

**LIKKUMISRESEPTI
YTHS:N TYÖVÄLINEENÄ –
LÄÄKÄREIDEN JA POTILAIDEN
KOKEMUKSIA**

Elina Tuominiemi

Terveyskasvatuksen
Pro-gradu tutkielma
Jyväskylän yliopisto
Terveystieteiden laitos
Kevät 2006

TIIVISTELMÄ

Liikkumisresepti YTHS:n työvälineenä – lääkäreiden ja potilaiden kokemuksia

Elina Tuominiemi

Terveyskasvatuksen Pro-gradu tutkielma

Jyväskylän yliopisto

Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta, terveystieteiden laitos 2006

87 sivua, 11 liitettä

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten ja millä ehdoilla liikkumisresepti soveltuisi YTHS:n lääkäreiden työvälineeksi. Liikkumisreseptikokeiluun valittiin yhdestä YTHS:n toimipisteestä kaksi yleislääkärää, jotka valitsivat tutkimukseen 36 potilasta. Tutkimuspotilaiden sairausrhmiksi valittiin astma ja masennus/ahdistus.

Aineisto kerättiin helmikuun 2004 ja lokakuun 2005 välisenä aikana. Käyntilomakkeilla kartoitettiin lääkäreiden osalta liikkumisreseptin kirjoittamiseen tai kirjoittamatta jättämiseen vaikuttaneita tekijöitä ja potilaiden osalta heidän suhtautumistaan liikkumisreseptiin. Lisäksi käyntilomakkeilla selvitettiin potilaiden taustatietoja ja liikkumisreseptin merkitystä liikunta-neuvonnan tukena. Lääkärit ja potilaat täyttivät käyntilomakkeet heti vastaanottotilanteen jälkeen ja niitä kertyi 36 kappaletta lääkäreiltä ja 36 kappaletta potilailta. Liikkumisreseptejä lääkärit täyttivät 16 kappaletta. Molemmat lääkärit haastateltiin erikseen teemahaastattelun keinoin. Lisäksi kaikille liikkumisreseptin saaneille lähetettiin postikysely.

Liikkumisreseptin saajiksi lääkärit valitsivat vähän liikkuvia potilaita. Reseptin kirjoittamista lääkärit eivät pitäneet vaikeana. Tarkempien liikuntaohjeiden antaminen potilaalle jätettiin usein fysioterapeutille, mitä lääkärit pitivät hyvänä käytäntönä. Heidän mielestään YTHS:ssä oli potilaita ja sairausrhmiä, joiden kohdalla liikkumisreseptin käyttö oli perusteltua. Lääkärit kokivat liikkumisreseptin aktivoivan liikuntaneuvontaa. He suhtautuivat liikkumisreseptiin myönteisesti, mutta asettivat sen käytölle joitakin ehtoja. Liikkumisreseptin yleisemmän käytön kannalta lääkärit pitivät välttämättömänä toimivaa sähköistä ohjelmaa, jonka avulla liikkumisresepti voitiin tallentaa suoraan osaksi potilastietojärjestelmää. Ohjelma säästäisi aikaa ja vähentäisi paperityön määrää. Reseptin käyttöönottovaiheessa tulisi lääkäreiden mielestä kaikkien lääkäreiden saada sen käyttöön riittävästi koulutusta ja tilaisuuksia harjoitella sen käyttöä.

Potilaat suhtautuivat liikkumisreseptiin pääosin myönteisesti. He pitivät sitä hyödyllisenä ja motivoivana ja olivat tyytyväisiä saamansa reseptin sisältöön. Potilaat myös puolsivat liikkumisreseptin käyttöä YTHS:ssä ja oman sairausrhmänsä kohdalla. He raportoivat liikkumisreseptillä olleen jonkin verran vaikutusta heidän liikuntatottumuksiinsa. Kehittämisideoina potilailta korostuivat liikkumisreseptin seurannan tehostaminen ja henkilökohtaisen liikunnanohjauksen saaminen.

Tulosten pohjalta on pääteltävissä, että liikkumisresepti soveltuu lääkäreiden työvälineeksi YTHS:ään. Se sopii apuvälineeksi, jonka voi ottaa käyttöön sopivan potilaan kohdalla sopivassa tilanteessa. Tärkeää on sähköisen ohjelman toimivuus ja liikkumisreseptin käytön harjoittelu. Yhteistyö fysioterapeutin kanssa näyttää olevan myös välttämätöntä. Liikkumisreseptin saaneiden kohdalla tulee erityisesti kiinnittää huomiota pitkäaikaisen seurannan toteutumiseen.

Asiasanat: liikuntaneuvonta, perusterveydenhuolto, terveysl iikunta

ABSTRACT

Physical activity prescription as a tool in the Finnish Student Health Service – experiences by physicians and patients

Elina Tuominiemi

Master's thesis of Health Education

University of Jyväskylä

Faculty of Sport and Health Sciences, Department of Health Sciences 2006

87 pages, 11 appendixes

The purpose of the study was to examine how and in which conditions physical activity prescription would apply as a tool for physicians in the Finnish Student Health Service. Two physicians from one service unit were selected to test physical activity prescription and they chose 36 patients to the study. Asthma and depression/anxiety were selected the target disorder groups.

Data were collected between February 2004 and November 2005 by several different methods. Appointment questionnaires, filled immediately after the contact both by the physicians and the patients, were used to find out the physicians' reasons for filling/not filling physical activity prescription and patients' background facts and attitudes toward prescription; 36 questionnaires were received from physicians and 36 from patients. Physicians filled 16 physical activity prescriptions. Both physicians were interviewed by thematic interview technique. In addition, postal questionnaires were sent to all patients who had received the prescription.

The physicians chose patients for the physical activity prescription for the reason of inactivity. The physicians did not regard difficult to fill the prescription forms. They frequently gave physiotherapist the task to give specific physical activity advice to the patients; this the physicians regarded as a good practice. The physicians agreed that there were patients and disorder groups in the Finnish Student Health Service who would benefit from the physical activity prescription and considered that prescription activated their physical activity counselling. In general they had a positive attitude toward physical activity prescription, but presented some conditions for its use. The physicians were of the opinion that in order to use physical activity prescription it was necessary to have a working electronic programme by which the prescription could be easily saved into the patient register. The programme would save time and reduce paper work. They also suggested that physicians should receive sufficient training to use physical activity prescription and chances to practice using it.

In general the patients had a positive attitude toward physical activity prescription. They considered it useful and motivating and were also satisfied with the content of the physical activity prescription, which they had received. The patients were also in favour of using physical activity prescription in the Finnish Student Health Service and in patients of their own disorder group. They reported that the physical activity prescription had had some effect to their physical activity. The patients thought that in the future it would be important to give personal physical activity instruction to the patients who had received the physical activity prescription and make the follow-up more effective

The results suggest that physical activity prescription is an applicable physician's counselling tool in the Finnish Student Health Service. It is a tool, which can be used in a suitable situation with a suitable patient. It is important that there is a working electronic prescription programme available and physicians have chances to train using the physical activity prescription. It also seems necessary to cooperate with a physiotherapist. Attention should be especially paid to the long-term follow-up with the patients who have received the physical activity prescription.

Keywords: physical activity counselling, primary health care, health-related physical activity

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 YLIOPISTO-OPISKELIJOIDEN TERVEYS JA TERVEYDEN EDISTÄMINEN	3
2.1 Terveyden käsite	3
2.2 Yliopisto-opiskelijoiden terveys	3
2.3 Yliopisto-opiskelijoiden liikuntakäyttäytyminen	5
2.4 Terveyden edistäminen ja terveystalvelut YTHS:ssä	7
3 LIIKUNTA JA TERVEYS	10
3.1 Liikunnan, fyysisen aktiivisuuden ja terveystliikunnan käsitteet	10
3.2 Liikunnan terveysvaikutukset	11
3.3 Astma ja liikunta	12
3.4 Masennus/ahdistus ja liikunta	14
4 LIIKUNTANEUVONTA PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA	17
4.1 Terveystkasvatuksen, terveystneuvonnan ja liikuntaneuvonnan käsitteet	17
4.2 Hallinnolliset ohjeet perusterveydenhuollon liikuntaneuvontaan	19
4.3 Lääkärit ja liikuntaneuvonta	20
4.4 Perusterveydenhuollon liikuntaneuvonnan vaikuttavuus	21
4.5 Kansainväliset liikuntaohjekokeilut perusterveydenhuollossa	22
5 LIIKKUMISRESEPTI LIIKUNTANEUVONNASSA	26
5.1 Mikä on liikkumisresepti?	26
5.2 Teoreettiset mallit liikkumisreseptin taustalla	27
5.3 Liikkumisreseptin kehittäminen	29
5.3 Liikkumisreseptiä koskevia tutkimuksia ja selvityksiä	31
5.4 Liikkumisreseptiin liittyvä koulutus, materiaali ja hankkeet	33
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	35
7 AINEISTO JA MENETELMÄT	36
7.1 Yleiskatsaus tutkimuksen toteuttamiseen	36
7.2 Tutkittavat	36

7.3 Mittausmenetelmät	37
7.3.1 Lääkäreiden käyntilomakkeet	37
7.3.2 Potilaiden käyntilomakkeet	37
7.3.3 Liikkumisreseptit	37
7.3.4 Lääkäreiden haastattelut	38
7.3.5 Liikkumisreseptin saaneiden postikyselyt	38
7.4 Aineiston keruu	38
7.4.1 Käyntilomakkeet	39
7.4.2 Liikkumisreseptit	40
7.4.3 Lääkäreiden haastattelut	40
7.4.4 Liikkumisreseptin saaneiden postikyselyt	40
7.5 Aineiston analyysi	42
7.5.1 Käyntilomakkeet	42
7.5.2 Liikkumisreseptit	42
7.5.3 Lääkäreiden haastattelut	43
7.5.4 Liikkumisreseptin saaneiden postikyselyt	43
8 TULOKSET	44
8.1 Tulokset lääkäreiden käyntilomakkeiden pohjalta	44
8.1.1 Kontaktitilanteeseen ja liikuntaneuvontaan käytetty aika	44
8.1.2 Potilaan ikä, kontaktien lukumäärä, potilaan tunteminen ja kontaktin luonne	45
8.1.3 Liikuntaneuvonnan arvioitu toteutuminen, menetelmät ja arvioitu perillemeno	47
8.1.4 Liikkumisreseptin kirjoittamisen ja pois jättämisen syyt (A-lomake)	49
8.1.5 Liikkumisreseptin seurannan sisältö ja toteutuminen (B-lomake)	50
8.1.6 Yhteenveto	50
8.2 Tulokset potilaiden käyntilomakkeiden pohjalta	51
8.2.1 Kontaktin luonne lääkärin kanssa	51
8.2.2 Liikuntaneuvonnan koettu toteutuminen ja mieleen jääminen	51
8.2.3 Liikkumisreseptin hyödyllisyys, motivoivuus ja sisältö	53
8.2.4 Liikkumisreseptin seurannasta sopiminen ja odotettu vaikutus liikuntatottumuksiin (A-lomake)	54
8.2.5 Liikkumisreseptin seurannan toteutuminen, ohjeiden noudattaminen ja vaikutus liikuntatottumuksiin (B-lomake)	54
8.2.6 Yhteenveto	55
8.3 Tulokset liikkumisreseptien pohjalta	56
8.3.1 Nykyinen liikkuminen ja liikkumisen terveysperusteet tai tavoite	56
8.3.2 Liikkumisohjeet	57
8.3.3 Lisäohjaukseen ohjaaminen ja seurannan sopiminen	58
8.3.4 Yhteenveto	58
8.4 Tulokset lääkäreiden haastattelujen pohjalta	60
8.4.1 Asenne liikuntaa kohtaan ja itsearviointi omista valmiuksista liikuntaneuvonnan antamiseen	60
8.4.2 Liikuntaneuvonnan sisältö ja saajat	61
8.4.3 Kokemuksia liikkumisreseptin käytöstä	62
8.4.4 Mielipiteitä liikkumisreseptin soveltuvuudesta yliopisto-opiskelijoille ja heidän sairausryhmilleen	63
8.4.5 Mielipiteitä liikkumisreseptin soveltuvuudesta YTHS:lle	65

8.4.6 Yhteenveto	67
8.5 Tulokset liikkumisreseptin saaneiden postikyselyn pohjalta	68
8.5.1 Suhtautuminen liikkumisreseptiin, ohjeiden noudattaminen ja seurannan toteutuminen	68
8.5.2 Liikkumisreseptin soveltuvuus omalle sairausryhmälle ja YTHS:n lääkäreiden työkaluksi sekä sen kehittäminen	69
8.5.3 Yhteenveto	70
9 POHDINTA	71
9.1 Tiivistelmä tuloksista	71
9.2 Tulosten luotettavuus ja edustavuus	72
9.3 Tulosten tarkastelua	75
9.4 Päätelmät ja suositukset	78
9.5 Lisätutkimusehdotuksia	80
10 LÄHTEET	81

LIITTEET 11 kpl

1 JOHDANTO

Perusterveydenhuollon liikuntaneuvontaan kohdistuva tutkimus- ja kehittämistoiminta on ollut kansainvälisesti vilkasta viimeisten kymmenen vuoden aikana (esim. Calfas ym. 1996, Long ym. 1996, Laitakari ym. 1997, Marcus ym. 1997, Pinto ym. 1998, Swinburn ym. 1998, Harland ym. 1999, Smith ym. 2000, Eden ym. 2002, Elley ym. 2003, Poskiparta ym. 2004). Taustalla on vaikuttanut sekä huoli ihmisten fyysisen passiivisuuden lisääntymisestä ja sen myötä kansanterveyden heikkenemisestä että toisaalta saavutettu vahva näyttö liikunnan hyödyistä monien sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa (esim. U.S. Department of Health and Human Services 1996, Kesäniemi 2003). Perusterveydenhuollossa toteutetussa liikuntaneuvonnassa on todettu olevan parantamisen varaa (esim. Miilunpalo ym. 1997) ja kehittämistoimintaa onkin alettu suunnata tehokkaampien, helpokäyttöisten ja nopeiden interventioiden keksimiseen (esim. Prochaska ym. 2000).

Lääkäreillä on perusterveydenhuollossa arvostettu asema ja heidän toiminnallaan on merkitystä potilaiden liikunta-aktiivisuudelle (esim. Miilunpalo 2003a, 600). Suomessa lääkäreiden toteuttamalla liikuntaneuvonnalla on todettu olevan myös väestön tuki ja tarve (esim. Ståhl ym. 2004). Perusterveydenhuollon ja lääkäreiden liikuntaneuvonnan haasteeseen on 2000-luvun alkupuolella pyritty osaltaan vastaamaan liikkumisreseptihankkeen avulla (Aittasalo & Miilunpalo 2002a, Miilunpalo & Aittasalo 2002, Ståhl 2005). Hankkeen esikuvina ovat toimineet ulkomaiset liikuntaohje ja – reseptikokeilut (esim. Calfas ym. 1996, Long ym. 1996, Swinburn ym. 1998, Smith ym. 2000), joissa kirjallisen liikuntaohjeen on todettu lisäävän tehokkaammin potilaiden fyysisistä aktiivisuutta pelkkään suulliseen liikuntaneuvontaan verrattuna. Liikkumisreseptin avulla pyritään luomaan terveydenhuoltoon yhteisiä neuvontakäytäntöjä sekä toteuttamaan yhteistyössä tavoitteellista liikuntaneuvontaa (Aittasalo & Miilunpalo 2002a), mitkä ovat myös ”terveysliikunnan paikallisten suositusten” asettamia tavoitteita (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000). Liikkumisreseptin ja siihen liittyvän koulutuksen on jo todettu lisäävän lääkäreiden antamaa liikuntaneuvontaa (Holopainen & Ståhl 2004, 3).

Liikkumisreseptistä saatujen hyvien kokemusten pohjalta Opiskelijoiden liikuntaliitossa (OLL) heräsi kiinnostus kokeilla sen toimivuutta myös yliopisto-opiskelijoilla (Latonen 2005). Aiemmat liikuntaohje- ja liikkumisreseptitutkimukset on tehty pääosin vanhemmalla väestöllä (esim. Calfas ym. 1996, Swinburn ym. 1998, Smith ym. 2000). Kuitenkin myös yliopisto-opiskelijoista löytyy terveytensä kannalta liian vähän liikkuvia (Kunttu & Huttunen

2005, 127–130). YTHS on tarttunut OLL:n heittämään haasteeseen ja tämä tutkimus on tehty tuon yhteistyön seurauksena. Tarkoituksena on kartoittaa liikkumisreseptin toimivuutta YTHS:n toimintaympäristössä ja yliopisto-opiskelijoiden kaltaisilla potilailla. Tutkimus on toteutettu YTHS:n Jyväskylän terveystasemalla. Tutkimustehtävät liittyvät lääkäreiden ja potilaiden kokemuksiin ja suhtautumiseen liikkumisreseptiin sekä sen käytön toteutumiseen. Käytössä on useita erilaisia aineiston mittaus- ja analyysimenetelmiä. Tutkimuksen teoreettinen viitekehys muodostuu tarkastelemalla yliopisto-opiskelijoiden terveydentilaa ja liikunta-käyttäytymistä sekä YTHS:n toimintaa terveyden edistäjänä, liikunnan ja terveyden välisiä yhteyksiä, liikuntaneuvonnan asemaa perusterveydenhuollossa sekä liikkumisreseptin roolia liikuntaneuvonnan työvälineenä.

2 YLIOPISTO-OPISKELIJOIDEN TERVEYS JA TERVEYDEN EDISTÄMINEN

2.1 Terveyden käsite

Terveys voidaan määritellä eri tavoin. Se on nähty muun muassa ominaisuutena, toimintakykynä, voimavarana, tasapainona tai kykynä sopeutua tai selviytyä (Vertio 2003, 15). Terveyden määrittelyyn vaikuttaa muun muassa tieteenala, josta käsin sitä lähestytään (esim. Seedhouse 1986, Nupponen 1994) ja se, puhutaanko koetusta (subjektiivisesta) vai objektiivisesti mitatusta terveydestä (esim. Downie ym. 1996). WHO:n perinteinen määritelmä vuodelta 1948 viittaa terveyden fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen ulottuvuuteen eli tasapainoiseen hyvinvoinnin tilaan, ei vain sairauksien ja toiminnanvajauksien puuttumiseen (WHO 2005). Määritelmää on kuitenkin kritisoitu sen saavuttamattomuuden vuoksi (esim. Vertio 2003, 26).

Ottawan asiakirjassa (1986.) korostuu positiivinen näkemys terveydestä. Olennaisia terveyden kannalta ovat niin yhteiskunnalliset kuin henkilökohtaiset voimavarat sekä fyysiset toimintamahdollisuudet. Asiakirjan mukaan ”terveys on jokapäiväisen elämän voimavara – ei elämisen tavoite.” Tässä tutkimuksessa terveyden käsite ymmärretään lähinnä lääketieteellisestä näkökulmasta: oireiden ja sairauksien vähyytenä sekä toiminnan sujuvuutena (esim. Nupponen 1994, Tones & Tilford 1994, 12). Seuraavassa yliopisto-opiskelijoiden terveyttä tarkastellaan heidän terveydentilansa ja liikuntakäyttäytymisen näkökulmista.

2.2 Yliopisto-opiskelijoiden terveys

Yliopisto-opiskelijoiden terveyttä on valtakunnallisissa tutkimuksissa arvioitu muun muassa koetun terveyden, sairauksien, fyysisten ja psyykkisten oireiden sekä kehon painon perusteella. Vuoden 2004 tutkimuksessa yliopisto-opiskelijoista 85 % arvioi oman terveydentilansa hyväksi tai melko hyväksi, osuus oli pysynyt samana vuoteen 2000 verrattuna (86 %). Miehet kokivat terveytensä hyväksi naisia yleisemmin. Samoin Jyväskylän yliopisto-opiskelijat kokivat terveydentilansa hyväksi muita yliopisto-opiskelijoita yleisemmin. Terveydentilansa huonoksi kokeminen oli selvästi yleisintä vanhimmassa ikäryhmässä ja pisimpään opiskelleilla. (Kunttu & Huttunen 2001, 64; 2005, 79.)

Suurimmalla osalla yliopisto-opiskelijoista oli jokin pysyvä, pitkäkestoinen tai usein toistuva sairaus, vika tai vamma, joka oli oireillut tai vaatinut hoitoa viimeksi kuluneen vuoden aikana. Oireilu ei kuitenkaan yleensä ollut kovin vakavaa. Vuonna 2004 lääkärin toteamaa astmaa tai muuta keuhkosairautta, masennusta tai ahdistuneisuushäiriötä sairasti 3-5 % opiskelijoista. Näistä sairauksista kärsivien osuudet olivat hieman kasvaneet vuodesta 2000 vuoteen 2004, naisilla enemmän kuin miehillä. (taulukko 1) (Kunttu & Huttunen 2001, 63; 2005, 78.)

Taulukko 1 Lääkärien toteamasta astmasta, masennuksesta tai ahdistuneisuushäiriöstä kärsivien yliopisto-opiskelijoiden osuudet sukupuolen mukaan eroteltuna (Kunttu & Huttunen 2001, 63; 2005, 78).

Sairaus	VUONNA 2000			VUONNA 2004		
	Naiset %	Miehet %	Kaikki %	Naiset %	Miehet %	Kaikki %
Astma	4.1	3.7	3.9	5.3	3.7	4.7
Ahdistuneisuushäiriö	3.0	2.1	2.6	3.6	2.4	3.2
Masennus	4.0	2.9	3.6	5.8	3.3	4.9

Erilaisia fyysisiä ja psyykkisiä oireita esiintyi yliopisto-opiskelijoilla runsaasti. Vuoden 2004 tutkimuksessa psyykkisistä oireista kärsi päivittäin 13 % yliopisto-opiskelijoista. Varsinaisia psyykkisiä ongelmia oli GHQ12-mittarin perusteella noin joka neljännellä, naisilla selvästi yleisemmin kuin miehillä. Mielenterveysseulalla kartoitettua runsasta stressiä koki vuonna lähes kolmannes opiskelijoista. Miehistä noin 13 % ja naisista noin 16 % stressi oli erittäin runsasta. Yliopisto-opiskelijoiden psyykkiset ongelmat ja oireet lisääntyivät vuoteen 2000 verrattuna kaikilla mittareilla mitattuna. (Kunttu & Huttunen 2005, 33.)

Ylipainoisten (BMI 25 tai yli) osuus lisääntyy myös yliopisto-opiskelijoilla iän myötä. Vuodesta 2000 vuoteen 2004 mennessä ylipainoisten osuus oli vielä selvästi lisääntynyt miehillä ja hieman myös naisilla. Toisaalta myös alipainoisten naisten osuus oli vähentynyt, mutta heitä oli edelleen lähes joka kymmenes. Vuonna 2004 ylipainoisia oli naisista 15 % ja miehistä 29 %. (Kunttu & Huttunen 2005, 35–36.) Yliopisto-opiskelijoilla on siis oireita ja sairauksia, joiden ennaltaehkäisyyn ja hoitoon liikunnalla on mahdollista vaikuttaa.

2.3 Yliopisto-opiskelijoiden liikuntakäyttäytyminen

Liikuntakäyttäytymistä on valtakunnallisissa tutkimuksissa arvioitu esimerkiksi oman fyysisen kunnan arvion, liikunnan määrän ja rasittavuuden, käytettyjen liikuntapalveluiden, itselle sopivimpien liikuntamuotojen, liikunnan harrastamisen syiden ja mahdollisuuksien perusteella. Omaa arviota fyysisestä kunnosta kysyttiin vain vuoden 2000 tutkimuksessa. Silloin yliopistossa opiskelevista miehistä yli puolet ja naisista puolet arvioi oman fyysisen kuntosaa hyväksi tai melko hyväksi. Kuntonsa huonoksi arvioiminen oli naisilla yleisempää kuin miehillä ja yleisintä pisimpään opiskelleilla. (Kunttu & Huttunen 2001, 139.)

Liikunnan harrastamisen kokonaismäärää ei tutkimuksissa kartoitettu vaan liikkumismuotoja kysyttiin toisistaan erillään. Kuntoliikunnan osalta kysyttiin, kuinka usein harrastaa sitä vapaa-ajallaan hikoillen ja hengästyen vähintään puoli tuntia kerrallaan. Kuntoliikunnan harrastaminen oli lisääntynyt hieman vuodesta 2000 vuoteen 2004 mennessä. (taulukko 2) Vuonna 2004 naiset harrastivat kuntoliikuntaa keskimäärin 3.7 ja miehet 4.3 tuntia viikossa. Sekä naisilla että miehillä kuntoliikuntaan käytetyn ajan määrä väheni 24 ikävuoden jälkeen, miehillä selvemmin. Pisimpään opiskelleet harrastivat kuntoliikuntaa vähiten. Jyväskylässä sekä nais- että miesopiskelijat harrastivat kuntoliikuntaa enemmän kuin muilla yliopistopaikkakunnilla. Kuntoliikuntaa kokonaan harrastamattomia oli 8 %. (Kunttu & Huttunen 2001, 140; 2005, 37, 127–128.)

Taulukko 2 Yliopisto-opiskelijoiden kuntoliikunnan harrastaminen (%) sukupuolen mukaan eroteltuna (Kunttu & Huttunen 2001, 140; 2005, 127).

Kuntoliikunta	VUONNA 2000			VUONNA 2004		
	Enintään 1 krt/vk %	2-3 krt/vk %	Vähintään 4 krt/vk %	Enintään 1 krt/vk %	2-3 krt/vk %	Vähintään 4 krt/vk %
Naiset	42.3	35.5	22.2	37.5	39.3	23.2
Miehet	43.6	34.1	22.4	36.1	35.9	28.1
Kaikki	42.8	35.0	22.3	37.0	38.1	24.9

Hyötyliikuntaan (kävely tai pyöräily oppilaitokseen, töihin, harrastuksiin ym.) käytettyä aikaa kysyttiin tutkimuksissa minuutteina päivittäin. Suurin osa yliopisto-opiskelijoista käytti hyötyliikuntaan alle puoli tuntia päivässä. Käytetty aika oli hieman lisääntynyt vuodesta 2000 vuoteen 2004 mennessä. (taulukko 3) Vuonna 2004 naiset käyttivät hyötyliikuntaan keski-

määrin 3.9 ja miehet 3.4 tuntia viikossa. Myös hyötyliikuntaan käytetty aika väheni hieman 24 ikävuoden jälkeen. Pisimpään opiskelleet harrastivat myös hyötyliikuntaa vähiten. Jyväskylässä yliopisto-opiskelijat harrastivat hyötyliikuntaa suunnilleen saman verran kuin muilla opiskelupaikkakunnilla. (Kunttu & Huttunen 2001, 141; 2005, 129–130.)

Taulukko 3 Yliopisto-opiskelijoiden hyötyliikunnan harrastaminen (%) sukupuolen mukaan eroteltuna (Kunttu & Huttunen 2001, 14; 2005, 130).

Hyötyliikunta	VUONNA 2000			VUONNA 2004		
	Alle 15 min/pv %	15–30 min/pv %	Vähintään 30 min/pv %	Alle 15 min/pv %	15–30 min/pv %	Vähintään 30 min/pv %
Naiset	17.2	43.0	39.8	14.5	46.4	39.1
Miehet	28.0	44.6	27.4	22.6	49.2	28.2
Kaikki	21.3	43.6	35.1	17.4	47.4	35.2

Itselle sopivimpia liikuntamuotoja kartoitettiin vuoden 2000 tutkimuksessa. Sekä naisilla että miehillä suosituinta oli ulkoliikunta. (taulukko 4) Miehillä seuraavaksi suosituimpia liikuntamuotoja olivat palloilu ja voimailu/taistelulajit, kun taas naisilla seuraavina tulivat voimistelu, aerobic ym. ja hyötyliikunta. Sekä vuoden 2000 että 2004 tutkimuksissa yliopisto-opiskelijat harrastivat liikuntaa eniten omatoimisesti joko yksin, ystävän tai kaveriporukan kanssa. (Kunttu & Huttunen 2001, 144–145, 2005, 132.)

Taulukko 4 Suomen yliopisto-opiskelijoiden itselle sopivimpina pitämien liikuntamuotojen osuudet vuonna 2000 (% vastanneista piti sopivimpana, suluissa sijoitus) sukupuolen mukaan eroteltuna (Kunttu & Huttunen 2001, 145).

	Ulko- liikunta %	Voimistelu, aerobic ym. %	Palloilu %	Voimailu/ taistelulajit %	Hyöty- liikunta %	Uinti %
Miehet	33.7 (1.)	1.6 (6.)	32.3 (2.)	16.9 (3.)	5.3 (5.)	5.8 (4.)
Naiset	36.6 (1.)	29.0 (2.)	6.4 (5.)	7.4 (4.)	8.4 (3.)	5.4 (6.)
Kaikki	35.5 (1.)	18.5 (2.)	16.3 (3.)	11.0 (4.)	7.2 (5.)	5.6 (6.)

Vuoden 2004 tutkimuksessa tärkeimmät yliopisto-opiskelijoiden mainitsemat syyt liikunnan harrastamiselle olivat samoja kuin vuoden 2000 tutkimuksessa. Selvästi yleisimmät syyt olivat ”oma ilo/mielenvirkistys” sekä ”kunnon tai terveyden ylläpito”. Miehillä korostui etenkin ensimmäinen syy, kun taas naisilla molemmat painottuivat yhtä paljon. Seuraavana oli ”ar-

jesta irtautuminen, paineiden purkaminen”. Naisilla korostui miehiin verrattuna ”jotta näyttäisi hyvältä” ja miehillä puolestaan ”kavereiden tapaaminen” liikunnan harrastamisen syynä. (Kunttu & Huttunen 2001, 145, 2005, 132.)

Vuonna 2000 kysyttiin myös liikunnan harrastamisen mahdollisuuksista ja esteistä. Naisista hieman yli puolella ja miehistä yli 60 % oli omasta mielestään riittävästi mahdollisuuksia sopivan liikunnan harrastamiseen. Selvästi yleisin este liikunnan harrastamiselle oli ajan puute (80.3 %) ja hieman yli kolmasosalla myös rahan puute. Noin kymmenesosa vastanneista mainitsi myös sopivan ryhmän puutteen, huonot liikenneyhteydet liikuntapaikoille, sopivan liikuntamuodon puutteen tai muun syyn. (Kunttu & Huttunen 2001, 146–147.)

Kunto- ja hyötyliikunnan harjoittamista koskevien tutkimustulosten perusteella yliopistopiskelijoista ainakin kolme viidestä (vrt. taulukot 2 ja 3) liikkuu terveytensä kannalta riittävästi eli päivittäin tai lähes päivittäin kohtuullisesti rasittavaa fyysistä aktiivisuutta vähintään puoli tuntia kerrallaan (Pate ym. 1995). Tutkimuksista ei kuitenkaan selviä, kuinka hyöty- ja kuntoliikuntaa harrastetaan suhteessa toisiinsa, joten määrä voi olla suurempikin. Yliopistopiskelijoissa on kuitenkin myös niitä, jotka eivät liiku riittävästi terveytensä kannalta. Heidän liikkumistaan tulisi pyrkiä edistämään myös terveydenhuollon tuella.

2.4 Terveyden edistäminen ja terveystalvet YTHS:ssä

Terveyden edistäminen voidaan määritellä muun muassa arvoperusteisesti (esim. Tones & Tilford 1994), tavoitelähtöisesti (esim. Ottawan asiakirja 1986) ja toimintakeskeisesti (esim. Downie ym. 1996, Green & Kreuter 1999). Ottawan asiakirjan (1986.) mukaan ”terveyden edistäminen on toimintaa, jonka tarkoituksena on parantaa ihmisten mahdollisuuksia oman ja ympäristönsä terveydestä huolehtimisessa. Se on terveyden edellytysten parantamista yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan kannalta.” Terveyttä edistävän toiminnan osa-alueiksi asiakirjassa määritellään terveellisen yhteiskuntapolitiikan kehittäminen, terveellisemmän ympäristön aikaansaaminen, yhteisöjen toiminnan tehostaminen, henkilökohtaisten taitojen kehittäminen ja terveystalvet uudelleen suuntaaminen. Terveystalvet uudelleen suuntaaminen edellyttää erityisen huomion kiinnittämistä terveystutkimukseen ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön koulutukseen ja valmennukseen. Terveydenhuollon vastuun tulisi ulottua klii-

nisten ja hoitavien palvelujen ulkopuolelle ja sen tehtäviä tulee jatkuvasti kehittää terveyden edistämisen suuntaan.

Opiskelijaterveydenhuollon palveluiden järjestämisvastuu on kunnalla. Yliopistojen, tiede- ja taidekorkeakoulujen opiskelijoiden terveydenhuollosta vastaa kuitenkin ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (YTHS) korkeakoulukaupunkien suostumuksella. Kela alkoi tukea säätiön toimintaa vuonna 1966. YTHS, korkeakoulukaupungit ja lääkintöhallitus hyväksyivät vuonna 1988 sopimuksen opiskelijaterveydenhuollon tuottamisesta ja korkeakoulukaupunkien YTHS:lle maksamista korvauksista. (Hämäläinen 2003, 18–19.) YTHS:n perusterveydenhuoltopalveluihin kuuluvat yleis- ja erikoislääkäritasoiset avosairaanhoidon palvelut, mielen-terveystyö sekä pääosin suun terveydenhuolto (Sairausvakuutuslaki 2004). Vuonna 2005 YTHS:n terveydenhuoltopalveluiden piirissä oli yli 140 000 ylioppilaskunnan jäsentä 16 yliopistokaupungissa ja 9 sivupisteessä (YTHS lyhyesti 2006).

YTHS:n terveyden edistämisen strategiassa terveyden edistäminen nähdään ”yhteisöllisenä ja yksilöllisenä toimintana, jonka tavoitteena on opiskelijan terveyden, hyvinvoinnin ja opiskelukykyisyyden edistäminen”. YTHS vertaa omaa toimintaansa työterveyshuollon toimintaan. Strategiassa halutaan korostaa yksilön (eli opiskelijan) omaa vastuuta terveydestään. Se tuo esiin voimavaranäkökulman terveyden edistämistyössä. Tärkeänä pidetään muun muassa terveyteen vaikuttavista asioista keskustelemista lääkärin vastaanotoilla. YTHS:ssä järjestetään vuosittain terveyden edistämisen koulutuspäivä ja itse toimintaa seurataan säännöllisesti. Käytännön tasolla neuvonnalla vastaanottokäyntien yhteydessä tähdätään opiskelijan psykososiaalisen kehityksen, itsenäistymisen ja aikuistumisen kehityksen tukemiseen. Neuvonta liittyy terveyden ylläpitämiseen ja edistämiseen, sairauksien ehkäisyyn ja itsehoidon ohjaukseen. Yksilöllistä terveyden edistämistä tapahtuu myös YTHS:ssä terveystarkastuksissa ja erityisvastaanotoilla. (YTHS:n terveyden edistämisen strategia 2004.)

Yliopisto-opiskelijoiden valtakunnallisissa terveystutkimuksissa on kartoitettu YTHS:n terveyspalvelujen käyttöä, tyytyväisyyttä niihin ja toiveita niiden suhteen. Vuonna 2004 YTHS:n yleislääkärin vastaanotolla oli käynyt viimeisen vuoden aikana vähintään kerran noin 44 % yliopisto-opiskelijoista, naisista yli puolet ja miehistä kolmannes. Miehet käyttivät YTHS:n sijasta yleisemmin muun palvelun tuottajan tarjoamaa yleislääkäriä. YTHS:n fysioterapeutin palveluita oli viimeisen vuoden aikana käyttänyt vähintään kerran 5.4 % opiskelijoista. Naiset käyttivät myös tätä YTHS:n palvelua miehiä yleisemmin. Sekä miehet että naiset käyttivät

kuitenkin yleisemmin muun kuin YTHS:n tarjoamia fysioterapeutin palveluja. (Kunttu & Huttunen 2005, 216.)

Ainoastaan YTHS:n palveluja käytti vajaa kolmannes naisista ja yli kolmannes miehistä. Syiksi muun palvelun tuottajan tarjoamien palveluiden käyttöön naiset mainitsivat yleisimmin, että on ollut töissä tai raskaana tai on entuudestaan hoitosuhde muualla. Miehillä selvästi yleisin syy oli töissä tai armeijassa olo. Kokonaisuutena YTHS:n palveluihin oltiin tyytyväisiä. Selvyyden huolestuttaneisiin asioihin koki saaneensa että kuulluksi ja ymmärretyksi koki tulleensa lähes 90 % opiskelijoista. Miehet olivat hieman naisia tyytyväisempiä. Noin 17 % halusi saada apua liikuntaan liittyvissä asioissa, naiset selvästi miehiä yleisemmin. (Kunttu & Huttunen 2005, 218, 220–221, 225.)

YTHS haluaa panostaa yliopisto-opiskelijoiden terveyden edistämiseen ja sillä on toimintamuotoja, joiden kautta se on myös mahdollista (vrt. YTHS:n terveyden edistämisen strategia 2004). Yleislääkärit tapaavat henkilökohtaisesti opiskelijoista vuoden aikana vajaa puolet, joka määrällisesti valtakunnallisella tasolla tarkoittaa kymmeniä tuhansia opiskelijoita. Fysioterapeutitkin tapaavat vuosittain tuhansia opiskelijoita. Mahdollisuus liikuntakäyttäytymiseen vaikuttamiseen henkilökohtaisella, yksilöllisellä liikuntaneuvonnalla on siis olemassa. Tätä tukevat myös opiskelijoiden olemassa oleva kiinnostus liikunta-asioita kohtaan ja positiivinen suhtautuminen YTHS:n palveluihin.

3 LIIKUNTA JA TERVEYS

Seuraavassa tarkastellaan liikunnan ja terveyden välisiä yhteyksiä. Yliopisto-opiskelijoissa on melko paljon astmaa ja masennusta/ahdistusta sairastavia (vrt. Kunttu & Huttunen 2005, 78), joten liikunnan merkitystä näiden sairauksien hoidossa käsitellään erikseen tarkemmin.

