

KYSELYTUTKIMUS KESKI-SUOMEN KESKUSSAIRAALAN
LÄÄKÄREILLE LIKUNTAPOLIKLINIKAN
TARPEELLISUUDESTA ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA

Katja Backman
Liikuntalääketieteen
Pro Gradu -tutkielma
Jyväskylän Yliopisto
Terveystieteiden laitos
Kevät 2005

ALKUSANAT

Tämä pro gradu -tutkielma on tehty Englannissa jo tehdyn BSc (Hons) Exercise Science tutkintoon tehdyn tieteellisen tutkimuksen lisäksi täydentämään Terveystieteiden maisteriksi valmistumisen vaatimuksia. Koska Englannissa tehty tutkielma on kokeellista tutkimusmetodia käyttävä tutkimus, on tämä tutkimus tarkoituksella valittu käyttämään erilaista tutkimusmetodia, jotta saisin kuvan ja kokemusta mahdollisimman erilaisesta tutkimuksesta.

Haluan kiittää liikuntalääketieteen professori Urho Kujalaa ja Keski-Suomen keskussairaalan vt. kuntoutusylilääkäri Mauri Kallista kaikesta avusta, jota he tarjosivat tätä työtä tehdessäni. Tämän lisäksi kiitän myös Benjaminia kaikesta avusta ja tuesta, joita hän minulle antoi tämän työn aikana.

TIIVISTELMÄ

Kyselytutkimus Keski-Suomen keskussairaalan lääkäreille liikuntapoliklinikan tarpeellisuudesta erikoissairaanhoidossa.

Katja Backman
Jyväskylän Yliopisto
Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta
Terveystieteiden laitos
Kevät 2005
54 sivua, kaksi liitettä

Tämän tutkimuksen päätarkoituksena oli selvittää Keski-Suomen keskussairaalan lääkäreiden näkemys liikuntapoliklinikan tarpeesta ja sen perustamisedellytyksistä. Tutkimuksen avulla selvitettiin lääkäreiden käsitykset liikunnan hyödyistä sairauksien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa. Lisäksi tutkimuksella kartoitettiin tämän hetkisiä liikuntaneuvontakäytäntöjä Keski-Suomen keskussairaalassa ja tulevaan liikuntapoliklinikkaan liittyviä asioita. Asia on erittäin ajankohtainen sillä liikuntapoliklinikka on suunniteltu aloitettavan vuonna 2005. Näin ollen on tärkeää tietää lääkäreiden asenteet tulevaa liikuntapoliklinikkaa kohtaan.

Tutkimus tehtiin kyselylomake tutkimuksena viiden eri erikoisalan lääkäreille; kuntoutus ja fysiatrian, keuhkosairauksien, sisätautien, lastentautien ja neurologian lääkäreille. Tilastollinen analyysi suoritettiin SPSS- ohjelmalla. Kyselylomakkeen vastausvaihtoehdot koodattiin luokkamuuttujiksi ja nämä analysoitiin käyttämällä ristiintaulukointia ja Chi Square testejä.

Vastausprosentti kyselyssä oli 35,2 %. Tutkimukseen vastanneet lääkärit olivat sitä mieltä, että liikuntaa voidaan käyttää hyväksi lääketieteessä, sillä täysin samaa mieltä liikunnan hyödyistä sairauksien ehkäisyssä oli 90,3 % lääkäreistä ja sairauksien hoidossa 77,4 % lääkäreistä. Lähes kaikki lääkärit (96,8 %) olivat antaneet liikuntaneuvontaa potilailleen, mutta liikuntaneuvonta tapahtuu tällä hetkellä lähinnä suullisesti annettuna. Lähes 75 % lääkäreistä oli sitä mieltä, että sairaalassa tulisi olla liikuntapoliklinikka ja yli 80 % lääkäreistä olisi valmis ohjaamaan potilaansa tällaiselle poliklinikalle. Suurimmat potilasryhmät tulisivat olemaan aineenvaihduntasairaudet ja lihavuus sekä tuki- ja liikuntaelinsairaudet, yksittäisistä sairauksista ylipaino ja diabetes. Lääkärit haluavat liikuntapoliklinikan antavan potilailleen hyviä liikuntaohjeita, motivaatiota liikuntaan ja seurantaan liikunnan toteutumisesta.

Päätuloksena pidetään lääkäreiden hyväksyntää liikuntapoliklinikkaa kohtaan ja heidän haluansa ohjata potilaitaan kyseiselle poliklinikalle. Tulos on erittäin positiivinen ja kannustava liikuntapoliklinikan aloittamiselle. Näitä tutkimustuloksia on jo nyt käytetty liikuntapoliklinikan aloittamiseen haettavan apuraha hakemuksen tukena. Osin tämän tutkimuksen tulosten tukemana liikuntapoliklinikkahanke on päätetty aloittaa pienimuotoisesti Keski-Suomen keskussairaalassa maaliskuussa 2005.

Asiasanat: Liikuntapoliklinikka, liikuntaneuvonta, erikoissairaanhoito, lääkärit, kyselytutkimus

ABSTRACT

Physicians' views on the need of an exercise clinic based in the Central Finland Central Hospital

Katja Backman

University of Jyväskylä

Faculty of Sport and Health Sciences

Department of Health Sciences

Spring 2005

Master's Thesis in Sport and Exercise Medicine, 54 pages, 2 appendixes

The main aim of this research was to investigate the view of the physicians' at the Central Finland Central Hospital on the need to start up an exercise clinic. The study investigated the physicians' attitudes towards using exercise as a prevention and treatment of diseases. It investigated the present trends in exercise counselling at the Central Finland Central Hospital. Other issues concerning the future exercise clinic were also studied. This is very relevant topic at the moment as the clinic has been planned to start up at the beginning of 2005, therefore it is important to know the physicians' attitudes towards the clinic.

The data was collected using a questionnaire distributed to physicians, who practice within five different specialities: internal, paediatrics, respiratory, neurology and rehabilitation medicine. Statistical analysis was carried out using SPSS programme. Answer alternatives from questionnaires were coded and analysed by using crosstabs and Chi-Square tests.

Reply rate to the questionnaires was 35,2 %. The research showed that the physicians are very positive about using exercise in medicine, 90,3 % completely agreed that exercise can be used as a prevention of diseases and 74,4 % completely agreed in using exercise as a treatment. Almost all (96,8 %) of the physicians have given exercise counselling to their patients. At the moment exercise advice is mainly given as spoken advice, not written. Three quarters of the physicians think that there should be an exercise clinic in the hospital. Over 80 % of the physicians are ready to refer their patients to the exercise clinic, if it was to be started. The main patient groups at the clinic would be metabolic disorders, obesity and musculoskeletal disorders, with the main two conditions being obesity and diabetes. The physicians think that patients should receive motivation, exercise advice and follow-up assessments from the exercise clinic.

The main result from the study concluded that physicians accept the idea of the exercise clinic and they are confident to refer their patients to the clinic. The result is very positive and encouraging for the start up of this exercise clinic. The results have already been used when applying for the clinics funds and with the help of these results the exercise clinic has been approved to start up in the Central Finland Central Hospital in March 2005.

Keywords: Exercise clinic, exercise counselling, hospital, physicians, questionnaire

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 LIIKUNTA JA TERVEYS	2
2.1 LIIKUNNAN HARRASTUS SUOMESSA	2
2.2 LIIKUNNAN VAIKUTUS TERVEYTEEN	3
2.3 TERVEYSLIIKUNTASUOSITUKSIA.....	3
2.4 TERVEYSLIIKUNNAN EDISTÄMINEN	5
3 LIIKUNTANEUVONTA	6
3.1 LIIKUNTAKÄYTTÄYTYMISEN MUUTOS	6
3.2 POTILAAN MOTIVOINTI	7
4 LÄÄKÄREIDEN ANTAMA LIIKUNTANEUVONTA.....	9
4.1 LÄÄKÄREIDEN ANTAMAN LIIKUNTANEUVONNAN TEHOKKUUS.....	9
4.2 LIIKUNTANEUVONNAN APUVÄLINEITÄ.....	10
4.3 LÄÄKÄREIDEN LIIKUNTANEUVONNAN ANTOON VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ.....	11
4.4 LIIKUNTANEUVONNAN KESTO	12
4.5 KENELLE LIIKUNTANEUVONTAA TULISI ANTAA.....	12
5 ERIKOISSAIRAANHOID OSSA ANNETTAVA LIIKUNTANEUVONTA	15
5.1 LIIKUNNAN MERKITYS JA TIETO LIIKUNNAN TERVEYSVAIKUTUKSISTA.....	15
5.2 LIIKUNTANEUVONNAN TOTEUTUS.....	16
5.3 SAIRAALOISSA TAPAHTUVAT LIIKUNNALLISET KUNTOUTUKSET	17
5.3.1 Sydänkuntoutus.....	18
5.3.2 Keuhkopotilaiden kuntoutus.....	20
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	21
7 TUTKIMUSMENETELMÄT.....	23
7.1 TUTKIMUKSEN KOHDEJOUKKO.....	23
7.2 KYSELYLOMAKKEEN LAADINTA	23
7.3 KYSELYN TOTEUTUS	24
7.4 AINEISTON ANALYYSI	25
8 TULOKSET	27
8.1 LÄÄKÄREIDEN OMA LIIKUNTA-AKTIIVISUUS JA SEN TÄRKEYS OMALLE TERVEYDELLE.....	27
8.2 LIIKUNNAN HYÖDYNTÄMINEN LÄÄKETIETEESSÄ	28
8.3 LIIKUNTAAN LIITTYVÄ TIETO, KOULUTUKSENTARVE JA UUSIEN TUTKIMUSTULOSTEN SEURAAMINEN.....	29
8.4 LIIKUNTANEUVONNAN TOTEUTUMINEN TÄLLÄ HETKELLÄ.....	30
8.5 LIIKUNTAPOLIKLINIKAN TARPEELLISUUS JA POTILAIDEN OHJAAMINEN SINNE.....	31
8.6 MILLAISTA LIIKUNTA.....	32
8.7 KENEN TULISI OHJATA LIIKUNTA.....	33
8.8 MITÄ SAIRAUKSIA SAIRASTAVILLE POTILAILLE LIIKUNTA JA KUINKA PALJON POTILAITA.....	34
8.9 MITÄ ODOTATTE LIIKUNTAPOLIKLINIKAN ANTAVAN POTILAILLENNE?.....	35

8.10 MUITA KOMMENTTEJA.....	37
8. 11 OMAN LIIKUNTA-AKTIIVISUUDEN VAIKUTUS ASENTESIIN.....	37
8.12 UUSIEN TUTKIMUSTULOSTEN SEURAUKSEN VAIKUTUS ASENTESIIN	38
9 POHDINTA	39
9.1 KYSELYN LUOTETTAVUUS.....	39
9.2 KYSELYLOMAKKEEN KÄYTTÖ AINEISTON KERUUMENETELMÄNÄ.....	40
9.3 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU	42
9.4 TUTKIMUKSEN KÄYTÄNNÖNLÄHEISYYS	46
9.5 LIIKUNTAPOLIKLINIKAN KÄYTÄNNÖN TOIMIVUUDEN EHDOTUKSIA	47
9.6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUS EHDOTUKSIA	49
10 LÄHTEET	50

LIITTEET

Liite 1: Saatekirje

Liite 2: Kyselylomake

1 JOHDANTO

Liikunnan positiivisista terveysvaikutuksista on tiedetty jo pitkään. Jo vuonna 1803 saksalaiset lääkärit Korsbruch ja Ebermeier totesivat, että liikunta on ominaista elämälle ja liikkumattomuus kuolemalle (Laine 1986). Yli 200 vuotta sitten he pitivät terveellisenä liikuntana toimintoja, jotka liittyvät ihmisen hengitykseen ja luontaiseen rytmitajuun, kuten naurua, haukottelua, aivastusta, huutamista ja laulua. Nyt terveysterveyshäiriön käsite on muuttunut, mutta liikuntaa pidetään yhä tärkeänä pitkälle ja hyvinvoivalle terveelle elämälle.

Liikunnan avulla voidaan ennaltaehkäistä monia eri sairauksia, mutta sitä voidaan käyttää myös monien sairauksien hoitona tai ainakin yhtenä hoitomuodosta (Bouchard 2001). Tämän tähden on tärkeää, että liikuntaneuvontaa annetaan sekä terveille, että myös sairaille potilaille. Lääkäreillä on hyvät edellytykset liikuntaneuvonnan antamiseen, sillä he tapaavat työssään paljon fyysisesti inaktiivisia potilaita, joille liikunnasta olisi hyötyä joko sairauden hoidossa tai ennaltaehkäisevänä toimenpiteenä (Pate ym. 1995, Miilunpalo ja Aittasalo 2002).

Suomessa on otettu käyttöön liikkumisresepti, joka on lääkäreiden liikuntaneuvonnan antamista helpottava työkalu (Liikkumisreseptihanke 2002). Erikoissairaanhoidon lääkärit eivät kuitenkaan ole ottaneet liikkumisreseptiä vielä käyttöön eivätkä usein anna kirjallisia liikkumisohjeita, vaikka suurin osa erikoissairaanhoidon lääkäreistä uskookin liikunnan olevan hyväksi potilailleen (Starck 2003). Keski-Suomen keskussairaalan ja Jyväskylän yliopiston yhteistyönä aloitettava liikuntapoliklinikkahanke tulee tukemaan liikuntaneuvonnan antamista Keski-Suomen keskussairaalassa. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää liikuntapoliklinikan tarvetta, sen perustamisedellytyksiä ja siihen tarvittavia resursseja Keski-Suomen keskussairaalaan.

2 LIIKUNTA JA TERVEYS

Säännöllisen liikunnan myönteisistä ja vähäisen fyysisen aktiivisuuden kielteisistä terveysvaikutuksista on kiistatonta tutkimusnäyttöä (Bouchard ym. 1994, Bouchard 2001, Miilunpalo ja Aittasalo 2002). Vuori (1996) on todennut, että terveysliikunta on terveydelle tarpeellista, koska se on toimintakyvylle välttämätöntä, se auttaa tautien torjunnassa ja jokainen hyötyy siitä jossain elämänsä vaiheessa, mutta yhteiskunta kaiken aikaa. Niin ollen liikuntaa lisäämällä voidaan koko väestön toimintakykyä, terveyttä ja hyvinvointia merkittävästi parantaa kaikissa ikäryhmissä, sen lisäksi voidaan myös säästää julkisen sektorin kustannuksia (Miilunpalo ja Aittasalo 2002, Sosiaali- ja Terveysministeriö 2002). Terveysliikunta on terveydelle edullisia vaikutuksia hyvällä hyötysuhteella tuottavaa liikuntaa, jonka vaarat ja haitat ovat vähäiset (Moisio 1999, Vuori 2000).

2.1 Liikunnan harrastus Suomessa

Terveydenedistämisen kannalta suomalaisten liikuntatottumuksissa on parantamisen varaa. Suomalaisen aikuisväestön vapaa-ajanliikunta on lisääntynyt viimeisen 25 vuoden aikana, mutta samalla jokapäiväinen työmatka- ja muu arkiliikunta on vähentynyt. Vuoden 2003 Kansanterveyslaitoksen julkaisun mukaan suomalaisista 15–64 -vuotiaista miehistä 58 % harrasti vapaa-ajan liikuntaa vähintään 30 minuuttia vähintään kahdesti viikossa ja naisista 65 %. Vain reilu kolmannes kaikista aikuisista käveli tai pyöräili työmatkoillaan vähintään 15 minuuttia päivässä. (Helakorpi ym. 2003, 10, 17.) Vaikka suomalaiset pitävät liikuntaa varsin suuressa arvossa (Hirvensalo ja Häyrynen 2003) silti yli puolet suomalaisista ei liiku terveytensä kannalta riittävästi (Sosiaali- ja Terveysministeriö 2002, Hirvensalo ja Häyrynen 2003). Vuori (2000) toteaa, että suurin hyöty koko väestön terveydelle liikunnalla saataisiin, jos harvemmat ihmiset ovat yhä vähemmän fyysisesti passiivisia ja useammat ovat edes jossain määrin fyysisesti aktiivisia.

2.2 Liikunnan vaikutus terveyteen

Fyysisesti passiivisilla henkilöillä on suurempi vaara sairastua moniin eri sairauksiin kohtuullisesti liikkuviin verrattuna. Tutkimusten mukaan sepelvaltimotaudin, aivohalvauksen ja liikalihavuuden kehittymisessä vaara on noin kaksinkertainen inaktiivisilla henkilöillä, aikuisiän sokeritaudissa vaara on 20–60 %, verenpainetaudissa 30 %, paksusuolensyövässä 40–50 % ja osteoporoottisissa luunmurtumissa 30–50 % suurempi inaktiivisilla henkilöillä (Vuori 2000, Sosiaali- ja Terveysministeriö 2002). Inaktiivisuus lisää siis huomattavasti monien sairauksien vaaraa. Suomalaisessa tutkimuksessa on osoitettu, että suomalaisten sairaalapalvelujen käyttö on 25–35 % vähäisempää fyysisesti aktiivisimmalla kolmanneksella verrattuna passiivisimpaan kolmannekseen (Sosiaali- ja Terveysministeriö 2002). Vuori (2000) toteaaakin, että jo vähäinen fyysinen aktiivisuus vähentää olennaisesti näitä passiivisuuden haittoja. Länsi-Suomen lääninhallitukselle tehdyn selvityksen mukaan erikoissairaanhoidossa työskentelevät lääkärit pitävät liikuntaa tärkeänä tekijänä sairauksien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa (Starck 2003).

Liikunnalla voidaan ennaltaehkäistä sairauksia, mutta sitä voidaan käyttää myös sairauksien hoidossa. Terveystieteiden käytettävien keinojen ja toimintatapojen valinta perustuu yhä enemmän luotettavaan tutkimustulokseen perustuvaan näyttöön (Vuori 1996). Saatavilla on monia satunnaistettuihin kontrolloituihin hoitotutkimuksiin perustuvia meta-analyysyjä liikunnan vaikutuksesta eri sairauksiin (The Cochrane Collaboration). Tutkimustiedon lisääntyminen liikunnan hoitavista vaikutuksista on vaikuttanut moniin suomalaisiin hoito- ja toimintasuosituksiin (Miilunpalo ja Aittasalo 2002). Monien eri sairauksien kohdalla Duodecimin käypähoito -suosituksissa on mukana liikunta. Näitä sairauksia ovat mm. alaselän sairaudet, astma, lihavuus, keuhkohtaumatauti, kohonnut verenpaine, niskakipu, nivelreuma, osteoporoosi ja rintasyöpä.

2.3 Terveysliikuntasuosituksia

Liikunnan positiivisista terveysvaikutuksista on tiedetty jo pitkään, mutta siihen tarvittavan liikunnan määrästä ja suosituksista ei olla vielä kukaan yhtä mieltä. Yksi yleisimmin käytetyistä terveystieteiden suosituksista, jolla voidaan saada aikaan positiivisia terveysvaikutuksia, on The American College of Sports Medicine (ACSM) ja the Centers for Disease Control and

Prevention (CDC) tekemä suositus. ACSM ja CDC suosituksen mukaan kohtalaisenkuormittavaa liikuntaa tulisi harrastaa 30 minuuttia päivittäin tai ainakin useampana päivänä viikossa. Liikuntasuorituksen voi tehdä yhdellä kerralla tai useammassa lyhyemmässä jaksossa, mutta vähintään 10 minuuttia kerrallaan. Liikunnan tulisi parantaa sydän- ja verenkiertoelimistöä, lihaskuntoa ja kehon rasvatasapainoa. Suosituksen mukaan kestävyysliikuntaa tulisi tehdä 3-5 päivänä viikossa ja venyttely sekä lihaskuntoharjoittelua 2-3 päivänä viikossa. (ACSM 2000.) Terveysten kannalta riittävä liikunta kuluttaa päivittäin noin 200 kaloria (Pate ym. 1995). Terveystieteen saavuttamiseksi ei siis välttämättä tarvitse liikkua rasittavalla intensiteetillä, niin kuin ennen luultiin (Miilunpalo ja Aittasalo 2002). Vuori (2000) kuitenkin toteaa, että tämä 30 minuuttia päivässä terveystieteen suositus on lähinnä vähimmäis- kuin optimisuositus. Vaikkakin kyseisellä yleissuosituksella saavutetaan terveystieteen, silti se ei tuota kaikkia terveystieteen edistäviä vaikutuksia, vaan suurempien terveystieteen vaikutusten takaamiseksi on liikunnan määrän ja intensiteetin oltava suurempaa (ACSM 2000, Vuori 2000).

ACSM (2000) suosituksen mukaan kestävyysliikunnan tulisi kuormittaa pääosiltaan suuria lihasryhmiä ja sen tulisi olla myös rytmistä ja dynaamista, jolloin verenkierto toimii taloudellisesti. Sopivia lajeja ovat esimerkiksi kävely sauvojen kanssa tai ilman, pyöräily, voimistelu, hiihto, uinti, soutu ja hölkkä. Liikunnan teho tulisi määrittellä yksilöllisesti kuormituskokeessa saavutetun maksimi-sykkeen perusteella, mikäli tämä on mahdollista. Kestävyysliikunnan lisäksi tulisi myös tehdä lihaskuntoharjoittelua. Lihaskunnan ylläpitäminen on tärkeää jo jokapäiväisten perustoimintojen ylläpitämisessä ennen kaikkea ikääntyvillä ihmisillä. (Alen ym. 1997, ACSM 2000.)

