjallisia ohjeita, suullisia ohjeita tulee paljon, että ne unhotuvat</p>	<p>Motivointi</p>
	<p>Fysioterapeuttien positiivisten arvioiden perusteluissa resepti nähtiin hyvänä motivointikeinona ja tyytyväisyyttä tuovana. Positiivisia kommentteja kuvaa hyvin perustelu: Ihmiset tottuvat ajatukseen, että liikunta on lääkettä</p>	<p>Resepti on hyvä motivointikeino ja tuo tyytyväisyyttä. Tottuvat ajatukseen liikunta on lääkettä</p>	
	<p>Harjoittelun seuranta tulee konkreettiseksi, kun on kirjallisesti täsmällisesti ohjeet kuntoutujalle, Selkeästi kirjatut suositukset tavoitte auttaa asiakasta mieltämään/ liikunnan lääkkeenomaisuuden</p>	<p>Seuranta tulee konkreettiseksi. Kirjattu tavoite auttaa mieltämään liikunnan lääkeomaisuuden</p>	<p>Käytännöllisyys</p>
	<p>Liikkumisresepti on kaikessa yksinkertaisuudessaan myös motivoiva väline varsinkin henkilöiden kohdalla, jotka eivät ole koskaan olleet liikunnallisia.</p>	<p>Hyvä motivointikeino vähän liikkujille</p>	<p>Motivointi</p>
	<p>Terveystietäjillä on oma tietotaito lisääntynyt ja liikkumisreseptihanke innostanut neuvonnan lisäämiseen ja monipuolistamiseen. Suullisesti annettu liikuntaneuvonta lisääntyi hankkeen aikana terveydenhuollossa. Lääkäreiden liikkumisreseptin kirjoittaminen lisääntyi jonkin verran hankkeen toteuttamisen toimipaikkakoulutusten jälkeen.</p>	<p>Tietotaito lisääntyy ja neuvonta lisääntyy ja monipuolistuu. Suullisesti annettu liikuntaneuvonta lisääntyi. Reseptien kirjoittaminen lisääntyi jonkin verran.</p>	<p>Kehittäminen</p>
<p>Kukaan haastatelluista ei ollut käyttänyt liikkumisreseptiä, mutta kaikki olivat kuulleet siitä. Liikkumisreseptiin suhtauduttiin vaihtelevas-</p>	<p>Liikkumisreseptiä ei ollut käytetty. Resepti ei sovi omalle erikoisalalle. Fysiatriassa</p>	<p>Resepti marginaalinen</p>	

<p>Heli- Selänne, Harri-Raiski-Ahola, Satu-Stålh, Timo 2005.</p>	<p>ti. Yleisellä taholla reseptiä pidettiin hyvänä ideana, mutta sen ei välttämättä katsottu sopivan omalle erikoisalalle tai sairaalaan. Haastatellut fysiatriit olivat sitä mieltä, liikkumisresepti sopii paremmin yleisliikkumiseen. Fysiatrissa ohjeet ovat hyvin spesifejä, joten liikkumisresepti ei ole riittävä väline liikuntaohjeiden antamiseen.</p> <p>Sisätauteihin Liikkumisreseptin katsottiin soveltuvan mutta ei kuitenkaan aivan akuutteihin tapauksiin. Ennaltaehkäisyyn ja jälkikuntoutukseen sen katsottiin sopivan paremmin.</p> <p>Liikkumisreseptin hyvänä puolena pidettiin sitä, että kirjallisen liikuntaohjeen katsottiin olevan pelkkää suullista ohjausta tehokkaampaa.</p> <p>Kirjallinen ohje motivoi potilasta paremmin, tuo asian paremmin esille ja auttaa lääkäriä havainnollistamaan sanomaansa.</p> <p>Liikkumisresepti herättää myös keskustelua potilaan kanssa ja hänen on helpompi ymmärtää lääkärin perustelut</p> <p>Henkilökohtainen liikuntaohjaus toimii myös yleistä liikuntakehotusta paremmin. Liikkumisresepti lisää myös lääkärin sanoman painoarvoa. Lääkärin määräystä on helpompi uskoa ja aloittaa liikunta</p>	<p>ohjeet hyvin spesifejä resepti ei sovellu sinne, soveltuu paremmin yleisliikkumiseen</p> <p>Liikkumisresepti sopii sisätauteihin, mutta ei aivan akuutteihin tapauksiin. Sopii paremmin ennaltaehkäisyyn ja jälkikuntoutukseen</p> <p>Kirjallinen liikuntaohje suullista ohjausta tehokkaampaa</p> <p>Motivoi paremmin ja tuo asian esille. Auttaa havainnollistamaan sanoma</p> <p>Herättää keskustelua potilaan kanssa ja hänen helpompi ymmärtää perustelut</p> <p>Henkilökohtainen liikuntaohjaus toimii paremmin kuin yleinen kehotus, resepti lisää sanoman painoarvoa, määräys uskottava, helpompi aloittaa</p>	<p></p> <p>Resepti marginaalinen</p> <p>Käytännöllisyys</p> <p>Motivointi</p> <p>Käytännöllisyys</p> <p>Yksilöllisyys</p>
--	--	---	---