3.1 Liikunnan, fyysisen aktiivisuuden ja terveysliikunnan käsitteet

Liikunnan edistämisen merkitys terveydenhuollossa liittyy liikunnan ja terveyden välisiin yhteyksiin. Liikunnan ja fyysinen aktiivisuuden määritelmät riippuvat lähtökohdista ja painotuksista. Liikunta voidaan nähdä tahdonalaisena, hermoston koordinoimana lihasten toimintana, joka saa aikaan liikettä ja liikkumista sekä vaatii ja kuluttaa energiaa. Fyysinen aktiivisuus on mahdollista määritellä samoin, jolloin käsitteet ovat toistensa synonyymejä. (Vuori 2003b, 12.) Liikunta voidaan kuitenkin nähdä myös ennalta harkittuihin tavoitteisiin tähtäävänä toimintana, jolloin fyysinen aktiivisuus puolestaan viittaa vain fyysisiin ja fysiologisiin tapahtumiin, jotka aiheuttavat energiankulutusta. Liikunta on tällöin siis fyysisen aktiivisuuden alakäsite. (esim. Vuori 1999a, 16, Marcus & Forsyth 2003, 6, Fogelholm 2005, 28.) Näin ajateltaessa fyysinen aktiivisuus voidaan jakaa esimerkiksi työn, vapaa-ajan arkiaskareiden ja liikunnan aiheuttamaan energiankulutukseen (Fogelholm 2005, 28). Tässä tutkimuksessa liikunnan ja fyysisen aktiivisuuden käsitteitä käytetään toistensa synonyymeina.

Liikunnan merkityksen korostuminen terveyden edistämässä on tuonut yleiseen käyttöön terveysliikunta-käsitteen. Terveysliikunta-käsitettä on aktiivisimmin pyrkinyt määrittelemään tutkija Ilkka Vuori. Tarkasteltaessa kaikkea fyysistä aktiivisuutta terveyden näkökulmasta, voidaan se Vuoren (2001, 15.) mukaan jakaa neljään epätarkasti toisiinsa rajoittuvaan alueeseen: aktiiviseen elämäntapaan (hyötyliikunta), terveysliikuntaan, kuntoliikuntaan ja urheiluun. ”Terveysliikunnaksi voidaan lukea liikunta, joka on kaikille suositeltavaa ja mahdollista ja joka edistää fyysistä, psyykkistä ja/tai sosiaalista terveyttä toiminnan syistä ja toteuttamistavoista riippumatta”. Vuori (1999a, 16–25) käyttää lähes synonyymeinä terveysliikunnalle käsitteitä ”terveydelle edullinen liikunta”, ”terveyttä edistävä liikunta” ja ”liikunnan terveydellinen merkitys”.

Vuori (1999b.) määrittelee terveystoiminnan myös laajemmin sen odotettavissa olevan tuloksen - paremman terveyden – perusteella ja käyttää siksi ”terveyttä edistävän liikunnan” käsitettä. Terveystoiminnaksi tai terveyttä edistäväksi liikunnaksi määritellään usein vain kestävyysliikunta, vaikka se sisältää itse asiassa laajan kirjon erilaisia liikuntamuotoja. Tiheä toistuvuus, kohtuullinen määrä ja rasittavuus suhteessa toteuttajansa edellytyksiin sekä pieni vammautumisen tai sairastumisen vaara ovat terveystoiminnaksi luettavien liikuntamuotojen yhteisiä ominaisuuksia. Ståhlin ym. (2001.) mukaan terveystoiminta mielletään usein myös tavoitteelliseksi toiminnaksi, jolla on selkeä hyötyfunktio. Sen tulee hyödyttää yhteiskuntaa lisäämällä terveyttä ja ehkäisemällä sairauksia taloudellisten säästöjen saavuttamiseksi. Vuoren (2004.) mukaan terveystoiminta-käsite otettiin Suomessa aikanaan käyttöön liikunnan markkinoimiseksi tiettyyn tarkoitukseen. Sillä haluttiin korostaa liikunnan suuria mahdollisuuksia edistää terveyttä sekä lisätä väestön, päättäjien ja asiantuntijoiden arvostusta ja kiinnostusta tietyt edellytykset täyttävään liikuntaan.

Miilunpalon (1999, 426.) terveyttä edistävän liikunnan määrittely perustuu American College of Sports Medicine (ACSM:n) ja Center of Disease Control and Prevention (CDC:n) fyysisen aktiivisuuden suositukseen (Pate ym. 1995.): ”Päivittäin tai lähes päivittäin kohtuullisesti rasittavaa fyysistä aktiivisuutta vähintään puolen tunnin ajan yhtenä tai useampana jaksana. Tämä fyysinen aktiivisuus voi koostua useista erilaisista toiminnoista kuten portaiden noususta, puutarhan hoidosta, haravoinnista tai lumen luonnista, tanssista tai työmatkan tai sen osan kulkemisesta jalan tai polkupyörällä. Sen voi toteuttaa myös kunto- tai virkistysliikuntana (esim. hölkkä, tennis, uinti tai pyöräily). Päivittäinen runsaan kolmen kilometrin kävelylenkki täyttää perusliikunnan tarpeen.” Sydän- ja verenkiertoelimistön terveyden kannalta The National Institutes of Health (NIH:n) konsensusryhmä suosittelee vastaavasti kaikille lapsille ja aikuisille vähintään puolen tunnin kohtuullista fyysistä kuormitusta (kunto- tai hyötyliikuntaa) useimpina päivinä viikossa tai mieluiten joka päivä (NIH Consensus Development on Physical Activity and Cardiovascular Health 1996).

3.2 Liikunnan terveystoiminnat

Liikunnan terveystoiminnat voidaan pitää monitasoisina fyysisinä, psyykkisinä, sosiaalisina ja henkisinä, objektiivisesti mitattuina tai koettuina subjektiivisina tuntemuksina (Vuori 1999b). Liikunnan rooli terveyden edistäjänä on korostunut viime vuosina, kun sen tervey-

dellisestä merkityksestä eri sairauksissa on saatu vahvaa tieteellistä näyttöä. Uusin järjestelmällinen tutkimustiedon analyysi on tehty vuonna 1996 (US. Department of Health and Human Services). Sen perusteella fyysinen aktiivisuus lisää terveyttä ja toimintakykyä monipuolisesti ja parantaa terveyteen liittyvää elämänlaatua. Liikunta myös ehkäisee, hoitaa ja kuntouttaa monia sairauksia.

Satunnaistetuissa kokeissa on voitu osoittaa liikunnan myönteisiä vaikutuksia sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöihin, diabetekseen ja lihavuuteen. Käänteinen annos-vastesuhde on havainnoivissa tutkimuksissa löytynyt myös kokonaiskuolleisuuden, sydän- ja verisuonien aiheuttaman sairastavuuden ja kuolleisuuden sekä paksusuolen syövän ilmaantuvuuden ja liikunnan väliltä. Erityisen vahvaa näyttöä on olemassa liikunnan verenpainetta ja veren glukoosipitoisuutta laskevista vaikutuksista liikunnan yhteydessä sekä liikunnan annoksen kasvun ja painonlaskun lineaarisesta suhteesta. Vahvaa näyttöä löytyy myös liikunnan merkityksestä estämässä luomassan menetystä menopausseissa. Näyttö liikunnan hyödyistä psyykelle on toistaiseksi selvästi heikompi kuin fyysisten vaikutusten. Joka tapauksessa liikunta näyttää ainakin vähentävän ahdistuneisuuden ja masennuksen tuntemuksia. (Kesäniemi 2003, Vuori 2003a, 589–590.)

3.3 Astma ja liikunta

Astma on melko yleinen tauti Suomessa. Vuonna 2004 (Helakorpi ym. 2005, 35.) astmaa sairasti joka kymmenes 15–34-vuotias nainen ja 7,6 % samanikäisistä miehistä. Osuudet pysyivät suunnilleen samoina vanhemmissa ikäryhmissä. Kilpeläisen (2002.) tutkimuksessa astma osoittautui korkeakouluopiskelijoilla alihoidetuksi ja alidiagnostisoiduksi. Lääkärin varmistamaa astmaa sairasti kyselyn perusteella 5 % tutkituista, kun taas astmadiagnoosi voitiin asettaa joka kymmenennelle. Kuntun ja Huttusen (2005, 78) tutkimuksessa vuonna 2004 lääkärin toteamaa astmaa tai muuta keuhkosairautta sairasti 4,7 % yliopisto-opiskelijoista ja se oli hieman lisääntynyt vuodesta 2000. Yliopisto-opiskelijoilla astma on siis lähes yhtä yleinen sairaus kuin muulla suomalaisella väestöllä.

Kansainvälisestä Cochrane -tietokannasta löytyy Ram ym. (2004.) kahdeksan tutkimuksen katsaus, jonka tarkoituksena on löytää tieteellistä näyttöä liikunnan merkityksestä ja tehokkuudesta astman hoidossa. Katsauksen perusteella fyysisellä harjoittelulla ei ole vaikutusta

keuhkojen toiminnalle levossa eikä se myöskään vähennä päivien määrää, jolloin esiintyy vinkuvaa hengitystä. Astmaatikkojen hengitys- ja verenkiertoelimistön kuntoa fyysinen harjoittelu paransi. Tutkijoiden mukaan fyysinen harjoittelu voi siis parantaa hengitys- ja verenkiertoelimistön kuntoa muuttamatta keuhkojen toimintaa. Elämänlaatua koskevia mittareita ei ollut käytössä, joten tutkimusten perusteella ei voida sanoa mitään parantuneen kunnon merkityksestä astmaatikkojen elämänlaadulle.

Suomessa liikunta kuuluu astman virallisiin Käypä hoito – suosituksiin (Suomen keuhkolääkäriyhdistys ry ja Suomen lastenlääkäriyhdistys 2000.). Jo potilaan alkuohjauksessa tulisi kertoa liikunnan merkityksestä muiden tärkeiden asioiden ohella. Toisaalta ennen kuin potilas aloittaa tehokkaan liikunnan, tulee huolehtia astmaa pahentavien tekijöiden välttämisestä ja hoidon toteuttamisesta lääkärin ohjeiden mukaisesti (Salorinne 1999, 202). Aiemmin vähän liikkunut astmaatikko tarvitsee asiantuntijan ohjausta liikuntamuodon valinnassa ja harjoitusohjelman laadinnassa (Laitinen & Haahtela 2003, 313).

Voimakas fyysisen rasitus voi ahtauttaa keuhkoputkia ja aiheuttaa hengenahdistusta, mutta hyvä fyysinen kunto on kuitenkin tärkeä osa astman hoitoa (Suomen keuhkolääkäriyhdistys ry ja Suomen lastenlääkäriyhdistys 2000). Hyvää sydän- ja verenkiertoelimistön kuntoa astmaatikko tarvitsee erityisesti silloin, kun tauti jostain syystä pahenee (Salorinne 1999, 202). Käypä hoito -suositusten pohjana olleiden tutkimusten mukaan fyysinen harjoittelu parantaa rasituksensietoa ja elämänlaatua sekä vähentää hengenahdistuksen tunnetta vahvistamalla hengitysilijaksia (Suomen keuhkolääkäriyhdistys ry ja Suomen lastenlääkäriyhdistys 2000). Myös taipumus rasitusastmaan vähenee säännöllisen ja oikein toteutetun liikunnan avulla (Laitinen & Haahtela 2003, 313).

Liikunnan harrastamisessa astmaatikon on erityisen tärkeää ottaa huomioon vuodenaika ja säätila (Laitinen & Haahtela 2003, 313). Esimerkiksi liikunta kylmässä ilmassa saattaa voimistaa astmareaktiota ja toistuva kylmän ilman hengittäminen pahentaa kurkunpään ja hengitysteiden ahtautumista. Suositeltavia liikuntamuotoja sopivalla ilmalla ovat muun muassa kävely ja retkeily, hiihto, pyöräily ja uinti. Astmaatikolla kiellettyinä lajeina voidaan pitää sellaisia, joissa astmareaktio olisi hengenvaarallinen kuten esimerkiksi sukeltaminen, vuori-kiipeily ja riippuliito. Uinti on astmaatikolla erityisen soveltuva liikuntamuoto, sillä hengitysilma on silloin kostea ja yleensä myös melko lämmintä. Toisaalta hengittäminen on ui-

dessa kontrolloitua ja hidas uloshengitys vähentää hengitysvastusta. (Salorinne 1999, 202–203.)

Astmaatikolle on tärkeää liikkua säännöllisesti, mieluummin puoli tuntia joka päivä. Liikunnan hyötyjä voivat olla esimerkiksi rasioksensietokyvyn paraneminen, keuhkotulehduksen tehostuminen, liman poistumisen tehostuminen hengitysteistä, hengitystieinfektioista selviytymisen paraneminen, astmaoireiden väheneminen, lääkkeiden tarpeen ja kulutuksen väheneminen sekä terveystalveluiden käytön väheneminen. (Suomen apteekkariliitto 2002, 82–86.)

3.4 Masennus/ahdistus ja liikunta

Erilaiset depressiiviset oireet ovat Suomessa hyvin yleisiä myös nuorilla. Masentuneisuutta oli esiintynyt viimeisen kuukauden aikana vuonna 2004 (Helakorpi ym. 2004, 37) joka viidennellä 15–34-vuotiaalla miehellä ja yli 40 % naisista. Haarasillan (2003.) tutkimuksessa edeltävän vuoden aikana vakavampaa depressiota oli esiintynyt 20–24-vuotiaista lähes joka kymmenennellä. Tyttöillä esiintyvyys oli hieman suurempaa kuin pojilla. Suurin osa heistä koki, että depressio vaikutti selvästi toimintakykyyn. Pitkäaikaissairauksien (esim. astma ja allergia) ja depression todettiin esiintyvän yhdessä. Myös nuorten depression ja riskialttiin terveystalveluiden välillä todettiin selvä yhteys. Tupakointi, viikoittainen humalaan asti juominen sekä vähäinen liikunnan harrastaminen olivat yleisempiä masentuneilla kuin ei-masentuneilla nuorilla. Masennusdiagnoosin saaneista nuorista vain joka viides oli ollut yhteydessä terveystalveluihin depression vuoksi. Yliopisto-opiskelijoilla erilaiset lievät ja vakavammat psyykkiset ongelmat olivat myös melko yleisiä vuonna 2004: ahdistuneisuushäiriö, masennus ja/tai muu mielenterveyden häiriö oli 1.8 - 4.9 % yliopisto-opiskelijoista (Kunttu & Huttunen 2005, 78).

Kanadassa järjestetty kansainvälinen konsensuspaneeli arvioi näyttöön perustuen (Kesäniemi 2003.), että liikunta sekä estää että sillä voidaan hoitaa masentuneisuutta. Tarkkaa annos-vas-tesuhdetta liikunnan ja masentuneisuuden välillä ei kuitenkaan löydetty konsensuspaneelin käyttämistä tutkimuksista. Yksittäisen asiakkaan kohdalla liikunnan mielialavaikutukset voivat kuitenkin olla hyvin ilmeiset (Lönnqvist 2003, 135). Nykytietämyksen mukaan liikunta sopii erityisen hyvin hoitokeinoksi lievien masennustilojen yhteydessä (Kuoppasalmi 1999, 332), jolloin se toimii antidepressiivisesti (Lönnqvist 2003, 133). Tehokkain liikuntamuoto

lievittämään masennusta näyttäisi olevan aerobinen liikunta (mm. kävely, juoksu, pyöräily). Toisaalta mitä pitempään liikuntaa harjoitetaan, sitä todennäköisempää on, että sillä on myös myönteinen vaikutus depressiosta kärsivän mielentilaan. Kirkasvalohoito näyttää myös lupaavalta hoitokeinolta liikuntaan yhdistettynä. (Kuoppasalmi 1999, 332.)

Vaikeampien masennustilojen osalta on saatu ristiriitaisia tutkimustuloksia liikunnasta hoitokeinona. Myöskään liikunnan pitkäaikaisista vaikutuksista masennuksen hoidossa ei ole toistaiseksi tietoa. Liikunnasta näyttää olevan hyötyä kuitenkin myös ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa. Se lievittää johonkin tilanteeseen liittyvää ahdistuneisuutta lyhytaikaisesti. Myös ahdistusoireiden yhteydessä on aerobinen liikunta todettu hyödyllisimmäksi liikuntamuodoksi. Kun liikunnalla halutaan pitkäkestoisia vaikutuksia ahdistuneisuuteen, edellyttää se vähintään kymmenen viikkoa kestäväää säännöllistä liikuntaa niin, että yksittäinen kerta kestää yli 20 minuuttia. On kuitenkin yhä epäselvää, kauanko liikunnan vaikutukset säilyvät sen lopettamisen jälkeen. (Kuoppasalmi 1999, 332–333.)

Liikunnan ja psyykkisen hyvinvoinnin yhteyksiä voidaan selittää erilaisten tekijöiden avulla. Biofysikaaliset ja – kemialliset selitysmallit esittävät muun muassa, että fyysisesti hyväkuntoinen pystyy huonokuntoista paremmin sietämään ja hallitsemaan henkistä painetta (= stressiin mukautumisen teoria). Stressaavissa tilanteissa hänen sykkeensä on alempi ja toisaalta myös palautuminen stressistä on nopeampaa. Etenkin kestävyysharjoittelu alentaa sympaattisen hermoston aktiivisuutta. Lämpövaikutusmalli puhuu puolestaan sen puolesta, että kehon lämpötilan nousu fyysisessä rasituksessa voi saada aikaan ahdistuneisuusoireiden vähentämistä, joka välittyy lihasjännityksen alentumisen kautta. Toisaalta hermolihaskäytännön sähköinen jännite on harjoitellaessa lihaksessa alempi kuin harjoittelemattomassa, mikä voi rauhoittavana tekijänä välittyä myös psyykkisiin mekanismeihin. Monoamiinihypoteesi väittää, että fyysinen harjoittelu lisää tiettyjen hermoston välittäjäaineiden pitoisuuksia aivoissa ja tämä taas on yhteydessä depressiivisyyden vähenemiseen. Endorfiinihypoteesin mukaan erityisesti aerobinen harjoittelu lisää endorfiinin (kipua lievittävä ja hyvänolontunnetta lisäävä hormoni) erityistä aivoissa tai hidastaa sen haihtumista. Liikunta myös parantaa unen laatua ja harjoittelulla voidaan säädellä autonomista hermostoa vähentämällä ahdistuneisuudelle ja depressiivisyydelle tyypillistä ylivireyttä. (Haavisto 1995, 28–29.)

Kognitiiviset selitysmallit esittävät muun muassa, että liikunnan psyykinen vaikutus perustuu muutoksiin ihmisen käsityksessä itsestään ja omista kyvyistään. Liikunta voi aiheuttaa

muutoksen fyysisen pätevyyden tunteessa, joka välittyy muihinkin toimintoihin. Yhteydet ovat monimutkaisia. Liikunnan myötä tapahtuu elimistössä fysiologisia muutoksia, jotka voivat vaikuttaa psyykkisten tilojen kokemiseen. Tieto siitä, että fyysinen kunto on parantunut, voi edistää hallinnan tunnetta ja se puolestaan parantaa fysiologista toimintaa. Toisaalta liikunta voi saada aikaan nopeasti parantuneen arvion itsestä itsenäisenä, voimakkaana ja menestyvänä. Esimerkiksi onnistunut aerobinen suoritus voi lisätä hallinnan tunnetta. Fysiologinen kyvykkyys paranee vähitellen, mikä taas johtaa kohentuneeseen itsearvostukseen ja pätevyyden tunteeseen. Motivaatioteoreettisissa selitysmalleissa liikunta taas nähdään esimerkiksi paineiden purkukeinona tai sosiaalisten tarpeiden tyydyttäjänä, mitä kautta vaikutukset ulottuvat myös psyykkiseen hyvinvointiin. (Haavisto 1995, 29–30.)

Vaikka liikunnan vaikutuksista ja hyödyistä masennus- ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa ei vielä ole yhtenäistä vakuuttavaa näyttöä, voidaan sitä silti pitää yhtenä tärkeänä hoitokeinona muiden keinojen ohessa. Nupponen (2005, 157.) korostaa, että ”liikuntaa suurempi merkitys voi olla ohjaustavalla, työmenetelmillä, vuorovaikutuksella ja säännöllisillä tapaamisilla”. Hän korostaa myös seurannan merkitystä ja esille nousevista tuntemuksista keskustelusta, mikä voi auttaa potilasta ymmärtämään ja kestämään tilannettaan ja hidasta toipumista.

4 LIIKUNTANEUVONTA PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA

4.1 Terveyskasvatuksen, terveysneuvonnan ja liikuntaneuvonnan käsitteet

Terveyskasvatusta voidaan pitää tärkeänä osana terveyden edistämistä – yhtenä terveyden edistämisen keinona. Muita keinoja ovat esimerkiksi terveyttä lisäävä ja suojaava yhteiskuntapolitiikka, terveellisen ympäristön toteuttaminen, yhteisöjen ja kansalaistoiminnan kehittäminen sekä terveystalvelujen kehittäminen. (Nupponen ym. 1991, 14, vrt. myös Ottawan asiakirja 1986.) Terveyskasvatusta voidaan lähestyä eri näkökulmista. Tones ja Tilford (1994, 12–33) muotoilevat terveyskasvatuksen preventiivisen, radikaalin ja empowerment-keskeisen mallin (ideologian).

Preventiivinen malli (Tones & Tilford 1994, 12–16) viittaa lääketieteelliseen lähestymistapaan, jossa terveyskasvatuksen tehtävänä on Kannaksen (1992) mukaisesti muutoksen avustaminen eli käyttäytymisen muuttaminen (vrt. Kettunen ym. 1996, 14–21). Radikaalissa mallissa keskitytään terveysongelmien taustalla vaikuttaviin sosiaalisiin, kulttuurisiin ja ympäristötekijöihin, joihin terveyskasvatuksella halutaan vaikuttaa yksilön syyllistämisen sijaan (Tones & Tilford 1994, 16–22). Kannas (1992) puhuu vastaavasti terveyskasvatuksen virittävästä tehtävästä (vrt. Kettunen ym. 1996, 38–43). Empowerment-mallissa korostuu terveyskasvatus, jonka seurauksena potilaan päätöksenteko on vapaaehtoista ja valintojen tekeminen omassa vallassa (= empowered). Tähän viittaa myös Kettusen ym. (1996) terveyskasvatuksen reflektiivinen tehtävä.

Terveysneuvonta on yksi terveyskasvatuksen muodoista. Valistuksesta ja opetuksesta neuvonta eroaa siinä, että sen kohteena on yksilö, viestintä on henkilökohtaista vuorovaikutusta ja siinä tulisi huomioida yksilölliset lähtökohdat ja tarpeet (Nupponen ym. 1991, 16). Ingrosso (1993) jakaa terveysneuvonnan muodot asiantuntijajohtoiseen, potilaskeskeiseen ja yhdessäoppimiseen, joita myös Poskiparta (1997) tutkimuksessaan käyttää. Asiantuntijakeskeisessä terveysneuvonnassa terveyttä lähestytään fyysisesti, sairaus- tai riskilähtöisesti ja se viittaa lääketieteelliseen terveyskasvatusmalliin (vrt. esim. Tones & Tilford 1994, 12–16, Vertio 2003, 55). Vuorovaikutus neuvontatilanteessa on yksisuuntaista: asiantuntija jakaa neutraalisti tietoa asiakkaalle (Ingrosso 1993). Terveystenhuollossa asiantuntijakeskeisyys on ollut perinteisin neuvonnan muoto (esim. Lappalainen & Koikkalainen 1998).

Potilaan rooli tulee tärkeämmäksi sekä potilaskeskeisessä että yhdessäoppimisen periaatteita noudattavassa terveysneuvonnassa (Ingrosso 1993.). Terveys ymmärretään kokonaisvaltaisesti. Potilaskeskeisessä terveysneuvonnassa potilas tuo itse esiin ratkaisua vaativia ongelmia sekä tekee rationaalisesti valintoja ja päätöksiä asiantuntijan antaman tiedon ja tuen avulla – vuorovaikutus on kaksisuuntaista. Yhdessäoppimisessa edetään vielä astetta pidemmälle eli tukemalla yksilöllisesti potilaan elämänhallintaa pyritään auttamaan häntä refleктоimaan, arvioimaan ja suuntaamaan omaa toimintaansa. Yhdessäoppiminen on hyvin lähellä empowerment-ajattelua (esim. Tones & Tilford 1994, 22–33), josta Kettunen (2001, 78–91.) terveysneuvontaan liittyen käyttää käsitettä voimavarakeskeisyys. Voimavarakeskeisen terveysneuvonnan periaatteita ovat potilaan aktiivinen osallistuminen, hänen elämän hallinnan tunteensa saavuttaminen, potilaan autonomia, itsereflektointi ja asiantuntijan kanssa jaettu valta vuorovaikutustilanteessa.

Liikuntaneuvonta-käsitteellä viitataan terveydenhuollon yhteydessä yleensä terveysneuvontaan, joka liittyy sisällöllisesti liikuntaan (esim. Miilunpalo 1989, 30, Nupponen & Suni 2005, 217). Tällöin se rakentuu edellä esitellyille terveysneuvonnan periaatteille. Vuoren (2003b, 142) määrittely viittaa lähinnä potilaskeskeiseen näkökulmaan: ”liikuntaneuvonta on asiakkaan ja ammattihenkilön välistä tukevaa, rohkaisevaa ja neuvovaa vuorovaikutusta, jonka tarkoituksena on tukea asiakasta ja hänen kykyjään ratkaista hänellä oleva tai hänen kokemansa liikuntaan liittyvä ongelma siten, että hän kykenee selviytymään siitä ja vastaavanlaisista ongelmista paremmin myöhemminkin omien ratkaisujensa ja oman toimintansa avulla”. Yleisten ohjeiden tai kertaluonteisten neuvojen antamista ei useimmiten pidetä varsinaisena liikuntaneuvontana (esim. Vuori 2003b, 142, Nupponen & Suni 2005, 217). Vuori (2003a, 600) edellyttääkin terveydenhuollolta liikuntaohjelman laatimista asiakkaalle liikuntaneuvonnan yhteydessä. Tässä tutkimuksessa liikuntaneuvonnaksi ymmärretään kuitenkin myös yksittäisten ja yleisten ohjeiden antaminen potilaalle.

Vuonna 1972 voimaan tullut Kansanterveyslaki velvoittaa kunnan järjestämään alueellaan muun muassa terveysneuvonnan, sairaanhoidon, sairaankuljetuksen, hammassairauksien vastustamisen, kouluterveydenhuollon, opiskelijaterveydenhuollon ja työterveyshuollon. Näitä toimintoja varten tulee kunnassa olla terveyskeskus. Perusterveydenhuollolla tarkoitetaan Suomessa yleensä terveyskeskuksia ja työterveyshuoltoa niiden tuottamien avoterveydenhuollon palveluiden osalta. Tällöin tarkastelun ulkopuolelle jäävät esimerkiksi sairaalapalvelut ja kuntoutuslaitoksissa tuotetut palvelut sekä perusterveydenhuollon läheteellä tai muuta

kautta hankitut erikoissairaanhoidon palvelut. Opiskelijaterveydenhuolto nähdään osana perusterveydenhuoltoa. Perusterveydenhuoltona voidaan pitää osittain myös yksityisten lääkäri- ja fysioterapia-asemien tuottamia avopalveluita. (Mattila 1988, 43, Miilunpalo 2000.)

4.2 Hallinnolliset ohjeet perusterveydenhuollon liikuntaneuvontaan

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisussa ”Terveysliikunnan paikalliset suositukset” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000, 15.) perusterveydenhuollon tehtäviin katsotaan kuuluvaksi terveystoiminnan edistäminen osana väestön terveyden ja toimintakyvyn edistämistä sekä sairauksien ehkäisyä, hoitoa ja kuntoutusta. Tämä tapahtuu väestölle suunnattuna terveystoimintana ja yksilöiden ja ryhmien neuvontana ja ohjauksena. Lisäksi perusterveydenhuollon tulisi pyrkiä vaikuttamaan liikunnan toteutumisen edellytyksiin, osallistua terveyden edistämisen hankkeisiin ja yhteistyössä eri tahojen kanssa huolehtia palveluketjujen toimivuudesta. Perusterveydenhuollon roolin terveyden ja liikunnan edistäjänä tulisi ulottua paljon yksittäisen asiakkaan liikuntaneuvontaa laajemmalle.

”Terveystoiminnan paikallisissa suosituksissa” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000, 15–16.) suositellaan lisäksi terveystoiminnan edistämisen tarpeiden, mahdollisuuksien ja suositusten huomioimista sekä vastuutahoista ja suunnitelmien toteutumisen seurannasta sopimista perusterveydenhuollossa. Asiakkaiden liikunta-aktiivisuuden selvittämisen ja kirjaamisen osalta tulisi sopia menettelytavoista ja kehittää atk-perusteinen asiakirjajärjestelmä sitä tukevaksi. Terveystoiminta tulisi yhtenäistää ja johdonmukaistaa valtakunnallisten terveys- ja kuntoliikuntaa koskevien asiantuntijasuositusten paikallisista sovellutuksista sopimalla. Terveystoimintaa koskevan neuvonnan ja ohjauksen tavoitteet ja menettelytavat tulisi sopia sairauksissa, joiden ehkäisyssä, hoidossa tai kuntoutuksessa liikunnalla on tärkeä rooli. Menettelytapojen toteutumista ja asianmukaisuutta tulisi myös seurata määrääjain. Toimivia palveluketjuja ja menettelytapoja suositellaan kehitettäväksi eri ammattiryhmien yhteistyöllä ja yhteisesti sovitulla toimintalinjoilla niin terveydenhuollon sisällä kuin myös terveydenhuollon ja liikunta- palvelujen tuottajien välillä. Potilaat tulisi ohjata tarvittaessa sopivaan liikunta- tai ravitsemusneuvontaryhmään. Liikunnan turvallisuutta arvioivaan terveystarkastukseen tulisi ohjata potilas, joka tarvitsee sairautensa hoitamiseksi liikuntaohjelmaa ja on kiinnostunut sen toteuttamisesta.

Terveyttä edistävän liikunnan kehittämistoimikunnan mietinnössä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 37, 64–66.) todetaan terveydenhuollolla olevan periaatteessa erinomaiset mahdollisuudet edistää väestön terveystoimintaa, sillä palvelujärjestelmä tavoittaa käytännössä koko väestön. Toimikunnan mukaan perusterveydenhuollossa tulisi kehittää terveystoiminnan edistämisen valmiuksia, edellytyksiä, käytäntöjä ja yhteistyötä ”Terveystoiminnan paikallisten suositusten” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000) mukaisesti. Haasteeksi kuitenkin jää henkilöstön riittävän ajan ja erityistietämyksen varmistaminen koulutuksen ja yhteistyön kautta. Toimikunta myös ehdottaa, että terveyden edistämiseksi lisätään painoarvoa kuntien valtionosuuskriteereissä, otetaan käyttöön Liikkumisresepti ja Liikunnan palveluseteli sekä lisätään liikunta erilaisiin hoito- ja laatusuosituksiin.

Edellä mainituissa kannanotoissa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000 ja 2001) perusterveydenhuollon liikuntaneuvonta nähdään tärkeänä osana terveyden ja terveystoiminnan edistämistä ja esitetään keinoja sen kehittämiseksi. Miilunpalon ym. (2002.) tutkimuksessa kuitenkin huomattiin, että esimerkiksi lääkäreistä lähes puolet ei tuntenut lainkaan ”Terveystoiminnan paikallisia suosituksia”. Suosituksia ei myöskään ole päätetty soveltaa käytäntöön kuin harvoissa terveyskeskuksissa. Samoin lääkäreistä vain pieni osa oli tehnyt niiden pohjalta muutoksia toteuttamassaan liikuntaneuvonnassa. Haasteeksi jääkin tuoda hallinnolliset ohjeet käytännön tasolle ja kehittää perusterveydenhuollon liikuntaneuvontaa toimivammaksi.

4.3 Lääkärit ja liikuntaneuvonta

Lääkäreillä on keskeinen asema perusterveydenhuollossa. Erityisesti terveyskeskuksissa työskentelevät ja yleislääketieteeseen erikoistuneet lääkärit näkevät terveyden edistämisen ja terveyskasvatuksen tärkeänä osana työtään (Lawlor ym. 1999, Mattila ym. 2004). Valtaosa näkee myös liikunnan edistämisen tärkeäksi perusterveydenhuollossa ja oman toimintansa tärkeäksi potilaiden fyysisen aktiivisuuden lisäämisessä (esim. Lawlor ym. 1999). Vuori (2003a, 600.) korostaakin, että ”lääkäriin kannanotto asiakkaan liikuntaan sekä sen selvä ja määrätietoinen ilmaiseminen näyttää olevan liikuntaneuvonnan lopputuloksen kannalta erittäin tärkeää”. Tällä hetkellä lääkäreiden liikuntaa kokeva tietämys on pitkälti kiinni heidän omasta mielenkiinnostaan liikunta-asioita kohtaan. Kuitenkin tutkimuksissa on osoitettu, että lääkärit suhtautuvat lyhyisiin liikuntaneuvontakoulutuksiin positiivisesti, ne lisäävät heidän luotta-

mustaan omiin taitoihinsa ja liikuntaneuvonnan toteuttamista (esim. Marcus ym. 1997, Pinto ym. 1998, Walsh ym. 1999).

Suomalaisessa perusterveydenhuollossa lääkäreiden antama liikuntaneuvonta on lisääntynyt viime vuosikymmenten aikana, mutta on edelleen harvinaisempaa kuin hoitajilla ja fysioterapeuteilla. Laajassa Kettu-tutkimuksessa 1980-luvun puolivälissä terveystieteiden keskuslääkärit antoivat liikuntaneuvontaa 13 % kontakteista (Miilunpalo 1989, 89). Vuonna 1998 kymmenen terveystieteiden keskuslääkärit antoivat liikuntaneuvontaa aineenvaihduntasairauksiin liittyen 77 %, sydän- ja verenkiertoelinsairauksissa 63 %, tuki- ja liikuntaelinsairauksissa 52 % ja muihin sairauksiin liittyen 43 % käynneistä (Toropainen ym. 2000). Vuoden 2002 lääkärikyselyn mukaan (Suomen lääkäriliitto 2002) liikkumistottumuksista vähintään joka toiselta potilaalta kysyi 43 % lääkäreistä. Liikuntatottumuksista kysyminen oli yleisempää naisilla kuin miehillä ja vanhimpiin ikäryhmiin kuuluvilla kuin nuorilla lääkäreillä (Ståhl ym. 2004). Vuonna 2004 (Suomen lääkäriliitto 2004) vastaava luku oli 46 %. Poskiparran ym. (2004) diabetestutkimuksessa lääkäreiden liikuntaneuvonta toteutui noin puolessa kontakteista.

4.4 Perusterveydenhuollon liikuntaneuvonnan vaikuttavuus

Perusterveydenhuollon liikuntaneuvontaa on tutkittu eniten vaikuttavuuden näkökulmasta. Eakin ym. (2000.) viidentoista tutkimuksen katsauksessa perusterveydenhuollon henkilöstön antama liikuntaneuvonta todettiin kohtuullisen tehokkaaksi saamaan aikaan lyhytaikaista lisääntymistä asiakkaiden fyysisessä aktiivisuudessa. Tutkimusten välillä oli kuitenkin suuria eroja. Parhaimmat tulokset saatiin tutkimuksissa, joissa interventio oli suunniteltu ottaen huomioon tutkittavien ominaisuudet ja joissa oli mukana kirjallista materiaalia liikuntaneuvonnan tueksi. Katsauksen tehneet tutkijat totesivat, että perusterveydenhuollolla on terveyden edistäjänä hyvä tavoitettavuus, mutta haasteeksi jää interventioiden toteuttamisen yhdenmukaistaminen ja pitkäaikaisten tulosten saavuttaminen ja ylläpitäminen.

Tutkimuskatsauksissa, joissa valituilta tutkimuksilta on edellytetty vain kontrolloitua tutkimusasetelmaa (esim. Lawlor & Hanratty 2001, Eden ym. 2002.) ei ole saatu yksiselitteisiä tuloksia liikuntaneuvonnan vaikuttavuudesta. Lawlor ja Hanratty (2001.) toteavat, että rutiniomainen liikuntaneuvonta ei näytä olevan tehokas tapa tuottaa pysyviä muutoksia asiakkaiden fyysisessä aktiivisuudessa. Neljässä kuudesta tutkimuksesta saatiin lyhytaikaisia (alle

8 viikkoa) ja yhdessä neljästä tutkimuksesta pitkäaikaisia positiivisia tuloksia (4-12 kk) fyysisen aktiivisuuden lisääntymisen suhteen. Kahdessa tutkimuksessa tutkittavien fyysinen aktiivisuus väheni seuranta-aikana. Eden ym. (2002) puolestaan toteavat, että useimmissa heidän katsauksensa tutkimuksissa oli päätelmien tekemistä vaikeuttavia rajoituksia.

Vähäsarja ym. (2004.) ovat tehneet tutkimuskatsauksen transteoreettisesta muutosvaihemal- lista perusterveydenhuollon liikuntaneuvonnassa. Katsauksessa oli mukana kahdeksan kansainvälistä tutkimusta. Neljässä tutkimuksessa löytyi tilastollisesti merkitseviä eroja fyysisen aktiivisuuden lisääntymisessä tai muutosvaiheissa siirtymisessä interventio- ja kontrolliryh- män välillä vähintään puolen vuoden seuranta-aikana. Kaiken kaikkiaan interventioryhmien saama neuvonta oli joko vaikuttavampaa tai yhtä vaikuttavaa kuin kontrolliryhmien saama neuvonta. Sen sijaan transteoreettisen mallin periaatteet toteutuivat interventioissa puutteelli- sesti.

4.5 Kansainväliset liikuntaohjekokeilut perusterveydenhuollossa

Liikuntaneuvonnan vaikuttavuuteen liittyvät ongelmat ja kirjallisen liikuntaohjeen toteaminen pelkkää suullista neuvontaa tehokkaammaksi keinoksi vaikuttaa potilaiden fyysiseen aktiivi- suuteen ovat 1990-luvun loppupuolella johtaneet erilaisiin perusterveydenhuollon kirjallisiin liikuntaohje ja – reseptikokeiluihin. Lupaavia tuloksia on saatu muun muassa Uudessa-See- lannissa (Swinburn ym. 1998), Australiassa (Smith ym. 2000) ja Yhdysvalloissa (esim. Calfas ym. 1996, Long ym. 1996). Seuraavassa on esitelty tarkemmin näiden tutkimusten tulokset.