Aikaisemmin kokonaan inaktiivisten henkilöiden saattaa olla mahdotonta liikkua edes suositeltavaa 30 minuuttia päivittäin. Tässä tapauksessa liikuntaa ei tarvitse heti aloittaa kyseisellä määrällä, vaan fyysisen aktiivisuuden voi aloittaa muutaman minuutin mittaisella aktiivisuudella päivittäin ja hiljalleen kasvattaa tätä määrää 30 minuutin mittaiseksi (Pate ym. 1995, ACSM 2000). Tärkeintä onkin liikunnan lisääminen, sillä jo vähäinen liikunnan lisääminen tuottaa terveystieteen hyötyjä (Pate ym. 1995). Uuden liikunnan harrastajan kannattaa keskittyä nopean etenemisen sijasta turvallisuuteen ja tavoitteellisuuteen (Moisio 1999). Liikuntaa aloitettaessa kannattaa muistaa liikunnan eri muodot ja mahdollisuudet. Liikunta voi olla päivittäistä arkiliikuntaa sisältäen työmatkaliikunnan, portaiden kävelemisen hissien sijasta, lasten kanssa leikkimisen tai liikunta voidaan liittää muihin harrastuksiin kuten

puutarhanhoitoon, luontokuvaukseen, marjastamiseen tai tanssimiseen. Liikunta voi olla kunnan ja terveyden tavoittelua, kuten sauvakävelyä tai kuntosalilla käyntiä tai harrastaja voi tutustua uuteen lajiin. Liikunta voi olla kaikkea näitä yhtä hyvin kuin se voi olla kilpailuihin tähtäävää urheilua. (Pate ym. 1995, Marttila ym. 1998, Hirvensalo ja Häyrynen 2003.)

2.4 Terveysliikunnan edistäminen

Väestön fyysisen aktiivisuuden lisäämiseen tarvitaan laaja-alaista toimintaa ja monien eri tahojen yhteistyötä. Liikuntajärjestöt ja enenevästi myös sosiaali- ja terveysalan järjestöt ovat tärkeitä toimijoita terveyttä edistävän liikunnan kehittämisessä (Sosiaali- ja Terveysministeriö 2002). Terveystuella onkin hyvät mahdollisuudet terveysliikunnan edistämisessä ja ilman sen vahvaa panosta terveysliikunta ei pysty lisääntymään parhaalle mahdolliselle tasolle (Vuori 2000). Kuntien tulee luoda edellytyksiä kuntalaisten liikunnalle kehittämällä terveyttä edistävää liikuntaa tukemalla kansalaistoimintaa ja terveysneuvontaa, rakentamalla kevyenliikenteen väyliä, tarjoamalla liikuntapaikkoja ja järjestämällä liikuntaa huomioon ottaen erityisryhmät sekä tiedottamalla paikallisista liikuntamahdollisuuksista (Moisio 1999, Sosiaali- ja Terveysministeriö 2002).

3 LIIKUNTANEUVONTA

Terveyskasvatus on yksi olennainen osa terveyden edistämistä. Yhtenä osana terveystasvatukseen kuuluu terveystasvatattajan antama terveystasneuvonta, joka voi kohdistua ihmisten terveydentilan edistämiseen ja ylläpitämiseen tai myös suoraan sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon. (Vertio 2003, 573.) Terveystasneuvonnassa viestinnän sisältö ja toteutus sopeutetaan asiakkaan tai potilaan henkilökohtaisten lähtökohtien ja tarpeiden mukaan (Miilunpalo 1989, 29). Parhaimmillaan terveystasneuvonta on asiakkaan terveyteen liittyvien ongelmien ratkaisemista asiantuntijan ja asiakkaan vuorovaikutustilanteessa (Vertio 2003, 537).

Liikuntaneuvonta termillä viitataan sisällöllisesti liikuntaan liittyvään terveystasneuvontaan. (Miilunpalo 1989, 29–30). Alen ym. (1997, 72) totesivat, että liikuntaneuvonta on yksi osa sekä liikuntatieteeseen että terveystasvatukseen kuuluvaa terveystasneuvontaa. Suomessa liikuntaneuvontaan liittyvää kehittämistä- ja tutkimustyötä on tehty mm. UKK-instituutissa (Hirvensalo ja Häyrynen 2003). Terveydenhuollossa liikuntaneuvonta toteutuu lähinnä lääkäreiden, terveydenhoitajien, sairaanhoitajien ja fysioterapeuttien vastaanotolla. Terveydenhuollon ja liikunta-alan asiantuntijoiden antaman liikuntaneuvonnan tehtävinä on mm. potilaiden liikuntakäyttäytymisen muuttaminen ja konkreettisesti uusien liikuntataitojen opettaminen. (Alen ym. 1997, 72- 73.)

3.1 Liikuntakäyttäytymisen muutos

Käyttäytymisen muutos, kuten tupakanpolton lopettaminen tai fyysisen aktiivisuuden aloittaminen ei tapahdu nopeasti. Sen lisäksi elintapojen muutos vaatii potilaalta lääkehoitoon verrattuna huomattavasti suurempaa asiaan paneutumista ja muutokseen sitoutumista (Miilunpalo 1995, 418). Prochaskan ja DiClementesin teorian mukaan käyttäytymisen muutos tapahtuu viidessä vaiheessa. Nämä muutosvaiheet ovat esiharkinta (precontemplation), harkinta (contemplation), valmistelu (preparation), toiminta (action) ja ylläpito (maintenance). Esiharkintavaiheessa ihmisillä ei ole mielenkiintoa tai ajatusta käyttäytymisen muutokseen, potilas ei liiku eikä myöskään ajattele liikuntaa. Harkintavaiheessa muutosta ajatellaan tosissaan, potilas ei ole vielääkään fyysisesti aktiivinen, mutta ajattelee liikunnan aloittamista. Valmistelu on muutokseen valmisteleva vaihe, jonka aikana potilas on jonkun verran

fyysisesti aktiivinen, mutta liikunta on epäsäännöllistä. Toimintavaiheessa potilas liikkuu jo säännöllisesti, mutta on liikkunut säännöllisesti alle kuusi kuukautta. Ylläpitovaihe on kuudesta kuukaudesta eteenpäin. Tämän muutosvaiheen aikana uusi käyttäytyminen otetaan elämäntavaksi; potilas liikkuu säännöllisesti ja on tehnyt sitä jo yli kuusi kuukautta. (Laitakari ja Miilunpalo 1998, Pinto 1998, Green ja Kreuter 1999, 299, Rinne ja Marttila 2002.) Näitä eri tasoja voidaan käyttää hyväksi liikuntaneuvonnan antamisessa, jotta oikea informaatio voidaan antaa eri tasojen potilaille (Laitakari ja Miilunpalo 1998).

Muutosvaiheesta toiseen siirtymistä voidaan tarkastella muutokseen vaikuttavien tekijöiden avulla (Rinne ja Marttila 2002). Liikunnan edistämiseen on sovellettu Lawrence Greenin Precede- Proceed terveystyöskäytännön mallia (Miilunpalo 1995, 424–425, Green ja Kreuter 1999, 38–43). Tämän mallin mukaan liikunnan harrastaminen on yhteydessä kolmeen osaluokkaan; altistaviin, mahdollistaviin ja vahvistaviin tekijöihin. Liikuntaharrastusta altistavia tekijöitä ovat ulkoiset ärsykkeet, kuten liikuntapaikan läheisyys, liikuntataidot sekä sisäiset odotukset ja asenteet. Liikuntaharrastusta mahdollistaviin tekijöihin kuuluvat kiireettömyys, stressittömyys, terveydentila, liikuntataidot sekä paikkojen ja välineiden saatavuus. Vahvistavia tekijöitä ovat ulkoinen kiitos, tuki ja palkinnot sekä sisäisesti koetut palkinnot kuten ilo, nautinto, mielekkyys, terveyden parantuminen ja onnistumisen elämykset. (Laitakari ja Miilunpalo 1998, Green ja Kreuter 1999, 40–42, Hirvensalo ja Häyrynen 2003.) Fogelholmin (2001) mukaan ihmisten liikuntakäytännön muutos on otollisimmillaan silloin, kun mahdollisimman monta altistavaa, mahdollistavaa ja vahvistavaa tekijää vaikuttaa samaan suuntaan. Niin ollen liikuntaneuvonnalla pyritään saavuttamaan tällainen tilanne. Terveydenhuollossa voidaan vaikuttaa altistaviin tekijöihin keskustelemalla potilaan kanssa liikunnan merkityksestä terveyteen ja sairauden hoitoon. Lääkäri voi vaikuttaa mahdollistaviin tekijöihin arvioimalla potilaan tottumusten, terveydentilan ja toimintakyvyn perusteella hänelle sopivat liikuntamuodot. Liikuntaharrastamisen jatkumisen kannalta vahvistavat tekijät ovat tärkeitä. (Miilunpalo 1995, 424–425.)

3.2 Potilaan motivointi

Kynnys liikunnan aloittamiseen voi olla suuri. Tämän takia liikuntaneuvonnassa on otettava huomioon potilaan motivoiminen. Vuori (1994) huomauttaa, että merkittävimmät liikuntaa rajoittavat tekijät suomalaisilla ovat itsekurin ja riittävän kiinnostuksen puute, jotka usein

ilmaistaan ajan puutteena. Niin ollen liikuntaharrastuksen aloituksessa tarvitaan paljon tukea ja asiantuntevaa ohjausta (Moisio 1999). Liikuntaneuvonnan antamisessa on tärkeää, että potilasta ei syyllistetä liikkumattomuuden takia, sillä monille vähäinen liikunnan harrastus voi sinänsä jo aiheuttaa syyllisyydentunteita ja tämä edelleen vaikeuttaa liikunnan aloittamista (Laine 1986). Uutta harrastajaa kannattaa tukea kannustamalla, muistuttamalla tai jopa lähtemällä hänen kanssaan yhdessä liikkumaan (Hirvensalo ja Häyrynen 2003).

Onnistuneen liikuntaneuvonnan kannalta on tärkeää sopia potilaan kanssa ohjelman konkreettisesta toteutumisesta, sen vaikutusten ja mahdollisten ongelmien seurannasta (Miilunpalo ja Aittasalo 2002). Miilunpalon ja Aittasalon (2002) mukaan seurantatapaaminen osoittaa neuvojan kiinnostuksen ohjelman toteutumisesta ja tavoitteiden saavuttamisesta. Liikuntaneuvonnan antajan tulisi myös olla fyysisesti aktiivinen. Se on tärkeää oman terveyden kannalta, mutta se tekee liikuntaneuvonnasta enemmän uskottavaa, kun myös neuvonantaja itse uskoo liikunnan tehoon (Pate ym. 1995).

4 LÄÄKÄREIDEN ANTAMA LIIKUNTANEUVONTA

Liikuntaneuvonnan antaminen terveydenhuollon yhteydessä on järkevää. Lääkäreiden ja muun terveydenhuollon ammattilaisten tulisi omaksua säännöllisen liikuntaneuvonnan antaminen potilaille liikunnan aloittamisesta ja sen jatkamisesta jo liikunnan aloittaneille (Pate ym. 1995). Lääkäreillä on hyvät mahdollisuudet liikuntaneuvonnan antamiseen, sillä he tapaavat työssään jatkuvasti fyysisesti inaktiivisia ihmisiä, joille liikunnan aloittaminen tai sen lisääminen olisi terveyden kannalta hyväksi (Miilunpalo ja Aittasalo 2002). Ihmiset kunnioittavat lääkäreiden antamia terveydenhoito-ohjeita ja näin ollen on perusteltua, että lääkärit ottavat kantaa potilaidensa liikuntatottumuksiin ja antavat liikuntaohjeita (Pate ym. 1995, Miilunpalo ja Aittasalo 2002).

4.1 Lääkäreiden antaman liikuntaneuvonnan tehokkuus

Lääkäreiden antaman liikuntaneuvonnan tehokkuudesta on tehty melko paljon tutkimuksia (Smith ym. 2000, The Writing Group for the Activity Counseling Trial Research Group [ACT] 2001, Eden ym. 2002). Näissä tutkimuksissa tulokset ovat hieman ristiriitaiset, mutta yleisesti ne antavat positiivisen kuvan liikuntaneuvonnan tehokkuudesta. Yleisesti joko lääkärin ja tai muun terveydenhuoltohenkilöstön antamasta liikuntaneuvonnasta ei ole hyötyä tai se lisää liikunnan määrää, mutta liikuntaneuvonnasta ei ole löydetty olevan ainakaan haittaa. Tutkimusten mukaan liikuntamäärän lisääntyminen on usein kuitenkin vain lyhytkestoista (Smith ym. 2000, Eden ym. 2002), vaikka ACT tutkimuksessa interventioon osallistuneiden naisten kunto (VO₂ max) oli korkeampi kuin kontrolliryhmäläisten vielä kahden vuoden seurannan jälkeen. Laadullisesti tutkimukset eivät ole olleet kovinkaan hyviä, mikä laskee tutkimustuloksien uskottavuutta (Eden ym. 2002). Edenin ym. (2002) tekemän yhteenvedon mukaan suurimmassa osassa tutkimuksista oli lyhyt seuranta-aika, erityisen motivoituneet liikuntaneuvonnanantajat, eritasoiset ryhmät tutkimuksen aloituksessa liikunnan osalta ja vähän tutkittavia. Useiden tutkimusten menetelmistä ei myöskään käynyt ilmi millaista liikuntaneuvontaa tutkittavat olivat saaneet.

4.2 Liikuntaneuvonnan apuvälineitä

Erilaisia liikuntaneuvonnan antamista helpottavia apuvälineitä on kehitelty eripuolilla maailmaa. Yhdysvalloissa on kehitelty apuväline nimeltä projekti PACE (Physician-based Assessment and Counseling for Exercise) (Pate ym. 1995), Uudessa-Seelannissa Green Prescription -hanke, Australiassa Active Practice -projekti, Isossa-Britanniassa on mahdollisuus saada lähete (exercise referral) liikuntakeskukseen ja Suomessa liikkumisresepti (Aittasalo ja Miilunpalo 2002, Liikkumisresepti -hanke 2002).

PACE -projektissa käytössä olevan kaavakkeen tavoitteena on mitata potilaan liikunnallista tasoa ja valmiutta sen muuttamiseen (Patrick ym. 1994, Pate ym. 1995). PACE -projektin perustana käytetään käyttäytymisen muutosvaiheita: esiharkintaa, harkintaa ja toimintaa. PACE -projekti ottaa kantaa sellaisiin muutettavissa oleviin tekijöihin, joiden tiedetään vaikuttavan fyysiseen aktiivisuuteen kuten tehokkuus, sosiaalinen tuki ja kuvitellut syyt liikkumattomuuteen. PACE on yhdistelmä käyttäytymis- ja liikuntatieteitä. Se ottaa kantaa esteisiin, joita lääkäreillä on liikuntaneuvonnan antamiselle ja auttaa lääkäreitä keskittymään neuvonnan ajaksi sosiaalisten ja psykologisten asioiden muuttamiseen, joiden tiedetään vaikuttavan fyysiseen aktiivisuuteen. Näiden lisäksi se opettaa lääkäreille taitoja mahdollisimman tehokkaaseen liikuntakäyttäytymisen muuttamiseen ja keskittyy potilaille tuttuihin ja turvallisiin liikuntamuotoihin. (Patrick ym. 1994.)

Suomessa liikkumisresepti helpottaa lääkäreiden liikuntaneuvonnan antamista. Liikkumisreseptihanke käynnistyi Suomessa vuonna 2001. Hankkeessa ovat mukana Suomen Reumaliitto, Suomen Lääkäriliitto, Suomen Sydänliitto, UKK-instituutti, KKI-ohjelma ja Jyväskylän yliopiston Terveiden edistämisen tutkimuskeskus. (Liikkumisreseptihanke 2002.) Hankkeen ensisijaisena tavoitteena on lisätä ja helpottaa liikuntaneuvonnan antamista, yhtenäistää lääkäreiden liikuntaneuvontakäytäntöjä sekä kehittää terveydenhuollon ja liikuntatahon välistä yhteistyötä. Sen lisäksi liikkumisreseptin tavoitteena on etenkin terveydellisiin riskiryhmiin kuuluvien potilaiden fyysisen aktiivisuuden lisääntyminen. (Aittasalo ja Miilunpalo 2002, Liikkumisreseptihanke 2002.)

4.3 Lääkäreiden liikuntaneuvonnan antoon vaikuttavia tekijöitä

Liikuntaneuvonnan antaminen ei ole ihan yksinkertainen asia lääkäreillekään. Syitä vähäiseen neuvonnan antamiseen löytyy monia, mutta suurimpana syynä lääkärit mainitsevat ajan puutteen (Walsh ym. 1999). Muita syitä vähäiseen liikuntaneuvontaan ovat vähäiset liikuntaneuvontataidot ja liikuntatiedon epävarmuus, koettu tehottomuus ja luulo, että neuvonta ei muuta potilaan käytöstä ja että potilaat eivät ole kiinnostuneita liikunnasta. Näiden lisäksi itseluottamuksen puute, organisaation tuen puute, vähäinen korvaus ja lisämateriaalin huono saatavuus ovat syitä vähäiseen liikuntaneuvontaa (Pinto ym. 1998, Walsh ym. 1999.) Starckin (2003) tutkimukseen osallistuneet erikoissairaanhoidon lääkärit mainitsivat vähäisen liikuntaneuvonnan antamisen syiksi mm. kiivaan työtahdin, potilaiden asenteet ja oman mielenkiinnon puutteen liikuntaneuvontaa kohtaan.

Liikuntaneuvonnan antamiseen tarvitaan koulutusta. Jo vuonna 1989 Ilkka Vuori totesi Suomen Lääkärilehdessä, että lääkärien ja terveydenhoitajien peruskoulutuksessa liikuntaa käsitellään minimaalisesti. Samana vuonna Miilunpalon tutkimuksesta selvisi, että lääkäreiden ja hoitajien liikuntaneuvontataidot ovat vähäiset. Tämä on osoitus koulutuksen puutteellisuudesta. Miilunpalo (1989, 149) toteaaakin, että lääkäreiden ja terveydenhoitajien perus-, jatko-, ja täydennyskoulutuksessa tulisi olla enemmän liikuntalääketiedettä ja liikuntaneuvontaa. Viisitoista vuotta kyseisten kommenttien jälkeen koulutuksen tarve on edelleen suuri. Vaikkakin suurin osa Starckin (2003) tutkimukseen osallistuneista lääkäreistä uskoi omaavansa riittävän hyvät tiedot liikuntaneuvonnan antamiseen, 42 % erikoissairaanhoidon lääkäreistä kaipasi lisäkoulutusta siihen liittyen, 36 % ei tarvinnut lisäkoulutusta ja 22 % lääkäreistä ei osannut sanoa kantaansa. Eniten koulutusta liikuntaneuvonnan antamiseen kaipasivat alle 35-vuotiaat ja fysiatrian ja keuhkosairauksien lääkärit. Koulutuksen pitäisi sisältää uutta kontrolloitua tutkimustietoa sopivista liikuntamuodoista ja liikunnanannostelusta eri sairauksissa. Tämän lisäksi koulutuksen pitäisi sisältää myös potilaiden motivointiin liittyviä tekijöitä. (Starck 2003.) Hyvän liikuntaneuvonnan antamiseen tarvitaan eri ammattiryhmien lisäkoulutusta ja perehdyttämistä toistensa työtehtäviin (Alen ym. 1997, 73).

Liikuntaneuvontaan positiivisesti yhteydessä olevia tekijöitä on myös löydetty. Starckin (2003) tekemän selvityksen mukaan lääkärin oma liikunta-aktiivisuus vaikuttaa siten, että

enemmän liikuntaa harrastavat lääkärit kysyivät useammin potilaidensa liikuntatottumuksista ja olivat kiinnostuneempia potilaidensa liikunta-aktiivisuudesta. Walshin ym. (1999) tutkimukseen osallistuneet lääkärit antoivat liikuntaneuvontaa yli 50 % potilaistaan useammin, silloin kuin he olivat yli 35-vuotiaita, heidän leposyke oli alle tai korkeintaan 65, heillä oli hyvät tiedot liikunnasta ja jos he olivat kokeneet onnistuneensa liikuntakäyttäytymisen muuttamisessa. Mutta Walshin ym. (1999) tutkimuksessa liikuntaneuvonnan määrään ei vaikuttanut lääkärin sukupuoli, tupakointi, lääkärin oma liikunnallisuus tai liikuntasuosituksen tunteminen.

4.4 Liikuntaneuvonnan kesto

Lääkäreiden antama liikuntaneuvonnan kesto on usein varsin lyhyttä. Tyypin 2 diabeetikoille tehdyssä tutkimuksessa lääkäreiden antaman liikuntaneuvonnan kesto vaihteli vajaasta 1 minuutista vajaaseen 2 1/2 minuuttiin (Poskiparta ym. 2004). Liikuntaneuvontaa sisältyi vain puoleen lääkäreiden antamista neuvontakäynneistä ja neuvonta oli usein vain lyhyitä mainintoja liikuntaan liittyvistä asioista. Walshin ym. (1999) tutkimuksen mukaan liikuntaneuvontaa antaneet lääkärit käyttivät neuvontaan 2- 5 minuuttia.