<p>Lääkärien toteuttaman liikuntaneuvonnan yleisyys ja tarve. Stålh, Timo–Borodulin, Katja–Kujala, Santero–Jousilahti, Pekka. Suomen Lääkärilehti 2004.</p>	<p>Reseptin kääntöpuolelle kaivattiin jonkinlaista kuntokorttia tai päiväkirjaa. Näin seurantakäyntien yhteydessä voitaisiin käydä läpi toteutunutta liikuntaa.</p>	<p>liikunta</p> <p>Kuntokortti tai päiväkirja reseptin kääntöpuolelle, voidaan käydä läpi toteutunutta liikuntaa</p>	<p>Kehittäminen</p>
	<p>Liikkumisreseptillä pitäisi saada myös jonkinlaista taloudellista hyötyä. Reseptillä voisi saada alennusta kunnallisista tai yksityisistä liikuntapalveluista. Tämä motivoisi paremmin liikkumaan.</p>	<p>Pitäisi saada taloudellista hyötyä reseptin käytöstä Alennusta kunnallisista tai yksityisistä liikuntapalveluista, motivoisi liikkumaan.</p>	<p>Kehittäminen</p>
	<p>Enemmistö lääkäreistä kaipaa liikuntaneuvontaan liittyvää lisäkoulutusta. Koulutuksien pitäisi sisältää eteenkin uutta kontrolloitua tutkimustietoa sopivista liikkumismuodoista ja liikunnan annostelusta eri sairauksissa, mutta myös potilaiden motivointiin liittyviä tekijöitä olisi hyvä käsitellä.</p>	<p>Liikuntaneuvontaan lisäkoulutusta. Kontrolloitua tutkimustietoa liikkumismuodoista ja annostelusta eri sairauksissa. Potilaan motivointiin liittyvien tekijöiden käsittelyä.</p>	<p>Koulutus</p>
	<p>Liikuntaneuvonnan katsotaan sopivan erikoissairaanhoidon, mutta useimmat lääkäreistä sanovat sen soveltuvan muualle.</p>	<p>Liikuntaneuvonta soveltuu paremmin muualle kuin erikoissairaanhoidon</p>	<p>Yhteiset käytäntöjen puute</p>
	<p>Kirjallisia liikkumisohjeita vähintään joka kolmannelle potilaalle antaa vain 13 % lääkäreistä.</p>	<p>Kirjallisia liikkumisohjeita potilaille annetaan vähän</p>	<p>Lääkäreiden haluttomuus</p>
	<p>Ainostaan puolet koki vastaajista saaneensa lääkäriltä riittävästi tietoa liikunnan merkityksestä sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa Kirjallisten ohjeiden antaminen on tärkeätä, sillä Kesselin tekemän katsauksen mukaan</p>	<p>Vain puolet vastaajista koki saavansa riittävästi tietoa liikunnan merkityksestä sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa Kirjalliset ohjeet</p>	<p>Tiedon puute</p> <p>Käytännöllisyys</p>

	potilaat unohtavat vastaanotolla annetusta informaatiosta 40 – 80 % välittömästi. Lisäksi melkein puolet annetusta informaatiosta muistetaan väärin	on tärkeä antaa. Potilaat unohtavat annetusta informaatiosta 40 – 80 %. Puolet muistetaan väärin	
--	---	--	--