Green Prescription – hankkeeseen (Swinburn ym. 1998.) liittyvässä tutkimuksessa verrattiin yleislääkärin antaman pelkän suullisen liikuntaneuvonnan ja suullisen liikuntaneuvonnan sekä liikuntareseptin vaikutusta liikunnallisesti passiivisten potilaiden fyysiseen aktiivisuuteen. Tutkimukseen osallistui 36 yleislääkärinä, jotka saivat koulutuksen reseptien kirjoittamiseen. Lääkärit valitsivat tutkimukseen mukaan potilaita, jotka heidän arvionsa mukaan hyötyisivät fyysisen aktiivisuuden lisäämisestä ja joilla oli mahdollisuus lisätä sitä kuuden viikon aikana.

Lääkärit selvittivät potilaiden fyysisen aktiivisuuden vastaanottotilanteessa kyselylomakkeen avulla ja sopivat tutkimukseen valittujen potilaiden kanssa fyysisen aktiivisuuden tavoitteen. Tämän jälkeen lääkärin avaaman kirjekuoren perusteella potilaat satunnaistettiin liikunta-

reseptin saavaan ja sitä ilman jäävään ryhmään. Kuuden viikon jälkeen haastattelijat soittivat potilaille ja kävivät läpi saman kyselylomakkeen. He eivät tienneet, mihin ryhmään potilas kuului. Reseptiryhmään kuului 218 potilasta ja pelkän suullisen liikuntaneuvonnan saaneiden ryhmään 238 potilasta. Potilaiden keski-ikä oli 49 vuotta. (Swinburn ym. 1998.)

Tutkimuksessa liikuntaresepti yhdistettynä suulliseen liikuntaneuvontaan osoittautui tehokkaammaksi tavaksi lisätä potilaiden fyysistä aktiivisuutta kuuden viikon seurannassa kuin pelkkä suullinen liikuntaneuvonta. Reseptin saaneiden ryhmässä oli suurempi osuus potilaita, jotka muuttuivat liikunnallisesti passiivisiksi luokitelluista aktiivisiksi. Heissä oli myös suurempi osuus fyysisen aktiivisuuden määrää lisänneitä sekä pienempi osuus sitä vähentäneitä. Myös osallistuminen fyysiseen aktiivisuuteen tavoitteena ylläpitää terveyttä tai kuntoa lisääntyi yleisemmin reseptin saaneen kohdalla. Myös pelkän suullisen liikuntaneuvonnan saaneet lisäsivät fyysistä aktiivisuutta kuuden viikon seurannassa. (Swinburn ym. 1998.)

Rohkaisevia tuloksia samasta hankkeesta on saatu myöhemmin Elley ym. (2003.) tutkimuksessa. Mukana oli 42 uusiseelantilaista terveyseskusta ja 117 yleislääkärinä. Tutkimuksessa verrattiin suullisen liikuntaneuvonnan (n = 389) ja liikuntareseptin (n = 361) saanutta interventioryhmää kontrolliryhmään, joka sai normaalin hoidon. Liikunnan asiantuntija (exercise specialist) jatkoi interventioryhmään kuuluvien tukemista postitse ja puhelimen välityksellä. Potilaat olivat 40–79-vuotiaita. Käytetty liikuntaneuvontaprotokolla osoittautui tehokkaaksi lisäämään potilaiden fyysistä aktiivisuutta ja energiankulutusta vuoden seurannassa. Tilastollisesti merkitseviä tuloksia saatiin myös joidenkin elämänlaatua kartoittaneiden tekijöiden osalta. Kardiovaskulaaristen tekijöiden osalta suunta oli myös positiivinen.

Lupaavia tuloksia on saatu myös yhdysvalloissa PACE-menetelmän käytöstä perusterveydenhuollon liikuntaneuvonnassa (esim. Calfas ym. 1996; 1997, Long ym. 1996). Menetelmä perustuu transteoreettiselle muutosvaihemallille (TTM). Menetelmän avulla liikuntaneuvonta pyritään kohdistamaan tunnettuihin, muuttamiskelpoisiin fyysisen aktiivisuuteen vaikuttaviin tekijöihin kuten itsepystyvyyteen, sosiaaliseen tukeen ja koettuihin toiminnan esteisiin. Menetelmästä on myös pyritty tekemään mahdollisimman nopeakäyttöinen ja aikaa siihen kuluu vastaanotolla lääkäriltä 2-5 minuuttia.

Ennen vastaanottoa potilas täyttää hänen fyysisen aktiivisuuden tasoaan ja kiinnostustaan mittaavan lomakkeen, joka on tehty muutosvaiheisiin (stages of change) perustuen. Lisäksi lo-

makkeessa selvitetään tarvetta tarkemmille lääketieteellisille tutkimuksille ennen liikunnan aloittamista (PAR-Q-kysely). Saadun PACE-pistemäärän perusteella hänelle annetaan vielä täytettäväksi muutosvaiheeseensa sopiva lyhyt neuvontalomake. Lääkäri antaa potilaalle liikuntaneuvontaa tämän lomakkeen perusteella ja lyhyen, yksilöllisen liikuntasuosituksen. Potilaan mukaan saamassa lomakkeessa on muutosvaiheeseen sopivaa ja lääkärin ohjetta vahvistavaa tietoa. Ohjeiden noudattamista vahvistetaan ja seurataan lisäksi puhelimitse tai postitse. (Patrick ym. 1994.) Edellisestä tehdyssä muunnoksessa eli PACE+-menetelmässä potilaan tiedot kerätään ja analysoidaan tietokoneen avulla. Lisäksi potilas tekee toimintasuunnitelman liikuntakäyttäytymisen muuttamiseksi. (Prochaska ym. 2000.)

Long ym. (1996) tutkimuksessa testattiin PACE-menetelmän käyttöön liittyvää koulutusta ja materiaaleja erilaisilla potilailla ja eri puolilla Yhdysvaltoja viiden kuukauden ajan. Palaute kerättiin haastattelemalla potilaita ja terveydenhuollon henkilökuntaa. Koulutusta menetelmän käyttöön pidettiin toimivana ja sekä henkilökunta että potilaat pitivät koko ohjelmaa hyvänä. Aikaa neuvontaan kului suurimmalta osalta henkilökuntaa alle viisi minuuttia ja useimmat potilaat ilmoittivat noudattaneensa saamia ohjeita.

Calfas ym. (1996.) tutkimuksessa PACE-menetelmän mukaiseen interventioryhmään kuuluneet raportoivat kävelyn lisääntyneen tilastollisesti merkitsevästi kontrolliryhmää enemmän neljän ja kuuden viikon seurannassa. Samoin interventioryhmään kuuluneiden valmius omaksumaa fyysinen aktiivisuus transteoreettisen muutosvaihemallin mukaisesti lisääntyi enemmän kuin kontrolliryhmän. Lääkärit antoivat interventioryhmään kuuluville 3-5 minuutin suunnitellun liikuntaneuvonnan ja terveystarkastuksen jälkeen. Norris ym. (2000.) tutkimuksessa yhden PACE-menetelmään perustuvan neuvontakerran ja vähäisen vahvistamisen ei todettu lisäävän potilaiden fyysistä aktiivisuutta puolen vuoden seurannassa. Interventioryhmän harkintavaiheessa olevien potilaiden saama pistemäärä kuitenkin kasvoi.

PACE-menetelmän ohella Yhdysvalloissa on kokeiltu myös liikuntareseptiä yli 50-vuotiailla potilailla (Marcus ym. 1997.). Mukana pilottitutkimuksessa oli neljä lääkäriä ja 44 potilasta liikunnallisesti melko passiivista potilasta, joista kontrolliryhmään kuuluvat (n = 25) valittiin ennen ja interventioryhmään kuuluvat (n = 19) jälkeen lääkäreiden tutkimuskoulutuksen. Kaikilta tutkittavilta selvitettiin puhelimitse lähtötason fyysinen aktiivisuus ja muutosvaihe (stage of change) liikunnan suhteen. Kaksi viikkoa lääkärin tapaamisen jälkeen kysyttiin saadusta

liikuntaneuvonnasta ja kuuden viikon kuluttua toistettiin kysymykset fyysisen aktiivisuuden määrästä. Koeryhmään kuuluvat saivat liikuntaneuvontaa muutosvaiheensa mukaisesti ja osa kirjallista materiaalia sen tueksi. Halukkaille kirjoitettiin myös liikuntaresepti, jossa keskityttiin liikunnan useuteen, intensiteettiin, muotoon ja keston. Lisäksi kuukauden päästä oli varattu seurantakäynti lääkärin luona. Kontrolliryhmään kuuluneet saivat tavallisen hoidon.

Kontrolliryhmään kuuluvista kolmannes ilmoitti saaneensa tavallisen hoidon osana suullista liikuntaneuvontaa. Noin kaksi kolmasosaa koeryhmään kuuluvista sai liikuntareseptin ja kirjallisen liikuntamateriaalin. Fyysinen aktiivisuus lisääntyi molempiin ryhmiin kuuluvilla. Tilastollisesti merkitsevä tulos saatiin kuitenkin niiden potilaiden kohdalla, jotka saivat lääkäriltä suullista liikuntaneuvontaa, kehotuksen muuttaa liikuntatottumuksiaan, liikuntareseptin, kirjallista materiaalia ja joille tarjottiin seuranta-aikaa suhteessa niihin, jotka eivät saaneet mitään näistä. Lääkärit kokivat intervention sopivana ja käyttökelpoisena ja luottivat neuvontaitoihinsa intervention lopussa. (Marcus ym. 1997.)

Australialaisessa Active Practice – projektissa (Smith ym. 2000.) tutkittiin yleislääkärin antaman kirjallisen liikuntareseptin vaikutusta potilaiden fyysiseen aktiivisuuteen. Osan potilaista kohdalla liikuntareseptiä täydennettiin lisäksi postitse lähetetyllä liikuntaesitteellä, joka oli kohdistettu potilaan muutosvaiheeseen (stage of change) liikunnan suhteen (neljä erilaista). Mukana tutkimuksessa oli 27 terveyseskusta ja 55 yleislääkärää. Potilaat olivat 25–65-vuotiaita. Kontrolliryhmään rekrytoitiin 386 potilasta ja koeryhmään kuuluvat satunnaistettiin vain reseptin saavaan ryhmään (n = 380) ja sekä reseptin että kirjallisen liikuntaesitteen saavaan ryhmään (n = 376). Potilaiden ilmoittama fyysinen aktiivisuus mitattiin alkutilanteessa kyselylomakkeella sekä 6-10 viikon ja 7-8 kuukauden kuluttua puhelimitse samaa kyselylomakke-pohjaa käyttäen.

Tutkimuksessa todettiin tehokkaimmaksi interventioksi liikuntareseptin ja kotiin lähetetyn liikuntaesitteen yhdistelmä. Myös pelkän liikuntareseptin saaneet ilmoittivat fyysisen aktiivisuuden lisääntyneen järjestelmällisesti enemmän kuin kontrolliryhmän sekä lyhyemmässä että pitemmässä seurannassa, vaikka tulokset eivät olleetkaan tilastollisesti merkitseviä. Fyysisen aktiivisuuden lisääntyminen oli kaikissa ryhmissä vähäisempää 7-8 kuukauden kuin 6-10 viikon seurannassa. Tutkimus myös osoitti, että fyysistä aktiivisuutta lisäsi nimenomaan interventiot eikä tutkittavana oleminen sinänsä. (Smith ym. 2000.)

5 LIKKUMISRESEPTI LIIKUNTANEUVONNASSA

5.1 Mikä on liikkumisresepti?

Edellä esitellyt liikuntaohjekokeilut (esim. Calfas ym. 1996; 1997, Swinburn 1998, Smith ym. 2000) ovat innoittaneet kokeilemaan liikuntaohjetta liikuntaneuvonnan tukena myös Suomessa. Liikkumisreseptin toimeenpanosta vastasi Liikkumisreseptihanke yhdessä eri toimijoiden kanssa. Hanke käynnistyi Suomessa keväällä 2001 ja se päättyi virallisesti vuoden 2003 lopussa. Vuonna 2004 koulutusta ja arviointia kuitenkin edelleen jatkettiin ja pyrittiin vakiinnuttamaan liikkumisreseptin käyttö. Yhteistyötahoina olivat mukana Suomen Reumaliitto, Jyväskylän yliopiston Terveyden edistämisen tutkimuskeskus, Kunnossa kaiken ikää -ohjelma, Suomen Sydänliitto, Suomen Lääkäriliitto ja UKK-instituutti. (Ståhl 2005, 7.)

Hankkeen tärkein tavoite oli tuoda lääkäreiden käyttöön suomalaisen perusterveydenhuoltoon sopiva liikkumisreseptilomake (ks. liite 1), joka vastaa hyvää hoitokäytäntöä ja omalta osaltaan edistää liikuntaneuvonnan jatkuvuutta ja yhteistyötä. Kohderyhmänä olivat erityisesti terveydellisiin riskiryhmiin kuuluvat potilaat. Kehitettyyn liikkumisreseptilomakkeeseen merkitään potilaan nykyinen liikkuminen, liikkumisen terveysperusteet tai tavoite sekä varsinaiseen ohjeosioon liikkumismuodot ja/tai lajit, useus, kesto ja rasittavuus. Lisäksi on mahdollisuus sopia lisäohjeiden saamisesta ja toteutumisen arvioinnista ja seurannasta. Resepti varustetaan potilaan nimellä ja lääkärin allekirjoituksella. (Aittasalo & Miilunpalo 2002a, Miilunpalo & Aittasalo 2002, Ståhl 2005, 8.)

Terveyttä edistävän liikunnan kehittämistoimikunnan mietinnössä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 65.) mainitaan yhtenä tavoitteena ”työvälineiden kehittäminen lääkäreiden antamaan liikuntaneuvontaan, heidän asiantuntemuksensa lisääntyminen liikunnasta sekä toimintamallin luominen liikuntaneuvonnan ja yhteistyön kehittämiseksi kuntatasolla”. Tähän tarkoitukseen toimikunta ehdottaa käyttöönotettavaksi järjestöjen kehittämän liikkumisreseptin. Liikkumisreseptiä suositellaan lääkäreiden työvälineeksi myös suomalaisen tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyohjelmassa 2003–2010 (Suomen diabetesliitto ry 2005a), joka on yksi laajan Dehko-projektin osaohjelmista. Myöhemmin se on liitetty myös Dehkon 2D-hankkeen projektisuunnitelmaan 2003–2007, jossa se on mukana lääkäreiden tai hoitajien toisen tapaamisen toimintaohjeessa (Suomen diabetesliitto ry 2005b). Lisäksi se kuuluu esimerkiksi Etelä-Pohjanmaan

terveysstrategiaan 2010 (Ståhl 2005, 19–20). Liikkumisreseptihanke pyrkii osaltaan vastamaan myös ”Terveysliikunnan paikallisten suositusten” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000) asettamiin haasteisiin.

5.2 Teoreettiset mallit liikkumisreseptin taustalla

Liikkumisreseptin suunnittelussa on käytetty hyväksi terveystietoa koskevaa teoria-tietoa (Aittasalo & Miilunpalo 2002a, Ståhl 2005, 8). Seuraavassa esitellään lyhyesti keskeisimmät apuna käytetyt teorit eli Precede-Proceed-malli ja transteoreettinen muutosvaihemalli (TTM).

Precede-Proceed-malli (liite 2) ei itse asiassa ole varsinainen selittävä teoria, vaan luo rakenteen erilaisten teorioiden käytölle halutun lopputuloksen saamiseksi terveyden edistämisprosessissa. Se toimii siis eräänlaisena viitekehystenä muille malleille. (Gielen & McDonald 1997, 360, 364.) Precede-Proceed – terveystietomalli kuvaa terveyden edistämisen suunnittelua ja arviointia eri vaiheiden kautta. Terveyden edistämisen suunnittelun lähtökohtana tulisi olla haluttu lopputulos eli yksilön elämänlaatu. Seuraavaksi tulisi selvittää elämänlaatuun suoraan vaikuttavat terveystekijät. Terveyteen vaikuttavat puolestaan käyttäytymis- ja ympäristötekijät, joiden selvittäminen ja määrittely ovat osa suunnittelun seuraavaa vaihetta. (Green & Kreuter 1999, 35, 38–41.)

Käyttäytymis- ja ympäristötekijöihin taas vaikuttavat altistavat, mahdollistavat ja vahvistavat tekijät, jotka ovat mallin keskeisin osa. Altistavia tekijöitä voivat olla tieto, asenteet, uskomukset, arvot ja odotukset sekä kokemukset, jotka joko vahvistavat tai estävät motivaatiota muutokseen. Mahdollistavia tekijöitä ovat taidot, resurssit ja esteet, jotka auttavat tai estävät haluttua käyttäytymis- tai ympäristömuutosta. Näitä tekijöitä ovat esimerkiksi resurssien käyttömahdollisuus, saatavuus, lähetteet, säännöt tai lait, taidot ja järjestelyt. Vahvistavia tekijöitä ovat palkinnot ja palaute, joita yksilö saa muilta omaksuttuaan tietyn käyttäytymisen. Ne joko rohkaisevat jatkamaan tai lannistavat tietynlaista käyttäytymistä. Näitä tekijöitä ovat esimerkiksi ystävien, vanhempien ja työkavereiden asenteet ja käyttäytyminen. Terveystietomallilla (terveyden edistämishelmalla) pyritään vaikuttamaan altistaviin, mahdollistaviin ja vahvistaviin tekijöihin ja sitä kautta lopulta yksilön elämänlaatuun. Arviointia voidaan teh-

dä kaikissa suunnittelun ja ohjelman toteuttamisen vaiheissa. (Gielen & McDonald 1997, 367, Green & Kreuter 1999, 35, 38–42.)

Miilunpalon (1999, 423.) mukaan perusterveydenhuollon liikuntaneuvonnassa altistaviin tekijöihin voidaan vaikuttaa esimerkiksi keskustelemalla liikunnan hyödyistä potilaan terveyden tai sairauden hoidon kannalta ja kuvailemalla tarkasti, millaista on terveyttä edistävä liikunta. Mahdollistavana tekijänä voi toimia esimerkiksi lääkärin tekemä sopivien liikuntamuotojen arviointi asiakkaan aiempien tottumusten, terveydentilan ja toimintakyvyn perusteella. Liikunnan suhteen mahdollistavia tekijöitä ovat myös asiakkaan liikuntataidot, kunto ja toimintakyky sekä liikuntapaikkojen saavutettavuus ja välineiden saatavuus. Terveydenhuollossa seurantakäyntien yhteydessä voidaan sopia esimerkiksi välitavoitteista, joiden avulla vahvistetaan asiakkaan itsensä hallinnan ja pystyvyyden kokemusta (= vahvistava tekijä). Voidaan myös keskustella jo etukäteen mahdollisista vaaratilanteista hallinnan suhteen (esim. vuodenaikojen vaihtelut). (Miilunpalo 1999, 423.) Näihin tekijöihin myös liikkumisreseptin käytöllä pyritään vaikuttamaan.

Transteoreettista mallia (kuvio 1) voidaan käyttää yksilötasolla määriteltäessä henkilön käyttäytymistä, elämäntyyliä ja ympäristöä sekä näihin vaikuttavia altistavia, mahdollistavia ja vahvistavia tekijöitä (Gielen & McDonald 1997, 364). Mallia on viime vuosina käytetty eniten perusterveydenhuollon liikuntaneuvonnan viitekehyksenä (esim. Vähäsarja ym. 2004). Se sisältää muutoksen prosesseja ja periaatteita, jotka ilmenevät eri muutosvaiheissa. Muutosvaihemalli (stages of change model), jota käytetään usein yksinäänkin, on itse asiassa transteoreettisen mallin osa. TTM on muodostettu erilaisten psykoterapian ja käyttäytymismuutosten teorioiden pohjalta. (Prochaska ym. 1997, 60–61.)

Varsinaisia muutosvaiheita on viisi ja ne kuvaavat yksilön ajattelua ja toimintaa suhteessa muutokseen. Malliin katsotaan joskus kuuluvaksi myös kuudes eli päätösvaihe, jossa muutos on täydellinen. Toiminta- tai ylläpitovaiheessa voi tapahtua repsahdus, jolloin yksilö palaa johonkin aiempaan vaiheeseen. Muutosprosessit ovat tiedostettuja tai tiedostamattomia toimintoja, joita yksilöt käyttävät siirtyessään vaiheesta toiseen (ks. kuvio 1). Päätöstasapainolla viitataan etuihin ja haittoihin, joita yksilö kokee muutoksella olevan. Itsepystyvyyteen taas liittyvät luottamus ja houkutus erilaisissa muutostilanteissa. (Prochaska ym. 1997, 61–65, Marcus & Forsyth 2003, 13–19.)

Kuvio 1 Transteoreettinen malli ja muutosvaiheet (Prochaska ym. 1997, 69).

MUUTOSVAIHEET					
	Esiharkinta	Harkinta	Valmistautuminen	Toiminta	Ylläpito
PROSESSIT	Tietoisuuden nousu Dramaattinen helpotus Ympäristön uudelleenarviointi	Itsensä uudelleenarviointi	Itsensä vapauttaminen	Sattumien hallinta Auttavat suhteet Vastaehdollistaminen Ärsvkkeiden kontrolli	

Liikuntaneuvonnan on todettu auttavan potilasta siirtymään muutosvaiheesta toiseen tai tekemään muutoksen liikuntakäyttäytymisessään, kun se toteutetaan potilaan senhetkinen muutosvaihe huomioon ottaen (esim. Calfas ym. 1996, Long ym. 1996, Norris ym. 2000, Elley ym. 2003). Vuoren (2003b, 75.) mukaan esiharkintavaiheessa olevan potilaan kanssa olisi hyvä pyrkiä lisäämään potilaan motivaatiota liikuntaan korostamalla sillä saavutettavia hyötyjä. Harkintavaiheessa olevan potilaan kohdalla liikunnan harrastamisen mahdollisuuksien ja etujen korostaminen on tärkeää. Valmistautumis- tai toimintavaiheessa olevan potilaan kanssa taas on syytä laatia tavoitteita ja vahvistaa edellytyksiä niiden saavuttamiseen Ylläpitovaiheessa tärkeää on vahvistaa liikunnan avulla saavutettuja kokemuksia. Potilasta voidaan myös tukea ja auttaa käyttämään hyväkseen muutosprosesseja kognitiivisten ja käyttäytymiseen liittyvien strategioiden avulla (Marcus & Forsyth 2003, 18). Liikkumisreseptiä käytettäessä on siis myös syytä pohtia, milloin sen käyttö on järkevää ja tarpeellista, ja kuinka potilasta voidaan tukea liikuntakäyttäytymisen muutoksissa parhaalla mahdollisella tavalla.

5.3 Liikkumisreseptin kehittäminen

Edellä esiteltyjen teoreettisten mallien ja liikuntaneuvontatutkimusten pohjalta liikkumisreseptin tuli olla yksilöllinen, helppokäyttöinen, selkeä ja ymmärrettävä. Siitä myös päätettiin tehdä ennen kaikkea perusterveydenhuollon lääkäreiden työkalu, vaikka siihen liittyvää liikuntaneuvontaa on usein järkevää antaa myös muun perusterveydenhuollon henkilökunnan. Yksilöllisyyttä on haluttu tuoda esiin asiakkaan aiempien tottumusten, tavoitteiden ja terveysperusteiden huomioimisena, lääkärin omavalintaisessa toiminnassa liikuntaohjeiden suhteen ja reseptin varustamisessa asiakkaan nimellä ja lääkärin allekirjoituksella. (ks. liite 1) Reseptin pystyy täyttämään muutamassa minuutissa, se ohjaa neuvonnan toteuttamista ja se voidaan

kääntää sähköiseen muotoon osaksi potilastietojärjestelmää. Resepti tukee osaltaan tavoitteellista neuvontaa, sillä sen toteutumisen seuranta ja täydentäminen ovat myös osa neuvontaa. (Aittasalo & Miilunpalo 2002a, Miilunpalo & Aittasalo 2002, Ståhl 2005, 8.)

Liikkumisreseptilomaketta ja sitä käyttävien lääkäreiden koulutusta kehitettiin aluksi kaksivaiheisessa pilottitutkimuksessa. Ensimmäisessä vaiheessa testattiin kahden erilaisen reseptilomakkeen toimivuutta ja tuotettiin lopulta lääkäreiden käyttöön soveltuva yksi lomakeversio. Kaikki ensimmäiseen vaiheeseen liittyneeseen kyselyyn vastanneet asiakkaat (n = 28) kokivat saaneensa vaikuttaa reseptin sisältöön paljon ja pitivät heille annettua liikkumisohjetta toteuttamiskelpoisena ja kannustavana. Suurin osa koki liikuntaneuvonnan myös tarpeellisenä itselleen. Molempia reseptilomakkeita pidettiin selkeinä ja ymmärrettävinä. Kyselyyn vastanneiden lääkäreiden (n = 8) mielestä resepti sopi erityisen hyvin työterveyshuollon määräaikaistarkastuksiin ja terveystarkastusten kontrollikäynneille. Aikaa neuvontakertaan lääkärit käyttivät 3-10 minuuttia ja harjoittelun myötä liikuntaneuvonta ja reseptin täyttö alkoivat sujua mutkattomammin. Reseptilomakkeessa liikkumisen tavoitteiksi muotoutui etupäässä terveysperusteita ja ohjeosiota pidettiin toimivana. Seurannan tarkka ajankohta jäi yleensä sopimatta. Reseptin tueksi toivottiin erilaista tukimateriaalia kuten eri sairauksiin sopivia liikkumisohjeita. (Aittasalo & Miilunpalo 2002b, Ståhl 2005, 20–21.)

Toisessa vaiheessa testattiin viidessä terveyskeskuksessa palautteen perusteella syntynyttä reseptilomaketta. Palaute oli samansuuntaista kuin ensimmäisessä vaiheessa. Suurimpana esteenä reseptin käyttämiselle kyselyn täyttäneet lääkärit (n = 18) pitivät ajanpuutetta. Asian unohtuminen ja asiaan tarttumisen vaikeus olivat myös lääkäreiden mainitsemia ongelmia. Sopivien asiakkaiden löytäminen oli myös joidenkin lääkäreiden mielestä ongelmallista. Liikkumisreseptille sopivia kohderyhmiä olivat lääkäreiden mielestä asiakkaat, joilla oli tuki- ja liikuntaelinongelmia, liikapainoa, diabetes, verenpainetauti, metabolinen oireyhtymä tai osteoporoosi, liikunta oli vähäistä ja joilla ei ollut esteitä liikkumiselle. Ohjeeksi annettiin useimmiten sekä hyöty- että kuntoliikuntaa. Lääkäreiden antamat ohjeet olivat useimmiten toteuttamiskelpoisia, mutta joskus myös asiakkaan aiempaan liikuntamäärään nähden ylimitettuja. (Aittasalo & Miilunpalo 2002b, Ståhl 2005, 20–21.)

5.3 Liikkumisreseptiä koskevia tutkimuksia ja selvityksiä

Myöhemmin suhtautumista liikkumisreseptiin sekä sen käyttöä ja vaikuttavuutta on kartoitettu vuosien 2002 ja 2004 lääkärikyselyissä (Suomen lääkäriliitto 2002 ja 2004), FINRISKI – tutkimuksen yhteydessä 2002 (Ståhl ym. 2004), erikoissairaanhoidon liikuntaneuvontaa koskevassa tutkimuksessa (Starck 2003), liikkumisreseptin käyttöselvityksessä (Holopainen & Ståhl 2004) sekä liikkumisreseptin vaikuttavuustutkimuksessa (Aittasalo ym. 2005). Seuraavassa on raportoitu lyhyesti näiden tutkimusten tulokset.

Vuoden 2002 lääkärikyselyssä (Suomen lääkäriliitto 2002) haluttiin kartoittaa lääkärien toimintatapaa liikkumistottumuksiin vaikuttamisessa juuri ennen liikkumisreseptin yleisempään käyttöön leviämistä. Sama kysymys toistettiin vuoden 2004 lääkärikyselyssä (Suomen lääkäriliitto 2004), jolloin liikkumisresepti oli jo laajemmin käytössä. Taulukossa 5 on esitetty näiden kyselyiden tulokset. Kirjallisen materiaalin, kuten liikkumisreseptin, käyttö oli lääkäreillä harvinaista vuonna 2002 eikä lisääntynyt vuoteen 2004 mennessä. Vuoden 2002 lääkärikyselyn mukaan miehet antoivat kirjallisia liikuntaohjeita hieman naisia yleisemmin. Kirjallisia ohjeita antavien osuus kasvoi lääkäreillä iän myötä. Työterveyshuollossa kirjallisia liikuntaohjeita annettiin muita työskentelysektoreita yleisemmin. (Ståhl ym. 2004.)

Taulukko 5 Lääkärikyselyn 2002 ja 2004 tulokset koskien kysymystä ”Kuinka monen potilaan kohdalla täydennätte liikkumisohjeita liikkumisreseptillä tai muulla kirjallisella materiaalilla?” (Suomen lääkäriliitto 2002, 2004)

	Miltei kaikkien %	Kahden kolmesta %	Joka toisen %	Joka kolmannen %	Harvemman tai en kenenkään %	Yhteensä %
Vuonna 2002						
(n = 11 051)	1.9	1.7	2.4	6.6	87.3	100.0
Vuonna 2004						
(n = 10 960)	1.8	1.4	2.2	5.9	88.7	100.0

FINRISKI–tutkimuksen yhteydessä vuonna 2002 tehdyn väestökyselyn vastaajista kolme neljästä oli sitä mieltä, että lääkärillä tulisi olla mahdollisuus kirjoittaa liikkumisresepti. Vain 6 % vastaajista oli eri mieltä. Liikkumisreseptin kirjoittamista kannattivat yleisimmin naiset, työkäiset, koulutetuimmat, normaalipainoiset ja liikuntaa harrastavat. Ikäryhmässä 25–34-vuotiaat liikkumisreseptin käyttöön negatiivisesti suhtautuvia oli vähiten. (Ståhl ym. 2004.)

Erikoissairaanhoidossa liikkumisresepti ei ollut vielä käytössä 2000-luvun alkupuolella, mutta kaikki Starckin (2003, 19–20.) tutkimukseen vastanneet lääkärit olivat kuulleet siitä. Selvästi yli puolet koki liikkumisreseptin soveltuvan liikuntaneuvontaan erittäin tai melko hyvin. Kolmasosa myös suunnitteli sen käyttöönottoa jatkossa. Yleisellä tasolla liikkumisreseptiin suhtauduttiin myönteisesti, mutta sen ei koettu välttämättä sopivan sairaalaan tai kaikille erikoisaloille. Liikkumisreseptin etuina nähtiin sen konkreettisuus, henkilökohtaisuus ja lisäpainoarvo suullisen neuvonnan ohessa. Sen käyttöönoton katsottiin edellyttävän koulutusta.

Liikkumisreseptin käyttöselvityksessä (Holopainen & Ståhl 2004, 2-4.) noin neljäsosa kyselyyn vastanneista lääkäreistä laati liikkumisreseptejä vähintään kerran kuukaudessa ja suurin osa käytti laadintaan aikaa 5-10 minuuttia. Liikkumisreseptikoulutus näytti lisänneen liikku mistottumuksista keskustelua ja kysymistä. Käyttökelpoisena liikuntaneuvonnan työkaluna liikkumisreseptiä piti kaksi kolmesta lääkäristä. Reseptin etuina nähtiin konkreettisuus, suullisen neuvonnan tehostuminen, ohjauksen ja asioiden esille ottamisen helpottuminen sekä lisäapu potilaiden liikkumiseen motivoinnissa. Haittoina nähtiin ajanpuute, rutiininpuute ja perehtymättömyys asiaan. Parhaiten liikkumisresepti soveltui lääkäreiden mielestä ylipainoisille ja yleisimpiä kansansairauksia (diabetes, metabolinen oireyhtymä, tules) sairastaville potilaille sekä painonhallinnan tueksi. Samoin se sopi heidän mielestään liikkumisen aloittamiseen motivoituneille ja liikkumattomille potilaille. Suurin osa vastanneista lääkäreistä (84 %) uskoi käyttävänsä liikkumisreseptiä jatkossakin liikuntaneuvonnan tukena.

Liikkumisreseptin vaikuttavuustutkimukseen osallistui 67 lääkäriä eteläsuomalaisilta terveys- ja työterveysasemilta. Potilaat olivat 20–65-vuotiaita alle neljänä päivänä viikossa kohtuullisesti kuormittavaa liikuntaa harrastavia. Satunnaistetut lääkärit antoivat kontrolliryhmään kuuluville potilaille (n = 73) tavallisen hoidon ja osan (n = 62) tuli käyttää askelmittaria viiden päivän ajan ja täyttää liikuntapäiväkirjaa. Koeryhmään kuuluvat potilaat (n = 130) saivat tavallisen hoidon lisäksi liikuntaneuvontaa ja liikkumisreseptin. Potilaiden fyysistä aktiivisuutta arvioitiin kyselylomakkeella ennen vastaanottoa sekä kaksi kuukautta ja puoli vuotta sen jälkeen. Koeryhmään kuuluneet potilaat lisäsivät sekä kertoivat että ajallisesti fyysisen aktiivisuuden ja ainakin kohtuullisesti kuormittavan liikunnan määrää viikossa enemmän suhteessa kontrolliryhmään kuuluneisiin. Ero oli suurin kahden kuukauden seurannassa, mutta havaittavissa myös puolen vuoden seurannassa. Suurin ero syntyi fyysisen aktiivisuuden viikoittaisten kertojen osalta. (Aittasalo ym. 2005.)

5.4 Liikkumisreseptiin liittyvä koulutus, materiaali ja hankkeet

Tulevaisuuden tärkeimpinä tavoitteina liikkumisreseptihanke (Ståhl 2005) pitää reseptin vaikiinnuttamista perusterveydenhuollon lääkäreiden työvälineeksi ja sen käyttöä tukevien käytäntöjen luomista. Tähän on pyritty luomaan pohjaa kouluttamalla lääkäreitä, tuottamalla liikkumisreseptin käytön tueksi materiaaleja, tuomalla liikkumisreseptiä esille julkaisuissa, kongresseissa ja hallinnon tasolla sekä virittämällä yhteistyötä eri tahojen kanssa. Seuraavassa raportoidaan lyhyesti liikkumisreseptiin liittyvän koulutuksen käyneiden lääkäreiden määrä, tuotetut materiaalit sekä meneillään olevat hankkeet.

Vuoden 2004 loppuun mennessä liikkumisreseptin aluekouluttajia oli koulutettu 62. Aluekouluttajien tehtävänä oli kouluttaa muita lääkäreitä liikkumisreseptin käyttöön. Liikkumisreseptin käyttöön suunnatun 45 minuutin tai 1,5 tunnin koulutuksen oli samaan määräraikaan mennessä käynyt 898 lääkäriä. (Ståhl 2005, 33–34.) Liikkumisreseptilomake on laadittu myös ruotsin- tai englanninkielisenä. Sen käytön avuksi on tuotettu käyttäjänopas ja seurantalomake. Myös potilaalle on olemassa oma seurantakortti. (Liikkumisreseptimateriaalit 2005.) Lisäksi lääkäreille on tuotettu liikkumisreseptin käytön avuksi tiivistelmä terveysliikuntasuosituksista (Ståhl 2002). Vuoden 2004 loppuun mennessä Reseptivihkosia (sisältää 20 reseptilomaketta) oli tilattu 3048 kappaletta (Ståhl 2005, 33). Liikkumisreseptin käytön edistämiseksi on kehitetty myös sähköistä reseptilomaketta. Ohjelman avulla paperiversion sisältämät asiat voidaan kirjoittaa suoraan tietokoneohjelmaan. Lisäksi ohjelmasta löytyy seurantalomake, jonka tarkoituksena on mahdollistaa liikkumisreseptin käyttö myös muiden kuin lääkäreiden osalta. (Ståhl 2005, 21–22, liitteet 2-4.)

Paikallisten ja alueellisten hankkeiden virittämisessä liikkumisreseptihankkeen toteuttajista Kunnossa kaiken ikää – ohjelmalla on ollut erityinen asema. Hankkeita, joissa liikkumisresepti on keskeisesti mukana ovat muun muassa Kuortaneen Urheiluopiston koordinoima Liihota-hanke, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin liikkumisreseptihanke, Espoo-Suur-Lepävaaran terveysliikuntahanke, Ketjureaktio – liikunta Turun terveystoimen asiakkaiden palveluketjussa, Helsingin preventiohanke, Folkhälsanin fysioteekki, Ylä-Savon terveysliikunta ja ravitsemus-hanke, Espoonlahden sosiaali- ja terveyskeskus: Liikunta on lääke, Tuusulan kansalaisopisto: Liikunnasta pysyvä elämäntapa ja Vihdin kunnan liikuntatoimi: Vertaisohjaajille kohti tulevaisuutta. (Ståhl 2005, 24–27.)

Myös opiskelijoiden liikuntaliitto (OLL) ja YTHS ovat viritelleet hanketta liikkumisreseptin testaamiseksi opiskelijaympäristössä osana NUALI-ohjelmaa vuoden 2002 lopulta alkaen. Ensimmäinen yhteinen koulutus liikkumisreseptiin liittyen on järjestetty Jyväskylässä syyskuussa 2003, jolloin mukana oli Jyväskylän YTHS:n henkilökunnan lisäksi Jyväskylän yliopistoliikunnan ja ylioppilaskunnan, Jyväskylän kaupungin ja OLL:n edustajat sekä Liikkumisresepti-hankkeen kouluttajat. Liikkumisresepti päätettiin ottaa käyttöön Jyväskylän YTHS:ssä vuoden 2004 alussa. (Latonen 2005.)

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa liikkumisreseptin toimivuutta YTHS:ssä eli miten ja millä ehdoilla liikkumisresepti soveltuu lääkäreiden työvälineeksi.

Soveltuvuutta tutkitaan seuraavien tutkimustehtävien kautta:

1. Millä tavoin lääkärit kokevat liikkumisreseptin ja suhtautuvat siihen?
 - a. Millainen asenne lääkäreillä on liikkumisreseptiä kohtaan?
 - b. Millaisiksi lääkärit kokevat valmiutensa liikkumisreseptin käyttöön?
 - c. Miten lääkärit kehittäisivät liikkumisreseptiä toimivammaksi?