4.5 Kenelle liikuntaneuvontaa tulisi antaa

Liikunnan lisäämistä tulisi edistää koko väestössä, sillä liikunnalla on suuri merkitys terveydelle ihmisen kaikkina ikäkausina. Tämä korostuu entisestään, sillä liikunnan vaikutukset eivät varastoidu (Vuori 2003, 594). Keskeisiä kohderyhmiä liikunnan lisäämiselle Vuoren (2003) mukaan ovat kuitenkin lapset ja nuoret, iäkkäät henkilöt ja useiden kroonisten sairauksien riskityhmiin kuuluvat tai jo sairastuneet sekä monet vammaisryhmät.

Tällä hetkellä liikuntaneuvontaa annetaan kuitenkin usein vain korjaavaan tarkoitukseen, sillä usein kyseessä on terveysongelma tai sairaus, joihin liikuntaa käytetään hoitona (Alen ym. 1997, 73). Liikkumisreseptin pilottihankkeessa mukana olleiden lääkäreiden mielestä resepti sopii hyvin sellaisille potilaille, joilla on tuki- ja liikuntaelimistön terveysongelmia, ylipainoa, diabetesta, kohonnutta verenpainetta, metabolista oireyhtymää tai osteoporoosia ja niille jotka liikkuvat vähän, mutta joilla ei ole liikkumista estäviä oireita (Miilunpalo ja Aittasalo 2002). Walshin ym. (1999) tutkimukseen vastanneista lääkäreistä suurimman osan mielestä liikunta

on tärkeää terveille 55–75 -vuotiaille potilaille ja sepelvaltimotautia sairastaville. Vain reilu 60 % katsoi liikunnan olevan tärkeää myös terveille 35-vuotiaille. Liikuntaneuvontaa tulisi kuitenkin antaa myös niille, joilla ei varsinaisesti ole sairauksia, mutta joiden fyysinen aktiivisuus on vähäistä ja joille liikunnan lisääminen terveydellisistä syistä olisi tärkeää (Miilunpalo ja Aittasalo 2002). Vuori (2000) toteaaakin, että fyysinen passiivisuus aiheuttaa lukuisia ja asteeltaan merkittäviä terveyshaittoja. Liikuntaneuvontaa tulisikin antaa ainakin niille potilaille, joille säännöllinen liikunta tuottaa terveyshyötyjä (Taulukko 1 ja Taulukko 2).

Taulukko 1. Liikunnan käyttömahdollisuuksia eri sairauksissa (Ståhl 2001).

Sairaus, Terveystila	Ehkäisy	Hoito	Kuntoutus ja Sekundaariehkäisy
Osteoporoosi	XX	X	X
Osteoporoottiset murtumat	XX		X
Nivelrikko	X?	X	X
Nivelreuma			X
Mekaaniset alaselän vaivat	XX	X	XX
Niska-hartiavaivat	X	X	X
Sepelvaltimotauti	XXX	X	XX
Aivovaltimotauti	XX		XX
Ääreisvaltimotauti	X	XX	XXX
Kohonnut verenpaine	XX	XX	
Lihavuus	XX	X	XX
Aikuisiän sokeritauti	XXX	XXX	
Metabolinen oireyhtymä	XXX	XXX	
Paksusuolen syöpä	X		
Depressio (lievä)	X?	X	
Tilanneahdistus		X	

Liikunnan merkitys arvioituna sen vaikutusten varmuuden, suuruuden ja välttämättömyyden perusteella.

X- Liikunnalla pieni merkitys

XX- Liikunnalla kohtalainen merkitys

XXX- Liikunnalla suuri merkitys

Taulukko 2. Säännöllisen liikunnan terveyshyödyt (Vuori 2000).

Terveyshyöty	Varmuus
FYYSINEN KUNTO	
Parempi hengitys ja verenkiertoelimistön kunto	XXXX
Parempi lihaskunto	XXXX
OSTEOPOROOSI	
Suurempi luuntiheys	XXXX
Osteoporoosin ehkäisy	XXX
NIVELRIKKO	
Parempi elämänlaatu/kunto	XXXX
SEERUM LIPIDIT	
Pienempi triglyseridipitoisuus	XXX
Suurempi HDL- kolesterolipitoisuus	XXX
DIABETES	
Aikuisiän diabeteksen ehkäisy	XXXX
Aikuisiän diabeteksen hoito	XXX
Parempi elämänlaatu	XXX
PAINON HALLINTA	
Lihomisen ehkäisy	XXXX
Parempi laihutumistuloksen säilyminen	XXX
VERENKIERTOELIMISTÖN SAIRAUDET	
Sepelvaltimotaudin ehkäisy	XXXX
Aivohalvauksen ehkäisy	XXX
Sydäntautien hoito	XXX
ASTMA	
Parempi elämänlaatu	XXX
SYÖPÄ	
Paksusuolen syövän ehkäisy	XXXX
PSYKKINEN HYVINVOINTI	
Parempi mieliala	XXXX
Psyykkisen stressin puskurointi	XXX
Depression väheneminen/ehkäisy	XXXX
Ahdistuneisuuden väheneminen	XXXX
Itsearvostuksen paraneminen	XXXX
UNI	
Unen laadun paraneminen	XXX
LAPSET JA NUORET	
Lihavuuden ehkäisy	XXX
Sairauksien vaaratekijöiden väheneminen	XXX
NAISTEN TERVEYS	
Raskaus: parempi kunto	XXXX
Vaihevuodet: parempi terveys	XXX
IÄKKÄÄT HENKILÖT	
Parempi kunto	XXXX
Lihassmassan pienenemisen hidastaminen	XXX
Rasvakudoksen suurenemisen ehkäisy	XXX
Eliniän odotteen piteneminen	XXXX
Elämänlaadun paraneminen	XXXX

Taulukossa mainitut vaikutukset voidaan saavuttaa säännöllisellä, jatkuvalla ja monipuolisella kestävyys- ja voimailikunnalla.
 XXXX= vahva konsensus, vähän tai ei lainkaan ristiriitaisia havaintoja
 XXX= pääosa näytöstä tukevaa, lisätutkimuksia tarvitaan

5 ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA ANNETTAVA LIIKUNTANEUVONTA

Suomessa on kaksikymmentä sairaanhoitopiiriä ja jokaisessa sairaanhoitopiirissä on keskussairaala ja aluesairaaloita. Jokaisen sairaanhoitopiirin tehtävänä on järjestää ja tuottaa erikoissairaanhoidon palveluja alueensa väestölle. (Sosiaali- ja Terveysministeriö 2004.)

Sairaaloissa liikuntamahdollisuudet ovat usein vähäiset. Sairaala- ja laitoshoitotilojen sekä toimintojen suunnittelun lähtökohtana on usein ylikorostetusti potilaiden inaktiivisuus, niin ollen sairaalat ovat usein rakennettu melko suljetuiksi paikoiksi (Laine 1986, Vuori 1989). Suunnitteluvaiheessa ei ole otettu huomioon ulko- ja/tai sisäliikuntamahdollisuuksia, vaikka liikuntaa pidetäänkin tärkeänä esimerkiksi leikkauksien jälkeen. Sairaaloita varten ei ole varsinaisesti olemassa erillisiä liikuntaohjeita, mutta yleensä suositellaan kävelyretkiä osaston sisällä. (Laine 1986.) Laine (1986) jatkaa, että sairaaloissa tapahtuvaa liikuntaa tulisikin kehittää ennakkoluulottomasti.

Erikoissairaanhoidossa tapahtuvasta liikuntaneuvonnasta on tehty erittäin vähän tutkimuksia. Starckin (2003) tekemä selvitys liikuntaneuvonnan toteutumisesta Länsi-Suomen läänin erikoissairaanhoidossa on ainut tutkimus Suomessa. Selvityksen tarkoituksena oli selvittää liikkumisreseptin soveltumista erikoissairaanhoidon käyttöön ja liikuntaneuvonnan toteutumista Länsi-Suomen läänin erikoissairaanhoidossa. Starckin (2003) tekemässä selvityksessä oli mukana viisi erikoisalaa; fysiatria ja kuntoutus, keuhkotaudit, kirurgia, ortopedia ja sisätaudit. Walsh ym. (1999) tutki sairaalalääkäreiden liikuntaneuvontaan vaikuttavia tekijöitä Amerikassa. Tässä tutkimuksessa mukana olleista lääkäreistä 81 % oli sisätautien lääkäreitä ja 19 % yleislääkäreitä.

5.1 Liikunnan merkitys ja tieto liikunnan terveysvaikutuksista

Erikoissairaanhoidonlääkärit omaavat mielestään melko hyvät tiedot liikunnasta. Suurin osa Länsi-Suomen lääninhallituksen teettämään selvitykseen vastanneista lääkäreistä arveli omien tietojen riittävän melko hyvin liikuntaneuvonnan antamiseen, mutta kuudennes lääkäreistä uskoi tietojensa riittävän huonosti tähän tarkoitukseen (Starck 2003). Walsh ym. (1999) tekemässä tutkimuksessa saatiin samansuuntaisia tuloksia, sillä 74 % kyselyyn vastanneista lääkäreistä vastasi omaavansa riittävät tiedot liikuntaneuvonnan antamiseen. Lääkärit tiesivät

mielestään enemmän liikunnan ennaltaehkäisevistä vaikutuksista kuin sairauksia hoitavista vaikutuksista (Starck 2003).

Erikoissairaanhoidon lääkäreiden mielipiteet liikunnasta ja sen tärkeydestä eroavat suuresti erikoisalojen välillä, mutta myös erikoisalojen sisällä lääkäristä riippuen (Starck 2003). Fysiatrian yksikön lääkärit suhtautuivat positiivisimmin liikuntaan, sillä 93 % fysiatreista piti liikuntaa tärkeänä sairauksien ennaltaehkäisyssä ja kaikki fysiatriit pitivät sitä tärkeänä sairauksien hoidossa. Ortopedeistä 78 % piti liikuntaa erittäin tärkeänä ennaltaehkäisevässä mielessä ja 44 % erittäin tärkeänä sairauksien hoidossa. Ainoastaan keuhkotautien ja sisätautien parista löytyi lääkäreitä, jotka eivät pitäneet liikuntaa tärkeänä. Naiset sekä nuoret lääkärit pitivät liikuntaa tärkeänä vanhempia miehiä useammin.

5.2 Liikuntaneuvonnan toteutus

Erikoissairaanhoidon lääkärit ovat kohtalaisen kiinnostuneita potilaidensa liikuntatottumuksista. Starckin (2003) selvityksessä mukana olleista lääkäreistä puolet kysyi potilaidensa liikunta-aktiivisuudesta vähintään kahdelta kolmasosaa potilaista, mutta liikuntaohjeita potilaille annettiin paljon harvemmin. Walshin ym. (1999) tutkimus antoi samansuuntaisia tuloksia; 66 % lääkäreistä kysyi vähintään 50 %:lta potilaistaan heidän liikuntatottumuksista, 43 % lääkäreistä antoi 50 %:lle potilaistaan liikuntaneuvontaa, mutta vain 14 % lääkäreistä määräsi liikuntaa vähintään 50 %:lle potilaistaan.

Liikuntaneuvontaa erikoissairaanhoidossa tällä hetkellä antavat lähinnä fysioterapeutit, mutta jonkin verran myös lääkärit ja hoitajat, riippuen kuitenkin erikoisalasta (Starck 2003). Starckin (2003) tutkimuksen perusteella fysiatriassa liikuntaneuvontaa antavat lääkärit ja fysioterapeutit, keuhkosairauksissa ja ortopediassa pääasiassa fysioterapeutit ja sisätaudeissa lääkärit, hoitajat ja jossain määrin myös fysioterapeutit.

Liikuntaneuvonnan sisältö riippuu myös paljon erikoisalasta, mutta myös eri sairaaloiden käytännöstä (Starck 2003). Fysiatriassa liikuntaohjeet ovat hyvin spesifejä ja ne kohdistuvat yleensä tietyn vaivan hoitoon, mutta joskus myös annetaan yleisluontoisempia ohjeita liittyen painonhallintaan tai yleiskuntoon. Fysiatriassa ohjeet annetaan usein kirjallisesti ja ne sisältävät kuvallisia ohjeita. Keuhkosairauksissa liikuntaohjeet ovat yleisluontoisia, mutta tarvittaessa fysioterapeutti antaa tarkempia ohjeita. Sisätaudeissa ehkäisevää

liikuntaneuvontaa ei juuri anneta ja akuuttitapauksille vasta jatkokuntoutuksen yhteydessä. Yhdessä Starckin (2003) tutkimuksen sairaalassa liikuntaa ohjattiin sydämen vajaatoimintapotilaille tarkoitetun potilasohjausryhmän yhteydessä.

Liikkumisreseptiä ei ole otettu liikuntaneuvonnan antamisen apuvälineeksi erikoissairaanhoidossa. Starckin (2003) tekemän selvityksen mukaan Länsi-Suomen lääninhallituksen piirissä toimivat erikoissairaanhoidon lääkärit eivät käyttäneet liikkumisreseptiä apuna liikuntaneuvon antamisessa, mutta kolmannes lääkäreistä aikoi ottaa reseptin käyttöön. Liikkumisreseptin hyvänä puolenä lääkärit pitivät liikuntaohjeen kirjallista antamista, sillä suullinen ohje katsottiin unohtuvan helposti. Silti lääkärit antoivat kirjallisia liikuntaohjeita potilailleen erittäin harvoin. (Starck 2003).

Erikoissairaanhoidon lääkäreiden mielestä liikuntaneuvontaa voisi antaa paremmin muualla tai joku muu kuin he. Sairaaloissa toimivien lääkäreiden mielestä liikuntaneuvonta sopii erikoissairaanhoidon, mutta useimmat lääkäreistä sanovat sen soveltuvan paremmin jonkin muualle, kuten kouluihin, neuvoloihin, työterveysshuoltoon ja terveyskeskuksiin (Starck 2003). Suurin osa (70 %) Walshin (1999) tutkimukseen osallistuneista lääkäreistä oli halukkaita määräämään potilaansa liikunta-alan asiantuntijalle saamaan liikuntaneuvontaa, jos siihen olisi mahdollisuus.

5.3 Sairaaloissa tapahtuvat liikunnalliset kuntoutukset

Ulkomailla sairaaloiden yhteydessä tapahtuvat liikunnalliset ohjelmat ovat lähinnä sydän- ja keuhkopotilaiden kuntoutusohjelmia. Näiden lisäksi ohjattua kuntoutusta annetaan myös tuki- ja liikuntaelinoireisille ja muista kroonisista sairauksista kärsiville kuten sokeritauti syöpä-, hengityselin- ja neurologisia sairauksia poteville potilaille sekä ikääntymisen takia (Kuntoutussäätiö). Parhaiten tunnettu ja laajimmalle levinnyt on sydäntautipotilaille annettava kuntoutus, jonka yksi tärkeimmistä osa-alueista on liikunta ja fyysisen aktiivisuuden lisääminen (Department of Health 2000).

5.3.1 Sydänkuntoutus

Sydänkuntoutus on tarkoitettu potilaille, joilla on angina pectoris -oire tai jotka ovat sairastaneet sydäninfarktin tai joille on tehty ohitus- tai pallolaajennusleikkaus (Kansaneläkelaitos). World Health Organisation (WHO) selityksen mukaan sydänkuntoutus on monipuolinen, pitkäaikainen ohjelma, joka sisältää lääketieteellisen esitutkimuksen, määrättyä liikuntaa ja sepelvaltimotaudin riskitekijöiden hallinnan, opetusta ja tiedon antamisen potilaille, jotka ovat sairastaneet sydäninfarktin tai sairastavat angina pectoris -oiretta tai joille on tehty ohitus- tai pallolaajennusleikkaus (Jolliffe ym. 2004).

Monissa maissa sydänkuntoutus (Cardiac Rehabilitation) kuuluu osaksi erikoissairaanhoidojärjestelmää ja toimii sairaaloiden yhteydessä. Näitä sairaaloiden yhteydessä toimivia sydänkuntoutuksia järjestetään mm. Australiassa, Amerikassa, Isossa-Britanniassa, Italiassa ja Uudessa-Seelannissa (Goble ja Worcester 1999, New-Zealand Guidelines Group 2002). Italiassa vuonna 2001 58 % sydänkuntoutuksista tapahtui yleisissä sairaaloissa, 23 % yksityisissä sairaaloissa, 8 % kuntoutussairaaloissa ja 2 % yliopistollisilla poliklinikoilla (Urbinati ym. 2003). Australialaisen suosituksen mukaan sydänkuntoutusta tulisi järjestää kaikkien sairaaloiden yhteydessä, joissa hoidetaan sydänpotilaita. Sydänkuntoutukseen ohjaus tulisi tapahtua hoitavan lääkärin toimesta sairaalasta pääsyn yhteydessä. (Goble ja Worcester 1999.) Ison-Britannian National Health Service (NHS) suosittelee, että kaikki sairaalassa olleet sydänsairaat pitäisi ohjata sairaalasta pääsyn yhteydessä sydänkuntoutukseen (Department of Health 2000). Lähetyksen pitäisi tapahtua kirjallisesti, jotta potilas ei unohda saatua lähetettä. Maailmalla sydänkuntoutukseen osallistuu vain pieni osa potilaista, joille sydänkuntoutus sopisi hyvin ja olisi tarpeellinen. Yksi yleinen syy tähän on lähetteen puuttuminen. (Goble ja Worcester 1999.)

Suomessa sydänkuntoutusta antavat mm. Kela ja kuntoutussäätiö (Kansaneläkelaitos, Kuntoutussäätiö). Sydänkuntoutukseen voi hakeutua hoitavan lääkärin lähetteellä. Suomessa sydänkuntoutus ei yleensä ole sairaalan yhteydessä tapahtuvaa kuntoutusta vaan se on joko laitospuolesta, joka suoritetaan kahdessa jaksossa, tai avokuntoutusta, joka toteutuu ilta käynnein kerran viikossa. (Kuntoutussäätiö 2004.) Suomen Sydänliiton entinen asiantuntijalääkäri professori Matti Romo (2004) toteaa, että sydänkuntoutus toteutuu Suomessa suhteellisen huonosti, sillä vuosittainen tarve on yli 20 000 kuntoutusjaksoa, mutta

Sydänliiton arvion mukaan kuntoutusta on tarjolla vain noin 8 500 potilaalle. Vaikkakin Suomi on sydänkuntoutuksen alalla pioneerimaita, on muihin maihin sepelvaltimopotilaiden kuntoutus juurtunut paremmin osaksi terveydenhuoltojärjestelmää (Romo 2004). Romon (2004) mielestä sepelvaltimotautipotilaiden kuntoutus on jatkossa järjestettävä kuntien ja sairaanhoitopiirin alueella ja hän toivookin, että hoitoketjuajattelu toteutuu ja juurtuu sairaanhoitopiireihin. Romo (2004) toteaa, että hoitoketjun johtaminen tulisi tapahtua erikoissairaanhoidon puolella, joka näin ollen auttaisi sydänpotilaita siirtymään systemaattisesti kuntoutukseen perusterveydenhuollon kautta.

Sydänkuntoutus koostuu monista eri osa-alueista, mutta liikunta on yksi sydänkuntoutuksen tärkeimmistä osista. Kansaneläkelaitoksen järjestämiin kuntoutuksiin kuuluu yksilölliset haastattelut ja tapaamiset, tiedon antaminen ja opastus, psyykinen tuki, fyysinen ja sosiaalinen aktivointi sekä työelämässä selviytyminen. Fyysisessä aktivointi osuudessa pidetään liike-, liikunta- ja rentoutusharjoituksia ryhmissä sekä opetetaan turvallisen ja tehokkaan liikunnan rajat sekä laaditaan oma liikuntaohjelma (Kansaneläkelaitos). Sydäntautipotilaille suositellaan ryhmäliikuntaa kaksi kertaa viikossa, jonka lisäksi suositellaan kävelyä kotona päivittäin. Ohjatun liikuntaohjelman tulisi kestää vähintään 6-12 viikkoa. (Department of Health 2000, New-Zealand Guidelines Group 2002.) Liikuntaohjelman tulisi olla yksilöllinen sisältäen aerobista liikuntaa ja kevyitä lihaskuntoharjoituksia. Aerobisen liikunnan tulisi olla sellaista, jossa käytetään suuria lihasryhmiä kuten kävelyä, pyöräilyä, soutua ja uintia. Liikuntaohjelmaan tulisi kuulua myös riittävän pitkä ja huolellisesti tehty lämmittely ja loppuverryttely. (Balady ym. 2000, New-Zealand Guidelines Group 2002.) Intensiteetiltään liikunnan tulisi olla kevyestä keskiraskaaseen (40–75 VO₂ max) (Goble ja Worcester 1999, New-Zealand Guidelines Group 2002).

5.3.2 Keuhkopotilaiden kuntoutus

Keuhkotautipotilaiden kuntoutusta annetaan maailmalla avokuntoutuksena sairaaloiden yhteydessä, esimerkiksi Isossa-Britanniassa (The Development and Evaluation Service 1999). Keuhkopotilaiden kuntoutus on tarkoitettu lähinnä keuhkohtaumataudista (COPD) kärsiville, mutta kuntoutus sopii myös muille keuhkotautipotilaille. Näitä muita sairauksia ovat lähinnä astma, kystinen fibroosi, keuhkoputkenlaajentuma, rintakehän poikkeavuus ja leikkaushoitojen jälkeiset tilat kuten keuhkogensiirto- tai keuhkojen pienennysleikkausten jälkitilat (Ries ym. 1997, The Development and Evaluation Service 1999).