Tutkimustaulukko

Taulukko 8. Tutkimustaulukko

Tekijä(t), vuosi, maa, jossa tutkimus tehty	Tarkoitus	Kohderyhmä(otos), aineiston keruu ja analysointi	Päätulokset
<p>Tuominiemi, Elina 2006, Suomi</p> <p>Liikkumisresepti YTHS:n työvälineenä-lääkäreiden ja potilaiden kokemuksia</p>	<p>Selvittää miten ja millä ehdoilla liikkumisresepti soveltuisi YTHS:n lääkäreiden työvälineeksi</p>	<p>Liikkumisreseptikokeiluun valittiin yhdestä YTHS:n toimipisteestä kaksi yleislääkäriä, jotka valitsivat tutkimukseen 36 potilasta. Tutkimuspotilaiden sairausryhmiksi valittiin astma ja masennus/ahdistus. Aineisto kerättiin käyntilomakkeilla. Niitä kertyi 36 kpl lääkäreiltä ja 36 kpl potilailta. Molemmat lääkärit haastateltiin teemahaastattelun keinoin. Liikkumisreseptin saajille lähetettiin postikysely</p>	<p>Liikkumisresepti soveltuu lääkäreiden työvälineeksi YTHS:ään. Se sopii apuvälineeksi, jonka voi ottaa käyttöön sopivan potilaan kohdalla sopivassa tilanteessa.</p> <p>Potilaat suhtautuivat liikkumisreseptiin pääosin myönteisesti. He pitivät sitä hyödyllisenä ja motivoivana ja olivat tyytyväisiä saamansa reseptin sisältöön.</p>
<p>Holpainen, Kaisa – Stålh, Timo 2004, Suomi</p> <p>Liikkumisreseptin käytöselvitys</p>	<p>Tarkastella Liikkumisreseptin käyttöä sekä kartoittaa Liikkumisreseptin ja Liikkumisresepti- koulutuksen kehittämistarpeita</p>	<p>Liikkumisreseptin käytöselvitystä koskeva kyselylomake lähetettiin Liikkumisresepti koulutukseen vuosien 2002 ja 2003 aikana osallistuneille lääkäreille ja niihin toimipaikkoihin, johon oli tilattu Liikkumisresepti- koulutus. Kyselyihin vastanneista lääkäreistä (N=86), hoitajista(30 lomaketta) ja fysioterapeuteista (18 lomaketta) oli osallistunut liikkumisreseptikoulutukseen noin puolet kustakin vastaan-</p>	<p>Liikkumisresepti- koulutus näyttää lisäävän liikkumistottumuksista keskustelua ja kysymistä. Kaksi kolmesta lääkäristä piti liikkumisreseptiä käyttökelpoisena liikuntaneuvonnan työkaluna. Resepti on hyvä lisäapu motivoitaessa potilaita liikkumaan. Haittana pidettiin</p>