2. Miten liikkumisreseptin käyttö toteutuu YTHS:ssä?
 - a. Millä perusteilla lääkärit valitsevat liikkumisreseptin saajat ja onko liikkumisreseptille tarvetta?
 - b. Miten lääkärit täyttävät liikkumisreseptilomakkeet?
 - c. Missä määrin liikkumisreseptin käyttö edistää liikuntaneuvontaa?
 - d. Missä määrin liikkumisreseptiä hyödynnetään potilaan jatkohoidossa?

3. Millä tavoin potilaat kokevat liikkumisreseptin ja suhtautuvat siihen?
 - a. Millainen asenne potilailla on liikkumisreseptiä kohtaan?
 - b. Missä määrin potilaat noudattavat liikkumisreseptinsä ohjeita?
 - c. Miten potilaat kehittäisivät liikkumisreseptiä toimivammaksi?

7 AINEISTO JA MENETELMÄT

7.1 Yleiskatsaus tutkimuksen toteuttamiseen

Tavoitteena oli kartoittaa monipuolisesti liikkumisreseptin toimivuutta liikuntaneuvonnan apuna potilas-lääkärikontakteissa sekä lääkärien ja potilaiden kokemusten välityksellä. Käytännön potilas-lääkärikontaktien keräämiseksi tutkimukseen valittiin kaksi tavallista YTHS:n yleislääkärinä yhdestä toimipisteestä ja pyydettiin heitä käyttämään liikkumisreseptiä sopivilla astma- ja masennus/ahdistuspotilailla. Sekä lääkäreiltä että potilailta kerättiin tietoja kontaktitilanteista nk. käyntilomakkeilla. Lisäksi analysoitiin lääkäreiden täyttämät liikkumisreseptilomakkeet. Pitemmän aikavälin kokemuksia liikkumisreseptistä kerättiin haastattelemalla lääkärin ja lähettämällä postikysely liikkumisreseptin saaneille. Koko tutkimuksen toteuttamiseen kului aikaa 1,5 vuotta. Kyseessä on arviointitutkimus (esim. Neutens & Rubinson 1997, 169–201.), sillä tarkoituksena on ollut tutkia työväliseen soveltuvuutta tietyntylaiselle ammatti- ja kohderyhmälle sekä toimintaympäristöön. Tulosten perusteella pyritään tekemään johtopäätöksiä liikkumisreseptin soveltuvuudesta YTHS:n lääkäreiden työväliseksi.

7.2 Tutkittavat

Tutkimus toteutettiin YTHS:n Jyväskylän terveysasemalla. Liikkumisreseptin kohderyhmäksi sen henkilökunta oli valinnut palaverissaan masennusta/ahdistusta ja/tai astmaa sairastavat potilaat. Valintakriteereinä oli ollut, että näistä sairauksista kärsiviä on runsaasti YTHS:n palveluita käyttävien yliopisto-opiskelijoiden joukossa, liikunnasta on tutkitusti hyötyä kyseisten sairauksien hoidossa ja kyseisistä sairauksista heillä oli jo valmiina ohjeita ja muuta materiaalia. Liikkumisreseptikokeiluun osallistuviksi lääkäreiksi Jyväskylän YTHS:n lääkärin olivat valinneet ylilääkärin johdolla kaksi tavallista kliinistä työtä tekevää naispuolista yleislääkärinä (A ja B). Tässä vaiheessa liikkumisreseptihankkeen projektipäällikön aloitteesta liikkumisreseptikokeilusta päätettiin tehdä myös tämä tutkimus. Tutkimukseen osallistuvat lääkärin olivat aktiivisia työssään, valmiita kokeilemaan uutta ja motivoituneita liikunnan edistämiseen. He valitsivat tutkimukseen tulevat potilaat. Lääkäreiden tehtäväksi annettiin valita sopivat liikkumisreseptin saajat oman ammattitaitonsa pohjalta eli silloin, kun kokevat sen potilaan kohdalla tarpeelliseksi ja järkeväksi.

7.3 Mittausmenetelmät

7.3.1 Lääkäreiden käyntilomakkeet

Käyntilomakkeilla (liitteet 4 ja 5) oli tarkoitus saada välitön palaute kontaktitilanteesta heti sen jälkeen. Niillä pyrittiin kartoittamaan kontaktin ja potilaan taustatietojen lisäksi lääkärin suhdetta potilaaseen, liikuntaneuvonnan toteutumista, sisältöä, käytettyä aikaa ja perillemenoia tai vaihtoehtoisesti syitä liikuntaneuvonnan pois jättämiseen. Lääkäreiden lomakkeet oli pääosin modifioitu Laitakarim ym. (1989, liite 1) liikuntaneuvontatutkimuksessa käytetyn lomakkeen pohjalta. Osa kysymyksistä työstettiin tähän tutkimukseen sopiviksi ja lisättiin liikkumisreseptiin liittyviä kysymyksiä. A-lomakkeessa (liite 4) kysyttiin alussa mainittujen asioiden lisäksi syitä liikkumisreseptin kirjoittamiseen tai kirjoittamatta jättämiseen. B-lomakkeessa (liite 5) kartoitettiin alun kysymysten lisäksi aiemmin kirjoitetun liikkumisreseptin käsittelytapaa tai syitä sen käsittelemättä jättämiseen.

7.3.2 Potilaiden käyntilomakkeet

Potilaiden käyntilomakkeilla (liitteet 7 ja 8) kartoitettiin potilaiden kokemuksia kontaktista lääkärin kanssa, liikuntaneuvonnan toteutumista ja mieleen jäämistä tai vaihtoehtoisesti odotuksia liikuntaneuvonnan saamisesta. Lisäksi kysyttiin mielipiteitä liikkumisreseptin sisältämisestä lajeista ja liikunnan määrästä sekä reseptin hyödyllisyydestä ja motivoivuudesta. A-lomakkeessa (liite 7) muut kysymykset käsitelivät liikkumisreseptin saamista, rasittavuustasosta keskustelua, seurannan sopimista, uskottua vaikutusta liikkumistottumuksiin tai vaihtoehtoisesti toivetta reseptin saamisesta. B-lomakkeessa (liite 8) muut kysymykset liittyivät liikkumisreseptin käsittelyyn tällä käyntikerralla, sisällön muistamiseen, ohjeiden noudattamiseen, seurannan toteutumiseen ja liikuntatottumuksiin vaikuttamiseen.

7.3.3 Liikkumisreseptit

Liikkumisreseptilomakkeena käytettiin liikkumisreseptihankkeen kehittämää lomakepohjaa (liite 1). Tässä tutkimuksessa oli ensimmäistä kertaa Suomessa käytössä liikkumisreseptihankkeen kehittämä tietokoneohjelma (demo-ohjelma), jossa liikkumisreseptin pystyi täyttämään tietokoneen avulla ja se tallentui suoraan osaksi potilastietojärjestelmää. Ohjelman avulla myös muut kuin lääkärit pystyvät muokkaamaan tehtyä liikkumisreseptiä. (Ståhl 2005.)

7.3.4 Lääkäreiden haastattelut

Haastattelut pohjautuivat teemahaastattelun periaatteille (esim. Hirsjärvi & Hurme 2001). Haastattelun teemat (teema-alueuuttelo liite 10) nousivat esille tutkimustehtävien pohjalta. Tarkoituksena oli kartoittaa lääkäreiden suhtautumista liikuntaneuvontaan ja liikkumisreseptiin, koettuja liikuntaneuvontataitoja ja valmiuksia liikkumisreseptin käyttöön, kokemuksia liikkumisreseptin käytöstä ja soveltuvuudesta työvälineeksi sekä ehdotuksia liikkumisreseptin kehittämiseksi toimivammaksi.

7.3.5 Liikkumisreseptin saaneiden postikyselyt

Postikyselyllä (liite 11) oli tarkoitus kartoittaa potilailta pitemmän aikavälin kokemuksia liikkumisreseptistä ja sen vaikutuksista. Postikyselyssä kysyttiin potilaan ja liikkumisreseptin saamisen taustatietojen lisäksi reseptin ohjeiden noudattamista ja syitä noudattamatta jättämiseen, reseptin käsittelemistä YTHS:ssä (seuranta), sopivuutta itselle, omalle sairausryhmälle ja YTHS:n lääkäreiden työvälineeksi, motivoivuutta ja hyödyllisyyttä (sama kysymys kuin käyntilomakkeissa) sekä ehdotuksia liikkumisreseptin kehittämiseksi. Kyselyt koodattiin numeroin, jotta oli mahdollista lähettää uusintakierros vastaamatta jättäneille.

7.4 Aineiston keruu

Liikkumisresepti otettiin käyttöön Jyväskylän YTHS:ssä helmikuussa 2004. Tämän tutkimuksen aineisto on kerätty helmikuun 2004 ja lokakuun 2005 välisenä aikana (kuvio 2).

kevät 2004	syksy 2004	kevät 2005	syksy 2005
* <i>liikkumisresepti käytössä</i> (helmikuu 04 –)	* <i>käyntilomakkeiden täyttäminen</i> (elokuu 04 – maaliskuu 05)	* <i>lääkäreiden haastattelut</i> (tammikuu 05)	* <i>postikysely potilaille</i> (syyskuu 05 – lokakuu 05)

Kuvio 2 Tutkimuksen ajallinen kulku

7.4.1 Käyntilomakkeet

Vastaanoton jälkeen lääkäri ja potilas täyttivät käyntilomakkeet itsenäisesti. Sen jälkeen lääkäri poisti liikkumisreseptikopiosta potilaan nimen, laittoi potilaan nähden sekä oman ja potilaan käyntilomakkeen että kopion liikkumisreseptistä kirjekuoreen ja sulki sen. Kumpikaan ei nähnyt toisen vastauksia. Tutkija kävi henkilökohtaisesti hakemassa kirjekuoret YTHS:ltä. Käyntilomakkeista ei siis paljastunut potilaan henkilöllisyys, mutta liikkumisreseptin allekirjoituksen perusteella lomakkeet saattoi yhdistää kyseiseen lääkäriin. A-lomakkeet (liitteet 4 ja 7) täytettiin silloin, kun potilas ei ollut saanut liikkumisreseptiä ennen kyseistä tapaamista riippumatta siitä, saiko hän sen kyseisellä tapaamisella vai ei. B-lomakkeet (liitteet 4 ja 8) täytettiin, kun potilas oli saanut liikkumisreseptin ennen kyseistä tapaamista. Aineistoon tuli siis käyntilomakkeiden kautta mukaan kolmenlaisia potilaita (vrt. taulukko 6). Käyntilomakkeiden vastattavissa kysymyksissä oli lisäksi eroa myös sen mukaan saiko potilas liikkumisreseptin, pelkkää suullista liikuntaneuvontaa vai ei kumpaakaan.

Käyntilomakkeita testattiin osittain esitutkimuksessa (ks. liite 9) ja kertynyt aineisto päätettiin ottaa mukaan varsinaiseen tutkimukseen. Käyntilomakkeiden kertymistä seurattiin säännöllisesti ja keräämistä jatkettiin lopulta puoleen vuoteen eli maaliskuun 2005 loppuun saakka. Liikkumisreseptin saaneita ja käyntilomakkeen täyttäneitä pyrittiin saamaan tutkimukseen mukaan yhtä paljon molemmista sairausryhmistä. Lääkäreiden mukaan astmapotilaissa oli kuitenkin vähän sopivia liikkumisreseptin saajia, joten heidän osuutensa jäi pienemmäksi. (taulukko 6) Lopulliseen aineistoon tuli A-lomakkeita huomattavasti enemmän kuin B-lomakkeita. Tämä johtui sekä aiemmin liikkumisreseptin saaneiden pienestä määrästä että ilman liikkumisreseptiä jääneiden suuresta määrästä aineistossa.

Taulukko 6 Potilaiden (ja lääkäreiden) käyntilomakkeista koostuva aineisto (kpl).

	Naiset	Miehet	Yhteensä	Astma	Masennus/ ahdistus
Liikkumisresepti					
– saatu aiemmin (B-lomake)	4	1	5	0	5
– saatu tällä tapaamisella (A-lomake)	7	4	11	5 ^a	7 ^a
Ei reseptiä (A-lomake)	11	8	19	9	10
Yhteensä	22	13	35	14^a	22^a

^a yksi, jolla sekä astma että masennus/ahdistus

7.4.2 Liikkumisreseptit

Potilaat saivat liikkumisreseptilomakkeen itselleen paperiversiona. Koska liikkumisreseptit kerättiin samassa yhteydessä käyntilomakkeiden kanssa, potilaan ja lääkärin käyntilomaketta sekä reseptiä oli mahdollista myös tarkastella kokonaisuutena kyseisen potilaan osalta. B-lomakkeet täyttäneiden potilaiden liikkumisreseptit (5 kpl) oli kirjoitettu helmi-toukokuun aikana 2004 eli aikaa käyntilomaketapaamiseen oli kulunut vähintään vajaa kolme kuukautta (vrt. taulukko 6). A-lomakkeen täyttäneiden potilaiden liikkumisresepteistä (11 kpl) suurin osa oli kirjoitettu loka-marraskuussa 2004, viimeisin maalikuussa 2005. Toinen lääkäreistä (B) teki vähemmän potilastyötä, joten hänen kohdallaan tavoite eli kymmenen reseptiä lääkäriä kohti (ks. liite 4) jäi saavuttamatta (taulukko 7). Tietokoneohjelman pohjalta tulostettuja lomakkeita oli aineistossa yhdeksän ja käsin täytettyjä lomakkeita seitsemän kappaletta.

Taulukko 7 Liikkumisreseptin saaneiden potilaiden sukupuolen ja sairausryhmän mukainen jakautuminen lääkäreiden kesken (n).

	Naiset	Miehet	Yhteensä	Astma	Masennus/ ahdistus
Lääkäri A	5	5	10	1	9
Lääkäri B	6	0	6	3 ^a	4 ^a
Yhteensä	11	5	16	4 ^a	13 ^a

^a yksi, jolla sekä astma että masennus/ahdistus

7.4.3 Lääkäreiden haastattelut

Lääkärit haastateltiin erikseen tammikuussa 2005. Haastattelu nauhoitettiin ja se kesti lääkäri A:n kanssa 45 minuuttia ja lääkäri B:n kanssa 35 minuuttia. Kysymykset käsittelivät samoja aihepiirejä molempien lääkäreiden kanssa, mutta kysymyksen muodot ja määrä vaihtelivat teemahaastattelun periaatteiden mukaisesti (esim. Hirsjärvi & Hurme 2001). Haastattelut etenivät taustatiedoista liikuntaneuvonnan toteuttamiseen ja liikkumisreseptin käyttöön (vrt. teema-alueuuttelo liite 10).

7.4.4 Liikkumisreseptin saaneiden postikyselyt

Postikysely oli tässä tutkimuksessa ainoa keino yrittää tavoittaa myöhemmin kaikki liikkumisreseptin saaneet ilman, että heidän henkilöllisyytensä paljastuisi. Postikysely lähetettiin

syyskuussa 2005 Jyväskylän YTHS:n osastonhoitajan välityksellä kaikille potilasrekisterin perusteella liikkumisreseptin saaneille eli myös ennen ja jälkeen käyntilomakkeiden täyttämisen reseptin saaneille (ks. kuvio 2 sivulla 38). Postikyselyillä tavoitettiin valtaosa liikkumisreseptin saaneista, mutta ainakin yhden potilaan kohdalla lääkäri oli unohtanut tehdä potilasrekisteriin merkinnän liikkumisreseptin olemassaolosta, jolloin häntä ei sieltä liikkumisreseptikoodin perusteella löydetty. Aikaa liikkumisreseptin saamisesta potilailla oli saattanut kulua muutamista päivistä yli 1,5 vuoteen. Potilastiedot saatiin YTHS:n rekisteristä ja kyselyt lähetettiin suoraan YTHS:stä, joten tutkittavien henkilöllisyys ei tässä vaiheessa tullut tutkijan tietoon.

Kyselyitä lähetettiin yhteensä 15 kappaletta ja niitä saatiin ensimmäisen kierroksen jälkeen takaisin viisi eli 33.3 %. Yhden tutkittavan osalta osoite oli väärä, joten häntä ei tavoitettu. Toisella postituskierroksella kyselyitä saatiin takaisin kaksi kappaletta. Lopullinen palautusprosentti oli siis 47.6 % (7/15). Taulukossa 8 on kyselyyn vastanneiden taustatiedot. Yksi masennusta/ahdistusta sairastava ei ollut vastannut sukupuolta koskevaan kysymykseen.

Taulukko 8 Liikkumisreseptin saaneiden postikyselyyn vastanneiden taustatiedot sairausryhmän mukaan eroteltuna (kpl).

	SUKUPUOLI		IKÄRYHMÄ		
	(n = 6)		(n = 7)		
	Nainen	Mies	19–25	26–35	36–
Astma	2	0	1	1	0
Masennus/ahdistus	3	1	2	2	1
Yhteensä	5	1	3	3	1

Koko tutkimusaineisto muodostui alla olevan taulukon 9 mukaisesti.

Taulukko 9 Koko tutkimusaineisto.

Aineiston laji	Lukumäärä
Käyntilomakkeet	
– potilaat	36
– lääkärit	36
Liikkumisreseptit	16
Lääkäreiden haastattelut	2
Liikkumisreseptin saaneiden postikyselyt	7

7.5 Aineiston analyysi

Analyysimenetelmät voidaan jakaa esimerkiksi selittämään (yleensä tilastollisiin) ja ymmärtämään pyrkiviin (yleensä kvalitatiivisiin) analyysihin ja päätelmiin (esim. Hirsjärvi ym. 2005, 212). Määrällisissä aineiston analyysissä tärkeitä ovat muuttujien väliset erot ja ne edellyttävät riittävästi havaintoyksiköitä (esim. Alasuutari 1993, 17, 20, 161, Nummenmaa ym. 1997). Laadulliset analyysit ovat erityyppisiä. Eskola ja Suoranta (1998, 138) näkevät laadullisen aineiston analyysin tarkoituksena selkeyden luomisen aineistoon ja tätä kautta uuden tiedon tuottamisen tutkimuksen kohteena olevasta asiasta. Alasuutari (1993, 21.) katsoo kvalitatiivisen analyysin vaativan absoluuttisuutta: kaikki tärkeät ja luotettavat seikat tulee kyetä selvittämään niin, ettei ristiriitaa esitetyn tulkinnan kanssa ole. Olennaista on löytää ne asiat, jotka tutkittavassa aineistossa ovat yhteisiä ja yleisiä. Toisaalta Eskolan ja Suorannan (1998, 140) mukaan usein laadullisen aineiston analyysissä pyritään etsimään myös eroja ja moninaisuutta, jolloin analyysistä saadaan tarkempaa ja aineistolähtöisempää. Tämän tutkimuksen aineiston analysoinnissa on ollut sekä ymmärtämään että selittämään pyrkiviä elementtejä, mutta ei varsinaisia tilastoanalyysijä.

7.5.1 Käyntilomakkeet

Käyntilomakkeiden kysymysten osalta on käytetty pääosin määrällistä aineiston kuvailua. Strukturoitujen kysymysten vastaukset ovat olleet valmiiksi numeerisessa muodossa ja ne on muutettu suoraan Excel-ohjelman avulla % -jakaumiksi. Aineistoa on tarkasteltu pääosin prosenttiosuuksina ja tehty niiden pohjalta alustavia päätelmiä. Avointen kysymysten vastauksia on tarkasteltu laadullisen sisällönanalyysin periaattein luokittelemalla ja yhdistelemällä aineistoa (esim. Hirsjärvi & Hurme 2001, Tuomi & Sarajärvi 2003).

7.5.2 Liikkumisreseptit

Liikkumisreseptien sisällön osalta avointen kysymysten vastaukset on yhdistelty ja luokiteltu myös edellä mainitun laadullisen sisällönanalyysin periaattein (esim. Hirsjärvi & Hurme 2001, Tuomi & Sarajärvi 2003). Aineistoa on kuvattu sekä määrällisesti että laadullisesti.

7.5.3 Lääkäreiden haastattelut

Haastattelujen analysoinnissa on käytetty niin ikään laadullista sisällönanalyysia (esim. Hirsjärvi & Hurme 2001, Tuomi & Sarajärvi 2003). Lääkäreiden haastattelut on litteroitu nauhalta muutoin tarkoin sanamuodoin, mutta sisältöön vaikuttamattomat sanojen toistot ja ylimääräiset täytesanat haastateltavien pohdiskelun aikana on jätetty pois. Varsinaisen litteroinnin jälkeen kirjoitettu teksti on vielä tarkistettu kuuntelemalla haastattelut uudestaan. Tämän jälkeen haastattelut on luettu tarkasti läpi ja samalla etsitty sekä alleviivattu tutkimustehtävien kannalta olennaisia kohtia. Analysointi on tehty teoriasidonnaisesti tai -ohjaavasti (esim. Tuomi & Sarajärvi 2003, 98–99), jolloin päättelyn voidaan katsoa olevan esimerkiksi Alasuutarin (1994) mukaan abduktiivista. Abduktiivisessa päättelyssä pyritään yhdistelemään aineistolähtöisyyttä ja teoriaa. Tällöin edellytyksenä havainnoista tehtävälle teorianmuodostukselle voidaan pitää eräänlaisen johtoajatuksen olemassaoloa eli kyse ei ole puhtaasta fenomenologisesta tulkinnasta. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 97, 99.) Lopuksi aineisto on luokiteltu helpommin jäsennehtävään ja ilmaistavaan muotoon ja pyritty vertaamaan haastateltavien vastauksia.

7.5.4 Liikkumisreseptin saaneiden postikyselyt

Liikkumisreseptin saaneiden postikyselyissä oli osittain samoja kysymyksiä kuin potilaiden käyntilomakkeissa, joten ne on analysoitu samoin. Avointen kysymysten osalta tutkittavien vastaukset on kirjoitettu niiden informatiivisuuden vuoksi auki sellaisenaan.

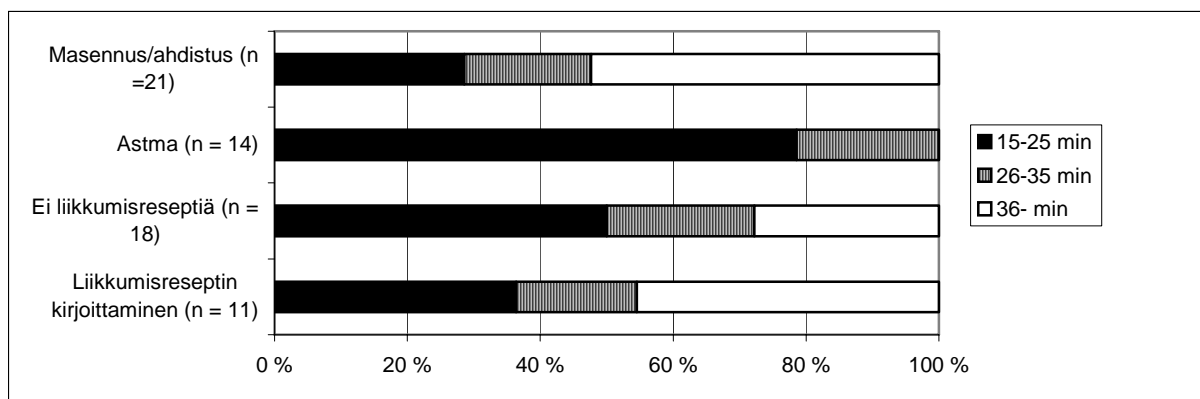
8 TULOKSET

8.1 Tulokset lääkäreiden käyntilomakkeiden pohjalta

Lomakkeet on analysoitu pääosin vertailemalla niiden tuloksia kyseisellä käyntikerralla liikkumisreseptin saaneiden ja ei-liikkumisreseptiä saaneiden potilaiden sekä astma- ja masennus/ahdistuspotilaiden välillä. Joissakin tarkasteluissa mukaan on otettu myös pelkkää suullista liikuntaneuvontaa saaneiden osalta täytetyt lomakkeet.

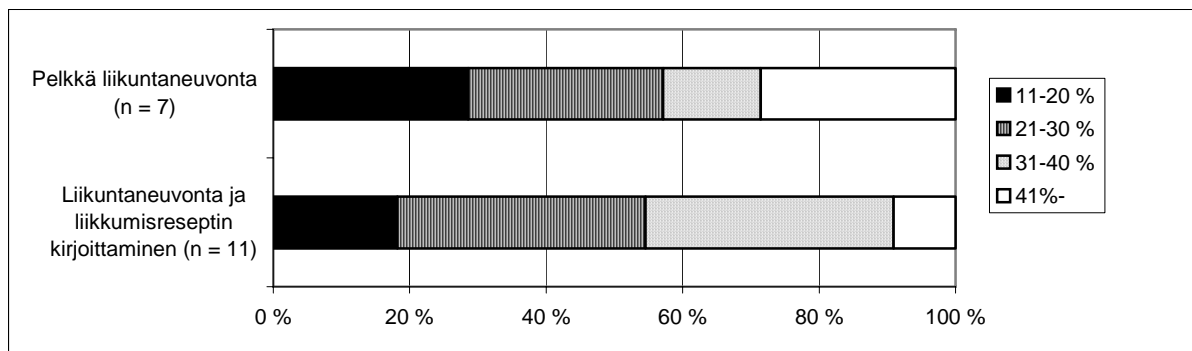
8.1.1 Kontaktitilanteeseen ja liikuntaneuvontaan käytetty aika

Kontaktitilanteet potilaiden kanssa kestivät 15–40 minuuttia. Lääkäreiden mukaan astmaatiikoilla vastaanottoaika on Jyväskylän YTHS:llä yleisimmin 20 minuuttia ja masennus/ahdistuspotilailla 40 minuuttia. Tämä erottui myös aineistosta. (kuvio 3) Liikkumisreseptin saaneiden käynnit näyttivät olevan kestoiltaan hieman pidempiä kuin sitä ilman jääneillä, vaikka erot eivät olleet kovin suuria.



Kuvio 3 Kontaktien kestojen % -jakaumat sairausryhmän ja liikkumisreseptin kirjoittamisen mukaan eroteltuna

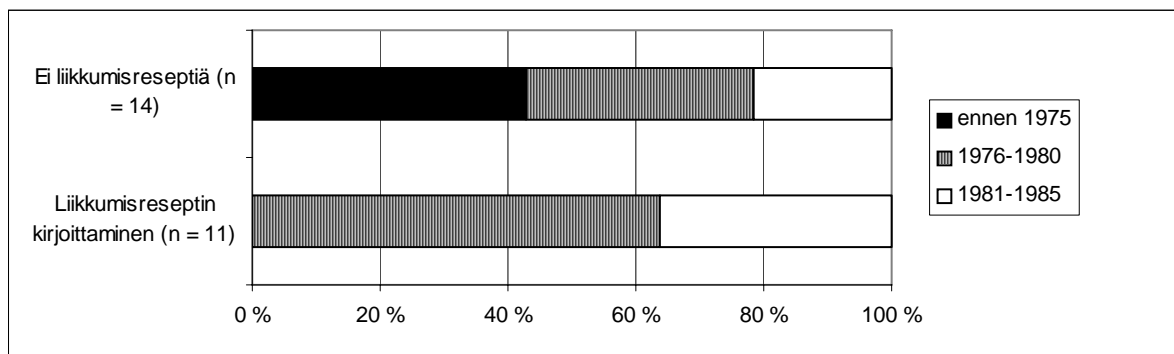
Liikuntaneuvontaan lääkärit ilmoittivat käyttäneensä aikaa 5-15 minuuttia. Liikkumisreseptin kirjoittaminen liikuntaneuvonnan ohessa ei näyttänyt vievän kontaktin kokonaisajasta enempää kuin pelkkä liikuntaneuvonta. (kuvio 4) Pelkkää liikuntaneuvontaa saaneista neljän kohdalla oli kyse aiemmin saadun liikkumisreseptin käsittelystä ja kolmen kohdalla muusta liikuntaneuvonnasta. Aiemmin saadun liikkumisreseptin käsittelyyn aikaa oli käytetty 5-15 minuuttia ja muuhun liikuntaneuvontaan 5-10 minuuttia.



Kuvio 4 Liikuntaneuvonnan %-osuuksien %-jakaumat kontaktien kokonaisajasta pelkkä liikuntaneuvontaa ja liikuntaneuvonnan lisäksi liikkumisreseptin saaneilla

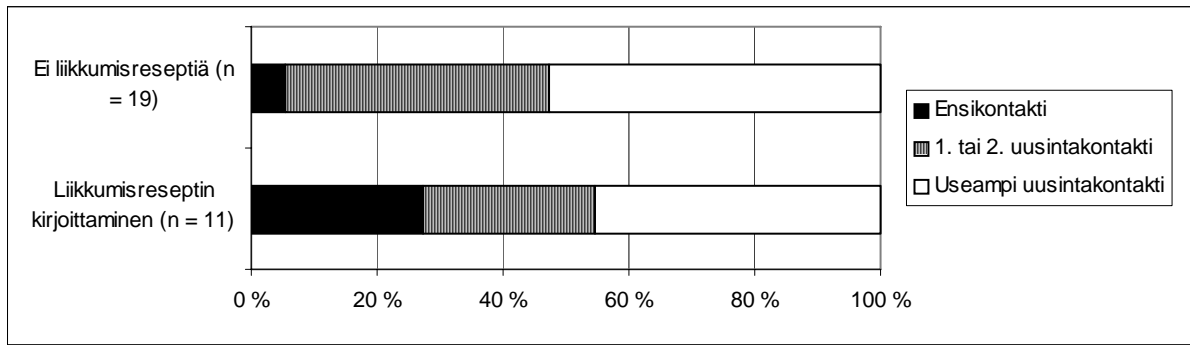
8.1.2 Potilaan ikä, kontaktien lukumäärä, potilaan tunteminen ja kontaktin luonne

Noin puolet potilaista oli käyntilomakkeiden täyttämishetkellä 23–28-vuotiaita. Lääkärit eivät olleet kirjoittaneet liikkumisreseptejä vanhimpaan ikäryhmään kuuluville (kuvio 5), joita oli reseptittömissä kuusi.



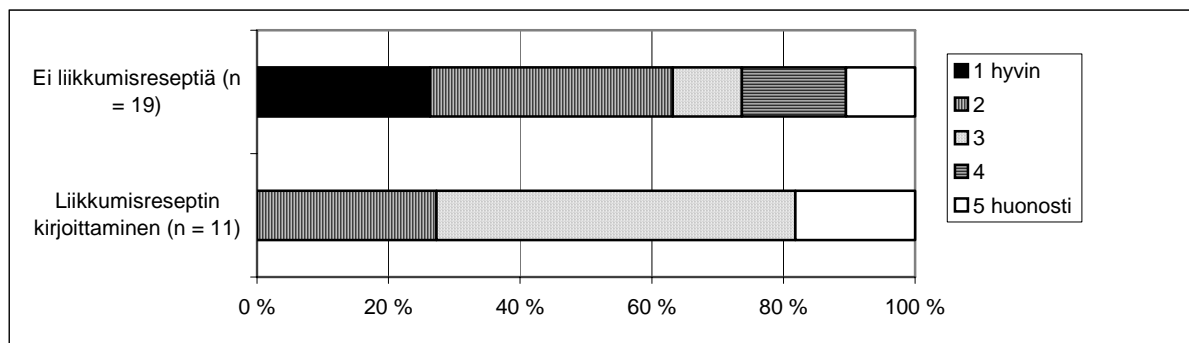
Kuvio 5 Potilaiden eri ikäluokkiin kuulumisen %-jakaumat liikkumisreseptin kirjoittamisen mukaan eroteltuna

Lääkärin aikaisempien kontaktien määrällä potilaan kanssa ei näyttänyt olevan selvää yhteyttä liikkumisreseptin kirjoittamiseen. (kuvio 6) Tosin ensikontaktissa lääkärin kanssa olleita oli reseptittömissä yksi ja liikkumisreseptin saaneissa kolme. Kaiken kaikkiaan lääkärit olivat tavanneet yli puolet tutkimukseen mukaan tulleista potilaista vähintään kolme kertaa. Sairausryhmien suhteen ei ollut juurikaan eroa käyntimäärissä.



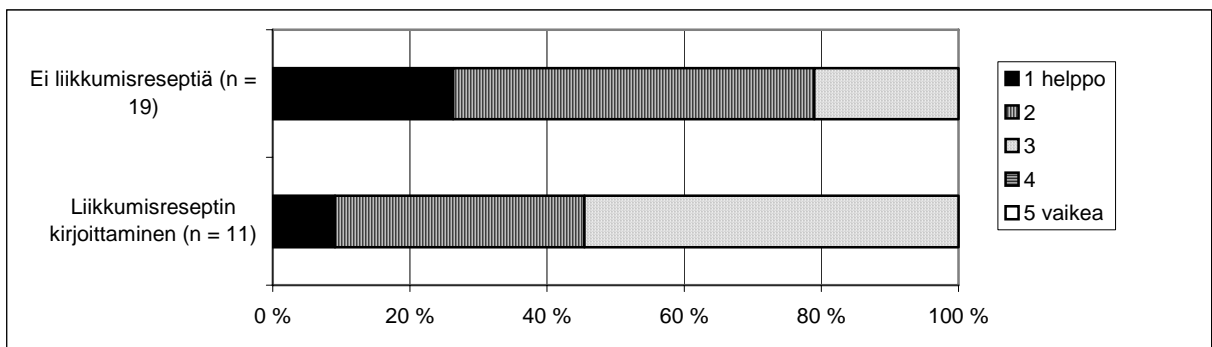
Kuvio 6 Kontaktimäärien % -jakaumat potilaiden kanssa liikkumisreseptin kirjoittamisen mukaan eroteltuna

Potilaan hyvä tunteminen näytti vähentävän liikkumisreseptin kirjoittamista, vaikka ero ei ollut kovin suuri. (kuvio 7) Lääkärit eivät olleet kirjoittaneet liikkumisreseptiä erityisen hyvin tuntemilleen potilaille (arvio 1), joita oli reseptittömissä viisi.



Kuvio 7 Potilaiden tuntemisen % -jakaumat liikkumisreseptin kirjoittamisen mukaan eroteltuna

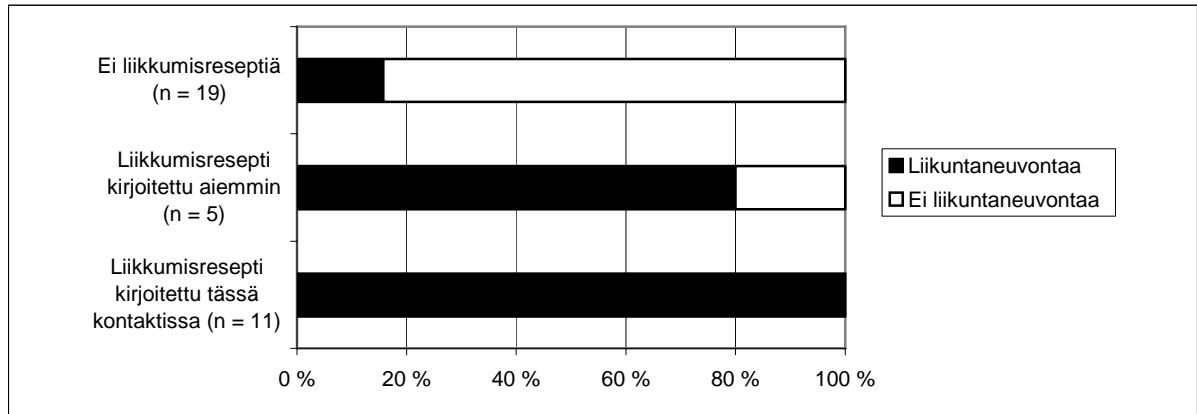
Kontaktitilanteen kokeminen helpoksi ei näyttänyt liittyvän liikkumisreseptien kirjoittamiseen. (kuvio 8) Lääkärit eivät tosin ylipäättään kokeneet kontaktitilanteita vaikeiksi.



Kuvio 8 Lääkäreiden kontaktitilanteiden kokemisen % -jakaumat liikkumisreseptin kirjoittamisen mukaan eroteltuna

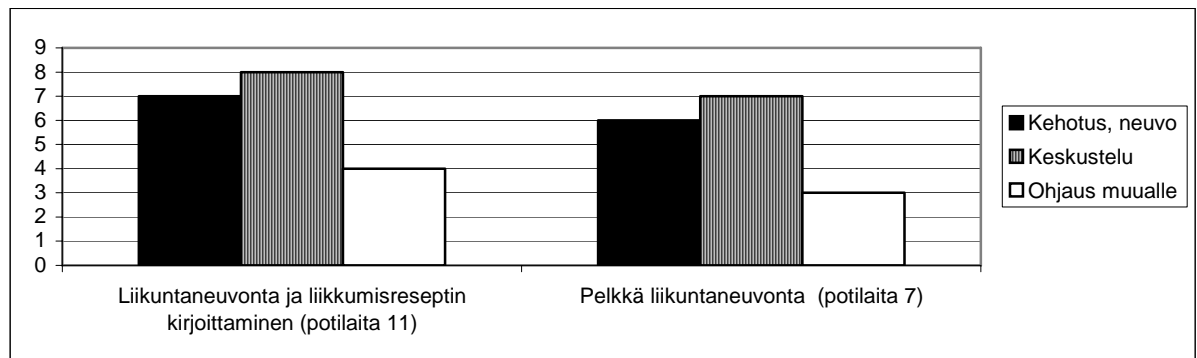
8.1.3 Liikuntaneuvonnan arvioitu toteutuminen, menetelmät ja arvioitu perillemeno

Lääkäreiden mukaan liikkumisreseptin seuranta toteutui melko hyvin. (kuvio 9) Liikkumisreseptiä ilman jääneiden potilaiden osalta liikuntaneuvonta oli melko vähäistä.