Keuhkokuntoutus koostuu monista eri osa-alueista. Yksi kuntoutuksen tärkeimmistä osa-alueista on liikunta, jonka lisäksi kuntoutukseen kuuluu sairauteen liittyvän tiedon opetus, psykologinen tuki ja ravitsemusoppi (The Development and Evaluation Service 1999, Spruit ym. 2004). Kuntoutusjakso kestää yleensä neljästä kahdeksaan viikkoa, jonka aikana potilaat käyvät kahdesti sairaalan yhteydessä järjestettävissä kuntoutuksissa (The Development and Evaluation Service 1999). Tehokkaaseen liikuntaosioon kuuluu ylä- sekä alavartalon lihakset huomioonottavia kestävyys- ja lihaskuntoharjoituksia sekä venyttelyä (Garvey 1998, Spruit ym. 2004). Potilaan kunnosta riippuen aerobinen liikunta aloitetaan 5-20 minuutin kävelyllä, pyöräilyllä, uinnilla tai soudulla, jota lisätään muutamalla minuutilla viikossa. Liikuntasuorituksen rasittavuutta mitataan Borgin asteikolla, jossa liikunnan rasittavuuden suosituksena on 11- 13 (Borg asteikko 6- 20) (Garvey 1998).

Lacassen ym. (2003) tekemän meta-analyysin mukaan vähintään neljä viikkoa kestävä liikuntajakso on hyväksi COPD potilaille osana heidän hoitoaan. Liikunnan on todistettu parantavan elämänlaatua mittaavia asioita, kuten hengitys vaikeuksia, väsymystä ja potilaankykyä hallita tautia (Lacasse ym. 2003).

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Keski-Suomen keskussairaalan ja Jyväskylän yliopiston yhteistyönä on tarkoitus perustaa liikuntapoliklinikka Keski-Suomen keskussairaalaan. Liikuntapoliklinikan tarkoituksena on sairaalassa annettavan liikuntaneuvonnan keskittäminen yhdelle poliklinikalle. Liikuntapoliklinikka tulisi toimimaan eri erikoisaloja tukevana toimintana niissä sairausryhmissä, joissa liikunnalla on yleisesti hyväksyttävä ja tärkeä rooli hoidossa.

Tämän tutkimuksen *päätarkoituksena on selvittää Keski-Suomen keskussairaalan lääkäreiden näkemys liikuntapoliklinikan tarpeesta ja sen perustamisedellytyksistä*. Samalla selvitetään myös mahdollisia potilasmääriä. Näiden lisäksi tutkimuksella halutaan selvittää tämän hetkisen liikuntaneuvonnan toteutus Keski-Suomen keskussairaalassa, lääkäreiden käsitykset liikunnan hyödyistä sairauksien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa sekä lääkäreiden käsitykset omista liikuntatiedoistaan. Tutkimustuloksia tullaan käyttämään poliklinikan perustamisessa ja niiden perusteella pyritään arvioimaan poliklinikkaan tarvittavat resurssit.

Yksityiskohtaiset tutkimusongelmat ovat:

1.
 - a. Mikä on lääkäreiden oma liikunta-aktiivisuus?
 - b. Kuinka tärkeänä he pitävät liikuntaa heidän oman terveytensä ylläpitämisessä?
 - c. Vaikuttaako oma liikunta-aktiivisuus liikuntaneuvontaan liittyviin asenteisiin?

2.
 - a. Kuinka tärkeänä lääkärit pitävät liikuntaa sairauksien ennaltaehkäisyssä?
 - b. Kuinka tärkeänä lääkärit pitävät liikuntaa sairauksien hoidossa?

3.
 - a. Kuinka paljon lääkärit tietävät liikunnan vaikutuksista terveyteen/sairauksiin?
 - b. Tarvitsevatko lääkärit mielestään lisäkoulutusta tältä alueelta?
 - c. Kuinka usein he seuraavat uusia tutkimustuloksia tältä alueelta?

4.

- a. Kuinka suuri osa lääkäreistä on antanut liikuntaneuvontaa potilailleen?
- b. Millä tavalla liikuntaneuvonta toteutuu tällä hetkellä?

5.

- a. Onko lääkäreiden mielestä liikuntapoliklinikka hyvä idea?
- b. Ovatko lääkärit valmiita ohjaamaan potilaitaan liikuntapoliklinikalle?

6.

- a. Mille potilasryhmille lääkärit suosittelisivat liikuntaa?
- b. Kuinka paljon mahdollisia potilaita on?

7.

- a. Millaista liikuntaa lääkärit suosittelisivat potilailleen?
- b. Kenen lääkärit haluaisivat ohjaavan liikuntaa potilailleen?

7 TUTKIMUSMENETELMÄT

7.1 Tutkimuksen kohdejoukko

Tutkimuksen kohdejoukkona olivat kaikki Keski-Suomen keskussairaalan kuuden eri erikoisalalan lääkärit; fysiatria ja kuntoutus, sisätaudit, kirurgia, lastentaudit, neurologia ja keuhkosairaudet. Fysiatrian tehtävänä on edistää terveyttä ja toimintakykyä tuottamalla palveluja sairaalan erikoisalojen vuodeosastojen, poliklinikoiden ja avoterveydenhuollon potilaille. Fysiatrian poliklinikalla vastaanotetaan potilaita, joilla on työperäisten ja muiden sairauksien ja vammojen aiheuttamia tuki- ja liikuntaelimestön kiputiloja ja toimintahäiriöitä. Neurologian osastolla lähes puolella hoidettavista on aivoverenkiertohäiriöitä, kun taas poliklinikalla suurimmat diagnoosiryhmät ovat epilepsia ja muut tajunnanhäiriöt, aivoverenkiertohäiriöt, päänsärkyongelmat, Parkinsonin tauti sekä huimaus. Lastentautien yksikössä tutkitaan ja hoidetaan kaikkia lastentautien, lastenneurologian ja foniatrian alaan kuuluvia lapsipotilaita. Sisätautienosastoilla hoidetaan mm. sydän- ja verisuonitautia/sairauksia, munuaissairauksia, suolistosairauksia, diabetesta ja tulehduksellisia reumatauteja sairastavia potilaita. Kirurgian poliklinikalla arvioidaan hoidon ja tutkimuksen tarvetta mm. seuraavissa tapauksissa: tyrät, rintarauhasen sairaudet, suonikohjut, mahan- ja paksusuolen ongelmat, tapaturmien aiheuttamat vammat, proteesileikkaukset, selkäsairaudet sekä keuhkojen ja rintakehän kirurgiset sairaudet ja valtimoverenkierron kirurgiset sairaudet. Kirurgian poliklinikalla leikataan ja hoidetaan myös lasten ongelmia. Keuhkosairauksien yksikön toiminnan tavoitteena on edistää sisätautipotilaiden ja hengityselinsairaidenpotilaiden terveyttä, toimintakykyä ja elämänlaatua. Keuhkosairauksien osastolla hoidetaan akuuttia hoitoa vaativia keuhko- ja sisätautipotilaita, joilla on esimerkiksi astma tai keuhkohtaumatauti, sairaalahoitoa vaativa infektiosairaus tai reumasairauksia. (Keski-Suomen Sairaanhoitopiiri.)

7.2 Kyselylomakkeen laadinta

Tutkimusaineiston keruumenetelmäksi valittiin kyselylomake, sillä kyselylomakkeen avulla oli mahdollista kerätä aineisto tutkimuksen koko kohdejoukolta, jonka lisäksi oli mahdollista suorittaa tutkimus nopealla aikataululla. Haastattelututkimusta mietittiin myös, mutta

ajanpuutteen takia se hylättiin. Haastattelututkimus hylättiin myös sen takia, koska lääkäreiden uskottiin olevan kiireisiä ja haluttomia varaamaan työaikaa haastattelua varten.

Tutkimukseen liittyvän kyselylomakkeen laatimisessa oli tarkoitus tuottaa mahdollisimman lyhyt ja yksinkertainen kyselylomake, jolla pystytään vastaamaan mahdollisimman hyvin tutkimusongelmiin. Kyselylomake ja kysymykset perustuivat osaksi Starckin (2003) tekemän selvityksen kyselylomakkeeseen, sillä se on ainut tutkimuksen aihepiiriin liittyvä kysely erikoissairaanhoidon lääkäreille, joka on tehty Suomessa. Tämän lisäksi kyselylomakkeeseen lisättiin itse liikuntapoliklinikkaan liittyviä kysymyksiä. Kyselylomakkeessa on yhteensä kuusi taustatietoja kartoittavaa kysymystä ja 18 tutkimusalueeseen liittyvää kysymystä. Kyselylomakkeen kysymykset ovat kolmea erilaista kysymystyyppiä; avoimia, monivalinta ja asteikkoon perustuvia kysymyksiä (Hirsjärvi 2004, 187–189). Kysymys 1 oli sama kuin Terveys 2000 tutkimuksessa käytetty kysymys vapaa-ajanliikunnasta (Kansanterveyslaitos 2000). Kysymysten 2-6 vastausvaihtoehdoissa käytettiin viisiportaista Likertin asteikkoa (Hirsjärvi ym. 2004, 189). Likertin asteikon vastausvaihtoehdot tässä tutkimuksessa olivat: täysin samaa mieltä, osittain samaa mieltä, en osaa sanoa, osittain eri mieltä ja täysin eri mieltä.

Liikuntalääketieteen professori Urho Kujala ja Keski-Suomen keskussairaalan vt. kuntoutusylilääkäri Mauri Kallinen auttoivat kyselylomakkeen teossa ja kommentoivat sen sisältöä. Kyselylomakkeen sisältöä kommentoi myös liikuntalääketieteen pro gradu -seminaariryhmän muut opiskelijat. Ennen kyselyn jakamista lääkäreille kyselyn täytti yksi sairaalan lääkäri, joka kommentoi kyselyä. Hänen mielestään kysely oli selvä ja helposti ymmärrettävä, mutta ehdotti kyselyyn lisättäväksi kysymykseen 10 kohdan d. Tämä lisättiin kyselylomakkeen viimeiseen versioon (Liite 2). Kyselylomakkeen lisäksi laadittiin saatekirje (Liite 1), jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoitus.

7.3 Kyselyn toteutus

Kysely lähetettiin kaikille Keski-Suomen keskussairaalan kuuden eri erikoisalalan lääkäreille (kuntoutus ja fysiatria, kirurgia, neurologia, sisätaudit, lastentaudit ja keuhkosairaudet). Aineiston keruu toteutettiin kesäkuussa 2004. Kyselylomake lähetettiin keskussairaalan sisäisessä postissa. Kyselyn palautus tapahtui myös sairaalan sisäisen postin välityksellä.

Palautus oli nimetön ja se oli suunnattu kuntoutusyksikössä työskentelevälle lääkärielle, josta noudin täytetyt kyselylomakkeet. Kysely oli painettu vaaleankeltaiselle paperille, jotta se erottuisi helposti lääkäreiden paperipinosta.

Kysely lähetettiin yhteensä 129 lääkärielle (11 kuntoutuslääkärielle ja fysiatrian yksikön lääkärielle, 41 kirurgille, 39 sisätautien lääkärielle, 18 lastentautien lääkärielle, 9 neurologille ja 11 keuhkosairauksien lääkärielle). Kirurgeille kyselylomake oli lähetetty vahingossa sähköpostin yhteydessä, joten heille ei lähetetty paperiversiota kyselylomakkeesta. Näin ollen paperiversio lähetettiin yhteensä 88 lääkärielle. Kun vastauspäivämäärän oli täynnä, kyselyyn oli vastannut vain 27 lääkäriä, joista yksi vastaus oli puutteellinen (lääkäriin erikoisala ei käynyt ilmi). Tässä vaiheessa päätettiin jättää kirurgit pois tutkimuksesta ja keskittyä vain konservatiivisen toimialueen lääkäreihin, koska kyselylomake oli mennyt kirurgeille väärällä tavalla, eikä montaa vastausta saatu kirurgeilta takaisin. Konservatiivinen toimialue sisältää tutkimuksen kaikki muut erikoisalajat paitsi kirurgian. Näin ollen hyväksytyjä vastauksia oli vain 24, sillä kyselyyn oli vastannut kaksi kirurgia. Koska vastausprosentti oli erittäin pieni kaikille 88 konservatiivisen puolen lääkärielle lähetettiin muistutus sähköpostilla, joka sisälsi liitetiedostona saatekirjeen ja kyselylomakkeen. Sähköpostissa kiitettiin jo vastanneita lääkäreitä ja kehoitettiin muita lääkäreitä vielä vastaamaan. Muistutuksen jälkeen saatiin seitsemän uutta vastausta. Näin ollen hyväksytyjä vastauksia tuli yhteensä 31.

7.4 Aineiston analyysi

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena. Aineiston tilastollinen analysointi suoritettiin SPSS-ohjelmalla (SPSS 12.0.1 for Windows). Ensimmäisessä vaiheessa kyselylomakkeiden tiedot koodattiin luokkamuuttujiksi ja siirrettiin suoraan SPSS-ohjelmaan käsittelyä varten. Kysymyksiin 9 ja 13 suurin osa vastaajista oli vastannut useamman kuin yhden vaihtoehdon, osoittaen että vastausvaihtoehdot eivät olleet toisiaan poissulkevat (Uhari ja Nieminen 2001, 81). Tämän takia näiden kahden kysymyksen jokaisesta vastausvaihtoehdosta määriteltiin oma muuttuja. Analysointivaiheessa osa muuttujista luokiteltiin uudestaan.

Koodatuista kysymyksistä tehtiin ristiintaulukoinnit ja Chi-Square testit. Kysymyksiä verrattiin taustatietoihin, lähinnä erikoisalaan, sukupuoleen ja toimiajan pituuteen. Sen lisäksi

muutama kysymys ristiintaulukoitiin keskenään. Vastausten vertailussa käytettiin lähinnä prosenttijakaumia, sillä vastausten pieni lukumäärä tekee tilastollisen vertailun hankalaksi. Muutaman kysymyksen kohdalla tarkasteltiin myös tilastollista merkitsevyyttä Kruskal-Wallis testillä. Tilastollisen merkitsevyyden rajaksi asetettiin $p < 0,05$. Avointen kysymyksien vastaukset luokiteltiin sisällön mukaisesti. Diagnoosit luokiteltiin sairausryhmiin Mauri Kallisen ja Urho Kujalan avulla. Sairausryhmät ja potilasmäärät yhdistettiin yhdeksi taulukoksi. Osa prosenttiluvuista siirrettiin Works-tilukkolaskentaohjelmaan, jossa tehtiin taulukoita tuloksista.

8 TULOKSET

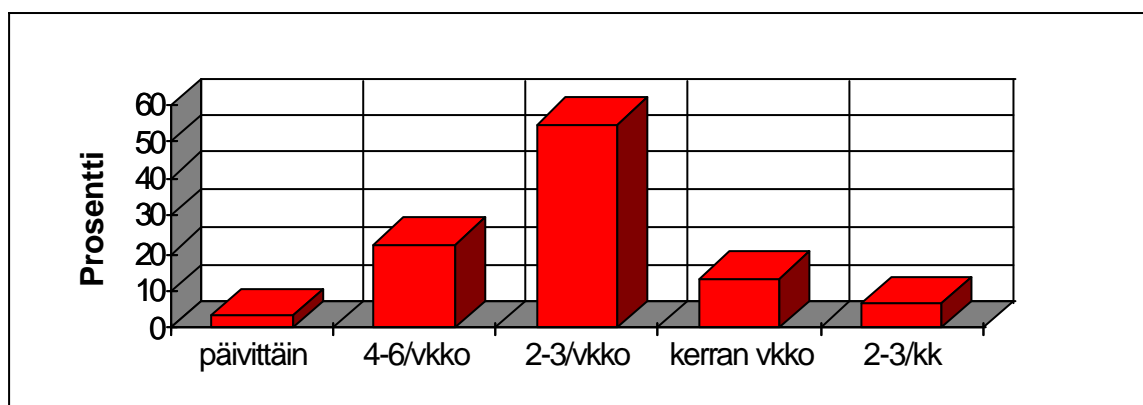
Kyselylomakkeen paperiversio lähetettiin yhteensä 88 lääkärille (11 kuntoutuksen- ja fysiatrian lääkärille, 39 sisätautien lääkärille, 18 lastentautien lääkärille, 9 neurologille ja 11 keuhkosairauksien lääkärille). Tutkimukseen vastasi yhteensä 31 lääkärinä (taulukko 3). Vastausprosentti oli 35,2 %.

Taulukko 3. Vastanneiden erikoisala ja sukupuoli.

Erikoisala	Lääkärien määrä (prosentti osuus)	Sukupuoli Mies	Sukupuoli Nainen
Kuntoutus ja fysiatria	4 (12,9 %)	2	2
Sisätaudit	12 (38,7 %)	6	6
Lastentaudit	7 (22,6 %)	1	6
Neurologia	2 (6,5 %)	0	2
Keuhkosairaudet	6 (19,4 %)	2	4
Yhteensä	31 (100 %)	11 (35,5 %)	20 (64,5 %)

8.1 Lääkäreiden oma liikunta-aktiivisuus ja sen tärkeys omalle terveydelle

Neljännes lääkäreistä (25,8 %) liikkuu vähintään neljä kertaa viikossa (kuvio 1). Näistä vain yksi lääkäri (sisätaudit) ilmoitti liikkuvansa päivittäin. Neljä viidesosaa lääkäreistä (80,6 %) ilmoitti liikkuvansa vähintään 2-3 kertaa viikossa. Kerran viikossa tai harvemmin liikkuu yhteensä viidennes lääkäreistä. Naiset vaikuttavat olevan miehiä aktiivisempia, sillä 90,9 % naisista liikkuu vähintään kaksi kertaa viikossa, kun taas miehistä vain 75 % ilmoittaa liikkuvansa vähintään kaksi kertaa viikossa. Kukaan lääkäreistä ei ilmoittanut liikkuvansa vähemmän kuin 2-3 kertaa kuukaudessa.

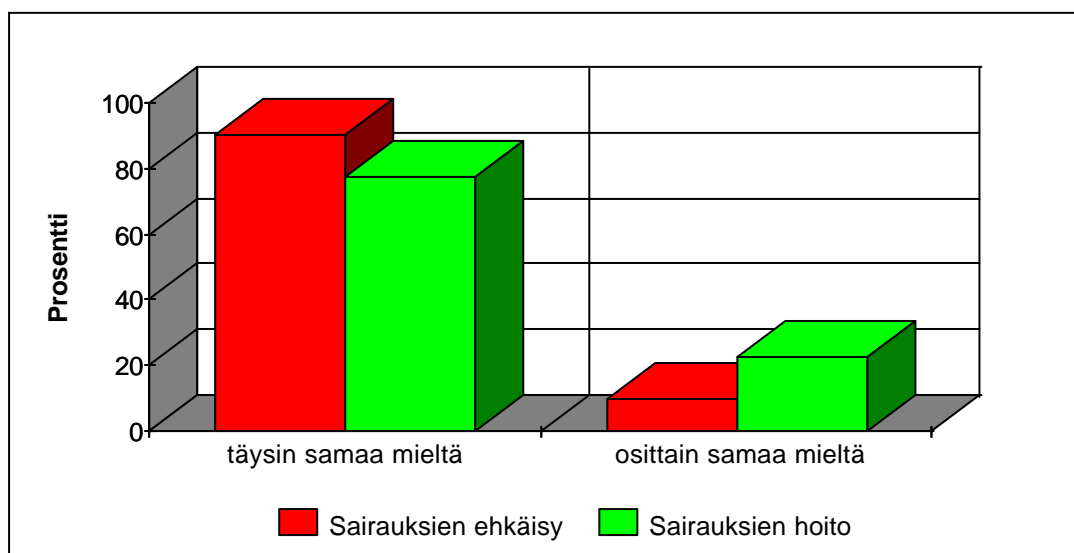


Kuvio 1. Lääkäreiden oma liikunta-aktiivisuus.

Kaikki lääkärit olivat vähintään osittain sitä mieltä, että liikunta on tärkeää oman terveyden ylläpitämisessä. Lähes kaikki (93,5 %) lääkäreistä olivat täysin samaa mieltä sen kanssa, mutta osittain sitä mieltä olevia lääkäreitä löytyi kaksi (6,5 %), yksi sisätautien ja yksi lastentautien lääkäri. Kukaan lääkäreistä ei ollut eri mieltä asiasta, eikä vastannut en osaa sanoa.