		neesta ryhmästä.	ajan puutetta. Myös rutiininpuute ja perehtymättömyys asiaan vaikeuttivat reseptin käyttöä.
<p>Stålh, Timo – Borodulin, Katja – Kujala, Santero – Jousilahti, Pekka 2004, Suomi</p> <p>Lääkärien toteuttaman liikuntaneuvonnan yleisyys ja tarve</p>	Selvitettiin lääkärien toteuttamaa liikuntaneuvontaa sekä väestön suhtautumista siihen	<p>Lääkärien toteuttamaa liikuntaneuvontaa koskeva aineisto kerättiin maaliskuussa 2002 Suomen Lääkäriliiton vuosittaisen Lääkärikyselyn yhteydessä. Vuonna 2002 vastausprosentti oli 85 eli 14 155 kyselyn kohteena olleista lääkäreistä vastasi kyselyyn. Liikuntaneuvontakysymyksiin vastasivat ne lääkärit, joilla oli vastaanottotoimintaa.</p> <p>Väestöaineisto kerättiin 131 kunnassa. Liikuntatutkimuksen otoskoko oli 9179 henkeä joista 5980 osallistui(65 %) tutkimukseen. Tutkittavat olivat iältään 25–74 vuotiaita, heistä miehiä 46 % ja naisia 54 %.</p>	Vähintään joka kolmannen potilaan liikkumistotumuksia kysyy 64 % lääkäreistä. Kirjallisia liikkumisohjeita vähintään joka kolmannelle potilaalleen antaa vain 13 % lääkäreistä. Puolet haastateltavista oli sitä mieltä, että lääkäri kertoo riittävästi liikunnan merkityksestä terveyden ylläpitämisestä ja sairauksien hoidosta. Vastaavasti 21 % oli eri mieltä ja 29 % ei osannut sanoa mielipidettään. Kolme neljästä vastaajasta oli sitä mieltä, että lääkäriillä tulisi olla mahdollisuus kirjoittaa liikkumisresepti.
<p>Starck, Heli – Selänne, Harri-Raiski-Ahola, Satu–Stålh, Timo 2005, Suomi</p> <p>Lääkäreiden toteuttama liikuntaneuvon-</p>	Tarkasteltiin lääkärien näkekemyksiä liikunnan merkityksestä sairauksien hoidossa ja heidän arvioita omista liikunnan terveysvaikutuksiin liittyvistä tiedoistaan. Lisäksi selvitettiin miten lääkärit toteuttavat	Selvitys tehtiin kuudessa Länsi-Suomen läänin alueella toimivassa sairaalassa. Aineisto kerättiin kyselylomakkeen avulla. Lomakkeita lähetettiin 230 kappaletta. Lomakkeita palautui 136 joten vastausprosentiksi muodostui 59 %.	Puolet lääkäreistä piti liikuntaneuvontaa erittäin tärkeänä ja lähes puolet melko tärkeänä. Liikuntaneuvonnan liittyvää koulutusta sanoi tarvitsevansa 42

ta erikoissairaanhoidossa	liikuntaneuvontaa erikoissairaanhoidossa sekä lääkärin tarvetta liikuntaneuvontaan liittyvään koulutukseen sekä liikkumisreseptin soveltuvuutta erikoissairaanhoitoon.	Tulosten analysointiin käytettiin SPSS-tilasto-ohjelmaa	% lääkäreistä, 36% ei mielestään tarvitse koulutusta, 22% ei osannut sanoa kantaansa. Liikkumistottumuksista kysymistä selitti koettu tietojen riittävyys liikuntaneuvontaan. Kirjallisia liikkumisohjeita vähintään joka kolmannelle potilaalle antoi 15 % lääkäreistä. Kolmannes lääkäreistä arvioi liikuntaneuvonnan soveltuvan erinomaisesti sairaalaympäristöön. Yleisimmin vastaajat olivat sitä mieltä, että neuvonta soveltuu sairaalaan, mutta neuvontaa pitäisi ensisijaisesti toteuttaa muualla. 60 % vastaajista arvioi liikkumisreseptin soveltuvan neuvontaan erittäin tai melko hyvin.
Starck, Heli 2003, Suomi Selvitys liikuntaneuvonnan toteutumisesta Länsi-Suomen läänin erikoissairaanhoidossa	Selvittää liikuntaneuvonnan toteutumista Länsi-Suomen läänin erikoissairaanhoidossa, sekä liikkumisreseptin soveltumista osaksi erikoissairaanhoidon liikuntaneuvontaa.	Selvitys toteutettiin kyselylomakkeiden ja haastatteluiden avulla. Selvityksessä oli mukana kuusi sairaalaa	Puolet lääkäreistä piti liikuntaneuvontaa erittäin tärkeänä ja lähes puolet melko tärkeänä. Liikuntaneuvontaan liittyvää koulutusta sanoi tarvitsevansa 42 % lääkäreistä, 36 % ei mielestään tarvitse koulutus-