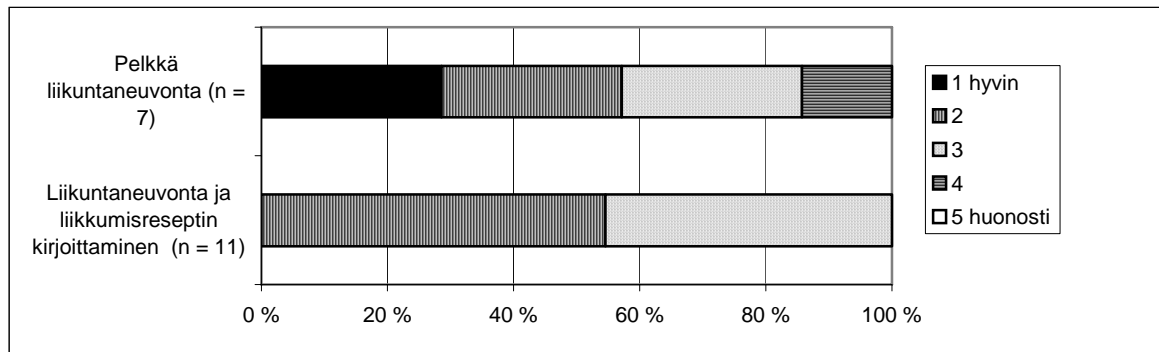
Kuvio 9 Lääkäreiden ilmoittaman liikuntaneuvonnan toteutumisen % -jakaumat liikkumisreseptin kirjoittamisen mukaan eroteltuna

Liikkumisreseptin kirjoittamisella ei näyttänyt olevan yhteyttä muiden liikuntaneuvontamenetelmien käyttöön kyseisellä käynnillä. (kuvio 10)



Kuvio 10 Liikuntaneuvonnassa käytettyjen menetelmien lukumäärät (krt) pelkkää liikuntaneuvontaa ja liikuntaneuvonnan lisäksi liikkumisreseptin saaneilla

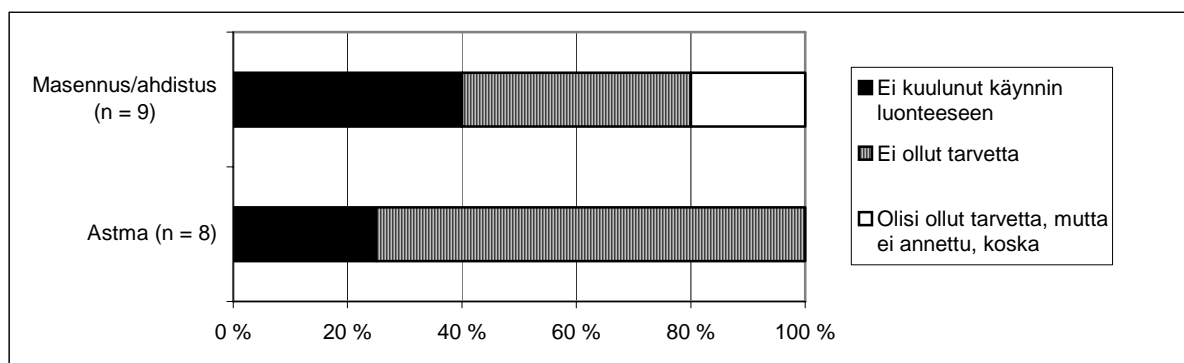
Liikkumisreseptin kirjoittaminen ei näyttänyt olevan yhteydessä liikuntaneuvonnan sisäistämiseen. (kuvio 11) Kokonaisuutena liikuntaneuvonta meni lääkäreiden mielestä potilaalle perille melko hyvin.



Kuvio 11 Liikuntaneuvonnan perillemenon % -jakaumat pelkkää liikuntaneuvontaa ja liikuntaneuvonnan lisäksi liikkumisreseptin saaneilla

Avoimella kysymyksellä pyydettiin lääkäreiltä perusteluita arvioille liikuntaneuvonnan perillemenosta. Liikkumisreseptiä ei mainittu perillemenoauttavana tekijänä. Parhaiten (arviot 1 ja 2) liikuntaneuvonta meni lääkäreiden mielestä perille, kun potilaalla oli joko aiempia myönteisiä kokemuksia liikunnasta, hän ymmärsi sen merkityksen, hänellä oli motivaatio liikuntaan tai liikunta kuului harrastuksiin. Keskimääräisen arvion (3) osalta syinä mainittiin kiire, sairaudet tai oireet, sopivan liikuntaohjelman löytämisen vaikeus ja potilaan neutraali suhtautuminen annettuun neuvontaan.

Liikuntaneuvonnan pois jättämisen syissä näytti olevan jonkin verran eroa sairausryhmien välillä. Astmaatikkojen kohdalla yleisin syy näytti olevan, ettei liikuntaneuvonnalle ollut tarvetta. (kuvio 12) Masennus/ahdistuspotilaiden kohdalla oli yli puolessa kontakteista kyse siitä, että liikuntaneuvonta ei sopinut käynnin luonteeseen tai se jäi pois muista syistä. Yhden masennus/ahdistuspotilaan kohdalla oli lääkäri merkinnyt kaksi ensimmäistä syytä, jotka molemmat on laskettu mukaan.



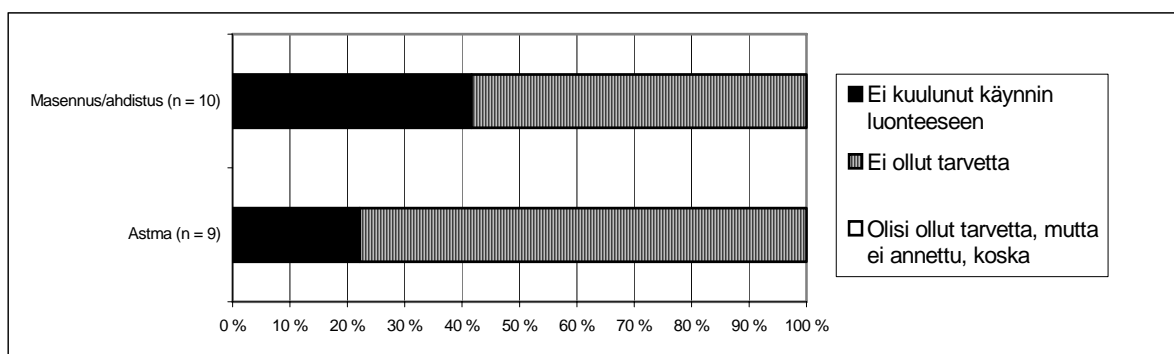
Kuvio 12 Liikuntaneuvonnan pois jättämisen syiden % -jakaumat potilaan sairausryhmän mukaan eroteltuna

Perusteluja pyydettiin edellisessä kysymyksessä vain viimeisen kohdan osalta. Lääkärit olivat kuitenkin antaneet joidenkin potilaiden kohdalla perusteluja myös kahteen ensimmäiseen kohtaan. Astmaatikkojen osalta liikuntaneuvonnan pois jättämisen perustelut liittyivät siihen, että potilas liikkui jo valmiiksi runsaasti. Masennus/ahdistuspotilaiden kohdalla perustelut olivat samoja tai ajan vastaanotolla ilmoitettiin kuluneen muiden asioiden selvittelyyn.

8.1.4 Liikkumisreseptin kirjoittamisen ja pois jättämisen syyt (A-lomake)

Liikkumisreseptin kirjoittamisen syynä lääkärin mainitsivat yleisimmin potilaan liian vähäisen, epäsäännöllisen liikunnan tai huonon kunnon. Muut syyt liittyivät sairauden tai oireiden hoitoon. Masennus/ahdistuspotilaiden kohdalla nousi esille sopiva hoitovaihe liikunnan suhteen, kun taas astmaatikoiden kohdalla mainittiin yleisemmin muita sairaudesta riippumattomia oireita liikkumisreseptin kirjoittamisen syinä.

Syynä liikkumisreseptin kirjoittamatta jättämiselle lääkärit ilmoittivat yleisimmin sekä astma-että masennus/ahdistuspotilaiden kohdalla, että liikkumisreseptille ei ollut tarvetta. (kuvio 13)



Kuvio 13 Liikkumisreseptin kirjoittamatta jättämisen syiden %-jakaumat potilaan sairausryhmän mukaan eroteltuna

Masennus/ahdistuspotilaiden kohdalla lääkärit olivat esittäneet myös perusteluja liikkumisreseptin kirjoittamatta jättämisen syille. Tarpeettomuuden perusteluina oli esitetty sama näkemys kuin liikuntaneuvonnan osalta eli potilas liikkui jo runsaasti. Liikkumisreseptin sopimattomuutta käynnin luonteeseen oli perusteltu sairauden ja sen hoidon selvittelyvaiheella. Liikkumisresepti ei lääkäreiden mielestä jäänyt kenenkään potilaan kohdalla kirjoittamatta, kenellä olisi ollut tarvetta sille.

8.1.5 Liikkumisreseptin seurannan sisältö ja toteutuminen (B-lomake)

Aiemmin potilaalle kirjoitettua liikkumisreseptiä ($n = 5$) lääkärit käsitelivät jokaisen osalta myös tällä käynnillä, vaikka yhden potilaan kohdalla lääkäri ei ollut merkinnyt sitä liikuntaneuvonnaksi. Reseptiä oli käsitelty muistelemalla sen kirjoittamista, miettimällä toteutumista, pohtimalla liikkumista jatkossa, muistelemalla kirjoittamisen aikaansaamia toimintoja (esim. fysioterapeutilla käyntiä) ja sopimalla uusintakäynti fysioterapeutille.

8.1.6 Yhteenveto

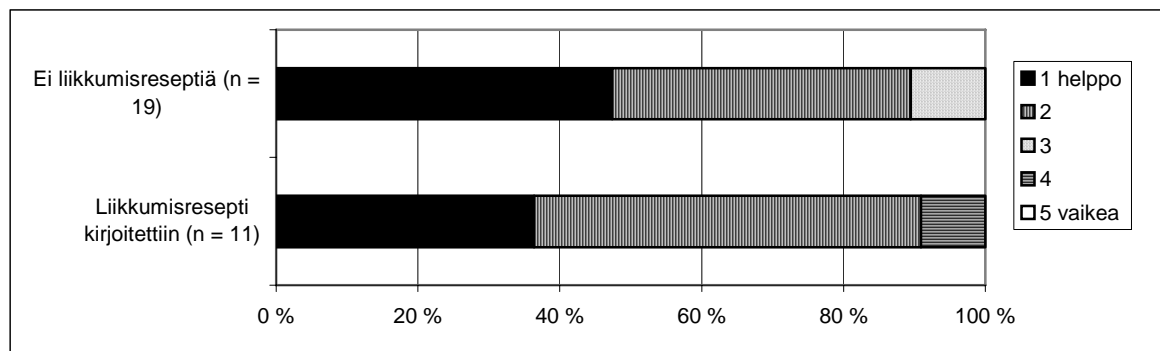
Lääkäreiden käyntilomakkeiden perusteella liikkumisreseptin kirjoittaminen ei vienyt kontaktitilanteessa enempää aikaa kuin pelkkä suullinen liikuntaneuvonta (5-15 minuuttia), mutta sen kirjoittaminen oli hieman todennäköisempää, jos käynti oli ajallisesti pitkä. Potilaan sairausryhmällä oli tosin todennäköisesti tähän tulokseen suurin vaikutus, sillä masennus/ahdistuspotilaissa oli enemmän liikkumisreseptin saaneita kuin astmapotilaissa ja masennus/ahdistuspotilailla vastaanottoajat olivat pitempiä kuin astmapotilailla (ks. kuvio 3 sivulla 44). Ulkoiset syyt (potilaan ikä ja tunteminen, kontaktin luonne ja lukumäärä) eivät olleet selvästi yhteydessä liikkumisreseptin kirjoittamiseen. Liikkumisreseptiä käsiteltiin lääkäreiden mukaan jokaisen sen jo aiemmin saaneen kanssa (B-lomake). Liikkumisreseptin kirjoittaminen ei näyttänyt helpottavan liikuntaneuvonnan perillemenoä potilaalle. Liikkumisreseptin pois jättämisen syyt liittyivät lääkäreiden arvioimaan reseptin tarpeettomuuteen (potilas liikkui jo riittävästi) tai sopimattomuuteen kyseisessä sairauden hoitovaiheessa. Liikkumisreseptin kirjoittamisen syyt liittyivät puolestaan potilaan sairauteen ja vähäiseen liikuntaan. Lääkärit kirjoittivat liikkumisreseptin mielestään kaikille potilaille, joilla oli sille tarvetta.

8.2 Tulokset potilaiden käyntilomakkeiden pohjalta

Vertailuja on tehty samoin periaattein kuin lääkäreiden käyntilomakkeiden osalta.

8.2.1 Kontaktin luonne lääkärin kanssa

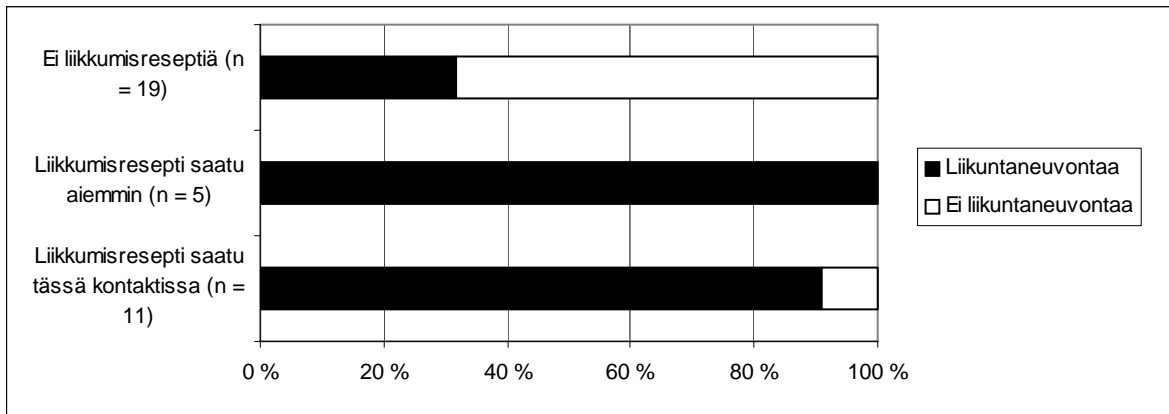
Potilaat olivat kokeneet kontaktitilanteet lääkärin kanssa hieman helpompina kuin lääkärit saman kontaktitilanteen (vrt. kuviot 8 ja 14). Liikkumisreseptin saaneiden potilaiden arviot eivät juuri poikenneet ilman reseptiä jääneiden arvioista. Liikkumisreseptin saaneissa oli kuitenkin yksi potilas, joka oli kokenut kontaktin lääkärin kanssa melko vaikeana. Vastaavaa vaikeaa kontaktitilannetta ei erottunut lääkäreiden vastauksista.



Kuvio 14 Potilaiden kontaktitilanteiden kokemisen %-jakaumat liikkumisreseptin kirjoittamisen mukaan eroteltuna

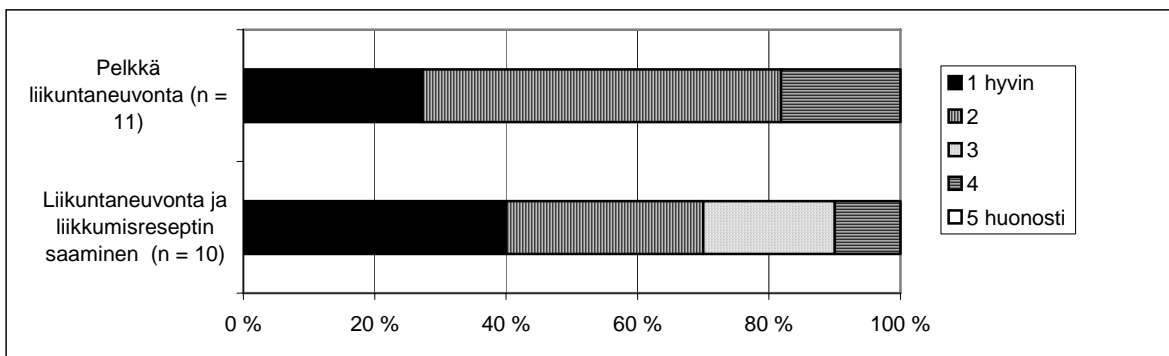
8.2.2 Liikuntaneuvonnan koettu toteutuminen ja mieleen jääminen

Liikuntaneuvonnan toteutumisen suhteen raportoinnissa oli pientä eroa potilaiden ja lääkäreiden välillä (vrt. kuviot 9 ja 15). Yksi liikkumisreseptin saanut, joka ei kokenut saaneensa liikuntaneuvontaa, oli tosin selventänyt lomakkeessaan, että hän saa tarkemmat ohjeet liikkumisreseptiinsä fysioterapeutilta. Hänet tavannut lääkäri oli kokenut antaneensa liikuntaneuvontaa, mutta oli liikuntaneuvontamenetelmien osalta merkinnyt käyttäneensä vain liikkumisreseptin kirjoittamista. Toisaalta aiemmalla käyntikerralla liikkumisreseptin saaneissa oli yksi potilas ja ilman liikkumisreseptiä jääneissä potilaissa kolme potilasta, jotka kokivat saaneensa liikuntaneuvontaa, vaikka lääkäri ei ollut merkinnyt antaneensa liikuntaneuvontaa. Liikkumisreseptin olisi toivonut saavansa kolme sitä ilman jäänyttä potilasta.



Kuvio 15 Potilaiden ilmoittaman liikuntaneuvonnan toteutumisen %-jakaumat liikkumisreseptin kirjoittamisen mukaan eroteltuna

Liikkumisreseptin saaminen ei näyttänyt juuri olevan yhteydessä liikuntaneuvonnan mieleen jäämiseen. (kuvio 16) Liikuntaneuvonta oli kuitenkin jäänyt liikkumisreseptin saaneille potilaille hieman paremmin mieleen kuin lääkärit olivat arvioineet sen menneen perille (vrt. kuvat 11 ja 16). Toisaalta yhden potilaan kohdalla liikuntaneuvonta oli mennyt perille melko huonosti, mutta vastaava arviota ei ollut lääkäreiden vastauksissa. Pelkkää liikuntaneuvontaa saaneiden kohdalla potilaiden ja lääkäreiden arviot olivat lähempänä toisiaan, vaikka edellä esitetyistä syistä potilaiden taulukossa heitä oli mukana kolme enemmän. Liikuntaneuvonta oli kuitenkin jäänyt myös pelkkää liikuntaneuvontaa saaneiden potilaiden mieleen hieman paremmin kuin lääkärit arvioivat sen menneen perille.



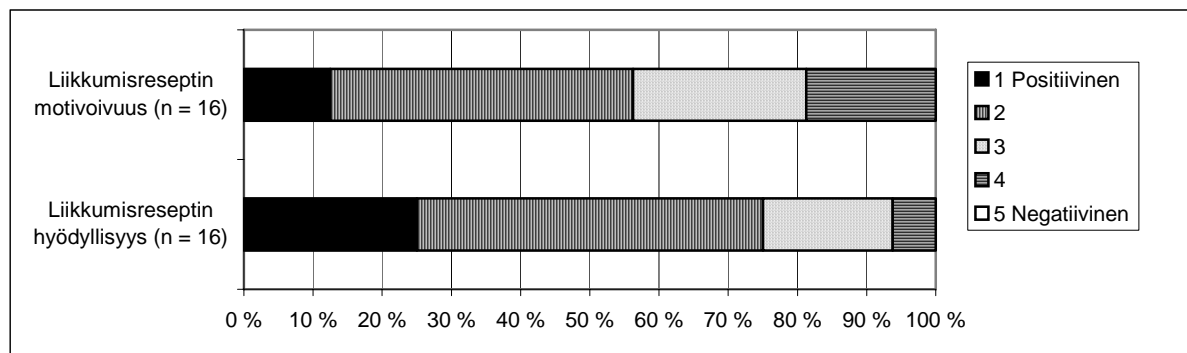
Kuvio 16 Liikuntaneuvonnan mieleen jäämisen %-jakaumat pelkkää liikuntaneuvontaa ja liikuntaneuvonnan lisäksi liikkumisreseptin saaneilla

Liikuntaneuvonnan hyvää mieleen jäämistä (arviot 1 ja 2) liikkumisreseptin saaneet olivat perustelleet selkeydellä ja yksinkertaisuudella erityisesti ohjeiden osalta, omalla vaikuttamis- mahdollisuudella sekä asioiden tuttuudella. Arviota 3 perusteltiin omalla senhetkisellä olotilalla. Arviota 4 ei oltu perusteltu. Pelkkää liikuntaneuvontaa saaneiden osalta perusteluissa

korostuivat potilaan oma tieto liikunnan hyödyistä sairauden hoidossa, neuvojen konkreettisuus ja henkilökohtaisuus sekä suhde lääkärin kanssa. Oman huonon muistin ilmoitettiin heikentäneen liikuntaneuvonnan mieleen jäämistä. Yksikään potilaista, joka ei kokenut saaneensa liikuntaneuvontaa, ei myöskään toivonut sitä saavansa. Syiksi potilaat ilmoittivat, että he harrastivat jo liikuntaa aktiivisesti, liikunta-asiat olivat tiedossa, vastaanotolla oli kiire tai että muut asiat olivat sillä hetkellä sairauden hoidossa tärkeämpiä.

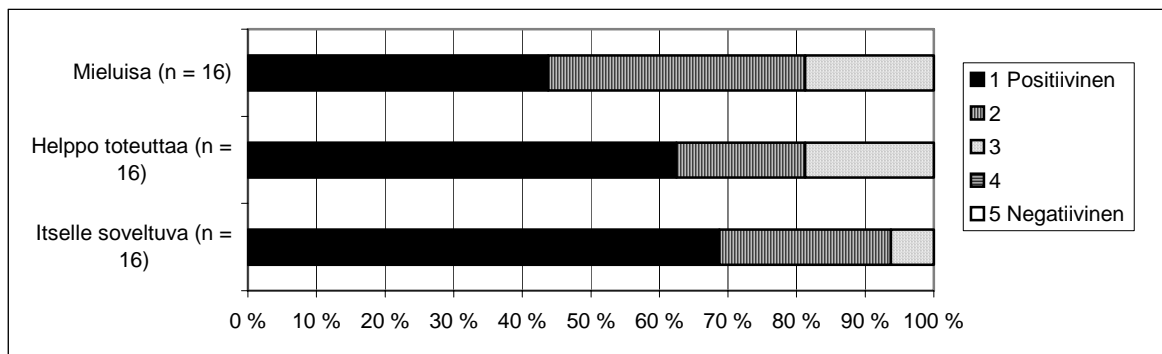
8.2.3 Liikkumisreseptin hyödyllisyys, motivoivuus ja sisältö

Potilaat suhtautuivat liikkumisreseptiinsä positiivisesti. Yli puolet potilaista koki liikkumisreseptinsä motivoivaksi ja kolme neljäsosaa potilaista hyödylliseksi. (kuvio 17) Toisaalta reseptin saaneissa oli myös yksi potilas, joka piti sitä melko tarpeettomana ja kolme potilasta, jotka pitivät sitä melko huonosti motivoivana.



Kuvio 17 Liikkumisreseptin kokeminen motivoivaksi ja hyödylliseksi
– vastausvaihtoehtojen % -jakaumat

Lähes kaikki potilaat kokivat liikkumisreseptinsä sisältämät liikuntalajit itselle soveltuviksi. Neljä viidesosaa potilaista koki lajit myös mieluisiksi ja helpoiksi toteuttaa omassa arkielämässä. (kuvio 18) Negatiivisia arvioita ei ollut lainkaan.



Kuvio 18 Liikkumisreseptin lajien kokeminen mieluisiksi, helpoksi toteuttaa ja itselle soveltuviksi – vastausvaihtoehtojen % -jakaumat

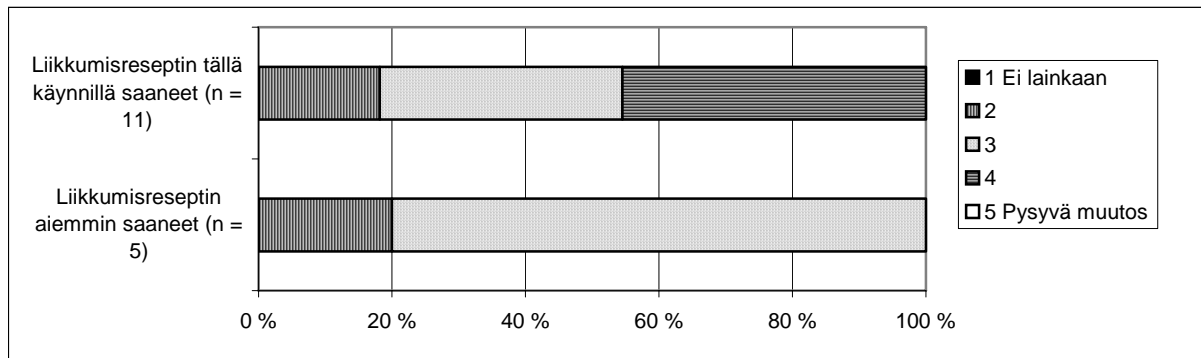
Kaikki potilaat kokivat, että liikkumisreseptissä oli määritelty heille sopivasti liikuntaa. Liikunnan rasittavuustasosta lääkärin kanssa oli keskustellut noin puolet (5/11) tällä käyntikerralla liikkumisreseptin saaneista potilaista.

8.2.4 Liikkumisreseptin seurannasta sopiminen ja odotettu vaikutus liikuntatottumukseen (A-lomake)

Liikkumisreseptin ohjeiden toteutumisen seurannasta ilmoitti sopineensa lääkärin kanssa yli puolet (7/11) tällä käyntikerralla liikkumisreseptin saaneista potilasta. He odottivat liikkumisreseptin vaikuttavan liikuntatottumuksiinsa jonkin verran (arviot 2-4). (kuvio 19)

8.2.5 Liikkumisreseptin seurannan toteutuminen, ohjeiden noudattaminen ja vaikutus liikuntatottumukseen (B-lomake)

Aiemmin liikkumisreseptin saaneista potilaista kaksi (2/5) potilasta ilmoitti liikkumisreseptin sisältöä käsitellyn tällä tapaamisella. Raportoinnissa oli eroa lääkäreiden vastauksiin nähden, sillä he ilmoittivat liikkumisreseptiä käsitellyn jokaisen sen aiemmin saaneen kanssa. Kaikki (5/5) muistivat vielä liikkumisreseptinsä sisällön ja ilmoittivat harrastaneensa liikuntaa osittain liikkumisreseptin ohjeiden mukaisesti. Useimmat heistä (3/4) myös ilmoittivat liikkumisreseptin ohjeiden toteuttamisen seurannan toteutuneen lääkärin kanssa. Liikkumisreseptin he ilmoittivat vaikuttaneen liikuntatottumuksiinsa jonkin verran, mutta ei kovin paljon. (kuvio 19) He olivat kaikki masennus/ahdistuspotilaita.



Kuvio 19 Liikkumisreseptin odotettu ja raportoitu vaikutus liikuntatottumuksiin – vastausvaihtoehtojen % -jakaumat

8.2.6 Yhteenveto

Potilaiden käyntilomakkeiden perusteella liikkumisreseptin saaminen ei helpottanut liikuntaneuvonnan mieleen jäämistä, mutta reseptin saaneiden liikuntaneuvonta oli kuitenkin jäänyt potilaille paremmin mieleen kuin lääkärit arvioivat sen menneen heille perille. Kun liikkumisreseptin saaneet potilaat raportoivat liikuntaneuvonnan jääneen mieleen hyvin, perustelivat he tätä arviota seuraavasti: ohjeet selkeitä ja yksinkertaisia, asiat tuttuja, itsellä vaikuttamismahdollisuus reseptin sisältöön. Reseptin olisi toivonut saavansa kolme sitä ilman jäänyttä potilasta. Valtaosa potilaista piti liikkumisreseptiä hyödyllisenä ja motivoivana. Reseptin sisältämiä liikuntalajeja valtaosa potilaista piti myös itselle soveltuvina, mieluisina ja helppoina toteuttaa omassa arkielämässä. Reseptissä oli määrällisesti sopivasti liikuntaa. Käyntilomakkeen täyttämiskäynnillä liikkumisreseptin saaneista yli puolet ilmoitti sopineensa seurannasta lääkärin kanssa. He arvioivat reseptin vaikuttavan liikuntatottumuksiinsa jonkin verran. Liikkumisreseptin aiemmin saaneet olivat noudattaneet osittain reseptinsä ohjeita. He arvioivat reseptin vaikuttaneen omiin liikuntatottumuksiinsa jonkin verran. Yli puolet liikkumisreseptin aiemmin saaneista ilmoitti seurannan toteutuneen.

8.3 Tulokset lääkäreiden täyttämien liikkumisreseptien pohjalta

8.3.1 Nykyinen liikkuminen ja liikkumisen terveysterusteet tai tavoite

Liikkumisreseptin saaneiden potilaiden senhetkinen liikunta oli pääosin kevyttä tai sitä ei ollut ollenkaan. (taulukko 10) Kenelläkään potilaista liikunta ei ollut rasittavaa. Sairausryhmien välillä ei ollut eroa. Kahta potilasta lukuun ottamatta lääkärit olivat merkinneet potilaiden nykyisen liikkumisen terveyden kannalta riittämättömäksi.

Taulukko 10 Liikkumisreseptin saaneiden ja käyntilomakkeen täyttäneiden potilaiden siihenastinen liikkuminen lääkäreiden ilmoittamana.

Liikunnan määrä	N	Prosenttiosuus p %
Ei lainkaan liikuntaa	5	31.3
Kevyttä liikuntaa 1-4 päivänä viikossa	7 ^a	43.7
Kevyttä liikuntaa 5-7 päivänä viikossa	4 ^b	25.0
Yhteensä	16	100.0

^a yhdellä potilaalla myös ripeää liikuntaa

^b kahdella potilaalla myös ripeää liikuntaa

Liikkumisen terveysterusteiksi tai tavoitteiksi lääkärit olivat merkinneet jokaiseen reseptilomakkeeseen sairauden hoitoon tai oireiden hallintaan liittyviä asioita kuten esimerkiksi masennuksen/ahdistuksen hoidon tai astman hyvän hoitotasapainon. Muita perusteita oli merkitty vaihtelevasti. (taulukko 11)

Taulukko 11 Yleisimmät lääkäreiden liikkumisreseptiin merkitsemät liikkumisen terveysterusteet tai tavoitteet käyntilomakkeen täyttäneiden potilaiden osalta.

Liikkumisen terveysterusteet tai tavoitteet	Maininnat (lkm)
Sairauden tai oireiden hoito	16
Painonhallinta	8
Liikkumisen intensiteetin nostaminen (kunnon kohotus)	3
Veriarvojen parantaminen	2

Huom.! Samassa lomakkeessa saattoi olla useampia perusteita, jotka kaikki on laskettu mukaan

8.3.2 Liikkumisohjeet

Kolmessa lomakkeessa (3/16) ohjeosio oli jätetty kokonaan täyttämättä. He kaikki olivat saaneet liikkumisreseptin jo aiemmin (helmi-toukokuussa 2004) ja lisäohjeita varten oli silloin merkitty käynti fysioterapeutin luona. Reseptin sisältämät liikuntalajit on laskettu eri lajeina, jos niille oli merkitty eri tarkoitus (esim. hyöty- tai kuntoliikunta). Selvästi yleisimmin valittu liikuntamuoto oli kävely (12/13). Yksittäiset maininnat löytyivät pyöräilystä, työmatkapyöräilystä, juoksulenkkeilystä, kuntosaliharjoittelusta, sulkapallosta, ulkoilusta ja hiihdosta. Astmaatikoille liikuntalajeiksi oli yleisimmin kirjattu kävelyä joko hyötyliikuntana tai muuten. Yhden potilaan kohdalla oli merkitty uintia kävelyn lisäksi ja yhdelle potilaalle uinnin lisäksi pyöräilyä hyötyliikuntana ja muuten. Masennus/ahdistuspotilaille oli kävelyn lisäksi merkitty yksittäisinä muita liikuntalajeja, mutta ei uintia eikä pyöräilyä. Useimpiin lomakkeisiin (8/13) oli merkitty ainakin kaksi eri liikuntamuotoa.

Liikunnan useus oli merkitty kaikkiin lomakkeisiin, joissa ohjeosio oli täytetty (13/16). Lääkäreiden kirjaaman liikkumisen useus vaihteli yhdestä seitsemään kertaan viikossa. Hyötyliikuntana toteutuva kävely tai pyöräily oli merkitty toistuvaksi useammin kuin muu liikunta, yleisimmin (5/7) vähintään viitenä päivänä viikossa. Kävelyä tai pyöräilyä muuten kuin hyötyliikuntana oli määrätty 2-4 päivänä viikossa. Muita lajeja oli määrätty kerran viikossa. Liikkumisen kesto oli merkitty vain viiteen (5/13) lomakkeeseen. Yhtä lukuun ottamatta kaikissa niissä lajeina oli kävely. Sekä hyötyliikuntana että muuten tapahtuvan kävelyn kestoksi oli merkitty 30–60 minuuttia. Yhdessä lomakkeessa uinnin kestoksi oli määritelty 45 minuuttia. Liikkumisen rasiustasoksi lääkärit olivat yleisimmin määritelleet sekä kevyttä että ripeää liikuntaa lajeista riippuen. (taulukko 12) Kevyeksi merkitty liikunta oli sulkapalloa lukuun ottamatta kävelyä joko hyötyliikuntana tai muuten. Muut lajit oli merkitty rasittavuudeltaan ripeiksi. Syke oli merkitty vain kahteen lomakkeeseen, joissa lajeina oli ripeä kävely ja sykealue olivat molemmissa 125–148.

Taulukko 12 *Liikkumisresepteihin kirjatut liikunnan rasiustasot.*

Liikunnan rasiustaso	N	Prosenttiosuus p %
Vain kevyttä liikuntaa	2	15.4
Sekä kevyttä että ripeää liikuntaa	7	53.8
Vain ripeää liikuntaa	4	30.8
Yhteensä	13	100.0

8.3.3 Lisäohjaukseen ohjaaminen ja seurannan sopiminen

Lisäohjeiden saamisesta oli maininta kolmessa neljäsohjeissa lomakkeista. Yleisimmin (10/12) oli merkitty käynti fysioterapeutin luona. Kahdessa lomakkeessa lisäohjeiden saamiseksi tuli käydä lääkärin luona. Tarkennukseksi oli useimmissa (7/12) lomakkeissa merkitty puhelinnumero, yhdessä soittoaika ja neljässä soittoaika puhelinnumeron lisäksi. Lisäohjauksen tarkennus puuttui neljästä (4/12) reseptistä. Kaikkiin liikkumisresepteihin oli merkitty toteutumisen arviointi ja seuranta. Se oli merkitty yhtä usein tapahtuvaksi fysioterapeutin kuin lääkärin luona. (taulukko 13) Seurannan ja arvioinnin tarkka ajankohta oli merkitty vain yhteen masennus/ahdistuspotilaan lomakkeeseen. Fysioterapeutilla arviointi ja seuranta oli suunniteltu tapahtuvaksi joko noin kuukauden kuluttua tai erikseen sovitusti. Lääkäreiden kohdalla seuranta-ajat oli kaavailtu yleisimmin yhden tai kahden kuukauden päähän.

Taulukko 13 *Liikkumisreseptin toteutumisen ja arvioinnin seurannan seurantapaikat käyntilomakkeen täyttäneiden potilaiden osalta.*

Toteutumisen ja arvioinnin seurantapaikka	N	Prosenttiosuus p %
Fysioterapeutin luona	7	43.7
Lääkärin luona	7	43.7
Sekä fysioterapeutin että lääkärin luona	2	12.6
Yhteensä	16	100.0

8.3.4 Yhteenveto

Liikkumisreseptin saaneet potilaat liikkuivat lääkäreiden arvioiden mukaan vähän. Liikkumisen tavoitteeksi oli asetettu kaikissa resepteissä sairauden hoito tai oireiden hallinta. Liikkumisen ohjeosio (laji, useus, rasiustaso, kesto) oli jätetty kokonaan täyttämättä kolmessa lomakkeessa. Muissa resepteissä kävely oli yleisin määrätty liikuntalaji. Useimmissa lomakkeissa oli määrätty ainakin kaksi eri liikuntalajia. Liikkumisen useus oli merkitty kaikkiin resepteihin, joissa ohjeosio oli täytetty. Hyötyliikuntaa tuli toteuttaa useammin kuin muita lajeja. Liikunnan rasiustaso oli myös merkitty kaikkiin resepteihin, joissa ohjeosio oli täytetty. Lääkärit määräsivät yleisimmin potilaille rasiustasoltaan sekä kevyttä että ripeää liikuntaa (ks. taulukko 12 sivulla 57) niin, että kevyt liikunta oli yleensä kävelyä ja ripeämpi liikunta jotain muuta. Liikunnan kesto ja sykealue puuttui valtaosasta resepteistä. Kolmessa

neljäosassa resepteistä oli merkitty tarve lisäohjeiden saamiselle, yleisimmin fysioterapeutilta. Toteutumisen arviointi ja seuranta oli merkitty kaikkiin lomakkeisiin, mutta seurannan tarkka ajankohta puuttui. Puolessa lomakkeista se oli merkitty tapahtuvaksi lääkärin toimesta ja puolessa lomakkeista fysioterapeutin toimesta, yleisimmin 1-2 kuukauden päästä.

8.4 Tulokset lääkäreiden haastattelujen pohjalta

8.4.1 Asenne liikuntaa kohtaan ja itsearviointi omista valmiuksista liikuntaneuvonnan antamiseen

Molemmilla tutkimukseen osallistuneilla lääkäreillä oli positiivinen asenne liikuntaa kohtaan ja he pitivät liikunnan harrastamista tärkeänä

Lääkäri A: ”...sanotaan, että viikossa nyt keskimäärin, jos oon terve, eikä oo mittää erityistä, ni ehkä semmonen kolme, neljä kertaa viikossa, joskus useemminkin, tulee ihan joko juostua tai käytyä jumpalla tai talvella hiihettyä...”

Lääkäri B: ”...mä oon sitä mieltä, et se on hirveen tärkeä asia ja sitä pitäis liikkuu...”

Myönteinen asenne liikuntaa kohtaan heijastui myös annettuun liikuntaneuvontaan.

Lääkäri A: ”...koska siitä on tämmönen henkilökohtanen kokemus, niin kyllähän sitä ehkä vielä sitte suuremmalla varmemmalla rintäänellä uskaltaa suositella...”

Omassa peruskoulutuksessaan lääkärit eivät olleet saaneet ohjausta liikuntaneuvonnan antamiseen.

Lääkäri A: ”...peruskoulutuksessa ei varmaan ollu minkään näköistä koulutusta näihin asioihin...”