8.2 Liikunnan hyödyntäminen lääketieteessä

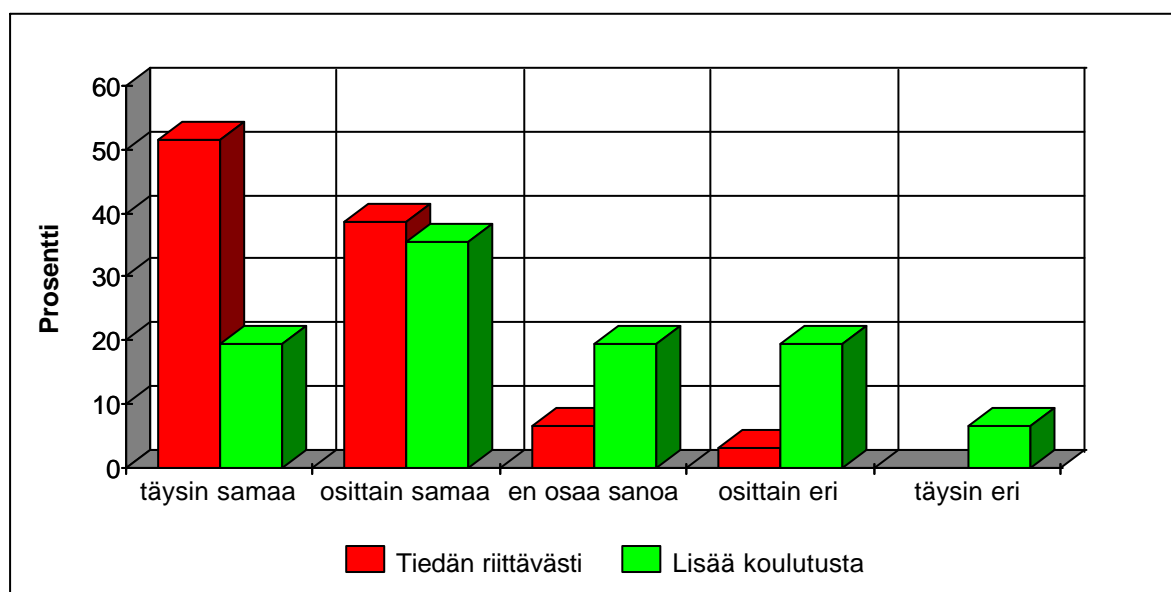
Lääkäreiden mielestä liikuntaa voidaan hyödyntää erittäin hyvin sairauksien ehkäisyssä ja lähes yhtä hyvin sairauksien hoidossa (kuvio 2). Suurin osa (90,3 %) lääkäreistä oli täysin samaa mieltä sen kanssa, että liikuntaa voidaan hyödyntää lääketieteessä sairauksien ehkäisyssä. Vain osittain sitä mieltä olevia lääkäreitä löytyi lastentautien ja keuhkosairauksien lääkäreiden parista. Täysin samaa mieltä liikunnan hyödyntämisestä lääketieteessä sairauksien hoidossa oli reilu kolme neljäsosaa (77,4 %) lääkäreistä. Osittain sitä mieltä olevia lääkäreitä löytyi keuhkosairauksien, sisätautien ja lastentautien parista. Kukaan lääkäreistä ei ollut eri mieltä kummastakaan asiasta eli ei vastannut muihin Likertin asteikon portaisiin.



Kuvio 2. Liikunnan hyödyntäminen sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa.

8.3 Liikuntaan liittyvä tieto, koulutuksentarve ja uusien tutkimustulosten seuraaminen

Lääkärit omaavat mielestään hyvät tiedot liikunnan terveysvaikutuksista omalla erikoisalallaan, mutta silti moni lääkäri kaipaisi lisäkoulutusta asiasta (kuvio 3). Omasta mielestään täysin tai osittain riittävät tiedot omaavia lääkäreitä oli 90,3 %. Miehet tuntuvat olevan varmempia tiedoistaan, sillä 63,6 % miehistä oli täysin samaa mieltä asian kanssa, kun taas naisista vain 45 % oli täysin samaa mieltä. Koulutuksen tarve liikunnan terveysvaikutuksista herätti paljon erilaisia mielipiteitä. Yli puolet (54,9 %) lääkäreistä tunnustivat tarvitsevänsä lisää koulutusta liikunnan terveysvaikutuksista. Vain kaksi (6,5 %) lääkäreitä ei omasta mielestään tarvitse ollenkaan koulutusta. Naiset tunnustivat useammin tarvitsevänsä lisäkoulutusta, sillä 60 % naisista vastasi osittain tai täysin samaa mieltä, kun taas miehistä vain 45,5 % vastasi tarvitsevänsä lisäkoulutusta (vastasi osittain tai täysin samaa mieltä).



Kuvio 3 Lääkärit tietävät mielestään riittävästi liikunnan vaikutuksesta terveyteen omalla erikoisalallaan, mutta tarvitsevat myös lisäkoulutusta asiasta.

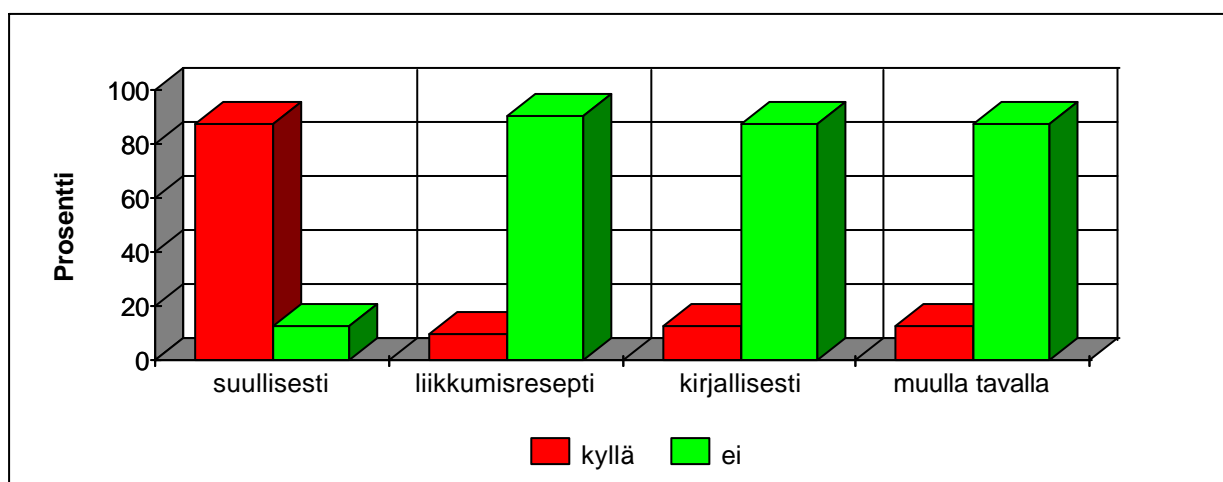
Vähintään kerran viikossa uusia tutkimustuloksia liikunnan vaikutuksesta terveyteen ja tai sairauksiin seurasi vain kaksi (6,5 %) lääkäreitä, 2-3 kertaa kuukaudessa tuloksia seuraavia lääkäreitä oli alle viidennes (16,1 %) ja kerran kuukaudessa yli puolet (54,8 %). Eli reilu kolme neljäsosaa (77,4 %) lääkäreistä seurasi uusia tutkimustuloksia vähintään kerran kuukaudessa. Yksi lääkäri (keuhkosairaudet) ei seurannut tutkimustuloksia lainkaan ja

viidennes (19,4 %) seurasi tuloksia korkeintaan muutaman kerran vuodessa. Kaikki tutkimukseen osallistuneet kuntoutuksen ja fysiatrian lääkärit sekä neurologian lääkärit seurasivat tuloksia vähintään kerran kuukaudessa, muista erikoisaloista löytyi harvemmin tuloksia seuraavia lääkäreitä.

8.4 Liikuntaneuvonnan toteutuminen tällä hetkellä

Lähes kaikki (96,8 %) kyselyyn vastanneet lääkärit olivat antaneet liikuntaneuvontaa potilailleen. Vain yksi lastentautienlääkäri ei ollut antanut liikuntaneuvontaa ollenkaan.

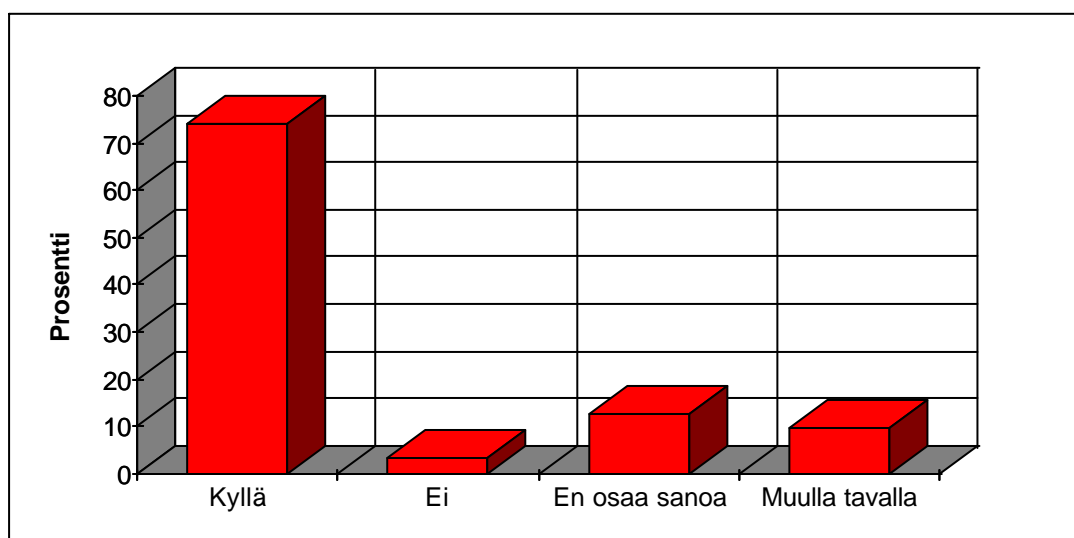
Tällä hetkellä liikuntaneuvonta toteutuu käytännössä lähinnä vain suullisesti annettuna, sillä 87,1 % lääkäreistä antoi suullisia ohjeita (kuvio 4). Liikkumisreseptiä oli käyttänyt vain kolme lääkäriä (9,7 %), yksi kuntoutuksen ja fysiatrian, yksi sisätautien ja yksi keuhkosairauksien lääkäri. Muita kirjallisia liikuntaneuvoja oli antanut neljä (12,9 %) lääkäriä. Muitten kirjallisten neuvojen kohdalla erikoisalojen välillä löytyi tilastollisesti merkitsevä ero ($p < 0.05$), sillä neljästä lääkäristä kolme oli kuntoutus ja fysiatrian lääkäreitä ja vain yksi oli sisätautien lääkäri. Neljä (12,9 %) lääkäriä oli antanut liikuntaneuvontaa myös muilla tavoin. He olivat lähinnä ohjanneet potilaansa fysioterapeutin luokse, jossa liikuntaneuvonta annettiin. Kaksi lääkäreistä (6,5 %) vastasi, että liikuntaneuvontaa ei anneta.



Kuvio 4 Millä tavalla liikuntaneuvonnan antaminen toteutuu tällä hetkellä Keski-Suomen keskussairaalassa?

8.5 Liikuntapoliklinikan tarpeellisuus ja potilaiden ohjaaminen sinne

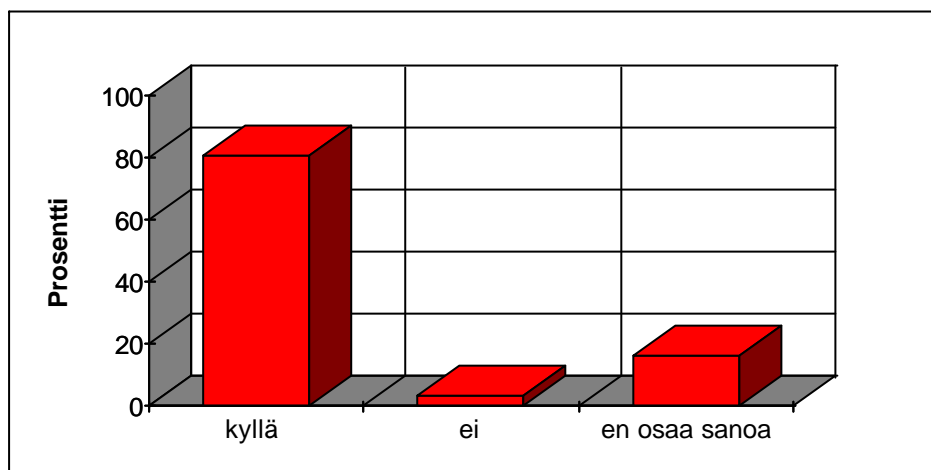
Kolme neljäsosaa lääkäreistä (74,2 %) oli sitä mieltä että sairaalassa tulisi olla liikuntapoliklinikka (kuvio 5). Vain yhden lääkärin (lastentaudit) mielestä sairaalassa ei tulisi olla liikuntapoliklinikkaa. Kolmen lääkärin (9,7 %) mielestä tehostetun liikunnanohjauksen voisi hoitaa muulla tavalla. Yhden lääkärin mielestä olisi optimaalista antaa liikunnanohjausta vastaanottokäyntien yhteydessä, yksi lääkäri ehdotti liikunnanohjausta oman työpaikan fysioterapeutin antamana ja yksi lääkäri ei osannut sanoa muuta keinoa, mutta silti halusi tehostetun liikunnanohjauksen tapahtuvan muuten kuin liikuntapoliklinikkana. Miehet vaikuttavat naisia innokkaimmilta liikuntapoliklinikan suhteen, sillä 90,9 % miehistä oli sitä mieltä, että sairaalassa tulisi olla liikuntapoliklinikka, kun vain 65 % naisista oli sitä mieltä. Naisista 15 % ei osannut antaa mielipidettään ja 15 % naisista ehdotti muuta tapaa liikunnanohjauksen tehostamiseksi. Yksi nainen oli poliklinikkaa vastaan, kun taas kukaan miehistä ei ollut sitä vastaan.



Kuvio 5. Tulisiko sairaalassa olla liikuntapoliklinikka?

Neljä viidesosaa (80,6 %) kyselyyn vastanneista lääkäreistä olisi valmis ohjaamaan potilaitaan liikuntapoliklinikalle (kuvio 6). Vain yksi lääkäri (lastentaudit) ei ollut valmis ohjaamaan potilaitaan sinne. Noin neljännes sisätautien ja lastentautien lääkäreistä ei osannut sanoa mielipidettään. Lähes kaikki miehet (90,9 %) olisivat valmiita ohjaamaan potilaansa

poliklinikalle, kun vain 75 % naisista olisi valmis tekemään sen. Naisista 20 % ei osannut sanoa mielipidettään.



Kuvio 6. Olen valmis ohjaamaan potilaani liikuntapoliklinikalle.

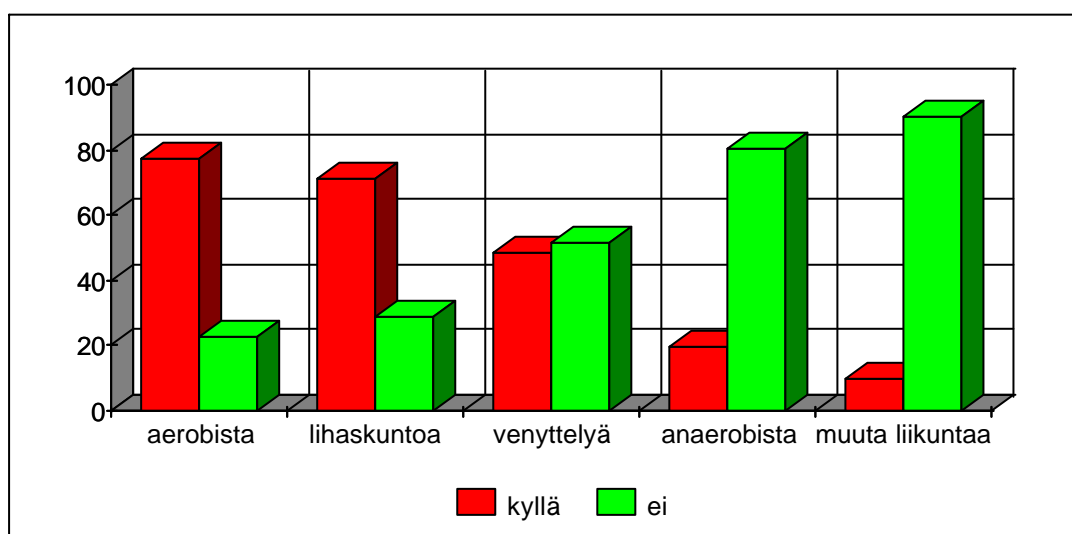
8.6 Millaista liikuntaa

Lääkäreiden mielestä aerobinen ja lihaskuntoa kehittävä liikunta ovat tärkeitä liikuntamuotoja heidän potilailleen, kun taas venyttelyä ja anaerobista liikuntaa lääkärit suosittelisivat vähemmän (kuvio 7). Reilu kolme neljäsosaa (77,4 %) lääkäreistä suosittelisi potilailleen aerobista liikuntaa. Kaikki kuntoutuksen ja fysiatrian lääkärit suosittelisivat aerobista liikuntaa, mutta muista erikoisaloista löytyi lääkäreitä, jotka eivät suosittelisi sitä. Vajaa kolme neljännestä (71 %) lääkäreistä suosittelisi lihaskuntoa kartuttavaa liikuntaa potilailleen. Kaikki kuntoutuksen ja fysiatrian ja lähes kaikki sisätautien lääkärit (91,7 %) suosittelisivat lihaskuntoa parantavaa liikuntaa. Neurologeista 50 %, keuhkosairauksien lääkäreistä 66,7 % ja lastentautien lääkäreistä vain 28,6 % suosittelisi sitä. Tässä erikoisalojen välillä löytyi tilastollisesti merkitsevä ero ($p < 0,05$). Miehet olivat enemmän lihaskuntoa sisältävän liikunnan kannalla kuin naiset, sillä lähes kaikki miehet (90,9 %) suosittelisivat sitä potilailleen, kun naisista vain 60 % suosittelisi sitä, mutta tämä ei ole tilastollisesti merkitsevä ero.

Venyttelyä potilailleen suositteli lähes puolet (48,4 %). Kaikki kuntoutuksen ja fysiatrian lääkärit suosittelisivat venyttelyä, mutta korkeintaan vain puolet sisätautien, lastentautien, neurologian ja keuhkosairauksien lääkäreistä suosittelisi venyttelyä potilailleen. Vain

viidennes (19,4 %) lääkäreistä suosittelisi anaerobista liikuntaa potilailleen. Näitä lääkäreitä löytyi kuntoutuksen ja fysiatrian (75 %), sisätautien (16,7 %) ja lastentautien (14,3 %) parista. Tämä erikoisalojen välinen ero on merkitsevä ($p < 0,05$).

Muunlaista liikuntaa potilailleen suositteli kolme lääkäriä (9,7 %), joihin kuului yksi kuntoutuksen ja fysiatrian, yksi neurologian ja yksi lastensairauksien lääkäriä. Nämä lääkärit suosittelisivat potilailleen intervallityyppistä liikuntaa, tasapainoa kehittävää, ketteryysharjoittelua ja kotona selviytymistä tukevaa liikuntaa.



Kuvio 7. Millaista liikuntaa lääkärit suosittelisivat potilailleen.

8.7 Kenen tulisi ohjata liikuntaa

Reilu kolme neljäsosaa lääkäreistä (77,4 %) haluaisi fysioterapeutin ohjaavan liikuntaa heidän potilailleen. Seuraavaksi yleisin vastaus (22,5 %) oli sairaanhoitaja/hoitaja. Viidennes lääkäreistä (19,4 %) ehdotti lääkäriä. Kuntohoitajaa ehdotti kolme (9,7 %). Tämän lisäksi yhden kerran mainittiin fysiatri, terveydenhoitajat, liikunnanohjaajat, liikuntafysiologit ja Voice Massage -terapeutit. Tämän lisäksi neljä lääkäriä (12,9 %) mainitsi myös asiaan/liikuntaan perehtymisen tärkeäksi. Tämä oli avoin kysymys, joten osa lääkäreistä ehdotti useampaa ohjaajaa tai tiimityöskentelyä, kolme (9,7 %) lääkäriä ei vastannut kysymykseen lainkaan. Esimerkki yhden lääkärin vastauksesta: ”Asiaan perehtyneen lääkärin, hoitajan ja fysioterapeutin tiiminä + liikuntafysiologi”.

8.8 Mitä sairauksia sairastaville potilaille liikuntaa ja kuinka paljon potilaita

Vastausten joukossa oli lähes 40 eri sairautta (taulukko 4). Nämä sairaudet jaettiin vastausten perusteella seitsemään eri ryhmään: aineenvaihduntasairaudet ja lihavuus, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, sydämen ja verenkiertoelinten sairaudet, keuhkosairaudet, munuaissairaudet, neurologiset sairaudet ja muut. Yksittäisistä diagnooseista lääkärit olivat eniten ehdottaneet liikuntaa diabeteksen ja lihavuuden hoitoon. Lääkärit uskoivat liikunnan olevan hyväksi lähes kaikille aineenvaihduntasairauksia ja lihavuutta sairastaville potilaille, sillä he uskoivat 97 % näiden sairauksien potilaista hyötyvän liikunnasta. Muissa sairausryhmissä prosenttimäärä oli alhaisempi. Tähän tutkimukseen osallistuneet lääkärit tapaavat eniten aineenvaihduntasairauksia ja lihavuutta sairastavia potilaita. Läheskään kaikki lääkärit eivät vastanneet kysymyksiin prosentteista ja potilasmääristä, vaikka suurin osa vastasikin diagnoosi kysymykseen.

Taulukko 4. Lääkäreiden vastaamat sairaudet on jaettu 7 eri sairausryhmään. Prosenttimäärä, kutakin sairautta kohti, jotka hyötyisivät liikunnasta ja potilasmäärä, joita lääkärit näkevät viikoittain.