			<p>ta, 22 % ei osannut sanoa kantaansa. Liikkumistottumuksista kysymistä selitti koettu tietojen riittävyys liikuntaneuvontaan. Kirjallisia liikkumisohjeita vähintään joka kolmannelle potilaalle antoi 15 % lääkäreistä. Kolmannes lääkäreistä arvioi liikuntaneuvonnan soveltuvan erinomaisesti sairaalaympäristöön. Yleisimmin vastaajat olivat sitä mieltä, että neuvonta soveltuu sairaalaan, mutta neuvontaa pitäisi ensisijaisesti toteuttaa muualla. 60 % vastaajista arvioi liikkumisreseptin soveltuvan neuvontaan erittäin tai melko hyvin.</p>
<p>Lähdesmäki, Liisa-Tala, Sinkka-Lautamaja, Marja 2004- 2008, Suomi Liikkumisreseptin alueellinen toteuttaminen ja vaikutuksen arviointi</p>	<p>Hankkeen päätavoitteita olivat ennaltaehkäistä kansansairauksia lisäämällä väestön liikuntaaktiivisuutta ja terveystoimintaa, kouluttaa terveydenhuoltohenkilökuntaa liikunnan ja liikkumisreseptin käyttöön lääkkeettömänä hoitona sekä eri toimijoiden yhteistyöllä lisätä</p>	<p>Hankkeen koulutuksissa ja terveystoimintatiloissa oli yhteensä lähes 15 000 henkilöä, joista 1028 oli terveydenhuollon ammattilaisia. Osallistujissa oli 390 lääkäriä, 276 fysioterapeuttia ja 362 terveydenhoitajaa ja sairaanhoitajaa.</p>	<p>Hankkeen päättyessä liikuntaneuvontaan ja liikkumisreseptiin suhtautuminen oli hyvä. Suullinen liikuntaneuvonta lisääntyi ja monipuolistui erityisesti perusterveydenhuollossa. Lääkäreistä 2/3:lla ei ollut aikaa liikkumisreseptille. Lääkäreistä 18 % kir-</p>

	väestön tasa-arvoisia mahdollisuuksia terveyttä koskevien valintojen tekemiseen.		joitti vähintään viikoittain ja 45 % satunnaisesti liikkumisreseptejä. Lääkärit, hoitajat ja fysioterapeutit kokivat, että liikkumisreseptin toteutus kuuluu terveydenhuollossa fysioterapeuteille. Kuntoneuvolat aktivoituivat liikkumisreseptin toteuttamisessa. Hankkeen terveysliikuntakortit otettiin aktiiviseen käyttöön ja niitä painettiin lähes 400 000 kappaletta. Hankkeesta saadut neuvontamateriaalit ja toimintamallit yhenäistivät ja monipuolistivat annettavaa liikuntaneuvontaa
Aittasalo, Minna–Miilunpalo, Seppo 2002 Suomi. Pilottitutkimuksen päätösraportti	Tavoitteena oli lisätä perusterveydenhuollon lääkäreiden vastaanotolla käyvien, nykyisiä suosituksia vähemmän liikkuvien potilaiden fyysistä aktiivisuutta	Ensimmäisessä pilottitutkimuksessa oli mukana kaksi terveyskeskusta. Pilotti käynnistyi lääkärin reseptin käytön koulutuksella. Koulutuksen jälkeen lääkärit koekäyttivät reseptiä kolme viikkoa. Kyselylomakkeilla kerättiin tietoa reseptin käytöstä potilailta ja lääkäreiltä. Lääkärit vielä ryhmähaastateltiin.	Liikkumisreseptilomake on selkeä ja ymmärrettävä ja ohjaa hyvin neuvontatilanteita. Reseptin käytön koulutus ja siihen liittyvä materiaali kaipaavat vielä kehittämistä. Lisäohjeiden ja seurannan kehittämiseksi tarvitaan vielä lisätoimia yhteistyön parantamiseksi terveydenhuollon henkilöstön, kuntan liikuntatoi-

			men edustajien ja yksityisten liikuntapalvelujen tuottajien välillä.
--	--	--	--