Lääkäri B: ”...sillon seitkytluvun aikana musta käytännössä ei oikeestaan mitään...”

Myöhemmin liikuntaan liittyviä asioita oli sivuttu joissakin koulutuksissa, mutta varsinaista koulutusta liikuntaneuvonnan antamiseen liikkumisreseptikoulutusta lukuun ottamatta ei ollut saanut kumpikaan lääkäri.

Lääkäri A: ”...eikä nyt varmaan niinkun hirveen paljon oo siis tämmöstä ihan selkeetä ammatillista koulutusta en ole niinku saanu...” ”...sit tietysti tää liikunta niinku sivuaa ehkä sitte jossain niinku mielenterveyden koulutuksissa tai niskahartiavaivojen koulutuksissa tai sitten taas jonkun ylipainon hallinnan tai jonku tällasten asioitten, et siellä se liikunta niinku tulee esiin...”

Lääkäri B: ”...jotain tämmösiä yksittäisiä johonki painonhallinnan koulutukseen liittyen ja mitä sitte on tullu ja nyt sit tähän liikkumis(reseptiin)...” ”...varmaan koulutus on melko vähästä lääkäreillä, et jos ei ite oo yhtään kiinnostunu, ni ei varmaan kauheesti tuu, et hirveen vähän musta...”

Omiin valmiuksiinsa liikuntaneuvonnan antamiseen lääkärit suhtautuivat hieman eri tavoin, mutta lisäkoulutusta tai uusia ideoita pidettiin tarpeellisena.

Lääkäri A: ”...ei nyt ehkä hirveesti oo semmonen olo, että olis välttämättä lisäkoulutuksen tarvetta...” ”...aina se on hyvä, jos on joku semmonen hyvä konsti tämmösen nopean, lyhyen mini-intervention antamiseen tai muuta, niin tietysti ihan semmonen kiinnostaa...”

Lääkäri B: ”...kyl mä niinku jossain vaiheessa oon täs miettiny välillä, ku näit on kyselly, et ois ollu niinku ihan hyvä, että joko niin, et ois sit omatoimisesti luku vähän enemmän tai sitte käyny jossain koulutuksessa...”

Toinen lääkäreistä koki liikkumisreseptin helpottavan liikuntaneuvonnan antamista.

Lääkäri B: ”...kyl se niinkun semmost valmiutta kuitenkin antaa niinku kysyä niistä asioista, sillonki vaikei edes ajattele kirjottaa reseptiä...”

8.4.2 Liikuntaneuvonnan sisältö ja saajat

Liikuntaneuvonnan lääkärit käsittivät ja se toteutui heidän omassa työssään yleensä joko lyhyempänä tai pitempänä keskusteluna potilaan kanssa, jossa selvitettiin ja/tai pohdittiin potilaan liikuntatottumuksia ja annettiin mahdollisesti ohjeita tältä pohjalta.

Lääkäri A: ”...jonkun kohalla se voi olla ihan tämmönen ohimennen kysymys, että mitenkä liikut...” ”...jonkun kohalla sitte se voi olla pitempikin aikainen keskustelu, et tuota käydään läpi miten toinen liikkuu ja ehkä sitten jotain ihan neuvoja, että voisko kokeilla sitä tai tätä tai lisätä määrää tai keventää määrää tai muuta...” ”...jos kuulostaa silleen, että on jotain tietyn tylisiä vaivoja, ni sit ehkä voi kysästä, että harrastaako tietynlaista liikuntaa ja ehkä neuvoe sit keilee jotain muuta...”

Lääkäri B: ”...et yrittäs periaatteessa selvittää, et minkä verran se ihminen ylipäätään liikkuu...” ”...siitä sitte lähtee eteenpäin ohjaamaan, että pitäis kuitenkin jonku verran liikkuu, et pysys hyvässä kunnossa...” ”...lähinnä se on varmaan enemmän sitä, et yritetään mieltä yhessä, et mistä ne tykkää ja mikä vois olla kivaa ja mitä ne vois kuvitella, että ne vois tehdä vähän enemmän...”

Liikuntaneuvonnan antamista hankaloittavista tekijöistä lääkärit nostivat esiin ennen kaikkea ajan vähyyden.

Lääkäri A: ”...se on aika yksiselitteisesti tuo aika ja kiire...” ”...et tietysti jos jokaisella potilaalla esimerkiks tämmösellä olis tunti aikaa olla tässä niinku vastaanotolla niin kyllähän siihen vois paneutua ihan eri tavalla...” ”...et ei siin varmaan muita estoja oo...”

Lääkäri B: ”...aika on varmaan se kaikkein tärkein...” ”...vaik meil nyt on se kakskyt minuuttia per potilas...”

Liikuntaneuvonnan antamista helpottavista tekijöistä mainittiin fysioterapeutin palveluiden käyttömahdollisuus.

Lääkäri A: ”...tää fysioterapeutin käyttömahdollisuus on tietysti hirmu hyvä meillä, harvas paikassa varmaan voi näin helposti niinku ohjata sitte ihan fysioterapeutille, joka toteuttaa sitten ja voi niinku panostaa siihen enemmän...”

Liikuntaneuvontaa saavat potilaat lääkärit valitsivat pitkälti sairauksien tai alkavien oireiden perusteella. Liikuntaneuvontaa saaviksi valittujen sairausryhmissä oli jonkin verran eroja lääkäreiden välillä.

Lääkäri A: ”...just näit mielialaongelmia, masennusta, ahdistuneisuutta, uni-häiriöitä, niin näitten potilasryhmien kohalla varmaan ihan kategorisesti aina yritän niinku sen...” ”...sit tietysti nää astmaatikat on yks ryhmä, ylipainoset on varmaan sellasia, joittenka kohdalla aina niinku yrittää sen ottaa esille...” ”...sitte tietysti tämmöset epämääräiset väsymys- tai toistuvat flunssat tai monenlaiset tämmöset ruumiilliset tuntemukset...”

Lääkäri B: ”...se vaikuttaa niinku enemmän se sairaus...” ”...useammin ei nyt viel oo varsinaista sairautta, mutta et on vähän koholla joku asia, ni se on kuitenkin niin tärkeä asia siin ennaltaehkäisyssä...” ”...se tietysti liittyy selkeemmin näihin tiettyihin tauteihin, joillekin, jos on rasvat koholla ja ylipainoo tai verenpainetautia...” ”...sit ylipäätään tulee jotain tuki- ja liikuntaelinvaivoja, jos ei liiku mitään...” ”...ja sitte on nää meidän anoreksiapotilaat, joilla itse asiassa se menee niinkun se ohjaus siihen, et yritetään rajottaa sitä määrää...”

8.4.3 Kokemuksia liikkumisreseptin käytöstä

Liikkumisreseptikokeilu oli aktivoanut ainakin jonkin verran molempien lääkäreiden liikuntaneuvontaa.

Lääkäri A: ”...no kyl se väistämättä tietysti vähän on niinku aktivoinu sitä, et tuota onhan siihen niinku tietysti tämän tiimoilta tullu niinku vähän enemmän kiinnitettyä sit huomiota ja tuota yrittäny sitä nostaa ehkä enemmänki sitte esille ja aktiivisemmin muistaa...”

Lääkäri B: ”...monen kohalla ois varmaan jääny kysymättä tai puuttumatta siihen...” ”...et varmaan paljon vähemmän niinku ylipäätään puuttu siihen liikkumiseen tai sit se oli niinku semmosta aika ylimalkasta...” ”...se ei ollu niin yksilötyötä...”

Liikkumisreseptin täyttämistä lääkärit eivät kokeneet vaikeaksi sinänsä. Suurimmat ongelmat liikkumisreseptin käytössä liittyivät sähköisen ohjelman toimivuuteen.

Lääkäri A: ”...eihän se nyt sinänsä monimutkainen ole se kaavake...” ”...teknisiä ongelmia on ollu vähän turhan paljon, joskus sitä on kirjottanu kolme kertaa tohon päätteelle ja joka kerta, ku se on kadonnu sieltä...”

Lääkäri B: ”...ei se must ollu vaikee, eikä niinku jotenki sen alottaminen tai ehdottaminen...” ”...enemmän siis semmost niinku ottaa päähän se, et se sähkönen järjestelmä ei toiminu ja sit se välillä hävitti kaikki ohjelmat...”

Liikkumisreseptilomakkeen täyttämisen suhteen lääkärit painottivat potilaan motivointia ja arkisia asioita. Sisällön tarkempi miettiminen jätettiin usein fysioterapeutin tehtäväksi.

Lääkäri A: ”...kyl mä niinku oikeestaan tän käytännön toteutuksen ja usein näitten suuremman sen sisällön miettimisen jättäny sit fysioterapeutille, et tässä on vähän niinkun lyhyesti kartotettu sitä, että et mitenkä nyt liikkuu ja on yrittäny painottaa niitä liikunnan niinkun etuja, hyötyjä ja yrittäny sillee niinku motivoi-da siihen asiaan...”

Lääkäri B: ”...jonku, mä muistan, laittanu sit fysioterapeutille, et se sitten vois miettiä lisää, mut et monen kohal se on ollu oikeestaan niin yksinkertasta, et siihen on lisätty niit arkipäivän normaalitoimintoja aika pitkälti yritetty saaha, et mikä nyt ylipäätään kiinnostaa, et vois joko kävellä vähän enemmän tai...”

Lääkärit myös pohtivat tarkemminkin lääkärin ja fysioterapeutin välistä työnjakoa liikunta-asioihin liittyen.

Lääkäri A: ”...se on varmaan hyvä, että sitä motivointia ja tavallaan niinku pientä, lainausmerkeissä määräystä, tulee nimenomaan lääkäriltäkin, mutta tuota usein nyt fysioterapeutit ehkä kattaa tai heillä voi olla parempi käsitys niinkun kaikkennäköisistä lajeista ja yleensä liikunnan harrastamisen mahdollisuuksista...” ”...jos on jotain fyysisiä vaivoja, niin ottaa ne siinä huomioon, et kyl mä näkisin, et se motivointi ja sitten sen tarpeen näkeminen on niinku se lääkärin tehtävä, mutta sitten tää käytännön toteutus ja nää, ni on ihan hyvä näin...”

Lääkäri B: ”...jos ne kylmiltään jotenki laittas vaan nyt fysioterapeutille, et miten ne liikkuu, ni luulen, et se ei onnistus, et siitä pitää kuitenkin niinku jotenkin niinku miettiä sitä yhessäkin tässä etukätteen...”

8.4.4 Mielipiteitä liikkumisreseptin soveltuvuudesta yliopisto-opiskelijoille ja heidän sairausryhmilleen

Liikkumisreseptin sopivuudesta yliopisto-opiskelijoille lääkärit esittivät yhdensuuntaisia mielipiteitä. Se nähtiin lähinnä soveltuvan tietyille, valikoituneille potilasryhmille. Toisaalta lääkärit näkivät liikkumisreseptin omassa työssään yhtenä apuvälineenä, jonka voi ottaa käyttöön sopivan tilaisuuden tullen.

Lääkäri A: ”...et täällä on vähän näitä muita sairauksia sitten, jotka vois kuvitella, et tätä liikkumisreseptiä vois niinku muuten käyttää ja suositella, mutta tosiaan tällaselle pienelle valikoituneelle porukalle, että siellä yhtenä lisäkonstina sitten...”

Lääkäri B: ”...aattelen, et se vois olla yksi apuväline siellä niinku kaikkien muitten joukossa, et kyl kuitenkin selkeesti meil on semmosia ryhmiä, joitten pitäis liikkua, et jos se ois jonkinlainen motivoiva tekijä siellä...”

Yliopisto-opiskelijapotilailla nähtiin myös ominaispiirteitä, jotka saattavat helpottaa liikkumisreseptin käyttöönottoa.

Lääkäri A: ”...onhan nää tietysti toisaalta sitte kuitenkin tää potilasmateriaali täällä tämmöstä niinku toisaalta vähän niinku herkästikin innostuvaa, että heille on ehkä helppo vähän tämmösiä uusia asioitakin markkinoida...”

Masennuksesta tai ahdistuksesta kärsivien yliopisto-opiskelijoiden osalta lääkärit näkivät liikumisreseptin soveltuvan erityisen hyvin sairauksien lievemmästä muodosta kärsiville.

Lääkäri A: ”...et nimenomaan just nää mielenterveyspotilaat, ni se on niinku yks sellanen hyvä lisäapu tavallaan niinku siihen jo tavallaan semmonen hoitokeino...” ”...heiän kohallaan mä näkisin ehkä sen niinku parhaiten sen käytön, et tuota tietysti kaikki ei varmaan sitte pysty, jos on kovin masentunu tai ahdistunu...”

Lääkäri B: ”...et jos se on niinku semmonen vaikeempi, et se nyt ei oo ihan siit lievemmästä päästä, ni se ei kyl tuu onnistuu...” ”...mut et lievemmillä musta se olis ihan hyvä...” ”...et ne ittekin tajuais, et sille voi tehdä jotakin ja sil on merkitystä, et se ei oo vain sitä, et sit jäädään neljän seinän sisälle...”

Liikkumisreseptikokeilu oli myös aktivoinut toisen lääkärin puhumaan liikunnasta masennuspotilaiden kanssa, mitä hän ei ollut aiemmin juurikaan tehnyt.

Lääkäri B: ”...mä en oo varmaan koskaan aiemmin masennuspotilaitten kanssa puhunu liikkumisesta kuin tän liikkumisreseptin myötä...” ”...vaikka siit on näyttöä, et siitä nyt ois voinu puhuakin, eipähän vaan oo tullu...”

Potilailta, jotka kärsivät masennuksesta tai ahdistuksesta, oli myös välittynyt toiselle lääkärille päin positiivista suhtautumista liikkumisreseptikokeiluun.

Lääkäri A: ”...ainaki nyt tiään, että jotkut on ollu ihan tyytyväisiä, että he on niinku hyvin tämmöstä monipuolista hoitoa niinku saanu ja sitte jotkut kokenu sitä, että no aikasemmin yritetty keskusteluja, lääkityksiä, ni tää on nyt ollu sitte joku uusi juttu...”

Astmaatikkojen osalta lääkärit näkivät liikunnan roolin hyvin tärkeänä, mutta yliopisto-opiskelijoiden joukkoon kuuluvista monet näyttivät liikkuvan jo valmiiksi melko paljon, eivätkä siksi olleet potentiaalisia liikkumisreseptin saajia.

Lääkäri A: ”...kyl se varmaan, jos sitä liikuntaa ei niinkun harrasta, ni tokihan se on tärkeä...” ”...jotenki semmonen kokemus vaan, että hirmu monet astmaatikat tuntuu liikkuvan aika runsaasti ja riittävästi...” ”... mut tietysti se on semmonen potilasryhmä, missä se on tärkeätä taas, et se tauti pysyy niinku hyvässä kunnossa...”

Lääkäri B: ”...noist astmaatikoistakin, nehän liikkuu niin hirveesti...” ”...must sopii niilleki ihan hyvin...” ”...et sit taas tarvittaessa vois saaha sitte sen fysioterapeuttihojantaan sitte, jos nyt ne ei satu käymään astmaryhmässä, jossa meil on siinä sitä ohjausta, et osahan niist liikkuu aika vähän ihan sen takia, et kun niille tulee oireita sit ne rupee pelkää sitä liikkumista ja sit se tilanne vaan pahenee, et kyl must se niinku niittenki kohalla itse asiassa on ihan järkevää ottaa lääkärinki puheeks...”

Liikkumisreseptikokeilu oli lisännyt toisen lääkärin kohdalla liikunnasta puhumista myös astmaatikoiden kohdalla.

Lääkäri B: ”...kyllä mä oon niinku tän reseptin ja tän aikana lisänny sitä neuvontaa niitten kohalla...” ”...tulee kysyttyä ainaki siitä sitten ja mietittyä, että voisko sitä tehdä ja joskus sanottua, jos se ei nyt muuta, ni kuitenkin se, et se kannattaa siitä huolimatta liikkuu, vaikka et sit jos rupee aina ahistaa, ku liikkuu, sit pitää miettiä lääkitystä, et voi tehdä sitä...”

Lääkärit mainitsivat melko yhdensuuntaisesti muita yliopisto-opiskelijoiden sairausryhmiä, joille liikkumisresepti voisi sopia. Esiin nousivat erityisesti metaboliseen oireyhtymään liittyvät oireet tai vaivat.

Lääkäri A: ”...ihan puhdas ylipaino tietysti tai tämmönen ylipäättään tämmönen metabolinen oireyhtymä on tietysti semmonen...” ”...näähän laihduttajat ja muut, niin se nyt on semmonen aika luonteva ryhmä ainakin täällä meillä niinku ajatellen...”

Lääkäri B: ”...mietin sit tätä niinku jatkossa varmaan jotakin näitä meidän kak-kostyyppin diabetes, joka lisääntyy hirveetä vauhtia ylipainon myötä, et se on yks semmonen porukka, jossa se olis yks, se vaikuttas kaikkiin niihin, siis sokeriai-neenvaihduntaan ja laajemminkin, se porukka ois semmonen, joilla sitä kyl kannattas käyttää...” ”...varmaan just tää diabetes, ylipaino, rasva-arvot koholla, ne liittyy niin samaan ja verenpaineet...”

8.4.5 Mielipiteitä liikkumisreseptin soveltuvuudesta YTHS:lle

Liikkumisreseptin lääkärit olivat kaiken kaikkiaan kokeneet ihan positiivisena asiana, mutta suhtautuivat sen käyttöön ja laajempaan levitykseen YTHS:lle ympäri Suomen myös hieman varauksellisesti. Lomake tulisi ennen kaikkea olla käytössä sähköisessä muodossa ja järjestelmän myös toimia.

Lääkäri B: ”...jos se sähkönen versio jotenkin toimis...” ”...ni sillon musta se olis järkevämpi, se menis helposti sinne ja se helpottas varmaan sitä, et sit jos se on erillisellä lapulla, ni se ei kyl toimi meillä...”

Esiin nousi myös lääkäreiden usein kiireiseen työnkuvaan ja uusiin asioihin suhtautumiseen liittyviä tekijöitä, jotka saattavat vaikuttaa liikkumisreseptin ottamiseen työkaluksi.

Lääkäri A: ”...voisin kuvitella, että jotkut ehkä kokee, et se on niinku tämmönen vähän turha lisätyö lääkäreille...” ”...et en mä usko, et lääkärit kauheen in-nostuneita on niinkun hyvin kovasti täyttelee lippuja ja lappuja ja lomakkeita, koska niitä niinku muutenkin on...”

Lääkäri B: ”...kaiken uuden läpisaaminen on kyl aika työläs asia...” ”...ihmiset on sitä mieltä, et heil on ihan riittävästi tekemistä siinä muutenki...”

Käytyyn liikkumisreseptikoulutukseen ja sen antiin lääkärit suhtautuivat hieman eri tavoin. Toisaalta koulutusta ja harjoitusta liikkumisreseptin täyttämiseen sinänsä pidettiin tärkeänä.

Lääkäri A: ”...en mä nyt usko, että siitä mitään semmosta erityistä oppia tai tietoo tai käytännön nippeliä tai tämmöstä tullu...” ”...kyllähän se nyt käytännössä sen mukaan, kun ite on sitte täyttänyt, ni siihen joutuu sillee perehtyyn...”

Lääkäri B: ”...siin meni niinku aikaa, et jos se ois ollu lähempänä, ni se ois ehkä jotenki ollu tuoremmas muistis, siin ois ehkä ainaki pitäny se niinku itekseen viel lukee sitte uudelleen jotenki se asia...” ”...kyl se musta helpotti ja sit se tietysti se opas on hirveen hyvä...”

Lääkäri B: ”...koulutusta se vaatis ja jonku verran, et sitä tekis siihen alkuun, et sitä se jäis niinkun mieleen ja sitä vois tehdä...” ”...ei ne varmaan kukaan tekis sitä ilman koulutusta...”

Liikkumisreseptiä lääkärit kehittäisivät mahdollisuuksien mukaan vielä tämänhetkistä yksinkertaisempaan muotoon. Esimerkiksi sykerajoja he eivät juurikaan potilaille määritelleet.

Lääkäri A: ”...tietysti sitä yksinkertaisempi, mitä se resepti voi olla, niin sitä parempi se tietysti on, et ehkä siitä jotain siinä osiossa, missä on niitä rasittavuus- tai sykerajat tai jotain muuta sellasta, ni ehkä sieltä jotain vois vielä karsia pois...”

Lääkäri B: ”...mä en varmaan edes aina kirjottanu noita sykealueitakaan...”

Liikkumisreseptin roolin YTHS:llä lääkärit näkivät lomakkeena muiden joukossa, jolloin se voidaan ottaa käyttöön sopivan tilaisuuden tullen. Toisaalta se olisi osaltaan myös muistuttamassa lääkäriä liikunnan tärkeydestä.

Lääkäri A: ”...et se olis siellä niinku yhtenä lomakkeena olemassa ja se mahdollisuus, niin kyl se varmaan niinku jossain määrin niinku aktivois ehkä sitten lääkäreitäkin sitä ehkä käyttään tai ainaki muistaan tän niinku tän liikunnan olemassaolon...”

Lääkäri B: ”...must se kaikkein tärkein asia täs on varmaan jotenki se, et se selkeesti niinku must kuitenkin aktivoi jotenki sitä lääkäriä siihen liikkumisen kysymiseen ja siihen puuttumiseen ja siit ohjeitten antamiseen...”

Lääkärit myös uskoivat käyttävänsä liikkumisreseptiä jatkossa ainakin jonkin verran.

Lääkäri A: ”...kyl mä luulen, et se siellä säilyy, että voihan se olla, et aktiiviteetti pikkasen laskee, kun siihen ei ole ehkä semmosta selkeätä aktivointia...”

Lääkäri B: ”...todennäköisesti kirjoittelen, mut en varmaan ihan niinku niin paljon ku nyt, ehkä en niin kauheesti tietenkään, mut et senki...” ”...se tota lähtis siit tarpeesta, et tulee semmonen olo, et ajattelee, et tän ihmisen kans pitänyt saada jotenki tää liikkuminen järjestykseen...”

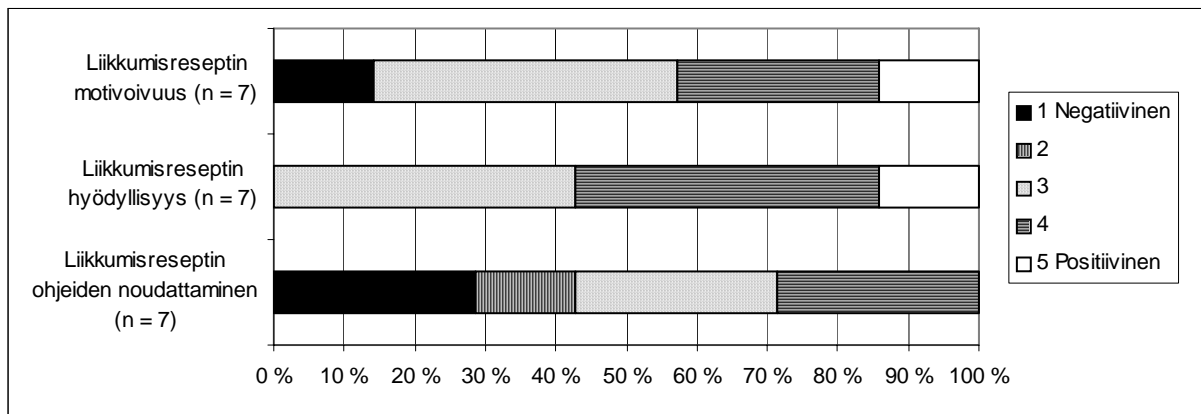
8.4.6 Yhteenveto

Haastattelujen pohjalta lääkärit suhtautuivat myönteisesti liikuntaan ja myös liikkumisreseptiin tietyin ehdoin. Ajan puutteen ja paperityön vähentämiseksi tärkeää olisi heidän mielestään sähköisen järjestelmän toimivuus. Liikkumisreseptin käyttöä sinänsä he eivät pitäneet vaikeana. Toinen lääkäreistä kaipasi lisäkoulutusta liikunta-asioihin. Liikkumisreseptikoulutus oli toisen lääkärin mielestä helpottanut liikkumisreseptin käyttöönottoa, toinen koki oppineensa käytön oman harjoittelun avulla. Liikkumisreseptikokeilun he kokivat aktivoineen liikuntaneuvontaa. Yhteistyön fysioterapeutin kanssa liikkumisreseptin käytössä lääkärit kokivat tärkeäksi. Liikkumisreseptin he näkivät yhtenä apuvälineenä soveltuvan YTHS:ssä tietyille, valikoituneille sairausryhmille ja potilaille. Uuden asian (liikkumisreseptin) käyttöönottoa he pitivät haasteellisena – osa lääkäreistä saattaisi heidän mielestään kokea liikkumisreseptin lisätyönä. Liikkumisreseptilomaketta he ehdottivat kehitettäväksi vielä yksinkertaisempaan muotoon.

8.5 Tulokset liikkumisreseptin saaneiden postikyselyn pohjalta

8.5.1 Suhtautuminen liikkumisreseptiin, ohjeiden noudattaminen ja seurannan toteuttaminen

Liikkumisreseptin saantiajankohdat vaihtelivat alkuvuodesta 2004 elokuuhun 2005. Kaksi vastanneista (potilaat E ja F) ei muistanut liikkumisreseptinsä sisältöä. Heidän kanssaan liikkumisreseptiä ei oltu käsitelty YTHS:ssä saamisen jälkeen. Reseptin liikkumisohjeita potilaat olivat noudattaneet vaihtelevasti. (kuvio 20) Kaksi viidesosaa potilaista piti liikkumisreseptiä motivoivana ja vajaa puolet hyödyllisenä.



Kuvio 20 Liikkumisreseptin hyödyllisyys, motivoivuus ja ohjeiden noudattaminen postikyselyyn vastanneilla - vastausvaihtoehtojen %-jakaumat

Potilas C ei ollut vastannut syitä koskevaan kysymykseen, sillä hän oli noudattanut ohjeita melko hyvin (arvio 4). Muiden potilaiden osalta ohjeiden noudattamatta jättämisen tärkeimmät syyt oli kuvattu seuraavasti:

Potilas A (arvio 3): ”...olen aika laiska liikkumaan eikä ole oikein aikaakaan, kun opiskelen ja käyn töissä...”

Potilas B (arvio 3): ”...liikuntareseptin saatuani liikuin jonkun aikaa enemmän, koitin juoksuakin intervallityylillä. Juoksua en ole sen jälkeen harrastanut, tuntuu pahalta nyt, kun on astma. Muuten liikun kuten ennen reseptiä; välillä enemmän, välillä vähemmän...”

Potilas D (arvio 4): ”...joskus motivaatio-ongelma, koska ei lenkkeilykaveria...”

Potilas E (arvio 1): ”...sairastan masennusta ja välillä on vaikeaa ottaa itseltään niskasta kiinni. Tarvitsisin enemmän seuranta ja kannustusta...”

Potilas F (arvio 1): ”...muutto Jyväskylästä pois. Laiskuus. Terveys...”

Potilas G (arvio 2): ”...sairaudesta (masennus/ahdistus) johtuva aloitekyvyttömyys on ollut suurin syy...”

Potilaita E ja F lukuun ottamatta muiden kanssa fysioterapeutti oli käsitellyt liikkumisreseptiä, D:n ja G:n kanssa myös lääkäri. Potilasta E lukuun ottamatta vastanneet olivat sitä mieltä, että saatu liikkumisresepti sopi heille hyvin. Syyt kuvattiin seuraavasti:

Potilas A: ”...muistaakseni reseptissä otettiin huomioon millaisesta liikunnasta olen kiinnostunut (hyötyliikunta: kävely) eikä lähdetty utopistisesti tyrkyttämään jotain sellaisia lajeja, joita en ainakaan lähtisi harrastamaan...”

Potilas B: ”...aerobista liikuntaa oli reseptissä mm. pidempien kävelylenkkien, uinnin ja vesijuoksun muodossa. Lisäksi mukana oli ylävartalon liikkuvuutta lisääviä venytyksiä eli kaikki keuhkojen toimintaa parantavia asioita...”

Potilas C: ”...vastasi silloin keskeisimpään kysymykseeni: mitä pitäisi/voisi tehdä, että tulisi parempi olo...”

Potilas D: ”...fysioterapeutti täydensi reseptiä liittämällä siihen liikuntalajit (ennestään tuttuja minulle)...”

Potilas E: ”...idea on hyvä, mutta kannustus ja seuranta puuttuu. Tarvitsisin lääkäriltä/fysioterapeutilta kannustusta ja ”perään katsomista”...”

Potilas F: ”...resepti oli minulle sopiva, kun vain toteuttaisi sitä. Sopivat liikkumuodot sopivissa määrin...”

Potilas G: ”...vaikka toteutus on ollut välillä, erityisesti kesällä, heikkoa, on lääkärin antama resepti, johon on liittynyt myös käyntejä fysioterapeutilla, antanut ensinnäkin toivoa (resepti heijastelee kokonaisvaltaista huolenpitoa) myös motivaatiota liikkumiseen, joka ennen reseptiä oli suorastaan minimaalista...”

8.5.2 Liikkumisreseptin soveltuvuus omalle sairausryhmälle ja YTHS:n lääkäreiden työkaluksi sekä sen kehittäminen

Potilasta E lukuun ottamatta vastanneet pitivät myös liikkumisreseptiä sopivana omalle sairausryhmälleen. Tosin he perustelivat vastauksissaan enemmänkin liikkumisen kuin liikkumisreseptin tärkeyttä. Astmaatikot esittivät seuraavat perustelut:

Potilas A: ”...astmaatikolle liikunta/hyvä kunto on tärkeää...”

Potilas B: ”...liikkua pitäisi, hengittäminen on helpompaa...”

Masennus/ahdistuspotilaat taas esittivät perusteluja seuraavasti:

Potilas C: ”...liikunnan mielialaa kohentava vaikutus on hyvin selvä...”

Potilas D: ”...liikunta tärkeä osa sairauteni hallintaa...”

Potilas E: ”...fysioterapeutti ei mielestäni ymmärrä masentuneita ja heidän tarpeitaan. Se ei riitä, että annetaan ohjeet, masentunut tarvitsee kannustusta ja seuranta...”

Potilas F: ”...liikkumisesta saa hyvänolon tuntemuksia ja se piristää...”

Potilas G: ”...masentuneena jo pelkkä liikkumaan lähteminen tuntuu saavutukselta ja nostaa mielialaa. Varsinainen liikuntasuoritus piristää, parantaa toimintakykyä ja säännöllinen liikunta parantaa myös kuvaa omasta vartalosta ja lisää hyväksyntää itseä kohtaan...”

Kaikki vastanneet olivat sitä mieltä, että liikkumisreseptiä kannattaa käyttää YTHS:ssä lääkäreiden työvälineenä. Tätä perusteltiin seuraavasti:

Potilas A: "...resepti konkretisoi selkeämmin, mitä tarvitsisi/pitäisi tehdä. Jos asioista vain keskustellaan, ne unohtuvat helposti, kun on mustaa valkoisella, asiasta tulee konkreettisempi ja käsin kosketeltavampi ja kenties kannustavampi..."

Potilas B: "...voihan sitä yrittää. Neuvoista voi olla apua ja kyllähän se on pieni näpäytys liikkumaan, kun lääkäri käskee. Toisaalta motivaation on lähdeittävä sisältäpäin ja siksi ulkoa tulevat kehotukset eivät välttämättä vaikuta pitkäaikaisesti. Pysyvä muutos vaatii tahtoa, terveydenhuolto voi auttaa pitkäaikaisella seurannalla ja ohjauksella..."

Potilas C: "...erityisesti yliopisto-opiskelijoilla on hyvä mahdollisuus noudattaa reseptiä, koska liikuntapalveluita on tarjolla. Ja kun kyse on nuorista ihmisistä, on liikunnan merkitys suuri, koska tapaa jatkettaessa se jatkuu pitkään..."

Potilas D: "...motivoi enemmän kuin liikkumiskehoitus suullisesti..."

Potilas E: "...kuten sanottu, hyvä idea, mutta tarvitsee kehittelyä..."

Potilas F: "...sen avulla voisi saada ihmisiä liikkumaan enemmän ja näin edistämään terveyttään..."

Potilas G: "...liikkumisresepti toi ainakin minulle tunteen, että lääkäri on oikeasti kiinnostunut minusta ja hyvinvoinnistani, eikä vain oireiden poistamisesta. Reseptiin liittyneet fysioterapiakäynnit vielä vahvistivat tunnetta, mikä on ainakin itselleni toipumisen kannalta tärkeää. Ja vielä tietysti siksi, että liikunta oikeasti helpottaa oloa..."

Liikkumisreseptiä he ehdottivat kehitettäväksi niin, että ohjeet olisivat vielä selkeämpiä, liikkumiseen saisi ohjausta (3 vastausta) esimerkiksi kuntosalilla, kaikille mahdollisuus käydä fysioterapeutilla (2 vastausta), seurantaa tulisi parantaa (2 vastausta), ilmaislippuja liikuntapaikkoihin ja ohjattuja liikuntakerhoja reseptin saaneille.

8.5.3 Yhteenveto

Postikyselyyn vastanneet potilaat raportoivat noudattaneensa liikkumisreseptinsä ohjeita vaihtelevasti. Noudattamatta jättämisen syiksi he mainitsivat laiskuuden, ajan ja motivaation puutteen, sairauden sekä muuton toiselle paikkakunnalle. Reseptin hyödyllisyys ja motivoivuus painottui hieman negatiivisemmin kuin käyntilomakkeen täyttäneiden arvioissa (sama kysymys molemmissa lomakkeissa). Kaksi (2/7) potilasta koki jääneensä ilman tukea ja seurantaa. Yhtä potilasta lukuun ottamatta liikkumisreseptin koettiin sopivan itselle ja omalle sairausryhmälle. Syinä mainittiin fysioterapeutilta saadut lisäohjeet, reseptin realistinen, itselle sopiva sisältö sekä liikunnan tärkeys oman sairauden hoidossa. Kaikkien vastanneiden mielestä reseptiä kannattaisi käyttää YTHS:ssä lääkärin työvälineenä. Esitetyt liikkumisreseptin kehittämisideat koskivat etenkin seurannan tehostamista ja liikunnan ohjauksen saamista.

9 POHDINTA

9.1 Tiivistelmä tuloksista

Taulukossa 14 esitetään tutkimuksen keskeisimmät tulokset luvun 8 pohjalta eriteltynä tutkimustehtävien mukaisesti. Tulokset viittaavat liikkumisreseptin soveltuvuuteen YTHS:n lääkäreiden työvälineeksi tietyin ehdoin.

Taulukko 14 *Yhteenvedo tuloksista tutkimustehtävien ja käytettyjen tiedonhankintamenetelmien pohjalta.*

TUTKIMUS- TEHTÄVÄT	TIEDONHANKINTA		MENETELMÄT		
	Lääkäreiden käyntilomakkeet	Potilaiden käyntilomakkeet	Lääkäreiden täyttämät liikkumisreseptit	Lääkäreiden haastattelut	Potilaiden postikyselyt
Lääkäreiden asenne reseptiä kohtaan				Lääkäreiden asenne myönteinen tietyin ehdoin, yhteistyö fysioterapeutin (ft) kanssa tärkeää	
Lääkäreiden koetut valmiudet reseptin käyttöön				Lääkäreillä osittain erilaiset näkemykset omista valmiuksista ja liikkumisreseptikoulutuksesta, kirjoittaminen ei sinänsä vaikeaa	
Reseptin saajien valinta ja koettu tarve reseptille	Ulkoiset tekijät eivät kovin merkityksellisiä, sairaus ja liikunnan vähäisyys vaikuttaa reseptin saajien valintaan		Saajat terveytensä kannalta liian vähän liikkuvia	Lääkäreiden mielestä tarvetta jonkin verran olemassa: tietyt sairausryhmät ja potilaat	
Resepti edistämässä liikunta-neuvon- taa	Ei vie enempää aikaa kuin pelkkä liikunta-neuvonta, ei helpottanut neuvonnan perillemenoa	Ei helpottanut neuvonnan mieleen jäämistä, mutta jäi potilaille paremmin mieleen kuin lääkärit arvioivat menneen perille		Liikkumisreseptikeilu aktivoitunut lääkäreiden liikunta-neuvontaa	Potilaiden mielestä liikkumisresepti konkretisoi annetun liikuntaneuvonnan
Reseptin täyttäminen			Useus ja räsitusaste merkitty, kesto puuttui, kävely yleisin määrätty laji		
Reseptin saaneiden jatkohoidon ^a toteutuminen	Lääkärit ilmoittivat reseptiä käsitellyn kaikkien aiemmin reseptin saaneiden (5/5) kohdalla käyntilomakekäynnillä	Alle puolet (2/5) aiemmin reseptin saaneista raportoi reseptiä käsitellyn käyntilomakekäynnillä ja hieman yli puolet (7/11) ilmoitti sovitun seuranta-ajasta lääkärille	Lisäohjeiden saamisesta yli puolessa merkintä (12/16), seurantapaikka merkitty kaikkiin (16/16) resepteihin: yhtä usein fysioterapeutille ja lääkärille	Useimmiten ohjattu fysioterapeutille lisäohjeiden saamista varten	Fysioterapeutti käsitellyt reseptiä potilaista yli puolen (5/7) kanssa, heistä kahden (2/5) kanssa myös lääkäri
Potilaiden asenne reseptiä kohtaan		Valtaosa potilaista piti reseptiä motivoivana ja hyödyllisenä sekä sen lajeja mieluisina, helpoina toteuttaa omassa arkielämässä ja sopivina itselle			Potilaat pitivät reseptiä motivoivana ja hyödyllisenä, kannattaa käyttää YTHS:ssä ja oman sairausryhmän kohdalla
Reseptin ohjeiden noudattaminen		Potilaat noudattaneet ohjeita osittain, vaikuttanut liikuntatottumuksiin jonkin verran			Ohjeiden noudattaminen vaihteli potilaiden välillä
Reseptin kehittäminen toimivammaksi				Sähköisen järjestelmän tulisi toimia, reseptipohja voisi olla vielä yksinkertaisempi	Liikunnan ohjausta reseptin saaneille, lisäohjeiden saamisen (ft) ja seurannan tehostaminen

^a jatkohoidolla tarkoitetaan lisäohjeiden saamista tai seuranta-aikaa lääkärillä ja/tai fysioterapeutilla

9.2 Tulosten edustavuus ja luotettavuus

Edustavuus

Tutkimukseen osallistuneet yleislääkärit tekivät normaalia vastaanottotyötä YTHS:ssä. Valintatavan perusteella he olivat jo entuudestaan motivoituneita uuden menetelmän kokeilemiseen ja myönteisiä liikunnan suhteen. Toisella lääkäreistä oli myös jo aiemmin ollut tapana antaa potilailleen liikuntaneuvontaa melko usein. He myös näyttivät olevan potilaiden arvostamia lääkäreitä. Näillä tekijöillä oli vaikutusta kaikkiin tutkimuksessa saatuihin tuloksiin. Lääkäreiden osalta tämä näkyi esimerkiksi myönteisenä suhtautumisena liikuntaneuvontaan ja liikkumisreseptiin sekä reseptin käytön onnistumisena. Potilaiden osalta välittyi myös pääosin myönteistä suhtautumista liikunnan edistämiseen. Lisäksi he suhtautuivat lääkäreiden toimintaan ymmärtäväisesti ja pitivät potilas-lääkärisuhdetta toimivana. Näiden asioiden perusteella tutkimus antaa ehkä myönteisemmän kuvan uudesta työmenetelmästä kuin toisentyypisten tutkittavien lääkäreiden kautta olisi saatu. Toisaalta sekä tutkitut lääkärit että potilaat toivat esiin myös kriittisiä näkökulmia liikkumisreseptin suhteen.