Sairausryhmä	Lääkärien määrä *	Keskiarvo prosentti **	Keskiarvo potilasmäärä viikoittain ***
Aineenvaihduntasairaudet ja lihavuus			
Diabetes	19	99 % (90- 100 %, 14)	77- 105 (12)
Ylipaino	17	100 % (11)	71- 76 (11)
Ylipaino + KR sairaus	1	100 % (1)	5 (1)
Metabolinen oireyhtymä	5	88 % (50- 100 %, 4)	12- 20 (3)
Hyperkolesterolemia	3	100 % (2)	10- 15 (2)
Yhteensä	45 (24 lääkäriä)	97 %	175- 221
Tuki- ja liikuntaelinsairaudet			
TULES	7	78 % (50- 100 %, 4)	5- 13 (2)
Fibromyalgia	6	95 % (75- 100 %, 5)	6- 12 (5)
Selkäpotilaat	3	73 % (50- 100 %, 3)	40 (3)
Niskapotilaat	3	83 % (50- 100 %, 3)	18 (3)
Osteoporoosi	2	95 % (90- 100 %, 2)	7 (2)
Reuma	2	80 % (1)	2- 3 (1)
Selkärankareuma	1		
Nivelrikko	1		
Lonkkamurtuman jälkeen	1	100 % (1)	<1 (1)
Ortoosit	1	70 % (1)	5(1)
Yhteensä	27 (15 lääkäriä)	84 %	84- 99
Sydämen ja verenkiertoelinten sairaudet			
Sepelvaltimotauti (MCC)	7	85 % (50- 100 %, 4)	28- 36 (3)
Sydän- ja verisuonisairaudet	6	93 % (90- 95 %, 2)	10- 15 (1)
Verenpaine tauti	6	80 % (50- 100 %, 5)	50- 69 (4)
Yhteensä	19 (14 lääkäriä)	86 %	88- 120
Keuhkosairaudet			
Astma	7	81 % (50- 100 %, 7)	106- 116 (6)
Keuhkohtaumatauti (COPD)	6	73 % (40- 100 %, 6)	54- 64 (6)
Keuhkosairaudet (yleisesti)	2		

Yhteensä	15 (9 lääkäriä)	77 %	160- 180
Munuaissairaudet			
Uremia	1	95 % (90- 100 %, 1)	40- 50 (1)
Dialyysi	1	95 % (90- 100 %, 1)	40 (1)
Pre- Dialyysi	1	100 % (1)	10- 20 (1)
Glomerulonephritis	1	70 % (60- 80 %, 1)	20- 30 (1)
Yhteensä	4 (1 lääkäri)	91 %	110- 140
Neurologiset sairaudet			
Neurologiset ongelmat	1	50 % (1)	2 (1)
Parkinsonin tauti	1	100 % (1)	<1 (1)
Lewyn kappale- tauti	1	100 % (1)	<1 (1)
Yhteensä	3 (2 lääkäriä)	83 %	<3
Muut			
Psykiatrinen diagnoosi	1	50 % (1)	2 (1)
Liikuntavammaiset	1	100 % (1)	7- 10 (1)
Oppimis vaik. Lapset	1	50 % (1)	5 (1)
Päänsärky	1	90 % (1)	3- 5 (1)
Tupakankäytön riippuvuus	1	50 % (1)	20- 30 (1)
Uniapnea	3	93 % (90- 100 %, 3)	4- 6 (3)
Yhteensä	8 (5 lääkäriä)		

*Sarakeessa kaksi näkee lääkärin määrän, jotka ovat suositelleet liikuntaa kyseisen sairauteen. Yhteensä riveillä sulkeissa kuinka monta lääkäriä on maininnut ainakin yhden kyseisen sairausryhmän diagnooseista.

**Sarakeessa kolme on kyseisen diagnoosin liikunnasta hyötyvien potilaiden keskiarvoprosentti. Lääkärit vastasivat kysymykseen ”kuinka suuri osa kyseisen diagnoosin potilaistanne voisi hyötyä liikunnasta?”.

Sulkeissa prosenttijajonta ja kuinka monta lääkäriä antoi prosenttilukeman.

***Viimeisessä sarakeessa kuinka monta kyseisen diagnoosin potilasta lääkärit näkevät viikoittain. Sulkeissa kuinka monta lääkäriä vastasi tähän kysymykseen.

8.9 Mitä odotatte liikuntapoliklinikan antavan potilailenne?

Tämä oli avoin kysymys, johon vastasi 25 lääkäriä (80,6 %). Tähän kysymykseen löytyi muutama pääteema, jotka toistuivat monien lääkäreiden vastauksista (Taulukko 5). Liikuntapoliklinikan halutaan antavan potilaille motivaatiota liikuntaan sekä yleisiä ja sairauteen soveltuvia liikuntaohjeita. Näiden lisäksi yksi tärkeimmistä asioista jota liikuntapoliklinikalta halutaan, on seurannan toteutuminen. Liikuntapoliklinikan halutaan tarjoavan myös asiantuntevaa ohjausta, parannusta hoidon tehoon ja parempaa elämänlaatua potilaille. Näiden lisäksi vastauksista löytyi myös monia yksittäisiä asioita, joita liikuntapoliklinikalta toivotaan, kuten suunnitelmallisuutta ja ohjattua liikuntaa.

Taulukko 5. Lääkärit odottavat liikuntapoliklinikan antavan monia eri asioita potilailleen. Taulukossa nähtävänä kahdeksan eri kommenttiryhmää ja jokaisesta ryhmästä muutama esimerkki.

Yleisiä liikuntaohjeita, 14 kommenttia

- *Ohjausta omatoimiseen liikkumiseen*
- *Käytännön ohjausta liikunnasta*
- *Konkreettisia käytännön elämään sopivia liikkumisohjeita*
- *Myös palautumis- ja lihashuolto- ohjeet ovat tärkeitä*
- *Myös omaisten ohjausta muistihäiriöpotilailla omaisohjaus erityisen tärkeää*

Sairauteen soveltuvia liikuntaohjeita, 4 kommenttia

- *Yksilölliset, lääkityksen ja sairauden huomioivat liikuntaohjeet*
- *Yksityiskohtaisia räätälöityjä liikuntaohjeita*

Motivaatiota liikuntaan, 11 kommenttia

- *"Kipinän" säännölliseen liikuntaan*
- *Motivointia liikkumiseen*
- *Halua liikkua*

Liikunnan toteutumisen seuranta, 8 kommenttia

- *Järjestyksen seurannan harjoittelun toteutumisesta*
- *Säännöllistä seuranta*
- *Toteutumisen kontrollointi*
- *Seuranta ohjeiden toteutumisesta*

Ammattitaitoista ohjausta, 4 kommenttia

- *ammattitaitoista ja asiantuntevaa ohjausta*
- *jäntevää ohjausta*

Hoidon tehostusta, 5 kommenttia

- *Hoitomahdollisuuksia lisää*
- *Vähentävän muun hoidon tarvetta*

Parempaa elämänlaatua, 3 kommenttia

- *Parempaa elämänlaatua*
- *Vaivoihin helpotusta*

Muuta, 8 kommenttia

- *Suunnitelmallisuutta*
- *Paremmiin strukturoituihin*
- *Mahd. mukaan myös ohjattua liikuntaa 1-3kk kuntoutusjaksoina 2-3 krt viikossa*
- *Joustavaa palvelua*
- *Parantavan toimintaryhmän*
- *Toivon paremmasta tulevaisuudesta*
- *Lisäävän omaa ymmärrystä*
- *Mallit*

8.10 Muita kommentteja

Tämä oli avoin kysymys, johon vastasi kahdeksan lääkäriä (25,8 %). Vastauksista kertyi neljä ryhmää (Taulukko 6): positiivisuus, poliklinikan pitäjää ehdottava, poliklinikan toteutuksesta huomauttava ja muita kommentteja.

Taulukko 6. Muita kommentteja.

Positiivisuus, 4 kommenttia	<ul style="list-style-type: none">• <i>Hyvä juttu!</i>• <i>Ihan hyvä idea!</i>• <i>Toivottavasti onnistuu.</i>• <i>Onnea hankkeelle!</i>
Poliklinikan pitäjä, 2 kommenttia	<ul style="list-style-type: none">• <i>Pkl:n pitäjänä fysiatri + fysioterapeutti, kuntoutuslääkäri, joilla kons. yhteys eri erikoisaloille</i>• <i>Olisiko mahdollista kyseisen erikoisalalan lääkärin myös osallistua ohjaukseen??</i>
Poliklinikan toteutuksesta, 4 kommenttia	<ul style="list-style-type: none">• <i>Voidaanko liikuntapoliklinikan yhteydessä tehdä kliinistä rasisutskoetta, mikäli esim. on aihetta epäillä sydänperäisiä liikuntarajoituksia esim. TULE- potilailla?</i>• <i>Onko tarpeen olla valmius injektiohoitoihin esim. bursiitteja ajatellen?</i>• <i>Kirjoitetaanko SV3F läheteitä?</i>• <i>Voisiko eri sairausryhmiä keskittää johonkin päivään??</i>
Muita kommentteja, 5 kommenttia	<ul style="list-style-type: none">• <i>Kuulostaa hyvältä, toisaalta epäilen miten jo nyt niukat resurssit riittävät asian toteuttamiseen.</i>• <i>Aktiiviset astmaatit lähtevät mukaan, tupakoivat passiiviset keuhkoastmautipotilaat on vaikeampi saada innostumaan ylimääräisistä käynneistä, tupakoivat, obeesit välttävät liikuntaa tai haluavat liikkua niin kuin ennenkin</i>• <i>Jyväskylässä on liikunnan erityiso saamista muuallakin (esim. LIKES, yliopisto), voisiko näitä hyödyntää keskussairaalassa enemmän?</i>• <i>Omat potilaani kärsivät lähinnä dementoivista sairauksista.</i>• <i>Myös masennukseen liikunta hyväksi.</i>

8. 11 Oman liikunta-aktiivisuuden vaikutus asenteisiin

Lääkärin oma liikunta-aktiivisuus vaikutti asenteisiin, sillä vähintään neljä kertaa viikossa liikkuvat lääkärit vastasivat useammin täysin samaa mieltä liikunnan hyödyntämisestä lääketieteessä sekä sairauksien ehkäisyssä että hoidossa, kuin vähemmän liikkuvat lääkärit. Vähintään kaksi kertaa viikossa liikkuvat lääkärit seurasivat uusia tutkimustuloksia liikunnan vaikutuksesta terveyteen ja tai sairauksiin useammin kuin vähemmän liikkuvat lääkärit ($p < 0,05$). Korkeintaan kerran viikossa liikkuvat lääkärit olivat antaneet liikuntaneuvontaa vain suullisesti, kun enemmän liikkuvien joukosta löytyi lääkäreitä, jotka ovat antaneet liikunta neuvontaa kirjallisesti, liikuntareseptillä ja muilla tavoin.

8.12 Uusien tutkimustulosten seurauksen vaikutus asenteisiin

Lääkärit, jotka seurasivat tutkimustuloksia liikunnan vaikutuksesta terveyteen ja tai sairauksiin korkeintaan muutaman kerran vuodessa pitivät liikuntaa vähemmän tärkeänä oman terveytensä ylläpitämisessä, sillä 28,6 % näistä lääkäreistä oli vain osittain sitä mieltä ($p < 0,05$). Enemmän tutkimuksia seuraavat lääkärit ovat myös positiivisempia liikunnan hyödyntämisestä lääketieteessä, sillä vähintään kerran kuukaudessa tuloksia seuraavat vastasivat täysin samaa mieltä useammin kuin vähemmän tuloksia seuraavat lääkärit. Kuitenkin ainut lääkäri, joka ei ole antanut liikuntaneuvontaa potilailleen eikä ole valmis ohjaamaan potilaitaan liikuntapoliklinikalle, seuraa tuloksia vähintään kaksi kertaa kuukaudessa. Korkeintaan muutaman kerran vuodessa tutkimuksia seuraavat lääkärit ovat antaneet liikuntaneuvontaa vain suullisesti, kun osa useammin tutkimuksia seuraavista lääkäreistä oli antanut liikuntaneuvontaa myös kirjallisesti, liikkumisreseptillä ja muulla tavalla.

9 POHDINTA

Tutkimuksen päätarkoituksena oli selvittää liikuntapoliklinikan perustamisen tarve Keski-Suomen keskussairaalassa. Tutkimuksella haluttiin selvittää myös millä tavalla liikuntaneuvonta tällä hetkellä toteutuu keskussairaalassa, mitkä ovat lääkäreiden asenteet liikuntaa kohtaan ja heidän mielipiteensä liikunnan hyödyntämisestä lääketieteessä. Tarvetta poliklinikan perustamiselle on, sillä kolme neljäsosaa tutkimukseen osallistuneista lääkäreistä kannattaa liikuntapoliklinikan perustamista ja sitäkin useampi lääkäri on valmis ohjaamaan potilaansa poliklinikalle. Lähes kaikki lääkärit ovat antaneet potilailleen liikuntaneuvontaa, mutta neuvonta tapahtuu lähinnä suullisesti annettuna. Tämä viittaa tarpeeseen yhdenmukaistaa liikuntaneuvonnan antaminen. Tutkimuksen tulokset olivat erittäin positiiviset ja kannustavat liikuntapoliklinikan perustamista ajatellen.

9.1 Kyselyn luotettavuus

Jotta tutkimustulokset ovat käyttökelpoiset, on tutkimuksen luotettavuuden oltava hyvä. Tutkimuksen kokonaisluotettavuuden muodostavat yhdessä validiteetti ja reliabiliteetti. Validius määritellään yleensä mittarin kyvyksi mitata sitä, mitä se on tarkoitettu mittaamaan. Toistuva systemaattinen virhe alentaa mittavälineen validiteettia. Validiteettia voidaan tarkastella monista eri näkökulmasta, kuten sisällöllisen validiteetin ja rakennevaliditeetin käsitteiden avulla. Tutkimuksen sisällöllistä validiteettia voidaan parantaa tutkimuksen sisällön huolellisella valinnalla. Tässä on onnistuttu, jos mittarin sisältö on tutkittavan käsitteen kannalta järkevä ja perusteltu ja että voidaan sanoa sen mitattavan juuri tarkoitettua asiaa. Rakennevaliditeetti on hyvä, jos tutkimustulokset ovat sopusoinnussa odotusten kanssa eli rakennevaliditeetti hyödyntää jo olemassa olevia tuloksia tutkimusaiheesta. (Alkula ym. 1995, 89- 94.)

Tässä tutkimuksessa kyselylomaketta tehdessä sisällöllistä validiteettia yritettiin parantaa pohtimalla mahdollisimman tarkasti liikuntaneuvontaan ja liikuntapoliklinikkaan liittyvä aihealue ja kysymyksiä suunnitellessa yritettiin pysyä mahdollisimman tarkasti tämän alueen sisällä. Kyselylomakkeen tekovaiheessa apuna käytettiin lääketieteen asiantuntijoiden apua, jotta kysymykset saatiin mahdollisimman hyvin sopiviksi kohdejoukolle. Tässä tutkimuksessa rakennevaliditeettia yritettiin parantaa syventymällä samasta aihealueesta tehtyihin

tutkimuksiin ja käyttämällä niitä vertailuaineistona. Valmiita mittareita aiheesta ei ollut, mutta osa kyselylomakkeen kysymyksistä pystyttiin hyödyntämään jo aikaisemmissa tutkimuksissa olleisiin kysymyksiin. Rakennevaliditeettia yritettiin parantaa myös käyttämällä kyselylomakkeessa kysymyksiä, joita oli käytetty jo aikaisemmissa samanaiheisissa tutkimuksissa.

Mittarin reliabiliutta alentaa mittauksien eri vaiheissa sattuneet satunnaisvirheet. Satunnaisvirheet voivat olla joko mittajaan huolimattomuutta tai ne voivat johtua vastaajasta. Selkeiden ja konkreettisten asioiden mittauksessa satunnaisvirhe on harvinainen, mutta asennemittauksissa satunnaisvirheitä tulee helposti. Asennemittauksissa vastaajan mielialan vaihtelut ja mittaustapahtuman monimutkaisuus vaikuttavat mittaustulokseen ja näin ollen satunnaisvirheitä syntyy helpommin. (Alkula ym. 1995, 94–95.) Tässä tutkimuksessa reliabiliteettia yritettiin parantaa tekemällä mahdollisimman helpot ja hyvin ymmärrettävät kysymykset, jotta kaikki vastaajat ymmärtäisivät kysymykset samalla tavalla ja näin saataisiin mahdollisimman vähän satunnaisvirheitä vastaajien osalta. Tutkijan huolimattomuus virheet pyrittiin pitämään mahdollisimman vähäisinä. Tulosten koodaus ja tulosten tietokoneelle siirtovaiheessa pyrittiin olemaan mahdollisimman huolellinen ja välttämään näppäilyvirheitä.

9.2 Kyselylomakkeen käyttö aineiston keruumenetelmänä

Kyselylomakkeen käytössä on monia hyviä, mutta myös huonoja puolia. Kyselylomakkeen hyvänä puolena voidaan pitää sen tehokkuutta, sillä se on nopea ja taloudellinen tiedonkeruutapa (Jyrinki 1976, 25). Tämän lisäksi kyselylomakkeen avulla voidaan tutkimukseen saada mukaan paljon tutkittavia ja kysyä monia asioita (Hirsjärvi ym. 2004, 184). Kyselyn etuna haastatteluun verrattuna voidaan pitää tutkijanvaikutuksen eliminointi vastauksia annettaessa ja kaikille vastaajille yhdenmukaisesti annetut kysymykset (Jyrinki 1976, 25).

Kyselylomake mahdollistaa suuren tutkimusjoukon, mutta vastaamattomuus saattaa vastaavasti olla myös suuri (Jyrinki 1976, 25). Näin kävi tässä tutkimuksessa, sillä vastausprosentti jäi erittäin pieneksi. Pieni n saattaa vaikuttaa siihen, että tuloksessa saattaa olla tyypin II-virhe (Uhari ja Nieminen 2001, 109). Pieni vastausprosentti saattaa johtua tutkimuksen ajankohdasta, sillä tutkimus tehtiin kesä- ja heinäkuun aikana, joka on suosittua

kesäloma-aikaa. Näin ollen osa lääkäreistä, joille kysely lähetettiin, saattoi olla kesälomalla kyseisenä ajankohtana. Nämä lääkärit saivat ehkä kyselomakkeen vasta lomalta paluun jälkeen, eivätkä viitsineet enää vastata kyselyyn, koska vastausaika oli umpeutunut. Tämän lisäksi töissä olleet lääkärit saattoivat olla erittäin kiireisiä, jonka takia jättivät vastaamatta. Yleisesti mielenkiinnon puute aiheeseen saattoi myös vaikuttaa vastaamattomuuteen. Näiden lisäksi Ista, josta lääkärit otettiin, kattaa kaikki kyseisten erikoisalojen lääkärit, jotka olivat kyseisenä ajankohtana keskussairaalan listoilla. Vaikka nimi listassa olikin, saattoi silti osa lääkäreistä olla muista syistä poissa sairaalasta kuten virkavapaalla, vaihtanut sairaalaa, muuttanut muuhun paikkaan tai lääkäri saattoi olla muissa tehtävissä.

Pieni vastausprosentti saattaa olla suuri puute tutkimukselle muillakin tavoilla, sillä vastaamattomuus Jyrinkin (1976) mielestä ei ole satunnaista. Jyrinki (1976, 27) jatkaa, että vastauksen antaneet henkilöt ovat joiltakin enemmän tai vähemmän tunnetuilta ominaisuuksiltaan erilaisia ihmisiä kuin kyselyn vastaamatta jättäneet. Tämän takia aineisto saattaa olla selektiivinen, eikä välttämättä kuvaa koko perusjoukkoa. Tässä tutkimuksessa vastausprosentti jäi pieneksi ja näin ollen tutkimusaineisto saattaa olla selektiivinen. Tässä tutkimuksessa selektiivisuus saattaa näkyä vastanneiden lääkäreiden kiinnostuneisuutena liikuntaan. Saattaa olla, että vain ne lääkärit vastasivat kyselyyn, jotka kokivat asian tärkeäksi ja mielenkiintoiseksi. Lääkärit jotka eivät olleet kiinnostuneita liikunnasta tai eivät pidä sitä tärkeänä potilailleen saattoivat jättää vastaamatta helpommin kuin liikunnasta kiinnostuneet lääkärit. Tämä taas saattoi vaikuttaa siihen, että tutkimuksesta saatiin erittäin positiivinen tulos.

Kyselylomakkeeseen liittyy myös muita ongelmia. Yhtenä ongelmana on se, että ei voida tietää varmasti, ovatko vastaajat pyrkineet vastamaan kyselyyn huolellisesti ja rehellisesti. Ongelmana voi olla myös kysymysten väärinymmärrettävyys ja epäselvät kysymykset. (Hirsjärvi ym. 2004, 184.) Tässä tutkimuksessa uskoisin lääkäreiden vastanneen kysymyksiin rehellisesti, mutta muutama kysymys olisi voinut olla muotoiltu paremmin. Kysymyksen 12 loppuun olisi ollut hyvä lisätä sanat ”omalla erikoisalallanne”. Monet lääkärit ymmärsivät kysymyksen näin ja luettelivat vain oman erikoisalanpiiriin kuuluvia diagnooseja, mutta osa lääkäreistä luutteli kaikkia mahdollisia diagnooseja, joihin heidän mielestään liikunnasta on hyötyä. Eri lääkärit ymmärsivät kysymyksen hieman eri tavoin. Kysymyksiin 15 ja 16 ei vastannut moni lääkäri (taulukko kyselylomakkeen sivulla 3, liite 2/3). Näiden kysymysten avulla oli tarkoitus määrittellä potilasmääriä kunkin diagnoosin kohdalla. Lääkärit ilmeisesti

kokivat kysymykset liian hankaliksi tai liian paljon aikaa vieviksi. Tämän lisäksi kysymyksiin 9 ja 13 osa lääkäreistä valitsi useamman vaihtoehdon kuin yhden, vaikka kyselylomakkeen alussa nimenomaan pyydettiin vastaamaan kuhunkin kysymykseen vain yhdellä vaihtoehdolla. Tämä viittaa siihen, että vastausvaihtoehdot eivät olleet toisiaan poissulkevat. Silti osa lääkäreistä vastasi ehkä vain yhteen vaihtoehtoon, vaikka olisikin ehkä halunnut vastata useampaan. Näin ollen näihin kysymyksiin oli ehkä vastattu eri tavoin lääkäreistä riippuen. Näissä kahdessa kysymyksessä olisi ehkä pitänyt olla paremmat vastausvaihtoehdot tai kysymysten yhteydessä olisi pitänyt olla ohje: ”voit valita niin monta vastausvaihtoehtoa kuin haluat”. Näiden viiden kysymyksen osalta (9, 12, 13, 15 ja 16) kyselylomake olisi voitu suunnitella paremmin, mutta liikuntapoliklinikkaa koskevat kysymykset oli mielestäni ymmärretty oikein. Näin ollen tutkimuksen kannalta tärkeimmät asiat oli todennäköisesti ymmärretty oikein.