Liikuntaneuvonta- ja kontaktitilanteet potilaiden ja lääkäreiden välillä olivat myös todennäköisesti tässä tutkimuksessa onnistuneempia kuin mitä ne yleensä ovat. Mukaan tulleiden potilaiden osalta on myös mahdollista, etteivät he aivan täysin edustaneet yliopisto-opiskelijoita. Tuloksista kävi kuitenkin ilmi, että ulkoisilla tekijöillä oli melko vähäinen yhteys esimerkiksi liikkumisreseptin saaneiden valintaan. On kuitenkin mahdollista, että ilman liikuntaneuvontaa tai liikkumisreseptiä jääneet potilaat lääkärit valitsivat mukaan tutkimukseen esimerkiksi sen perusteella, että vastaanotolla jäi aikaa käyntilomakkeen täyttämiseen. On myös mahdollista, että kaikkien pelkkää liikuntaneuvontaa saaneiden osalta käyntilomakkeita ei ole muistettu tai ehditty täyttää. Näillä tekijöillä on todennäköisesti vaikutusta ainakin saatujen tulosten tasoon. Tutkittavat kuitenkin edustivat tavallisia YTHS:n yleislääkäreitä ja potilaat tavallisia YTHS:n palveluita käyttäviä yliopisto-opiskelijoita, mikä riittää antamaan käsityksen liikkumisreseptin soveltuvuudesta.

Luotettavuus

Aineiston mittausmenetelmiin liittyy aina virhelähteitä, jotka vaikuttavat tutkimuksen reliabiliteettiin ja validiteettiin. Reliabiliteetilla tarkoitetaan mittaustulosten toistettavuutta eli ovatko saadut tulokset sattumanvaraisia vai eivät. Validiteetti puolestaan viittaa mittausten kykyyn mitata juuri sitä, mitä sen oli tarkoituskin mitata. Kyselylomakkeiden osalta voi olla

kyse esimerkiksi siitä, kuinka rehellisesti ja huolellisesti kysymyksiin on vastattu, kuinka hyvin kysymykset on ymmärretty, kuinka paljon vastaajat kysymysaiheesta tietävät, onko lomake ylipäättään toimiva ja kuinka suureksi kato muodostuu. (Hirsjärvi ym. 2005, 184, 216.)

Käyntilomakkeiden osalta potilaat näyttivät vastanneen kysymyksiin melko huolellisesti, mutta lääkäreiden vastauksissa ilmeni jonkin verran ilmeisesti kiireestä johtuvaa huolimattomuutta. Potilaiden kohdalla vastausten todenmukaisuuteen voi vaikuttaa se, että lääkärit keräsivät lomakkeen heiltä. Liikuntaneuvonnan lääkärit ja potilaat olivat joko ymmärtäneet käsitteenä eri tavoin tai eivät muistaneet sen toteutumista vastaanotolla tarkasti, mikä toi käyntilomakkeiden vastauksiin jonkin verran ristiriitaisuutta. Osa potilaista koki saaneensa liikuntaneuvontaa, vaikka lääkäri ilmoitti, että ei ollut sitä antanut. Tällä on jonkin verran vaikutusta saatuihin tuloksiin. Käyntilomakkeilla saadut tulokset olivat kuitenkin pääosin samansuuntaisia muiden tutkimuksessa saatujen tulosten kanssa. Käyntilomakkeet oli modifioitu aiemmassa tutkimuksessa käytetyn lomakkeen pohjalta (Laitakari ym. 1989, liite 1), joten niiden toimivuutta oli kokeiltu pääosin jo aiemmin.

Postikyselyyn liittyvät samat virhelähteet kuin käyntilomakkeisiin. Postikyselyistä saatiin takaisin vajaa puolet, joten vastanneet olivat todennäköisesti jonkin verran valikoituneita. Heidän vastauksissaan oli kuitenkin myös eroja. Liikkumisreseptin omalle sairausryhmälle soveltuvuutta koskeva kysymys osoittautui huonosti muotoilluksi, sillä siihen oli vastattu vain yleensä liikunnan näkökulmasta. Postikyselyn etuja käyntilomakkeisiin verrattuna olivat, että potilailla oli oletettavasti enemmän aikaa vastata kuin heti vastaanottotilanteen jälkeen ja lomakkeet lähetettiin suoraan tutkijalle. Liikkumisreseptien täyttämisen osalta voidaan pohtia sitä, vaikuttiko meneillään oleva tutkimus huolellisuuteen, jolla lääkärit reseptin täyttivät. Verrattuna aiemmin täytettyihin reseptilomakkeisiin, lääkärit olivat täyttäneet huolellisemmin ainakin reseptien ohjeosion. Toisaalta lääkärit eivät täyttäneet liikkumisreseptejä erityisen perusteellisesti, vaan jättivät tarkempien ohjeiden antamisen yleensä fysioterapeutille. Tämä tuli ilmi myös haastatteluissa.

Haastatteluun mittausmenetelmänä liittyy myös omat ongelmansa, jotka voivat liittyä haastatteliijaan, haastateltaviin tai itse haastattelutilanteeseen. Tulosten luotettavuuteen voi vaikuttaa myös se, että haastateltavilla on taipumus antaa sosiaalisesti hyväksytyjä vastauksia. Haastatteluaineisto onkin aina tilanne- ja kontekstisidonnainen. (Hirsjärvi ym. 2005, 195–196.) Tässä tutkimuksessa haastatteluun liittyvät ongelmat eivät muodostuneet ratkaiseviksi,

koska se oli vain yksi aineiston mittausmenetelmä ja haastatteluja tehtiin ainoastaan kaksi. Haastattelijan kokemattomuudella on toki oma vaikutuksensa tuloksiin. Kaikkia haastattelussa esiin nousseita asioita lääkärit eivät olleet pohtineet etukäteen, joten kysymykset tulivat heille hieman yllättäen. Lääkärit vastasivat kysymyksiin todennäköisesti melko rehellisesti, sillä myös negatiivisia asioita nousi esiin. Haastattelutilanteessa ei ollut merkittäviä häiritseviä tai ongelmallisia tekijöitä.

Tämän tutkimuksen haastattelujen analysointia helpotti se, että haastateltavia oli vain kaksi. Haastattelut oli helppo analysoida ja luokitella sisällönanalyysin periaattein (esim. Tuomi & Sarajärvi 2003, 93–95) tutkimustehtävien ja teema-alueuuttelon pohjalta. Tulkinta rakentui abduktiiviselle aineiston analysoinnille (esim. Alasuutari 1994), joten teoriaan tukeutuminen on auttanut välttämään liiallista subjektiivisuutta. Luonnollisesti tulokset ovat kuitenkin tutkijan tekemiä, joten niiden luotettavuutta voidaan kritisoida. Avointen kysymysten vastausten osalta tulkinta oli vielä helpompaa, koska vastaukset olivat lyhyitä ja osa niistä voitiin ottaa mukaan sellaisinaan.

Eskola ja Suoranta (1998, 69) toteavat, että triangulaation avulla eli esimerkiksi eri tutkimusmenetelmien käytöllä samassa tutkimuksessa on mahdollista saada kattavampi kuva tutkimuskohteesta, mutta tutkimuksen luotettavuuden paranemisesta sen myötä ollaan montaa mieltä. Tämän tutkimuksen tulosten luotettavuutta tukee kuitenkin se, että ne olivat pääosin yhdensuuntaisia eri tutkimusmenetelmien osalta. Esimerkiksi liikkumisreseptin saajien valintaan ja reseptilomakkeen täyttämiseen liittyviä asioita lääkärit toivat johdonmukaisesti esille sekä käyntilomakkeiden osalta, haastatteluissa että täytetyissä reseptilomakkeissa. Samoin esimerkiksi potilaiden myönteinen suhtautuminen liikkumisreseptiin välittyi sekä käyntilomakkeiden että postikyselyiden kautta. Potilaiden ja lääkäreiden vastauksissa oli jonkin verran erisuuntaisuutta esimerkiksi liikuntaneuvonnan toteutumisen ja liikkumisreseptin seurannan suhteen. Tämä ero kuitenkin liittyy todennäköisesti käsitteiden erilaiseen ymmärtämiseen, asioiden muistamiseen ja erilaisiin kysymyksenasetteluihin. Nämä erot eivät kuitenkaan vaikuta ratkaisevasti saatuihin tuloksiin.

9.3 Tulosten tarkastelua

Tutkimukseen osallistuneet lääkärit suhtautuivat liikkumisreseptiin myönteisesti, mutta sen yleisempään käyttöön he liittivät tiettyjä ehtoja. Erityisesti he korostivat sähköisen järjestelmän toimivuutta, joka vähentäisi jo entuudestaan runsasta paperityön määrää lääkäreillä ja nopeuttaisi reseptin käyttöä. Lääkärit ovat kokeneet paperityön lisääntymisen ja ajan puutteen rajoittavan liikkumisreseptin käyttöä myös muissa tutkimuksissa (vrt. Aittasalo & Miilunpalo 2002b, 5, Holopainen & Ståhl 2004, 10). Kuitenkaan liikkumisreseptin kirjoittaminen ei tässä tutkimuksessa vienyt lääkäreiltä vastaanottotilanteessa enempää aikaa kuin pelkkä suullinen liikuntaneuvonta (5-15 minuuttia). Liikkumisreseptin käyttöä ja täyttämistä sinänsä lääkärit eivät pitäneet vaikeana. He olivat käyneet liikkumisreseptihankkeen järjestämän koulutuksen reseptin käyttöön. Koulutusta pidettiin hyvänä, mutta myös kehittämistä vaativana samansuuntaisesti kuin Aittasalon ja Miilunpalon (2002b, 4) ja Holopaisen ja Ståhlin (2004, 5) tutkimuksissa. Koulutusta liikkumisreseptin käyttöön ja käytön harjoittelemista lääkärit pitivät kuitenkin tärkeänä sen laajemman käyttöönoton kannalta YTHS:ssä (vrt. Starck 2003, 20). Toinen lääkäreistä antoi työssään normaalistikin melko paljon liikuntaneuvontaa, joten hän koki valmiutensa siihen riittäviksi. Toinen lääkäri toi esille heränneen tarpeen joko saada koulutusta liikunta-asioihin liittyen tai opiskella niitä enemmän omatoimisesti.

Liikkumisreseptin käytön etuja lääkärit toivat esille hyvin samansuuntaisesti kuin muissa liikkumisreseptitutkimuksissa (Aittasalo & Miilunpalo 2002b, 5-6, Starck 2003, 19–20, Holopainen & Ståhl 2004, 9). Lääkärit kokivat liikkumisreseptin aktivoivan heitä antamaan liikuntaneuvontaa. Liikkumisreseptin käyttö ei kuitenkaan helpottanut lääkäreiden arvioimana liikuntaneuvonnan perille menoa potilaille, eikä potilaiden arvioimana lääkäreiden antaman liikuntaneuvonnan mieleen jäämistä. Kuitenkin liikkumisreseptin saaneilla lääkäreiden antama liikuntaneuvonta jäi paremmin mieleen kuin lääkärit arvioivat sen menneen heille perille verrattuna pelkkään suulliseen liikuntaneuvontaan. Tämä on rohkaiseva tulos liikkumisreseptin yleisemmän käytön kannalta, sillä lääkärit saattavat aliarvioida liikkumisreseptin merkityksen liikuntaneuvonnan mieleen jäämisessä potilaiden näkemyksiin verrattuna.

Lääkärit arvostivat ja pitivät tärkeänä fysioterapeutin osallistumista liikkumisreseptin käyttämiseen, vaikka alkusysäys potilaan liikunnan lisäämiseen olikin hyvä heidän mielestään tulla lääkäriltä. Myös potilaat pitivät tärkeänä mahdollisuutta fysioterapeutin tapaamiseen liikkumisreseptin myötä ja arvostivat hänen antamia lisäohjeita. Potilaat odottivat fysiotera-

peutilta myös oman sairauden luonteen ymmärtämistä ja riittävää tukea fyysisen aktiivisuuden lisäämiselle. Liikkumisreseptin käyttöselvityksen mukaan (Holopainen & Ståhl 2004, 11–12) fysioterapeutit osallistuvat toistaiseksi vähän liikkumisreseptin käyttöön. Tässä tutkimuksessa fysioterapeutit tapasivat suurimman osan liikkumisreseptin saaneista, mutta seurannassa oli myös parantamisen varaa.

Liikkumisreseptin sopivia saajia eli vähän liikuntaa harrastavia löytyi yliopisto-opiskelijoiden joukosta melko vähän. Kuntun & Huttusen (2005, 128–129) tutkimuksessa ilmeni, että yliopisto-opiskelijat harrastavat sekä kunto- että hyötyliikuntaa keskimäärin noin neljä tuntia viikossa. Jyväskylän yliopiston opiskelijoilla kuntoliikunnan harrastaminen oli vielä yleisempää. Tämä tutkimus ei siis ainakaan tältä osin yliarvioinut liikuntaneuvonnan tarpeellisuutta YTHS:ssä. Lääkärit onnistuivat kuitenkin valitsemaan liikkumisreseptin saajiksi potilaita puhtaasti vähäisen liikumisen perusteella – ulkoisilla tekijöillä ei ollut juurikaan merkitystä. Tarvetta liikuntaneuvonnalle ja liikkumisreseptille on siis myös YTHS:ssä olemassa. Ilman liikkumisreseptiä jäi kolme potilasta, jotka olisivat toivoneet sen saavansa, eli yliopisto-opiskelijoilla on myös kiinnostusta liikkumisreseptiä kohtaan.

Lääkärit kokivat liikkumisreseptin sopivan sekä astma- että masennus/ahdistuspotilaille. Tarvetta oli enemmän masennus/ahdistuspotilailla, sillä astmapotilaista valtaosa liikkui jo valmiiksi riittävästi. Masennus/ahdistuspotilaiden osalta haasteelliseksi osoittautui sopivassa sairausvaiheessa olevan potilaan valinta liikkumisreseptin saajaksi. Yliopisto-opiskelijoiden joukosta löytyy lääkäreiden mukaan myös muita sairausryhmiä, joiden kohdalla liikkumisreseptin käyttö on perusteltua. Metaboliseen oireyhtymään liittyvät tekijät (ylipaino, korkeat rasva-arvot, kohonnut verenpaine ym.), jotka liittyvät myös kakkostyypin diabetekseen lääkärit nostivat esille myös tässä tutkimuksessa (vrt. Aittasalo & Miilunpalo 2002b, 6, Holopainen & Ståhl 2004, 8). Näistä tekijöistä yliopisto-opiskelijoilla erityisesti ylipaino on lisääntymässä (vrt. Kunttu & Huttunen 2001 ja 2005), joten heidän kohdallaan fyysisen aktiivisuuden lisääminen on tarpeellista. Pisimpään opiskelleet (yli 7 vuotta) ovat myös terveyden kannalta haasteellisin opiskelijaryhmä. Liikunnan määrän sekä sairauksien ja oireiden perusteella heidän kohdallaan liikuntaneuvonnalle on eniten tarvetta (ks. Kunttu & Huttunen 2005). Tässä tutkimuksessa vanhimpaan ikäryhmään kuuluville ei kuitenkaan kirjoitettu liikkumisreseptejä, johon voi olla monia syitä.

Lääkärit täyttivät liikkumisreseptit yleisimmin sillä odotuksella, että fysioterapeutti täydentää ja antaa myöhemmin tarkempia ohjeita. Lääkärit pitivät tätä menettelyä myös toimivana. Liikkumisen tavoitteet liittyivät usein sairauden tai oireiden hoitoon ja hallintaan eli olivat terveysperusteisia kuten myös Aittasalon ja Miilunpalon (2002b, 4, 6) tutkimuksessa. Yleisimmin määrätty liikuntamuoto oli kävely kuten Swinburn ym. (1998) tutkimuksessa. Useimmat reseptit sisälsivät ohjeena sekä hyöty- että kuntoliikuntaa, mikä oli yleistä myös Aittasalon ja Miilunpalon (2002b, 6) tutkimuksessa. Lääkärit jättivät yleensä liikkumisen keston merkitsemättä, mutta useus ja rasitustaso oli merkitty lähes kaikkiin resepteihin. Uusiin terveysliikunnan suositukseen nähden (Pate ym. 1995) noin puolet liikkumisreseptien ohjeista täytti viikoittaisen terveysliikunnan tarpeen. Vähän tai ei ollenkaan liikkuvien potilaiden kohdalla on kuitenkin syytä aloittaa matalammista vaatimuksista, kuten myös potilaat itse toivat esille. Jatkossa olisi syytä pyrkiä vielä lisäämään liikkumisreseptin sisältämän liikunnan määrää, jotta terveydelliset vaikutukset voidaan saavuttaa.

Liikkumisreseptin saaneiden jatkohoidosta löytyi myös parantamisen varaa. Ainakaan kahden potilaan kanssa liikkumisreseptiä ei oltu käsitelty lainkaan YTHS:ssä sen saamisen jälkeen – toinen heistä oli tosin muuttanut pois paikkakunnalta reseptin saamisen jälkeen. Potilaan omalle vastuulle jäi myös varata aika fysioterapeutille. Jatkossa voisi olla mahdollisuuksien mukaan järkevää kehittää YTHS:ssä käytäntö, jonka myötä liikkumisreseptin saanut potilas saisi suoraan ajan myös fysioterapeutille. Fyysisen aktiivisuuden lisäämisen osalta seuranta on osoittautunut hyvin merkitykselliseksi (esim. Marcus ym. 1997, Elley ym. 2003). Liikuntaneuvonnan jälkeen potilaan fyysinen aktiivisuus yleensä lisääntyy lyhytaikaisesti, mutta selvä vaikutus ilman lisäseurantaa ei kestä kovin kauan (esim. Eakin ym. 2000, Lawlor & Hanratty 2001, Smith ym. 2000). Liikunta-asioihin ja liikkumisreseptiin olisi syytä palata potilaan kanssa mahdollisimman usein pysyvien tulosten saavuttamiseksi.

Tutkimukseen osallistuneet potilaat suhtautuivat myönteisesti liikuntaneuvontaan ja liikkumisreseptiin. Valtaosa piti liikkumisreseptiä hyödyllisenä ja motivoivana. Erityisesti oman liikkumisreseptin sisältöön oltiin tyytyväisiä sekä lääkäreiden täyttämien reseptien osalta että fysioterapeuttien antamien lisäohjeiden jälkeen. Liikkumisreseptin myös koettiin sopivan omalle sairausryhmälle ja YTHS:n lääkäreiden työvälineeksi. Aiemmissakin tutkimuksissa liikkumisresepti on otettu vastaan hyvin (Aittasalo & Miilunpalo 2002b, 3-4, Ståhl ym. 2004). Liikkumisreseptin käyttöä tähän tutkimukseen osallistuneet potilaat kehittäisivät niin, että reseptin saaneilla olisi mahdollisuus saada erityistä liikunnan ohjausta ja lisäohjeiden saamista

sekä seuranta tulisi tehostaa. Yliopisto-opiskelijat näyttävät siis olevan vastaanottavainen ryhmä liikuntaneuvonnan toteuttamisen ja sitä tukevien kokeilujen suhteen.

Reseptin ohjeiden noudattaminen vaihteli potilaiden välillä. Liikkumisresepti näytti lisännen potilaiden fyysistä aktiivisuutta jonkin verran. Tulos on samansuuntainen kansainvälisten liikuntaneuvonnan vaikuttavuustutkimuksia arvioivien katsausten (esim. Eakin ym. 2000, Lallor & Hanratty 2001, Eden ym. 2002, Vähäsarja ym. 2004) ja liikuntaohjeiden vaikuttavuustutkimusten (mm. Calfas ym. 1996, Marcus ym. 1997, Swinburn ym. 1998, Smith ym. 2000, Elley ym. 2003, Aittasalo ym. 2005) kanssa, joissa potilaiden fyysisen aktiivisuuden lisääntyminen on ollut keskimäärin melko vähäistä. Potilaat ilmoittivat ohjeiden noudattamatta jättämisen syiden liittyvän lähinnä itseen ja olosuhteisiin, ei liikkumisreseptiin. Myös nämä tulokset viittaavat siihen, että liikkumisreseptin saaneet yliopisto-opiskelijatkin tarvitsevat runsaasti tukea, lisäohjausta ja seuranta noudattaakseen saamiensa ohjeita ja lisätäkseen fyysistä aktiivisuuttaan.

9.4 Päätelmät ja suositukset

Sekä tutkittavien lääkäreiden että potilaiden pääosin myönteinen suhtautuminen liikkumisreseptiin ja sen käytön onnistuminen viittaavat siihen, että liikkumisreseptiä kannattaa käyttää yliopisto-opiskelijoiden liikuntaneuvonnan tukena kaikissa YTHS:n toimipisteissä. Vaikka lääkäreiden positiiviseen suhtautumiseen vaikutti todennäköisesti heidän yleinen liikuntamyönteisyytensä ja liikuntaneuvontatilanteiden onnistumiseen potilaiden hyväksi kokema potilas-lääkärisuhde, viittasi tutkimus riittävän selvästi myös liikkumisreseptin hyödyllisyyteen ja soveltuvuuteen YTHS:n lääkäreiden työväliseksi. Tätä tukee se, että liikkumisresepti näyttää aktivoivan lääkäreitä antamaan liikuntaneuvontaa ja muistamaan liikunnan merkityksen potilaiden hoidossa. Yliopisto-opiskelijat puolestaan kokivat sen konkretisoivan annetun liikuntaneuvonnan ja olevan soveltuva lääkäreiden työväliseksi.

Jotta liikkumisreseptin käytön yleistymisen YTHS:ssä onnistuisi, tulee muutamiin tekijöihin kuitenkin kiinnittää erityistä huomiota. Ensinnäkin lääkärit tarvitsevat koulutusta ja harjoittelua liikkumisreseptin käyttöön ja myös liikuntaan liittyvää koulutusta olisi heidän osaltaan syytä lisätä. Useissa tutkimuksissa lääkärit ovat pitäneet hyvinä lyhyitä ammattikoulutuksia liikuntaan liittyen (esim. Long ym. 1996, Marcus ym. 1997, Pinto ym. 1998, Starck 2003).

Niitä voisi kokeilla ja kehittää myös YTHS:ssä. Toiseksi näyttää siltä, että ilman toimivaa sähköistä järjestelmää, johon liikkumisreseptin voi tallentaa suoraan osaksi potilastietojärjestelmää, liikkumisreseptin käyttö tuskin vakiintuu. Lääkäreillä on muutenkin runsaasti paperityötä, joten paperimuodossa liikkumisresepti vain lisäisi tällaisen työn määrää ja saattaisi nostaa kynnystä sen käyttöön. Sähköisen järjestelmän avulla liikkumisresepti toimisi apuvälineenä, jonka voi ottaa kätevästi käyttöön sopivassa tilanteessa ja joka myös helpottaisi YTHS:n työntekijöiden yhteistyötä potilaan jatkohoidossa.

Vaikka yliopisto-opiskelijoista ainakin kolme viidestä liikkuu terveytensä kannalta riittävästi (vrt. Kunttu & Huttunen 2005), on liikkumisreseptistä apua terveytensä kannalta liian vähän liikkuvien motivoinnissa kuten tässä tutkimuksessa tuli esille. Sen on jo osoitettu Suomessakin lisäävän liikunnallisesti passiivisten fyysistä aktiivisuutta ainakin lyhytaikaisesti (ks. Aittasalo ym. 2005). Huomiota tulee kuitenkin kiinnittää myös liikkumisreseptin saavien potilaiden valintaan. Valinnassa tulee huomioida potilaan sairaustilanteen (vakavuus, hoitovaihe ym.) lisäksi hänen muutosvaiheensa liikunnan suhteen (ks. Prochaska ym. 1997) ja mahdollisuudet fyysisen aktiivisuuden lisäämiseen (vrt. Miilunpalo 1999, 423). Liikkumisresepti voisi toimia parhaiten potilailla, jotka ovat liikunnan suhteen harkinta- tai valmistautumisvaiheessa (vrt. kuvio 1 sivulla 29). Tällöin muun muassa liikunnan etujen ja mahdollisuuksien hahmottaminen sekä tavoitteiden laatiminen ja niiden saavuttamisen edellytysten luominen ovat keskeisiä asioita liikuntaneuvonnassa (Vuori 2003b, 75). Liikkumisreseptin käyttö voi auttaa näiden asioiden hahmottamisessa ja sopimisessa sekä tavoitteiden saavuttamisen seurannassa. Se voi myös osaltaan auttaa potilasta siirtymään asteittain toimintavaiheen kautta liikunnan ylläpitovaiheeseen (vrt. Prochaska ym. 1997).

Lisäksi tulee kiinnittää erityistä huomiota liikkumisreseptin saaneiden jatkohoidon toteutumiseen, mikä toimii myös liikuntaa vahvistavana tekijänä (vrt. Green & Kreuter 1999). Liikkumisreseptin kirjoittamistilanteessa on syytä sopia mahdollisimman tarkka aika seuraavalle tapaamiselle joko reseptin kirjoittaneelle lääkärille tai fysioterapeutille. Seuranta tulee toteuttaa pitkäjänteisesti ja kannustavasti. Tutkimuksissa on osoitettu, että mitä pitempiaikaista ja intensiivisempää seuranta on, sitä parempia ovat tulokset lisääntyneen fyysisen aktiivisuuden ylläpitämisessä (esim. Elley ym. 2003). YTHS:ssä on syytä myös sopia tarkemmin yhteisistä toimintakäytännöistä eli eri ammattiryhmien rooleista liikkumisreseptin käytössä ja esimerkiksi potilaan jatkohoidon toteuttamisesta liikkumisreseptin saamisen jälkeen. Selkeät toimintakäytännöt varmistaisivat riittävän seurannan toteutumisen ja vastaisivat osaltaan myös

Sosiaali- ja terveysministeriön (2000 ja 2001) asettamiin perusterveydenhuollon liikuntaneuvonnan kehittämisen haasteisiin. Toimintakäytäntöjen ja yhteistyön kehittäminen mainitaan myös liikkumisreseptin yleisissä tulevaisuuden kehittämisehdotuksissa (Ståhl 2005, 40–41).

9.5 Lisätutkimusehdotuksia

Tähän tutkimukseen valittiin kaksi lääkäriä ja rajattu potilasjoukko. Tulevaisuudessa liikkumisreseptin vaikutuksia ja toimivuutta YTHS:ssä olisi syytä tutkia useampien lääkäreiden ja suuremman potilasmäärän avulla. Tällöin olisi mahdollista tehdä tarkempia tilastollisia analyyseja tai esimerkiksi haastatella useita lääkäreitä ja potilaita liikkumisreseptin tiimoilta. Näin saataisiin mahdollisesti vahvistusta tässä tutkimuksessa saaduille tuloksille sekä edustavampaa tietoa liikkumisreseptin käytön toteutumisesta ja vaikuttavuudesta. Olisi syytä tutkia myös käytäntöjä, joilla voidaan tukea liikkumisreseptin saaneiden fyysisen aktiivisuuden lisäämistä. Tällaisia käytäntöjä voisivat olla esimerkiksi liikkumisreseptiin liittyvän liikuntaneuvonnan kehittäminen, lääkäreiden, hoitajien ja fysioterapeuttien rooleista ja tehtävistä sopiminen liikkumisreseptin suhteen sekä reseptin saaneiden lisäohjauksen ja seurannan tehostaminen. Käytäntöjä kehittämällä myös vaikuttavuus voisi parantua.

10 LÄHTEET

- Aittasalo M, Miilunpalo S. Liikkumisreseptillä suunnitelmallisuutta liikuntaneuvontaan. *Fysioterapia* 2002a; 6:14–18.
- Aittasalo M, Miilunpalo S. Pilottitutkimusten päätösraportti. 2002b. [www-dokumentti] Päivitetty 2/2002. [viitattu 12.10.2005] <http://www.liikkumisresepti.net/pilottitutkimus.doc>
- Aittasalo M, Miilunpalo S, Kukkonen-Harjula K, Pasanen M. A randomized intervention of physical activity promotion and patient self-monitoring in primary health care. *Prev Med* (article in press) 2005.
- Alasuutari P. Laadullinen tutkimus. 2. painos. Osuuskunta Vastapaino. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino oy, 1994.
- Alasuutari, P. Laadullinen tutkimus. Osuuskunta Vastapaino. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino oy, 1993.
- Calfas K, Long B, Sallis J, Wooten W, Pratt M, Patrick K. A Controlled Trial of Physician Counseling to Promote the Adoption of Physical Activity. *Prev Med* 1996;25:225–233.
- Calfas K, Sallis J, Oldenburg B, Ffrench M. Mediators of Change in Physical Activity Following an Intervention in Primary Care: PACE. *Prev Med* 1997;26:297-304.
- Downie RS, Tannahill C, Tannahill A. *Health Promotion Models and Values*. New York: Oxford University Press, 1996.
- Eakin E, Glasgow R, Riley K. Review of Primary Care-Based Physical Activity Intervention Studies. Effectiveness and Implications for Practice and Future Research. *J of Fam Prac* 2000;2:158-168.
- Eden K, Orleans C, Mulrow C, Pender N, Teutsch S. Does Counseling by Clinicians Improve Physical Activity? A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann of Int Med* 2002;137:208-215.
- Elley C, Kerse N, Arroll B, Robinson E. Effectiveness of Counselling Patients on Physical Activity in General Practice: Cluster Randomised Controlled Trial. *Br Med J* 2003;326:793-796.
- Eskola J, Suoranta J. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Osuuskunta Vastapaino, 1998.
- Fogelholm M. Lihaksen energiantuotanto ja energia-aineenvaihdunta: Fyysinen aktiivisuus ja energiantarve. Teoksessa Fogelholm M, Vuori I. (toim.) *Terveysliikunta. Fyysinen aktiivisuus terveyden edistämässä*. Ukk-instituutti. Kustannus Oy Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 2005:20–32.
- Gielen A, McDonald E. The Precede-Proceed Planning Model. Teoksessa Glanz K, Lewis F, Rimer B (toim.) *Health Behavior and Health Education*. 2nd edition. San Francisco (CA): Jossey-Bass Inc, 1997:359-371.

Green L, Kreuter M. Health Promotion Planning. An Educational and Environmental Approach. 3rd edition. Mayfield: Mountain View (CA), 1999.

Haarasilta L. Vakava masennusjakso nuorilla ja nuorilla aikuisilla. Abstrakti. Suomen lääkäri-lehti 2003;40:4057.

Haavisto S. Liikunnan ja psyykkisen hyvinvoinnin yhteyksiä selittäviä malleja. Teoksessa Lintunen T, Koivumäki K, Säilä H (toim.) Jalka potkee, mieli notkee. Liikunta mielenterveyden tukena. Suomen mielenterveysseura. SMS-tuotanto oy. Tammisaaren kirjapaino oy, 1995:28–32.

Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Aro AR, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2004. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B13;2005 [www-dokumentti] Ei päivitystä. [viitattu 28.11.2005]
http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2004b13.pdf

Hirsjärvi S, Hurme H. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino, 2001.

Hirsjärvi S, Remes P, Sajavaara P. Tutki ja kirjoita. 11. painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino oy, 2005.

Holopainen K, Ståhl T. Liikkumisreseptin käyttöselvitys. 2004. [www-dokumentti] Päivitetty 27.8.2004 [viitattu 12.10.2005] <http://www.liikkumisresepti.net/LR-kayttoselvitys.pdf>

Hämäläinen P. Opiskelijaterveydenhuollon tila vuonna 2002: selvityshenkilöiden raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2002;25. Julkaistu 2003. Helsinki.

Ingrosso M. Becoming Sensitive to Health. Effectiveness and Learning in Health Education and promotion. Arch of Hell Med Off J of the Ath Med Soc 1993;10:(Suppl.)A11-27.

Kannas L. Terveyskasvatus tutkimus- ja koulutusalan sekä arjen käytäntöinä. Aikuiskasvatus 1992;2:68–75.

Kesäniemi A. Millainen liikunta edistää terveyttä? Konsensuspaneelin arvio liikunnan ja terveyden välisestä annos-vastesuhteesta. Katsaus. Duodecim 2003;119:1819–1822.

Kettunen T. Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. Terveyskasvatuksen väitöskirja. Jyväskylän yliopisto, 2003.

Kettunen T, Liimatainen L, Poskiparta M. Terveyskasvatus arjen neuvontatyössä. Helsinki: Kirjayhtymä oy, 1996.

Kilpeläinen M. Astma ja allerginen nuha korkeakouluopiskelijoilla – esiintyvyys ja riskitekijät. Abstrakti. Suomen lääkäri-lehti 2002;9:1066.

Kunttu K, Huttunen T. Yliopisto-opiskelijoiden terveystutkimus 2004. Helsinki: Hakapaino oy. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia 2005;40.

Kunttu K, Huttunen T. Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2000. Kela. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino oy. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 2001;45.

Kuoppasalmi K. Mielenterveys, sen häiriöt ja liikunta: Liikunta mielenterveyden hoidossa. Teoksessa Vuori I, Taimela S (toim.) Liikuntalääketiede. 2. uudistettu painos. Duodecim. Vammala: Kirjapaino oy, 1999:331–334.

Laitakari J, Miilunpalo S, Pasanen M, Vuori I. Terveyskasvatus terveyskeskuksissa. Health Education in the Finnish Health Centers. Helsinki: Valtion Painatuskeskus. Lääkintöhallituksen julkaisuja. Terveystiedon edistäminen. Sarja tutkimukset 1989;6.

Laitinen L, Haahtela T. Hengityselinten sairaudet: Astma. Teoksessa Koskenvuo K (toim.) Sairauksien ehkäisy. 2. uudistettu painos. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 2003:306–332.

Lappalainen R, Koikkalainen M. Terveysneuvonta – mistä se on kiinni? Suomen lääkirlehti 1998;26:2851–2853.

Latonen H. Liikkumisresepti – maukkaita ohjeita terveyden ylläpitoon. 2005. [on line] Ei päivitystä. [viitattu 9.10.2005] <http://lilli.oll.fi/ollilainen/703/tiedote3.html>

Lawlor D, Hanratty B. The Effect of Physical Activity Advice Given in Routine Primary Care Consultation, a Systematic Review. J of Pub Health Med 2001;23:219–226.

Lawlor D, Keen S, Neal R. Increasing population levels of physical activity through primary care: GP's knowledge, attitudes and self-reported practice. Fam Prac 1999;16(3):250–254.

Liikkumisreseptimateriaalit. 2005. [on line] Ei päivitystä. [viitattu 19.12.2005] <http://www.liikkumisresepti.net/materiaalit.html>

Long BJ, Calfas KJ, Wooten W, Sallis JF, Patrick K, Goldstein M, Marcus BH, Schwenk TL, Chenoweth J, Carter R, Torres T, Palinkas LA, Heath G. A multisite field test of the acceptability of physical activity counselling in primary care: project PACE. Am J Prev Med 1996;12(2):73-81.

Lönnqvist J. Mielenterveyden häiriöt: Stressi ja depressio. Teoksessa Koskenvuo K (toim.) Sairauksien ehkäisy. 2. uudistettu painos. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 2003:120–148.

Marcus BH, Forsyth LH. Motivating People to Be Physically Active. Human Kinetics. USA: United Graphics, 2003.

Marcus BH, Goldstein MG, Jette A, Simkin-Silverman L, Pinto BM, Milan F, Washburn R, Smith K, Rakowski W, Dube CE. Training Physicians to Conduct Physical Activity Counseling. Prev Med 1997;26:382–388.

Mattila K. Terveystiedon huolto Suomessa. Teoksessa Tamminen T (toim.) Perusterveydenhuolto. Porvoo: WSOY:n graafiset laitokset, 1988:37–45.

Mattila K, Halila H, Hyppölä H, Isokoski M, Kujala S, Kumpusalo E, Virjo I. (Lääkäri 98-tutkimusryhmä) Lääkärit terveyden edistäjinä. Suomen lääkärilehti 2004;8:805–807.

Miilunpalo S. Perusterveydenhuoltohenkilöstö liikunnanohjaajana? Liikunta ja tiede, erikoisliite 2000:17–18.

Miilunpalo S. Yksilöllinen liikuntaneuvonta – ihmisiin vaikuttaminen. Teoksessa Vuori I, Taimela S. (toim.) Liikuntalääketiede. 2. uudistettu painos. Duodecim. Vammala: Kirjapaino oy, 1999:417–427.

Miilunpalo S. Liikuntaneuvonta terveyskeskuksissa. Tutkimus liikuntaa koskevan terveysneuvonnan tarpeesta, kysynnästä, toteutumisesta ja vaikuttavuudesta. Kansanterveystieteen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Helsinki: Valtion Painatuskeskus, 1989.

Miilunpalo S, Aittasalo M. Liikkumisresepti – lääkärin työkalu ja yhteistyöhanke terveyslääkärin lisäämiseksi. Suomen lääkärilehti 2002;20:2203–2207.