9.3 Tutkimustulosten tarkastelu

Suurin osa lääkäreistä harrastaa vapaa- ajanliikuntaa 2-3 kertaa viikossa. Läkäreistä vain neljännes ilmoitti harrastavansa liikuntaa vähintään neljä kertaa viikossa, joka on the American College of Sports Medicine (ACSM) ja the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) suosituksen mukainen. Suositus kehottaa liikkumaan vähintään 30 minuuttia useampina päivinä viikossa. Tämä tulos saattaa olla hieman väärä, sillä kysymys viittaa vapaa-ajan liikuntaan, joka saatetaan usein mieltää vain rasittavaksi urheiluksi. Tosiasiassa liikuntaa saatetaan kuitenkin harrastaa enemmän, jos mukaan luetaan työmatka- ja hyötyliikunta. Osa vastanneista on voinut tietenkään laskea tämän jo mukaan vastaukseen ja osa on vastannut vain harrastuksista kertyvästä liikunnasta. Lääkärin oma liikunta-aktiivisuus ei tilastollisesti merkitsevästi vaikuttanut lääkäreiden asenteisiin liikuntaa kohtaan, mutta prosenttien tarkastelu osoitti aktiivisuuden vaikuttavan positiivisesti lääkäreiden asenteisiin. Starckin (2003) tutkimuksessa lääkärin oma liikunta-aktiivisuus vaikutti positiivisesti lääkärin kiinnostuneisuuteen potilaiden liikuntatottumuksista, kun taas Walshin (1999) tutkimuksessa lääkärin oman liikunta-aktiivisuuden ei huomattu olevan siihen yhteydessä. Enemmän liikkuvat lääkärit seurasivat myös enemmän uusia tutkimustuloksia liikunnan vaikutuksesta terveyteen ja tai sairauksiin. Tämä saattaa olla kiinnostusta omaa harrastusta kohtaan, mutta myös ammatillista kiinnostusta potilaisiin ja heidän terveyteensä.

Lähes kaikki lääkärit ovat täysin sitä mieltä, että liikuntaa voidaan hyödyntää sairauksien ehkäisyssä, mutta vain kolme neljäsosaa oli täysin samaa mieltä sen hyödyntämisestä sairauksien hoidossa. Tämä saattaa johtua liikunnan vaikutusten paremmasta näytöstä sairauksien ehkäisyyn kuin hoidon kohdalla (Vuori 2000, Ståhl 2001). Syy voi olla myös lääkärin erikoisalassa, sillä vain osittain samaa mieltä liikunnan hyödyntämisestä sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa olevia lääkäreitä löytyi keuhkosairauksien ja lastentautien parista sekä sisätautien lääkäreitä sairauksien hoidon suhteen. He saattavat luulla että heidän alallaan liikunnasta ei ole niin paljoa hyötyä sairauksien hoidossa tai he eivät tiedä asiasta tarpeeksi. Starckin (2003) tutkimuksessa löytyi erityisesti keuhkotautien ja sisätautien erikoisaloilta lääkäreitä, jotka eivät pitäneet liikuntaa tärkeänä. Tässä tutkimuksessa ei löytynyt ketään, joka ei olisi pitänyt liikuntaa ainakin osittain tärkeänä. Tämä viittaa mielipiteiden ja asenteiden positiiviseen kehitykseen ja liikunnan hyväksymiseen sairauksien ehkäisyssä ja myös niiden hoidossa.

Kolme neljäsosaa lääkäreistä seuraa uusia tutkimustuloksia liikunnan vaikutuksesta terveyteen ja sairauksiin vähintään kerran kuukaudessa. Tämä osoittaa lääkäreiden kiinnostuneisuutta liikuntaa ja liikunnan terveysvaikutuksia kohtaan. Lähes kaikki lääkäreistä omaavat omasta mielestään vähintään osittain hyvät tiedot liikunnan terveydellisistä vaikutuksista, mutta kuitenkin vain puolet lääkäreistä uskoi tietävänsä riittävästi asiasta. Samansuuntaisia tuloksia on saatu myös Starckin (2003) ja Walshin ym. (1999) tutkimuksista. Tämän tutkimuksen tulokset vahvistavat sitä, että suurin osa lääkäreistä omaa vähintään kohtalaiset tiedot liikunnasta. Yli puolet lääkäreistä tunnusti tarvitsevansa lisää koulutusta liikuntaan liittyen. Tämä on hieman suurempi osuus kuin Starckin (2003) tekemässä tutkimuksessa, jossa 40 % tarvitsi lisää koulutusta. Neljännes lääkäreistä oli täysin tai osittain sitä mieltä, että ei tarvitse lisää koulutusta, kun Starckin (2003) tutkimuksessa reilu kolmannes oli sitä mieltä. Tämä osoittaa, että koulutuksen tarve on lisääntynyt Starckin (2003) tutkimuksen jälkeen. Tämä voi johtua lisääntyneestä liikuntaneuvonnan tarpeesta, sillä potilaat saattavat itse kysellä asiasta enemmän tai lääkärit ovat vakuuttuneempia liikunnan hyvistä puolista, mutta eivät tiedä kuinka liikuntaneuvontaa annetaan. Vaikka suurin osa lääkäreistä seuraakin uusia tutkimustuloksia kohtalaisen usein, osa heistä ei siltikään ole täysin varma tiedoistaan ja tarvitsee lisäkoulutusta asiasta.

Tutkimukseen osallistuneista lääkäreistä suurin osa on antanut liikuntaneuvontaa potilailleen, mikä kertoo lääkäreiden kiinnostuksesta asiasta kohtaan. Tämä saattaa kuitenkin tarkoittaa sitä,

että lääkäri on antanut liikuntaneuvontaa vain pienelle osalle potilaistaan, mutta ei niin monelle kuin ehkä olisi hyvä antaa. Starckin (2003) tutkimuksen mukaan lääkärit antoivat liikuntaohjeita vain harvoille potilaille ja Walshin ym. (1999) tutkimuksessa neuvontaa antoi reilu 40 % lääkäreistä vähintään puolelle potilaistaan. Käytännössä tällä hetkellä liikuntaneuvonta ja liikuntaohjeiden anto toteutuvat suullisesti. Liikuntareseptiä on käyttänyt vajaa 10 % lääkäreistä, minkä lisäksi reilu 10 % lääkäreistä on antanut muita kirjallisia liikuntaneuvoja. Tämä on selvästi positiivinen kehitys Starckin (2003) tutkimuksen jälkeen. Starckin tutkimuksessa kukaan erikoissairaanhoidon lääkäreistä ei ollut käyttänyt liikkumisreseptiä, vaikka pitivätkin kirjallisia ohjeita suullisia parempina.

Liikuntapoliklinikka-ajatus otettiin vastaan melko hyvin, sillä kolme neljäsosaa lääkäreistä kannatti liikuntapoliklinikka-ajatusta. Tämä on tärkeä tulos liikuntapoliklinikan perustamista ajatellen, sillä on hyvä saada hyväksyntä ja suuri kannatus poliklinikan perustamiselle niiltä lääkäreiltä, jotka tulevat ohjaamaan potilaitaan sinne tulevaisuudessa. Tutkimukseen vastaamatta jättäneissä lääkäreissä saattaa olla enemmän niitä, jotka eivät ole liikuntapoliklinikan kannalla mutta, silti tämä tulos antaa positiivisen kuvan asiasta. Suurin osa lääkäreistä on valmis ohjaamaan potilaansa liikuntapoliklinikalle. Näitä lääkäreitä löytyi enemmän kuin liikuntapoliklinikan perustamista kannattavia lääkäreitä. Ilmeisesti lääkärit ovat valmiita ohjaamaan potilaansa poliklinikalle, vaikka he eivät välttämättä kannata sen perustamista. Tämä saattaa johtua siitä, että lääkärit ajattelevat poliklinikan perustamisen olevan liian kallis ja vievän voimavaroja muista palveluista, kuten yksi lääkäri totesi muissa kommenteissa: ”kuulostaa hyvältä, toisaalta epäilen miten jo nyt niukat resurssit riittävät asian toteuttamiseen”. Nämä lääkärit saattavat olla kuitenkin valmiita ohjaamaan potilaansa poliklinikalle, jos se joka tapauksessa perustetaan. Tämä on erittäin positiivinen tulos, sillä jos jo nyt näin suuri joukko on sitoutunut ohjaamaan potilaitaan poliklinikalle, pystytään sanomaan, että tulevaisuudessa poliklinikalla tulee olemaan tarpeeksi asiakkaita sen toimintaa ajatellen.

Noin kolme neljännestä lääkäreistä suosittelisi potilailleen aerobista liikuntaa ja lihaskuntaa kehittävää harjoittelua, vajaa puolet lääkäreistä suosittelisi venyttelyä ja vain viidennes anaerobista liikuntaa. Nämä vastaukset mukailevat kirjallisuutta, sillä useimmiten liikuntasuosituksissa suositellaan kestävyysliikuntaa ja lihaskuntoharjoittelua (Alen ym. 1997, ACSM 2000). Tämä saattaa johtua myös siitä, että liikuntatutkimuksissa on useammin käytetty aerobista ja/tai lihaskuntaa lisäävää liikuntaa kuin venyttelyä ja anaerobista liikuntaa,

näin ollen näiden vaikutuksista tiedetään eniten. Yllättävän pieni osa lääkäreistä suositteli potilailleen venyttelyä. Anaerobista liikuntaa ei suositeltu paljon, joka on ymmärrettävää, sillä se ei ehkä sovi kaikille potilaille yhtä hyvin kuin muut liikuntamuodot.

Kyselyyn osallistuneet lääkärit halusivat lähinnä fysioterapeutin ohjaavan liikuntaa potilailleen. Se on ymmärrettävää, sillä tällä hetkellä sairaalan liikunnanohjauksesta vastaavat lähinnä fysioterapeutit (Starck 2003), ja näin ollen lääkärit tietävät mitä fysioterapeutit osaavat tehdä ja he luottavat heidän työskentelyynsä. Tämän lisäksi fysioterapeuteilla on oikeus toimia terveydenhuollon ammattilaisina, joka varmasti vaikuttaa lääkäreiden vastauksiin. Liikunnanohjaajan, liikuntafysiologin ja liikuntaan perehtyneen henkilön mainitsi vain muutama lääkäri. Tämä saattaa johtua siitä, että lääkärit eivät tiedä mitä näiden alojen koulutus pitää sisällään ja pystyvätkö liikunnanalan ammattilaiset hoitamaan kyseisen tehtävän. Lääkärit saattavat ajatella, että liikunnanalan asiantuntijat eivät tiedä tarpeeksi terveydenhoitoalasta ja sairauksista. Moni lääkäri halusi myös lääkärin tai hoitajan olevan mukana liikunnanohjauksessa. Tämä on ymmärrettävää, sillä potilailla saattaa olla monenlaisia ja monimutkaisia terveydellisiä ongelmia, joten lääkärit haluavat myös lääketieteen tai hoitotieteen asiantuntijan ohjaustilaisuuteen mukaan valvomaan sairauten liittyviä asioita.

Tämän tutkimuksen mukaan suurimmat diagnoosiryhmät liikuntapoliklinikalla tulisivat olemaan aineenvaihduntasairaudet ja lihavuus, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, sydän- ja verenkierolintensairaudet sekä keuhkosairaudet. Suurimmat yksittäisen sairausryhmät olisivat diabetes, liikalihavuus, TULES, astma, sepelvaltimotauti, fibromyalgia, COPD ja metabolinen oireyhtymä. Nämä tulokset tukevat aikaisempia tutkimuksia, sillä liikkumisreseptihankkeen pilottivaiheessa tehdyssä tutkimuksessa mukana olleiden lääkäreiden mielestä resepti sopi hyvin potilaille, joilla oli edellä mainittuja sairauksia (Miilunpalo ja Aittasalo 2002). Näille sairauksille on myös paljon tutkimuksista saatua näyttöä siitä, että liikunta vaikuttaa positiivisesti näiden sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon (Vuori 2000, Ståhl 2001).

9.4 Tutkimuksen käytännölläheisyys

Tämä tutkimus ei anna uutta tieteellistä perustietoa liikunnan vaikutuksista sairauksien syntyyn, mutta tutkimuksella on silti käytännön tarkoitus. Tutkimus tehtiin Keski-Suomen keskussairaalan ja Jyväskylän yliopiston yhteistyönä. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää sairaalan lääkäreiden asenteita liikunnasta ja liikuntaneuvonnasta liikuntapoliklinikan perustamista varten. Tutkimuksen avulla haluttiin lisätietoa liikuntapoliklinikan tarpeesta Keski-Suomen keskussairaalassa ja lääkäreiden halukkuudesta ohjata potilaitaan kyseiselle poliklinikalle.

Tutkimuksen tuloksia on käytetty jo nyt haettaessa resursseja liikuntapoliklinikan perustamiseen. Tuloksien avulla hakemuksessa perusteltiin poliklinikan tarve ja lääkäreiden yhteistyöhalukkuus poliklinikan suhteen. Tutkimustulokset liitettiin kokonaisuutena apurahahakemuksen liitteeksi. Vaikka apurahapäätöksestä ei ole tullut vielä tietoa on sairaalan konservatiivisen toimialueen johtaja (Pekka Hannonen) ehdottanut, että liikuntapoliklinikka voi aloittaa toimintansa maaliskuusta 2005 lähtien joko apurahan avulla tai sairaalan olemassa olevia resursseja hyödyntäen. Näin ollen voidaan sanoa, että tutkimuksesta on ollut jo nyt apua poliklinikan käynnistämisen prosessissa.

Tutkimuksen hyvänä puolena voidaan pitää sen käytännön läheisyyttä, sillä avattavassa liikuntapoliklinikassa potilaita tullaan ottamaan vastaan jo maaliskuussa 2005. Tutkimusta tehdessä tiesin sen olevan käytännössä avuksi potilaille, jotka tarvitsevat liikuntaa. Vaikka vastausprosentti ei ollut suuri ja moni lääkäri ei vastannut kyselyyn uskon silti kuitenkin tutkimuksella olevan vaikutus myös niihin lääkäreihin, jotka eivät vastanneet kyselyyn. Uskon näin sillä kaikki lääkärit saivat joka tapauksessa saatekirjeen ja kyselylomakkeen ja saivat näin ainakin tietää vireillä olevasta hankkeesta ja mahdollisesti myöhemmin asiaa mietittyään ovat ehkä valmiimpia lähettämään potilaitaan poliklinikalle.

Poliklinikkakokeilu tullaan aloittamaan kahden tautiryhmän potilailla. Tämän tutkimuksen valossa ehdottaisin, että ainakin tyypin 2 diabetes -potilaat pääsisivät ensivaiheessa mukaan tähän kokeiluun. Perusteluna on se, että diabetes sai suurimman kannatuksen lääkäreiltä ja näin mahdollisesti saataisiin riittävästi potilaita heti aloituksesta lähtien. Tämän lisäksi ehdotukseen vaikuttaa se, että liikunnan positiivisista vaikutuksista tyypin 2 diabeteksen

hoidossa on vahvaa tutkimusnäyttöä (Vuori 2000). Diabeteksen mukaan ottaminen sopisi myös hyvin valtakunnalliseen DEHKO projektiin, joka on Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma (DEHKO). Diabeteksen ottaminen mukaan poliklinikan kokeiluvaiheessa tuottaa kuitenkin joitakin ongelmia, sillä tyypin 2 diabetesta sairastavilla on usein myös muita sairauksia, kuten ateroskleroosi, sepelvaltimotauti tai ylipaino ja he ovat usein iäkkäitä (Koivisto 1995, 276). Tämä merkitsisi sitä, että mahdolliset muut sairaudet jouduttaisiin myös ottamaan huomioon liikuntaneuvontaa antaessa.

9.5 Liikuntapoliklinikan käytännön toimivuuden ehdotuksia

Tämän tutkimuksen vastausten perusteella liikuntapoliklinikan halutaan tarjoavan yleisesti ohjeita ja neuvoja liikuntaan sekä sairauksiin soveltuvia liikuntaohjeita, motivointia säännölliseen liikkumiseen ja liikunnan toteutumisen seurantaan sekä tehostusta hoitoihin.

Potilaille pitäisi tehdä kliininen rasituskoke, jos epäillään sydänperäisiä liikuntarajoituksia, kuten yksi lääkäri ehdotti. Jos kliinistä rasituskoetta ei tehdä kaikille, tulisi silti tehdä jonkinlainen liikuntatesti, kuten suora tai submaksimaalinen VO₂ max testi, esimerkiksi polkupyöräergometritesti tai juoksumatolla tehtävä testi. Tämän lisäksi olisi hyvä tehdä myös muita kuntotestejä, kuten lihasvoima- ja kestävyystestejä, kehon notkeutta ja liikkuvuutta sekä motorista kuntoa mittaavia testejä, jos niihin on tarve. (Oja 1995, 54–68.) Näin pystytään selvittämään potilaan lähtötaso, jonka mukaan liikuntaohjelma voidaan suunnitella. Testi voidaan uusina tietyin väliajoin, jolloin tiedetään kunnan paranevan. Ensimmäisen poliklinikkakäynnin yhteydessä liikuntatestin lisäksi tulisi mitata ainakin potilaan pituus ja paino (BMI), ehkä myös lantion ja vyötärön ympärysmittat, jos liikunnan tarkoituksena on myös painon pudotus. Lisäksi ainakin verenpaineen mittaaminen olisi hyvä ja ehkä muita laboratoriotestejä voisi tehdä. Tämän lisäksi on tärkeää kartoittaa potilaan koko sairaushistoria (ei vain sairaus, jonka takia lähete poliklinikalle on annettu) tai tämä voisi tulla suoraan lääkäriltä.

Potilaan motivointi liikuntaan oli yksi tärkeimmistä liikuntapoliklinikalta halutuista tehtävistä. Jotta potilas voidaan motivoida oikealla tavalla, on tärkeää tietää potilaan tämän hetkinen liikunnan taso ja potilaan valmius sen muutokseen. Tämän lisäksi potilaan vanhat liikuntatottumukset ja mieltymykset tulisi kartoittaa ennen uusien ohjeiden antamista. Näiden

asioiden kartoittamiseksi voitaisiin käyttää esimerkiksi Amerikassa käytettävän PACE-projektin tapaista järjestelmää (Patrick ym. 1994, Pate ym. 1995). Liikuntaan tulisi sisällyttää lajeja, joista potilas tietää nauttineensa. Tämä lisää motivaatiota aloittaa liikuntaharrastus ja jatkaa sitä. Liikuntaohjeet tulisi antaa kirjallisina ja tarkasti määriteltynä, sillä suulliset ja epätarkat ohjeet unohtuvat helposti. Liikuntaohjeiden antamisen yhteydessä potilaalle pitää selittää kyseiseen sairauteen/sairauksiin liittyvät riskit liikkua ja miten toimia, jos huomaa jotain poikkeavaa.

Käytännössä olisi hyvä, jos liikuntapoliklinikan yhteydessä tulevaisuudessa olisi erilaisia liikuntatiloja, esimerkiksi kuntosali. Tällä tavalla potilaiden liikuntaa voitaisiin opettaa valvotusti. Tämä lisäisi liikunnan turvallisuutta ja samalla pystyttäisiin motivoimaan potilaita liikkumaan oikealla tavalla. Tällaiset ohjelmat voisivat sisältää pelkkää liikuntaa tai ne voisivat toimia kuten esim. Isossa-Britanniassa sairaaloiden yhteydessä toimivat sydän- ja keuhkosairaiden kuntoutusohjelmat, joissa annetaan myös muita sairauteen liittyviä ohjeita. Ohjattua liikuntaa liikuntapoliklinikan yhteydessä ehdotti yksi kyselyyn vastannut lääkäri. Liikunta voisi tapahtua kyseisellä salilla esimerkiksi ensimmäiset kolme kuukautta, jonka jälkeen kontrollointi voisi tapahtua muutaman kuukauden välein. Seurannan voisi hoitaa esimerkiksi puhelimitse tai sähköpostilla. Tämän lisäksi olisi myös hyvä tavata potilaan kanssa säännöllisin väliajoin, esimerkiksi puolen vuoden välein potilaalla voisi olla kontrollitapaaminen, jossa mitattaisiin kunnon kehitys, paino, verenpaine yms. mittaukset. Tämä motivoisi potilasta jatkamaan liikuntaa, jos hän näkisi esim. kunnon tai verenpaineen parantuneen. Liikuntaneuvontaa ja ohjeita on turha antaa, jos seuranta ei järjestetä. Seurannan järjestäminen olikin yksi yleisimmin lääkäreiltä tullut toive liikuntapoliklinikkaa koskien.

Lääkärit haluaisivat liikuntapoliklinikan toimivan tiimityönä, johon osallistuisi kunkin erikoisalalan lääkäri ja fysioterapeutti. Tämän lisäksi tai fysioterapeutin tilalle ehdottaisin tiimiin kuuluvan myös liikunta-alan ammattilaisen, joka voisi hoitaa käytännön liikunnan ohjauksen ja avustaa liikuntatestauksissa.

9.6 Johtopäätökset ja jatkotutkimus ehdotuksia

Tutkimuksen johtopäätöksenä voidaan todeta lääkäreiden olevan erittäin kiinnostuneita liikunnasta ja sen hyödyntämisestä sairauksien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa, suurin osa lääkäreistä onkin antanut liikuntaneuvontaa ainakin suullisesti osalle potilaistaan. Tärkeimpänä johtopäätöksenä voidaan kuitenkin todeta lääkäreiden olevat melko suotuisia liikuntapoliklinikan perustamisidealle ja erittäin halukkaita ohjaamaan potilaansa kyseiselle poliklinikalle.

Samantapaisen kyselyn voisi tehdä myös terveyskeskus-, työterveys- ja yksityislääkäreille. Sitten voisi verrata eri laitoksissa toimivien lääkäreiden näkemystä liikuntaneuvonta ja liikuntapoliklinikka-asiasta ja mahdollisesti näiden lääkäreiden halukkuutta ohjata potilaitaan liikuntapoliklinikalle.

Tulevaisuudessa liikuntapoliklinikan jo toimissa voidaan tehdä jatkotutkimus, joka mittaa lääkäreiden tyytyväisyyttä poliklinikan toimivuudesta. Tutkimuksessa voitaisiin keskittyä siihen kuinka moni lääkäreistä on ohjannut potilaitaan liikuntapoliklinikalle ja mitkä ovat poliklinikalle ohjaamiseen ja ohjaamattomuuteen vaikuttavat tekijät. Tutkimuksessa voisi kysyä myös mitä sairauksia sairastaville potilaille lääkärit ovat antaneet lähetteen liikuntapoliklinikalle ja verrata sitä todellisuudessa poliklinikalle saapuviin potilaisiin.

10 LÄHTEET

ACSM. 2000. ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription. 6. painos. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

Aittasalo M, Miilunpalo S. 2002. Liikkumisreseptillä suunnitelmallisuutta liikuntaneuvontaan. Fysioterapia 6, 14-18.

Alen M, Kukkonen-Harjula K, Kallinen M. 1997. Ikääntyvien Terveiden ja toimintakyvyn arviointi sekä liikuntaneuvonnan periaatteet. Teoksessa P Era (toim.) Ikääntyminen ja liikunta. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 108. Jyväskylä: LIKES- tutkimuskeskus, 63-76.

Alkula T, Pöntinen S, Ylöstalo P. 1995. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. 1.-2. painos. Juva: WSOY.

Balady G, Ades P, Comoss P, Limacher M, Pina I, Southard D, Williams M, Bazzarre T. 2000. Core Components of Cardiac Rehabilitation/Secondary Prevention Programs- A Statement for Healthcare Professionals from the American Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. Circulation 102, 1069-1073.

Bouchard C, Stephard R, Stephens T. (toim.) 1994. Physical activity, fitness and health- International Proceedings and Concensus Statement. Champaign: Human Kinetics.

Bouchard C. (Chair of Program Committee). 2001. Dose-Response Issues Concerning Physical Activity and Health: An Evidence-Based Symposium. Med Sci Sports Exerc 33, S345-S641.

The Cochrane Collaboration. Cochrane Reviews. [WWW-dokumentti]. Ei päivitystietoja [viitattu 15.4.2004]. <http://www.cochrane.org/reviews/index.htm>

Department of Health. 2000. National Service Framework for Coronary Heart Disease. Department of Health. [WWW-dokumentti]. Ei päivitystietoja [viitattu 22.04.2004]. <http://www.nelh.nhs.uk/nsf/chd/nsf/pdfs/chdnsf.pdf>

The Development and Evaluation Service. 1999. Hospital-based pulmonary rehabilitation programmes for patients with severe chronic obstructive pulmonary disease. [WWW-dokumentti]. Ei päivitystietoja [viitattu 25.5.2004]. <http://www.hta.nhsweb.nhs.uk/rapidhta/publications/dec94.pdf>

Duodecim. Käypä Hoito. [WWW-dokumentti]. Ei päivitystietoja [viitattu 8.4.2004]. <http://www.kaypahoito.fi/>

Eden K, Orleans T, Mulrow C, Pender N, Teutsch M. 2002. Does Counselling by Clinicians improve Physical Activity? A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 137, E208-E215.

Fogelholm M. 2001. Liikuntaneuvonnan ABC- Milloin ihminen on otollisimmillaan muuttamaan liikuntakäyttäytymistään? Liikunta ja Tiede erikoisliite 5, 15.

Garvey C. 1998. COPD and Exercise [Feature Articles]. Lippincotts Prim Care Pract 2, 589-598.

Goble A, Worcester M. 1999. Best Practice Guidelines for Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention, Department of Human Services, Victoria Australia. [WWW-dokumentti]. Ei päivitystietoja [viitattu 21.04.2004]. <http://www.dhs.vic.gov.au/phd/9905015/downloads/bestpracticecardiacrehab.pdf>.

Green L, Kreuter M. 1999. Health Promotion Planning- An Educational and Ecological Approach. 3. painos. California: Mayfield Publishing Company.

Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Aro A, Uttela A. 2003. Suomalaisen aikuisväestön terveystietäytyminen ja terveys, kevät 2003. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 17/2003.

Hirsjärvi S, Remes P, Sajavaara P. 2004. Tutki ja Kirjoita. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Hirvensalo M, Häyrynen T. 2003. Aikuisten Liikunta. Teoksessa P Heikinaro- Johansson, T Huovinen, L Kytökorpi (toim.) Näkökulmia Liikuntapedagogiikkaan. Porvoo: WS Bookwell Oy, 47–60.

Jolliffe J, Rees K, Taylor R, Thompson D, Oldridge N, Elbrahim S. 2004. Exercise- based rehabilitation for coronary heart disease. Cochrane Review.

Jyrinki E. 1976. Kysely ja haastattelu tutkimuksessa. Helsinki: Oy Gaudeamus Ab.

Kansaneläkelaitos. Kelan järjestämät sydäntautia sairastavien kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskurssit. [WWW-dokumentti]. Ei päivitystietoja [viitattu 18.03.2004]. [http://193.209.217.5/in/internet/liite.nsf\(WWWAllDocsEylid\)/4477822777FA700CC2256DDC0048B3F4/\\$file/sydantauti_kuntoutuskaytanto.pdf](http://193.209.217.5/in/internet/liite.nsf(WWWAllDocsEylid)/4477822777FA700CC2256DDC0048B3F4/$file/sydantauti_kuntoutuskaytanto.pdf).

Kansanterveyslaitos. 2000. Terveys 2000. [WWW-dokumentti]. Päivitetty 07.06.2004 [viitattu 10.6.2004]. <http://www.ktl.fi/terveys2000/indexx.html>.

Keski-Suomen Sairaanhoidopiiri. [WWW-dokumentti]. Ei päivitystietoja [viitattu 13.4.2004]. <http://www.ksshp.fi>.

Koivisto V. 1995. Sokeritauti. Teoksessa I Vuori, S Taimela (toim.) Liikuntalääketiede. Duodecim. Helsinki: Vammalan Kirjapaino Oy, 268–279.

Kuntoutussäätiö. Mitä kuntoutusta on tarjolla? [WWW-dokumentti]. Ei päivitystietoja [viitattu 18.3.2004]. <http://www.kuntoutussaatio.fi/kysy/kysy02.html>.

Kuntoutussäätiö. 2004. Sydänkuntoutuksella on pitkät perinteet Kuntoutussäätiössä. Kuntoutussäätiön asiakaslehti 11. [WWW-dokumentti]. Päivitetty 5.5.2004 [viitattu 18.03.2004]. http://www.kuntoutussaatio.fi/julkaisut/asiakaslehti11_3.html.

Lacasse Y, Brosseau L, Milne S, Martin S, Wong E, Guyatt G, Goldstein R, White J. 2003. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. The Cochrane Database of Systematic Reviews 3.

Laine K. 1986. Mitä liikunta merkitsee terveydenhuollossa? Liikunta ja Tiede 23, 274–276.

Laitakari J, Miilunpalo S. 1998. How can physical activity be changed - Basic concepts and general principles in the promotion of health-related physical activity. Patient Educ Couns 33, S47-S59.

Liikkumisreseptihanke. 2002. Liikkumisresepti. [WWW-dokumentti]. Päivitystiedot 31.3.2004 [viitattu 19.5.2004]. <http://www.liikkumisresepti.net>.

Miilunpalo S. 1989. Liikuntaneuvonta Terveyskeskuksissa - Tutkimus liikuntaa koskevan terveysneuvonnan tarpeesta, kysynnästä, toteutumisesta ja vaikuttavuudesta. Lääkintöhallituksen julkaisuja. Terveyden edistäminen. Sarja Tutkimukset 13/1989. UKK-instituutti. Helsinki: Valtion Painatuskeskus.

Miilunpalo S. 1995. Yksilöllinen Liikuntaneuvonta- Ihmisiin Vaikuttaminen. Teoksessa I Vuori, S Taimela (toim.) Liikuntalääketiede. Duodecim. Helsinki: Vammalan Kirjapaino Oy, 418–428.

Miilunpalo S, Aittasalo M. 2002. Liikkumisresepti - lääkärin työkalu ja yhteistyöhanke terveysliikunnan lisäämiseksi. Suom Laakaril 20, 2203-2207. [WWW-dokumentti]. Ei päivitystietoja [viitattu 13.10.2003]. <http://www2.fimnet.fi/pdf/2002/SLL202002-2203.pdf>

Moisio P. 1999. Mikä tekee liikunnasta terveysliikuntaa? Fysioterapia 1, 5.

New-Zealand Guidelines Group. 2002. Cardiac Rehabilitation- Summary and Resource Kit. New-Zealand Guidelines Group. [WWW-dokumentti]. Ei päivitystietoja [viitattu 21.04.2004]. http://www.nzgg.org.nz/guidelines/0001/Summary_resource_kit.pdf

Oja P. 1995. Fyysinen ja terveyskunto sekä niiden mittaus. Teoksessa I Vuori, S Taimela (toim.) Liikuntalääketiede. Duodecim. Helsinki: Vammalan Kirjapaino Oy, 54–68.

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. 1995. Physical Activity and Public Health. A Recommendation From the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sport Medicine. JAMA 273, 402-407.

Patrick K, Sallis J, Long B, Calfas K, Wooten W, Heath G, Pratt M. 1994. A New Tool for Encouraging Activity. Phys Sportsmed 22, 45-55.

Pinto B, Goldstein M, Marcus B. 1998. Activity Counseling by Primary Care Physicians. Prev Med 27, 506-513.

Poskiparta M, Kasila K, Kettunen T, Kiuru. 2004. Tyypin 2 diabeetikkojen liikuntaneuvonta perusterveydenhuollon lääkäreiden ja hoitajien vastaanotoilla. Suom Laakaril 14, 1491-1495.

Ries A, Carlin B, Carrieri-Kohlman V, Casaburi R, Celli B, Emery C, Hodgkin J, Mahler D, Make B, Skolnick J. 1997. Pulmonary Rehabilitation: Joint ACCP/AACVPR Evidence-Based Guidelines, *Chest* 112, 1363-96. [WWW-dokumentti]. Ei päivitystietoja [viitattu 26.05.2004]. <http://www.chestjournal.org/cgi/reprint/112/5/1363>.

Rinne M, Marttila J. 2002. Liikkeelle Keski-ikässä: Starttikurssi tuuppaa empijää aktiiviseksi. *Liikunta ja Tiede* 2, 18–23.

Romo M. 2004. Näkökulma. Kuntoutussäätiön asiakaslehti 11. [WWW-dokumentti]. Päivitetty 5.5.2004 [viitattu 18.3.2004]. http://www.kuntoutussaatio.fi/julkaisut/asiakaslehti11_5.html.

Smith B, Bauman A, Bull F, Booth M, Harris M. 2000. Promoting physical activity in general practice: a controlled trial of written advice and information materials. *Br J Sports Med* 34, 262–267.

Sosiaali- ja Terveysministeriö. 2002. Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan kehittämislinoista. [WWW-dokumentti]. Ei päivitystietoja [viitattu 5.4.2004]. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/teli/esite/teliesi.pdf>.

Sosiaali- ja Terveysministeriö. 2004. Terveyspalvelut. [WWW-dokumentti]. Ei päivitystietoja [viitattu 19.5.2004]. <http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/tervh/thpal/index.htm>.

Spruit M, Troosters T, Trappenburg J, Decramer M, Gosselink R. 2004. Exercise training during rehabilitation of patients with COPD: A current perspective. *Patient Educ Couns* 52, 243-248.

Starck H. 2003. Selvitys Liikuntaneuvonnan toteutumisesta Länsi-Suomen Läänin erikoissairaanhoidossa. Länsi-Suomen lääninhallitus/Liikuntatoimi.

Ståhl T. 2001. Tehokas ja turvallinen terveystoiminta: tiivistelmä lääkäreille. UKK- Instituutti.

The Writing Group for the Activity Counseling Trial Research Group. 2001. Effects of Physical Activity Counseling in Primary Care: The Activity Counseling Trial: A Randomized Trial. *JAMA* 286, 677–687.

Uhari M, Nieminen P. 2001. *Epidemiologia & Biostatistiikka*. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Urbinati S, Fattiroli F, Tramarin R, Chieffo C, Temporelli P, Griffo R, Belardinelli R, Vaghi P, Briolotti L. 2003. The ISYDE project. A survey on Cardiac Rehabilitation in Italy. *Monaldi Arch Chest Dis* 60, 16-24. Abstract.

Vertio H. 2003. Terveystoiminnan periaatteet. Teoksessa K Koskenvuo (toim.) *Sairauksien Ehkäisy*. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 573–578.

Vuori I. 1989. Liikunta terveydenhuollossa. *Suom Laakaril* 22–23, 2217.

Vuori I. 1994. Liikuntaneuvontaa vai ei? *Suom Laakaril* 28, 2751.

Vuori I. 1996. Liikunta matkaa terveydenhuoltoon. Liikunta ja Tiede 6, 4-9.

Vuori I. 2000. Fyysinen passiivisuus ja terveystoiminta – ongelma ja ratkaisumahdollisuus. Suom Laakaril 34, 3327-3331. [WWW-dokumentti]. Ei päivitystietoja [viitattu 16.10.2003]. <http://www2.fimnet.fi/pdf/2000/SLL342000-3327.pdf>.

Vuori I. 2003. Liikunnan lisääminen. Teoksessa K Koskenvuo (toim.) Sairauksien Ehkäisy. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 589–609.

Walsh J, Swangard D, Davis T, McPhee S. 1999. Exercise Counseling by Primary Care Physicians in the Era of Managed Care. Am J Prev Med 16, 307-313.

Saatekirje
9.6.2004

Liite 1

Selvitys liikuntapoliklinikan perustamista varten

Keski- Suomen Keskussairaalan konservatiivisen toimialan ja Jyväskylän yliopiston yhteistyönä selvitetään liikuntapoliklinikan tarvetta ja perustamisedellytyksiä Keski- Suomen keskussairaalassa. Liikuntapoliklinikka toimisi eri erikoisaloja tukevana toimintana niissä sairausryhmissä, joissa liikunnalla on yleisesti hyväksyttävä ja tärkeä rooli hoidossa.

Liikuntapoliklinikan perustamisen pohjaksi tehdään kysely tiettyjen erikoisalojen lääkäreille. Selvityksen tarkoituksena on kartoittaa sairaalassa annettavan liikuntaneuvonnan keskittämisen tarve yhdelle poliklinikalle ja mahdollisia potilasmääriä (liikuntaneuvontaa voisi edelleen tietysti antaa myös muualla kuin liikuntapoliklinikalla). Tutkimustuloksia tullaan käyttämään poliklinikan perustamisen apuna ja niiden perusteella arvioidaan poliklinikkaan tarvittavat resurssit. Jotta tarkka arviointi poliklinikan resursseista voidaan tehdä, on erittäin tärkeää saada vastaus kaikilta.

Selvityksen toteuttamiseksi lähetämme kyselyn Keski- Suomen keskussairaalassa toimiville lääkäreille, joiden erikoisalana ovat sisätaudit, kirurgia, lastentaudit, neurologia, keuhkosairaudet ja fysioterapia. Kaikkien vastaajien anonymiteetti säilytetään ja kyselylomakkeista saadut tiedot pidetään salassa.

Tutkijaopiskelijan ohjaajina toimivat liikuntalääketieteen professori Urho Kujala Jyväskylän yliopistosta ja vs. kuntoutusylilääkäri Mauri Kallinen Keski-Suomen keskussairaala. Selvitys tehdään yhteistyössä Jyväskylän yliopiston ja Keski- Suomen keskussairaalan kanssa. Selvitys on samalla myös tutkijaopiskelijan pro gradu- tutkimustyö.

Kyselylomakkeet tulee palauttaa täytettynä sairaalan sisäpostissa 25.6.2004 mennessä vs. kuntoutusylilääkäri Mauri Kalliselle kuntoutusyksikköön (RAK 5/7, KS).

Lisätietoja antavat tarvittaessa Mauri Kallinen, Katja Backman ja Urho Kujala puhelin (014) 260 2171, GSM 050 586 2712 tai sähköposti urho.kujala@sport.jyu.fi.

Suuri kiitos kyselyyn osallistuneille.

Mauri Kallinen
Vs. kuntoutusylilääkäri
Puhelin. (haku 1090)
S-posti: mauri.kallinen@ksshp.fi.

Katja Backman
Liikuntalääketieteen opiskelija
Jyväskylän Yliopisto
Puhelin. 044-3685661
S-posti: katjabackman@hotmail.com

1. Kuinka kauan olette toimineet lääkärinä? (vuosina) _____
2. Mikä on erikoisalanne? _____
3. Työkokemuksenne pituus omalla erikoisalallanne. (vuosina) _____
4. Tehtävänimike _____
5. Toimipaikka
 - a. osasto
 - b. poliklinikka
 - c. osasto sekä poliklinikka
6. Sukupuoli
 - a. mies
 - b. nainen

Valitse yksi vaihtoehto per kysymys tai vastaa omin sanoin kysymyksiin, joissa ei ole vaihtoehtoja.

1. Kuinka usein harrastatte vapaa-ajan liikuntaa vähintään puoli tuntia kerrallaan niin, että ainakin lievästi hengästyttte ja hikoilette?
 - a. päivittäin
 - b. 4- 6 kertaa viikossa
 - c. 2- 3 kertaa viikossa
 - d. kerran viikossa
 - e. 2- 3 kertaa kuukaudessa
 - f. muutaman kerran vuodessa tai harvemmin

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En osaa sanoa	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
2. Liikunta on tärkeää oman terveyteni ylläpitämisessä					
3. Liikuntaa voidaan hyödyntää lääketieteessä sairauksien ehkäisyssä					
4. Liikuntaa voidaan hyödyntää lääketieteessä sairauksien hoidossa					
5. Tiedän riittävästi liikunnan terveysvaikutuksista omalla erikoisalallani					
6. Tarvitsen lisää koulutusta liikunnan terveysvaikutuksista					

7. Seuraatteko uusia tutkimus tuloksia liikunnan vaikutuksesta terveyteen/ sairauksiin?
- vähintään kerran viikossa
 - 2- 3 kertaa kuukaudessa
 - kerran kuukaudessa
 - muutaman kerran vuodessa tai harvemmin
 - en ollenkaan
8. Oletteko antaneet liikuntaneuvontaa potilailenne?
- kyllä
 - en
9. Miten potilaittenne liikunnano hjaus hoituu nykyisin käytännössä?
- Liikkumisreseptillä
 - Kirjallisesti, mutta ei liikkumisreseptillä
 - Suullisesti
 - Muu, miten _____
 - Liikuntaneuvontaa ei anneta
10. Tulisiko sairaalassa olla liikuntapoliklinikka, joka hoitaisi keskeisten potilasryhmien (esim. diabetespotilaiden) liikunnanohjauksen tehostetusti?
- Kyllä
 - Ei
 - En osaa sanoa
 - Tehostetun liikunnanohjauksen voisi mielestäni hoitaa muulla tavalla, kuten esim.

11. Oletteko valmis ohjaamaan potilaitanne tällaiselle liikuntapoliklinikalle?
- Kyllä
 - En
 - En osaa sanoa
12. Minkä diagnoosin potilaille suosittelisitte liikuntaa olennaisena osana hoitoa?

13. Minkälaista liikuntaa suosittelisitte potilailenne?
- Aerobista
 - Anaerobista
 - Lihaskuntoa
 - Venyttelyä
 - Muu, mitä _____
 - En osaa sanoa
14. Kenen haluaisitte ohjaavan liikuntaa/ antavan liikuntaneuvontaa potilailenne käytännössä?