Miilunpalo S, Laitakari J, Vuori I. Strengths and Weaknesses in Health Counseling in Finnish Primary Health Care. Pat Educ and Coun 1997;25:317–328.

Miilunpalo S, Toropainen E, Mäkinen M. Miten valtakunnalliset suositukset tunnetaan terveyskeskuksissa? Duodecim 2002;118:613–619.

Neutens JJ, Rubinson L. Research Techniques for the Health Sciences. 2nd edition. Allyn & Bacon. USA, 1997.

NIH Consensus Development Panel on Physical Activity and Cardiovascular Health. Physical Activity and Cardiovascular Health. JAMA 1996;276:241–246.

Norris SL, Grothaus LC, Buchner DM, Pratt M. Effectiveness of Physician-Based Assessment and Counseling in a Staff Model HMO. Prev Med 2000;30:513–523.

Nummenmaa T, Konttinen R, Kuusinen J, Leskinen E. Tutkimusaineiston analyysi. Porvoo: WSOY Kirjapainoyksikkö, 1997.

Nupponen R. Masennus ja ahdistuneisuus. Teoksessa Fogelholm M, Vuori I. (toim.) Terveyslääkärin liikunta. Fyysinen aktiivisuus terveyden edistämiseksi. Ukk-instituutti. Kustannus Oy Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 2005:150–158.

Nupponen R. Terveyspsykologian perusteet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. Stakes oppaita 1994;21.

Nupponen R, Aarva P, Laitakari J, Miilunpalo S, Paronen O, Urponen H. Terveyskasvatuksen taustakäsitykset ja vaikuttavuuden tutkiminen. Teoksessa Urponen H, Aarva P, Nupponen R. (toim.) Terveyskasvatustutkimuksen vuosikirja 1991. Tampere: Kirjapaino RK. Virtanen. Sosiaali- ja terveyshallitus, tutkimuksia 2; 1991:11–25.

Nupponen R, Suni J. Henkilökohtainen liikuntaneuvonta. Teoksessa Fogelholm M, Vuori I. (toim.) Terveyslääkärin liikunta. Fyysinen aktiivisuus terveyden edistämiseksi. Ukk-instituutti. Kustannus Oy Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 2005:216–228.

Ottawan asiakirja 1986. Suomentajat Raija Kalimo ja Harri Vertio. Liitteenä teoksessa Vertio H. Terveiden edistäminen. 2003. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino oy.

Pate R, Pratt M, Blair S, Haskell W, Macera C, Bouchard C, Buchner D, Ettinger W, Heath G, King A, Kriska A, Leon A, Marcus B, Morris J, Paffenbarger R, Patrick K, Pollock M, Rippe J, Sallis J, Wilmore J. Physical Activity and Public Health. A Recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. JAMA 1995;273:402–407.

Patrick K, Sallis J, Long B, Calfas K, Wooten W, Heath G, Pratt M. A New Tool for Encouraging Activity. Project PACE. Phys and Sportsmed 1994;22(11):45-53.

Pinto B, Goldstein M, Depue J, Milan F. Acceptability and feasibility of Physician-based Activity Counseling. The PAL-project. Am J of Prev Med 1998;15:95-102.

Poskiparta M. Terveysneuvonta, oppimaan oppimista. Videotallenteet hoitajien terveysneuvonnan ilmentäjinä ja vuorovaikutustaitojen kehittämismenetelmänä. Terveyskasvatuksen väitöskirja. Jyväskylän yliopisto, 1997.

Poskiparta M, Kasila K, Kettunen T, Kiuru, P. Tyypin 2 diabeetikkojen liikuntaneuvonta perusterveydenhuollon lääkäreiden ja hoitajien vastaanotoilla. Suomen lääkirilehti 2004;14:1491–1495.

Prochaska J, Redding C, Evers, K. The Transtheoretical Model and Stages of Change. Teoksessa Glanz K, Lewis F, Rimer B (toim.) Health Behaviour and Health Education, Theory, Research and Practice. 2nd edition. San Francisco (CA): Jossey-Bass Inc. 1997: 60-69.

Prochaska J, Zabinski M, Calfas K, Sallis J, Patrick K. 2000. PACE+ Interactive Technology for Behavior Change in Clinical Settings. Am J of Prev Med 2000;19:127-131.

Ram FSF, Robinson SM, Black PN. Physical Training for Asthma. (Cochrane Review) 2004 (issue 3)[www-dokumentti] Ei päivitystä. [viitattu 20.10.2005]
<http://www.cochrane.org/reviews/en/ab001116.html>

Sairausvakuutuslaki 1224 / 21.12.2004 [on line] Ei päivitystä. [viitattu 1.2.2006]
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20041224>

Salorinne Y. Keuhkosairaudet: Astma. Teoksessa Vuori I, Taimela S (toim.) Liikuntalääketiede. 2. uudistettu painos. Duodecim. Vammala: Kirjapaino oy, 1999:200–203.

Seedhouse D. Health. The foundations for achievement. New York: John Wiley & sons, 1986.

Smith B, Bauman A, Bull F, Booth M, Harris M. Promoting Physical Activity in General Practice: A Controlled Trial of Written Advice and Information Materials. Br J of Sports Med 2000;34:262–267.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveyttä edistävän liikunnan kehittämistoimikunnan mietintö. Komiteamietintö 2001:12. Helsinki: Edita Prima oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveysliikunnan paikalliset suositukset. Helsinki: Oy Edita ab. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2000;1.

Starck H. Selvitys liikuntaneuvonnan toteutumisesta Länsi-Suomen läänin erikoissairaanhoidossa. Länsi-Suomen lääninhallitus, liikuntatoimi, 2003. [www-dokumentti] Ei päivitystä. [viitattu 2.12.2005]

[http://www.laanhallitus.fi/lh/biblio.nsf/8AEC739585656FAAC2256DF2002265A7/\\$file/Liikkumisreseptiselvitys.pdf](http://www.laanhallitus.fi/lh/biblio.nsf/8AEC739585656FAAC2256DF2002265A7/$file/Liikkumisreseptiselvitys.pdf)

Ståhl T. Reseptillä liikkeelle. Liikkumisresepti-hankkeen arviointi. Jyväskylä: Liikunnan ja kansanterveyden edistämissäätiö LIKES. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 2005;170. [www-dokumentti] Ei päivitystä. [viitattu 10.10.2005]

<http://www.liikkumisresepti.net/LRloppuraportti.pdf>

Ståhl, T. Tehokas ja turvallinen terveystoiminta – tiivistelmä lääkäreille. Perustuu teokseen Vuori I. Tehokas ja turvallinen terveystoiminta. Ukk-instituutti 2001. Liikkumisreseptihanke. Hetimonex. 2002.

Ståhl T, Borodulin K, Kujala S, Jousilahti P. Lääkärien toteuttaman liikuntaneuvonnan yleisyys ja tarve. Suomen lääkärilehti 2004;40:3729–3734.

Ståhl T, Kannas L, Perttilä K. Mitä päättäjät ymmärtävät terveystoiminnalla? Analyysi terveystoimintapuheen jäsentymisestä. Alkuperäisartikkeli. Liikunta ja tiede 2001;2:44–51 (eripainos).

Suomen apteekkariliitto. Astma. Huovinen M. (toim.). Kustannus Oy Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino oy, 2002.

Suomen diabetesliitto ry. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma 2003–2010. Tiivistelmä. 2005a. [www-dokumentti] Päivitys maaliskuu 2005. [viitattu 25.10.2005]

http://www.diabetes.fi/tiedoston_katsominen.php/?dok.id=39

Suomen diabetesliitto ry. Suunnitelma tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toteuttamiseksi. Projektisuunnitelma 2003–2007. Dehkon 2D-hanke (D2D). 2005b. [www-dokumentti] Päivitys 18.11.2003. [viitattu 25.10.2005]

http://www.diabetes.fi/tiedoston_katsominen.php?dok_id=87

Suomen keuhkolääkäriyhdistys ry ja Suomen lastenlääkäriyhdistys. Astman diagnostiikka ja hoito. Käypä hoito – suositus. Duodecim 2000;116: 2568–2584.

Suomen lääkäriliitto. Lääkärikysely 2004. Tilastoja. 2004. [www-dokumentti] Ei päivitystä. [viitattu 15.10.2004] <http://www.laakariliitto.fi/files/laakarikysely2004.pdf>

Suomen lääkäriliitto. Lääkärikysely 2002. Tilastoja. 2002. [www-dokumentti] Ei päivitystä. [viitattu 15.10.2005] <http://www.laakariliitto.fi/files/kysely2002.pdf>

Swinburn B, Walter L, Arroll B, Tilyard M, Russell D. The Green Prescription Study: A Randomized Controlled Trial of Written Exercise Advice Provided by General Practitioners. Am J of Pub Health 1998;88:288–292.

Tones K, Tilford S. Health promotion – effectiveness, efficiency and equity. Third edition. Nelson Thrones Ltd. Great Britain: Ashford Colour Press, 2001.

Toropainen E, Miilunpalo S, Moisio P. Liikuntaneuvonta sairauksiin liittyvissä asiakaskontakteissa. Liikunta ja tiede 2000;erikoisliite 43.

Tuomi J, Sarajärvi A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino oy, 2003.

U.S. Department of Health and Human Services. Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996.

Vertio H. Terveiden edistäminen. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino oy, 2003.

Vuori I. Terveysliikunta otettiin käyttöön liikunnan markkinoimiseksi. Liikunta ja tiede 2004;2:9–11.

Vuori I. Liikunnan lisääminen. Teoksessa Koskenvuo, K. ja Vertio, H. (toim.): Sairauksien ehkäisy. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino oy, 2003a, 589–609.

Vuori I. Lisää liikuntaa. Helsinki: Edita Prima Oy, 2003b.

Vuori I. Tehokas ja turvallinen terveystoiminta. Terveystoiminnan opas. 3. painos. UKK-instituutti. Tampere: Yliopistopaino oy, 2001.

Vuori I. Liikunta, kunto ja terveys. Teoksessa Vuori I, Taimela S (toim.) Liikuntalääketiede. 2. uudistettu painos. Duodecim. Vammala: Kirjapaino oy, 1999a:16–25.

Vuori I. Tavoitteena terveys – välineenä terveystoiminta. Liikunta ja tiede 1999b;6:38–39.

Vähäsarja K, Poskiparta M, Kettunen T, Kasila K. Transteoreettinen muutosvaihemalli perusterveydenhuollon liikuntaneuvonnassa. Katsaus. Liikunta ja tiede 2004;6:81–88.

Walsh JME, Swangard DM, Davis T, McPhee SJ. Exercise Counseling by Primary Care Physicians in the Era of Managed Care. Am J Prev Med 1999;16(4):307-313.

WHO. Definition of Health. 2005. [on line] Ei päivitystä. [viitattu 21.12.2005]
<http://www.who.int/about/definition/en/>

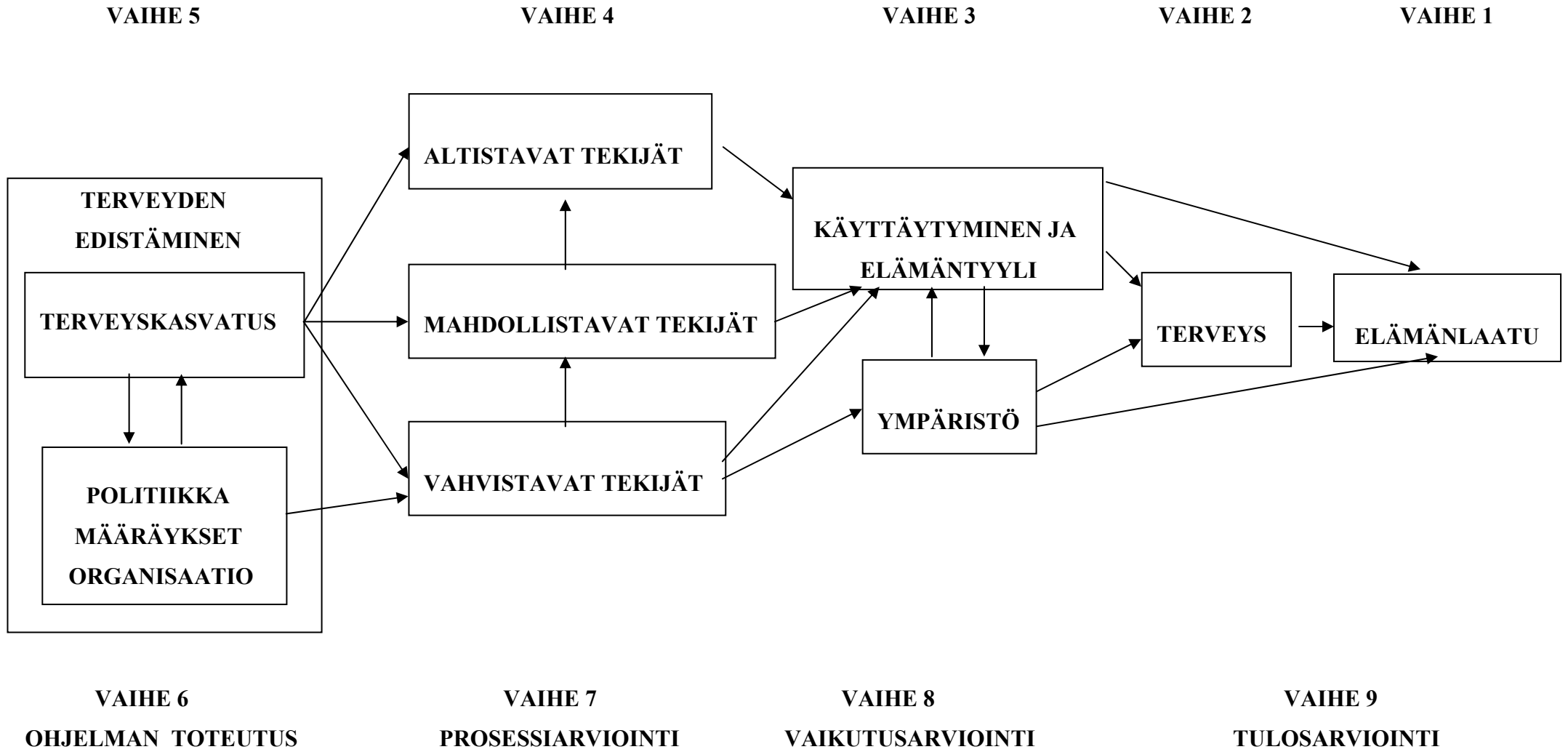
YTHS lyhyesti. 2006. [on line] Päivitetty 15.1.2006 [viitattu 7.2.2006]
<http://www.yths.fi/netcomm/> jossa linkki ”YTHS lyhyesti”.

YTHS:n terveyden edistämisen strategia. 2004. [www-dokumentti] Päivitys 7.6.2004. [viitattu 25.10.2005] <http://www.yths.fi/netcomm/> jossa linkki ”terveyden edistäminen” → ”terveyden edistämisen strategia”.

Liikkumisreseptilomake osoitteessa [viitattu 14.3.2006]:

<http://www.liikkumisresepti.net/taytettavareseptilomake.pdf>

PRECEED-PROCEED-MALLI (Green & Kreuter 1999, 35)



Liikkumisresepti-tutkimus

Jyväskylän YTHS

4.10.2004

Ohjeet lääkäreille aineistonkeruuta varten:

- tarkista, että täytät itse ja täytät asiakkaalla oikean lomakkeen ja että olette molemmat vastanneet ohjeiden mukaisesti
- tavoitteena kerätä kahden kuukauden aikana (loka-marraskuu 2004) yhteensä vähintään 20 lomaketta lääkäreiltä ja samat 20 asiakkailta
- tarvittaessa keräysaika jatketaan jouluu asti (TAKARAJA!)
- lomakkeet tulee jakautua seuraavasti:
 - o molemmilta 10 lomaketta (tässä on mahdollisuus joustaa jonkin verran, kunhan 20 täyttyy)
 - o puolet astmaa sairastavia ja puolet masennusta/ahdistusta (pieni joustovara)
 - o tärkeää: vähintään puolet liikkumisreseptin jo saaneita tai nyt saavia (joissa myös sairausjakauma säilyy)
 - o jakauman toteutumiseksi aineistossa olisi hyvä välillä tarkastaa toiselta lääkäriltä missä mennään...
- laita kirjjekuoreen mukaan kopio asiakkaan liikkumisreseptistä (jos sellainen on) – muista poistaa asiakkaan nimi reseptistä!
- käyn lokakuun lopulla keräämässä pois siihen mennessä täytetyt lomakkeet
- tutkimuksen haastattelut tulen tekemään joulukuussa tai tammikuussa

Jos ongelmia/kysyttävää, ota reilusti yhteyttä:

Elina Tuominiemi ektuomin@cc.jyu.fi

p. 040 5907807

(astma- ja masennus/ahdistuspotilaille, jotka eivät ole saaneet liikkumisreseptiä ennen tätä tapaamista)

1. **Kontaktin kesto _____ minuuttia**

2. **Asiakas-/potilastiedot**

1 mies
2 nainen
syntymävuosi _____

3. **Asiakkaan/potilaan sairausdiagnoosi**

1 astma
2 masennus/ahdistus

4. **Kontaktini tämä asiakkaan/potilaan kanssa oli**

1 ensikontakti
2 1. tai 2. uusintakontakti
3 useampi uusintakontakti

5. **Tunnen asiakkaan/potilaan entuudestaan**

hyvin 1 2 3 4 5 huonosti

6. **Millainen oli kontaktin luonne?**

kontakti syntyi helposti, olimme samalla aaltopituudella	1	2	3	4	5	kontakti syntyi vaikeasti, olimme eri aaltopituudella
--	---	---	---	---	---	---

7. **Annoitko asiakkaalle liikuntaa koskevia neuvoja, ohjeita tai opetusta (= neuvontaa)?**

1 kyllä
2 ei (jos EI, siirry kysymykseen 12!)

8. **Käytin liikuntaneuvonnassa seuraavia menetelmiä:**

1 kehotus, neuvo
2 keskustelu
3 havaintomalli tai – esitys, demonstraatio
4 oheisaineiston jakaminen tai ohjeet sellaisen saamiseksi
5 taidon harjoittelu
6 ohjaus muuhun neuvontaan tai opetukseen
7 liikkumisreseptin kirjoittaminen
8 muu _____

kysymykset jatkuvat kääntöpuolella →

9. Mikä oli liikuntaneuvontaan käytetty yhteenlaskettu aika? _____ minuuttia

10. Liikuntaneuvontani tuntui menevän perille

hyvin 1 2 3 4 5 huonosti

11. Mikä vaikutti edellisen kysymyksen vastaukseesi?

Vastaa kysymykseen 12, jos ET antanut tällä tapaamisella liikuntaneuvontaa!

12. Jos liikuntaneuvontaa ei annettu, mikä oli tähän syynä?

- 1 liikuntaneuvonta ei kuulunut käynnin luonteeseen
- 2 liikuntaneuvontaan ei ollut tarvetta
- 3 liikuntaneuvontaan olisi ollut tarvetta, mutta sitä ei annettu, koska

Vastaa joko kysymykseen 13 TAI 14!

13. Mikä sai sinut tässä tilanteessa kirjoittamaan asiakkaalle/potilaalle liikkumisreseptin?

14. Jos liikkumisreseptiä ei kirjoitettu, mikä oli tähän syynä?

- 1 liikkumisresepti ei sopinut käynnin luonteeseen
- 2 liikkumisreseptille ei ollut tarvetta
- 3 liikkumisreseptille olisi ollut tarvetta, mutta sitä ei kirjoitettu, koska

Tarkistathan, että vastasit kaikkiin pyydettyihin kysymyksiin!

Kiitos vaivannäöstäsi!!!

(astma- ja masennus/ahdistuspotilaille, jotka ovat jo saaneet liikkumisreseptin ennen tätä tapaamista)

1. **Kontaktin kesto _____ minuuttia**

2. **Asiakas-/potilastiedot**

1 mies
2 nainen
syntymävuosi _____

3. **Asiakkaan/potilaan sairausdiagnoosi**

1 astma
2 masennus/ahdistus

4. **Kontaktini tämä asiakkaan/potilaan kanssa oli**

1 ensikontakti
2 1. tai 2. uusintakontakti
3 useampi uusintakontakti

5. **Tunnen asiakkaan/potilaan entuudestaan**

hyvin 1 2 3 4 5 huonosti

6. **Millainen oli kontaktin luonne?**

kontakti syntyi helposti, olimme samalla aaltopituudella	1	2	3	4	5	kontakti syntyi vaikeasti, olimme eri aaltopituudella
---	---	---	---	---	---	--

7. **Annoitko asiakkaalle liikuntaa koskevia neuvoja, ohjeita tai opetusta (= neuvontaa)?**

1 kyllä
2 ei (jos EI, siirry kysymykseen 12!)

8. **Käytin liikuntaneuvonnassa seuraavia menetelmiä:**

1 kehotus, neuvo
2 keskustelu
3 havaintomalli tai – esitys, demonstraatio
4 oheisaineiston jakaminen tai ohjeet sellaisen saamiseksi
5 taidon harjoittelu
6 ohjaus muuhun neuvontaan tai opetukseen
7 liikkumisreseptin kirjoittaminen
8 muu _____

kysymykset jatkuvat kääntöpuolella →

9. Mikä oli liikuntaneuvontaan käytetty yhteenlaskettu aika? _____ minuuttia

10. Liikuntaneuvontani tuntui menevän perille

hyvin 1 2 3 4 5 huonosti

11. Mikä vaikutti edellisen kysymyksen vastaukseesi?

Vastaa kysymykseen 12, jos ET antanut tällä tapaamisella liikuntaneuvontaa!

12. Jos liikuntaneuvontaa ei annettu, mikä oli tähän syynä?

- 1 liikuntaneuvonta ei kuulunut käynnin luonteeseen
- 2 liikuntaneuvontaan ei ollut tarvetta
- 3 liikuntaneuvontaan olisi ollut tarvetta, mutta sitä ei annettu, koska

Vastaa joko kysymykseen 13 TAI 14!

13. Millä tavoin kontaktin aikana käsiteltiin jo aiemmin saatua liikkumisreseptiä?

14. Jos liikkumisreseptiä ei käsitelty kontaktin aikana, mikä oli tähän syynä?

- 1 liikkumisreseptin asioita ei ehditty käsitellä
- 2 liikkumisreseptin asioita ei muistettu käsitellä
- 3 liikkumisreseptin asioita ei ollut tarvetta käsitellä, koska

4 liikkumisreseptin asioita olisi pitänyt käsitellä, mutta sitä ei tehty, koska

Tarkistathan, että vastasit kaikkiin pyydettyihin kysymyksiin!

Kiitos vaivannäöstäsi!!!

SAATEKIRJELMÄ POTILAALLE

Liikkumisresepti-tutkimus

Jyväskylän YTHS

4.10.2004

Opiskelen Jyväskylän yliopistossa terveystieteiden laitoksella terveyskasvatusta. Teen yhteistyössä Jyväskylän ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiön (YTHS) kanssa pilottitutkimusta lääkärin antamasta liikuntaneuvonnasta ja kirjallisen liikkumisreseptin soveltuvuudesta työvälineeksi opiskelijaterveydenhuoltoon. Pilottitutkimus on myös Pro gradu-tutkielmani, jota ohjaa terveyskasvatuksen professori Jukka Laitakari.

Aineisto tutkimukseen kerätään loppuvuoden 2004 aikana liikuntaneuvontaa ja liikkumisreseptiä koskevilla lomakkeilla, jotka täytetään lääkarissäkäynnin yhteydessä. Lääkärille ja asiakkaalle/potilaalle on omat lomakkeensa. **Lomake täytetään nimettömänä, sen vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja ne jäävät ainoastaan minun tietooni.** Lomake täytetään samanaikaisesti lääkärin kanssa tapaamisen lopuksi, suljetaan yhteiseen kirjekuoreen ja talletetaan luottamuksellisesti tutkimusta varten.

Toivon, että täytät lomakkeen huolellisesti ja tarkistat, että olet vastannut kaikkiin pyydettyihin kysymyksiin. Huomioithan, että osa kysymyksistä koskee vain tällä tapaamisella liikuntaneuvontaa tai liikkumisreseptin saaneita vastaajia! Numerovaihtoehdoissa tulee rengastaa vain yksi numero.

Jos sinulla on kysyttävää tai kommentoitavaa tutkimuksesta, ota yhteyttä! Voit myös kysyä tutkimuksesta siihen osallistuvilta Jyväskylän YTHS:n lääkäreiltä.

Vaivannäöstäsi kiittäen: _____ ektuomin@cc.jyu.fi, p. 040 5907807

Elina Tuominiemi

(potilaille, jotka eivät ole saaneet liikkumisreseptiä ennen tätä tapaamista)

1. Millainen oli sinun ja lääkärin välinen kontakti luonteeltaan?

kontakti syntyi helposti, olimme samalla aaltopituudella	1	2	3	4	5	kontakti syntyi vaikeasti, olimme eri aaltopituudella
---	---	---	---	---	---	--

2. Saitko lääkäriltä liikuntaa koskevia neuvoja, ohjeita tai opetusta (= neuvontaa)?

- 1 kyllä
- 2 ei (jos EI, siirry kysymykseen 5!)

3. Lääkärin antaman liikuntaneuvonnan sisältö jäi mieleesi

hyvin	1	2	3	4	5	huonosti
-------	---	---	---	---	---	----------

4. Mikä vaikutti edellisen kysymyksen vastaukseesi?

Jatka vastaamista kysymyksestä 5, jos ET saanut tällä tapaamisella liikuntaneuvontaa!
Siirry kysymykseen 6, jos sait liikuntaneuvontaa tällä tapaamisella!

5. Olisitko toivonut lääkärin antavan sinulle liikuntaneuvontaa?

- 1 kyllä, miksi?

- 2 ei, miksi?

6. Antoiko lääkäri sinulle kirjallisen liikkumisreseptin (lomake, jossa kuvataan lääkärin sinulle suosittelemat liikuntalajit, useus, rasittavuus jne.)?

- 1 kyllä
- 2 ei (jos EI, siirry suoraan kysymykseen 13!)

7. Saamasi liikkumisresepti on mielestäsi

hyödyllinen	1	2	3	4	5	tarpeeton
motivoiva	1	2	3	4	5	ei-motivoiva

kysymykset jatkuvat kääntöpuolella →

8. Liikkumisreseptisi sisältämät liikuntalaji(t) ovat mielestäsi

sinulle soveltuvia	1	2	3	4	5	sinulle ei-soveltuvia
sinun helppo toteuttaa arkielämässäsi	1	2	3	4	5	sinun vaikea toteuttaa arkielämässäsi
sinulle mieluisia	1	2	3	4	5	sinulle vastenmielisiä

9. Liikkumisreseptissäsi on määritelty sinulle mielestäsi

- 1 liian vähän liikuntaa viikossa
- 2 sopivasti liikuntaa viikossa
- 3 liian paljon liikuntaa viikossa

10. Keskustelitteko lääkärin kanssa liikkumisreseptisi sisältämän liikunnan rasittavuus-tasosta (esim. sykkeestä)?

- 1 kyllä
- 2 ei

11. Sovitteko lääkärin kanssa siitä, milloin liikkumisreseptiä käsitellään yhdessä seuraavan kerran?

- 1 kyllä
- 2 ei

12. Kuinka paljon uskot liikkumisreseptisi vaikuttavan omaan liikkumiseesi?

ei lainkaan	1	2	3	4	5	saa aikaan pysyvän muutoksen liikunta-tottumuksissasi
-------------	---	---	---	---	---	---

Vastaa kysymykseen 13, jos ET saanut tällä tapaamisella liikkumisreseptiä!

13. Olisitko halunnut lääkärin kirjoittaman liikkumisreseptin?

- 1 kyllä
- 2 ei

Tarkistathan, että vastasit kaikkiin pyydettyihin kysymyksiin!

Kiitos vaivannäöstäsi!!!

(potilaille, jotka **ovat jo saaneet liikkumisreseptin** ennen tätä tapaamista)

1. Millainen oli sinun ja lääkärin välinen kontakti luonteeltaan?

kontakti syntyi helposti, olimme samalla aaltopituudella	1	2	3	4	5	kontakti syntyi vaikeasti, olimme eri aaltopituudella
---	---	---	---	---	---	--

2. Saitko lääkäriltä liikuntaa koskevia neuvoja, ohjeita tai opetusta (= neuvontaa)?

- 1 kyllä
- 2 ei (jos EI, siirry kysymykseen 5!)

3. Lääkärin antaman liikuntaneuvonnan sisältö jäi mieleesi

hyvin	1	2	3	4	5	huonosti
-------	---	---	---	---	---	----------

4. Mikä vaikutti edellisen kysymyksen vastaukseen?

Jatka vastaamista kysymyksestä 5, jos ET saanut tällä tapaamisella liikuntaneuvontaa!
Siirry kysymykseen 6, jos sait liikuntaneuvontaa tällä tapaamisella!

5. Olisitko toivonut lääkärin antavan sinulle liikuntaneuvontaa?

- 1 kyllä, miksi?

- 2 ei, miksi?

6. Käsiteltiinkö tällä tapaamisella aiemmin lääkäriltä saamasi kirjallisen liikkumis-reseptin sisältöä (tarkennettiin ohjeita, keskusteltiin sen noudattamisesta tms.)?

- 1 kyllä
- 2 ei

7. Muistatko vielä liikkumisreseptisi sisällön?

- 1 kyllä
- 2 ei (jos EI, siirry kysymykseen 11!)

kysymykset jatkuvat kääntöpuolella →

8. Oletko harrastanut liikuntaa liikkumisreseptisi ohjeiden mukaisesti?

- 1 lähes täysin ohjeiden mukaisesti
- 2 osittain ohjeiden mukaisesti
- 3 en lainkaan ohjeiden mukaisesti

9. Liikkumisreseptisi sisältämät liikuntalaji(t) ovat mielestäsi

sinulle soveltuvia	1	2	3	4	5	sinulle ei-soveltuvia
sinun helppo toteuttaa arkielämässäsi	1	2	3	4	5	sinun vaikea toteuttaa arkielämässäsi
sinulle mieluisia	1	2	3	4	5	sinulle vastenmielisiä

10. Liikkumisreseptissäsi on määritelty sinulle mielestäsi

- 1 liian vähän liikuntaa viikossa
- 2 sopivasti liikuntaa viikossa
- 3 liian paljon liikuntaa viikossa

Jatka vastaamista kysymyksestä 11, jos ET muista liikkumisreseptisi sisältöä!

11. Onko lääkäri kysynyt liikkumisreseptisi ohjeiden noudattamista seurantatapaamisilla?

- 1 kyllä
- 2 ei

12. Liikkumisreseptisi on ollut sinulle

hyödyllinen	1	2	3	4	5	tarpeeton
motivoiva	1	2	3	4	5	ei-motivoiva

13. Liikkumisreseptisi on vaikuttanut liikuntatottumuksiisi

ei lainkaan	1	2	3	4	5	sai aikaan pysyvän muutoksen liikuntatottumuksissasi
-------------	---	---	---	---	---	--

Tarkistathan, että vastasit kaikkiin pyydettyihin kysymyksiin!

Kiitos vaivannäöstäsi!!!

Esitutkimus

Esitutkimuksessa elo-syyskuun vaihteessa 2004 oli tarkoitus testata kaikkien lääkäreiden ja potilaiden käyntilomakkeiden toimivuutta. Lääkärit kuitenkin ilmoittivat, että tuona aikana ei käynyt heidän mielestään sopivia potilaita liikkumisreseptin saajiksi. Osasyynä oli luultavasti ajankohta, sillä opiskelijoilla syyslukukausi ei ollut vielä alkanut ja siksi lääkäreillä kävi normaalia vähemmän potilaita. Näin ollen käyntilomakkeista päästiin kokeilemaan vain A-lomakkeita ei-liikkumisreseptiä saavien osalta. (taulukko 15) Tällöin kerätty aineisto päätettiin lopulta ottaa mukaan lopulliseen tutkimukseen, sillä lääkärit eivät ehdottaneet käyttämäänsä lomakkeeseen muutoksia ja potilaiden lomaketta tarkennettiin joidenkin kysymysten sanamuotojen osalta, mutta kysymykset säilyivät samoina.

Taulukko 15 *Reseptittömien käyntilomakkeista koostuva esitutkimusaineisto lääkäreiden sekä potilaiden sukupuolen ja sairausryhmän mukaan eroteltuna (kpl).*

	Naiset	Miehet	Yhteensä	Astma	Masennus/ ahdistus
Lääkäri A	2	2	4	0	4
Lääkäri B	1	1	2	1	1
Yhteensä	3	3	6	1	5

LÄÄKÄRIEN HAASTATTELUJEN TEEMA-ALUELUETTELO

- LIIKUNNAN MERKITYS OMASSA ELÄMÄSSÄ
- LIIKUNTANEUVONNAN KÄSITE
- LIIKUNTANEUVONTATAIDOT JA -VALMIUDET
- LIIKUNTANEUVONNAN TOTEUTTAMINEN
- LIIKUNTANEUVONNAN SISÄLTÖ
- LIIKKUMISRESEPTIN VAIKUTUS LIIKUNTANEUVONTAAN
- LIIKKUMISRESEPTIN KIRJOITUSTAITO JA – VALMIUDET
- LIIKUNTANEUVONNAN ANTAMISEN/LIIKKUMISRESEPTIN KIRJOITTAMISEN ESTEET
- LIIKUNTANEUVONNAN ANTAMISEN/LIIKKUMISRESEPTIN KIRJOITTAMISEN MAHDOLLISTAVAT TEKIJÄT
- ASENNE LIIKUNTANEUVONTAA KOHTAAN
- LIIKKUMISRESEPTIN SOVELTUVUUS OPISKELIJOILLE
- LIIKKUMISRESEPTIN SOVELTUVUUS ERI SAIRAUSRYHMILLE
- ASENNE LIIKKUMISRESEPTIÄ KOHTAAN
- LIIKKUMISRESEPTIN KEHITTÄMINEN

Saatekirjelmä

Liikkumisresepti-pilottitutkimus

19.9.2005

Hei!

Olet saanut Jyväskylän YTHS:n lääkäriltä liikkumisreseptin vuonna 2004 tai 2005. Olet mahdollisesti myös täyttänyt sitä koskevan lomakkeen käyntisi yhteydessä. Nyt samaan tutkimukseen liit-
tyen kerätään kokemuksia ja ajatuksia liikkumisreseptistä pitemmällä aikavälillä. Tutkimuksen pää-
tavoitteena on selvittää, sopiiko liikkumisresepti lääkäreiden työvälineeksi yliopisto-opiskelijoiden
terveydenhuoltoon. Tutkimuksesta tulee samalla terveyskasvatuksen pro gradu- tutkielma.

Toivomme, että täytät oheisen lomakkeen huolellisesti ja postitat sen mahdollisimman pikaisesti
(mielellään 15.10.2005 mennessä) oheisessa postimerkillä varustetussa kirjekuoressa gradu-tutki-
muksen tekijälle. Näin saamme paremmin myös opiskelijoiden äänen kuuluville tässä tutkimuk-
sessa. Otos on pieni, joten sinun vastauksesi on hyvin tärkeä! Tietosi on saatu Jyväskylän YTHS:n
rekisteristä ja lomake on postitettu suoraan YTHS:stä, joten henkilötietosi eivät tule tutkimuksen
tekijän tietoon.

Iso kiitos vaivannäöstäsi!

Lisätietoja tutkimuksesta:

Elina Tuominiemi
Terveyskasvatuksen opiskelija
ektuomin@cc.jyu.fi
p. 040 5907807

Pirjo Paajanen
Jyväskylän YTHS:n ylilääkäri
pirjo.paajanen@yths.fi
p. 014 - 2601 966

Liite 1: Liikkumisreseptilomake (muistutukseksi – ei tarvitse täyttää!)

koodi _____

1. **Sukupuolesi:** (rengasta sopiva vaihtoehto) **nainen / mies**
2. **Ikäryhmäsi:** (rastita sopiva vaihtoehto) **19-25**
 26-35
 36-
3. **Sairausryhmäsi, jonka vuoksi kävit lääkärillä saadessasi liikkumisreseptin:**
(rengasta sopiva vaihtoehto)
astma **masennus/ahdistus tai vastaava**
4. **Ajankohta, jolloin sait liikkumisreseptin:** _____
(ainakin vuoden tarkkuudella, mielellään myös vuodenaika ja/tai kuukausi)
5. **Muistako vielä liikkumisreseptisi sisällön?** (rengasta sopiva vaihtoehto) **kyllä / ei**
6. **Jos ajattelet koko aikaa liikkumisreseptin saamisesta tähän päivään asti, missä määrin olet noudattanut siinä annettuja liikkumisohjeita?** (rengasta sopiva numero)
- en juuri ollenkaan 1 2 3 4 5 lähes täysin
7. **Jos et ole noudattanut liikkumisreseptisi ohjeita, mitkä ovat siihen tärkeimmät syyt?**
- _____
- _____
- _____
- _____
8. **Onko liikkumisreseptiäsi tai sen sisältöä käsitelty liikkumisreseptin saamisen jälkeisillä käynneilläsi Jyväskylän YTHS:llä?** (rastita sopiva/sopivat vaihtoehdot)
- kyllä, lääkärin kanssa**
- kyllä, fysioterapeutin kanssa**
- ei lainkaan**
- ei ole ollut muita käyntejä YTHS:llä**
- kysymykset jatkuvat kääntöpuolella →

9. Missä määrin saamasi liikkumisresepti sopi sinulle? (rengasta sopiva vaihtoehto)

hyvin / huonosti

Miksi? _____

10. Millaisena koet liikkumisreseptin ylipäättään? (rengasta sopiva numero)

huonosti							hyvin
motivoiva	1	2	3	4	5		motivoiva
tarpeeton	1	2	3	4	5		hyödyllinen

11. Sopiiko liikkumisresepti mielestäsi omalle sairausryhmällesi (jonka vuoksi kävit silloin lääkärissä)? (rengasta sopiva vaihtoehto)

kyllä / ei

Miksi? _____

12. Kannattaako mielestäsi liikkumisreseptiä käyttää lääkärin työvälineenä yliopisto-opiskelijoiden terveydenhuollossa? (rengasta sopiva vaihtoehto)

kyllä / ei

Miksi? _____

13. Ehdotuksiasi liikkumisreseptin kehittämiseksi?

KIITOS VASTAUKSESTASI!