

AIKUISIÄN DIABETES-POTILAILLE ANNETTU LIIKUNTANEUVONTA
TERVEYSKESKUKSISSA
Diskurssianalyttinen case-tutkimus

Marja Rapo-Tennilä

Terveyskasvatuksen
pro gradu-tutkielma
Jyväskylän yliopisto
Terveystieteiden laitos
Syksy 2001

TIIVISTELMÄ

Jyväskylän yliopisto
Terveystieteiden laitos

Rapo-Tennilä, Marja: Aikuisiän diabetes-potilaille annettu liikuntaneuvonta
terveyskeskuksissa

Terveyskasvatuksen pro-gradu-tutkielma

Syksy 2001

Tässä tutkielmassa selvitetään vasta aikuisiän diabetekseen sairastuneille potilaille annetun liikuntaneuvonnan sisältöä ja neuvontatilanteiden vuorovaikutuksellista rakentumista. Pro-gradu-tutkielma on osa Jyväskylän yliopistossa toteutettavaa seurantatutkimusta, jossa selvitetään aikuisiän diabetespotilaille annettujen terveysneuvontojen sisältöä.

Tutkimus oli tapaustutkimus, johon valitsin kaksi potilasta. He kävivät eri asiantuntijoiden vastaanotoilla yhteensä 17 kertaa. Tutkimusaineisto analysoitiin diskurssianalyysiä käyttäen.

Liikuntaneuvontaa oli keskusteluissa vähän suhteessa muuhun neuvontaan. Tiedonanto liittyi vahvasti neuvontatilanteisiin. Asiantuntijat pyrkivät vakuuttamaan potilaita liikunnan merkityksestä mm. vetoamalla muihin asiantuntijoihin, omiin kokemuksiin tai käyttämällä ammattisanastoa sekä yksinkertaistamalla vaikeaa tietoa. Liikuntaan liittyvää tietoa ei liitetty potilaiden arkielämään.

Tulosten perusteella aikuisiän diabetes-potilaan hoidon tehostamiseksi kannattaa lisätä liikuntaneuvontaan ja vuorovaikutukseen liittyvää koulutusta heidän kanssaan työskenteleville asiantuntijoille.

Avainsanat: Aikuisiän diabetes, liikunta, liikuntaneuvonta.

ABSTRACT

Marja Rapo-Tennilä

Master's thesis of Health Education

Department of Health Education, University of Jyväskylä

The physical activity counseling to NIDDM (non-insulin-dependent diabetes mellitus) patient in primary care

The aim of this study was to describe how physical activity counseling is given to NIDDM patients and what this counseling consists of in primary health care settings. The study is a part of a research project of health sciences at Jyväskylä University.

The method of this study was case-study for which I selected two patients. The patients visited 17 times different health care specialists and the specialists were mainly nurses. The data was analysed by discourse analysis.

The study revealed that health care situations consisted very little of physical activity counseling. The main way to promote physical health activity was to give information on exercise. Health care specialists tried to change the patients physical life habits, for example by trying to make the patients feel guilty or by trying to convince them by simplifying information concerning physical activity or using medical terminology. There was very little patient-centered physical activity counseling or physical activity counseling as processes in the conversations.

The results indicate that medical care specialists need more education and information on physical education and communication skills.

Key words: Non-insulin-dependent diabetes mellitus, exercise, physical activity counseling

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO.....	3
2 AIKUISIÄN DIABETEKSEN YLEISYYS JA HOITO.....	6
3 AIKUISIÄN DIABETEKSEEN LIITTYVÄ TERVEYSNEUVONTA.....	9
3.1 Terveysneuvontakeskustelut.....	9
3.2 Aikuisiän diabetes-potilaan liikuntaneuvonta.....	12
4 AIKUISIÄN DIABETESTA SAIRASTAVAN LIIKUNTA.....	16
4.1 Aikuisiän diabetes-potilaiden liikuntaneuvontaympäristö.....	16
4.2 Liikuntasuositusten perusteet aikuisiän diabeetikoille.....	17
4.3 Aikuisiän diabeetikoille suositeltavan liikunnan sisältö.....	18
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	21
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	22
6.1 Liikuntaneuvonta-aineisto.....	22
6.2 Diskurssianalyysi case-tutkimuksen analyysimenetelmänä.....	24
6.3 Tutkimuksen luotettavuuden arviointia.....	26
7 TULOKSET.....	30
7.1 Liikuntaneuvontojen rakenne.....	30
7.1.1 Keskustelun avaus liikuntateemaan.....	30
7.1.2 Liikuntaan liittyvien ongelmien määrittely.....	33
7.1.3 Liikuntahistoria ja potilaan toteuttama nykyinen liikunta.....	36
7.1.4 Liikuntaan liittyvä tiedonanto.....	39
7.1.5 Neuvottelut liikuntaan liittyvistä muutoksista ja ohjaus muille asian- tuntijoille.....	47
7.1.6 Keskustelun lopetus liikuntateemasta.....	58

8 POHDINTA.....	61
LÄHTEET.....	69
LIITTEET.....	79
Liite 1. Potilas 1:n neuvontakerrat.....	79
Liite 2. Potilas 2:n neuvontakerrat.....	80

1 JOHDANTO

Suomessa arvioidaan olevan noin 150 000 aikuisiän diabetesta sairastavaa henkilöä (Dehko 2000). Aikuisiän diabeteksen pitkäaikaiskomplikaatiot aiheuttavat potilaille ongelmia, kuormitusta terveydenhuolto-organisaatiolle sekä kustannuksia yhteiskunnalle (Valle ym. 1997). Aikuisiän diabetesta sairastavat ovat yleensä ylipainoisia, heillä on kohonnut verenpaine, rasva-aineenvaihdunnan häiriöitä ja lisääntynyt veren hyytymistäipumus (Dehko 2000). Aikuisiän diabeteksen hoito vaatii yleensä muutoksia elintavoissa, kuten ravitsemuksessa ja liikunnassa. Muutosten yhdistäminen omaan elämään on vaativaa ja muutosten muotoutuminen pysyviksi tavoiksi vaatii aikaa. (Mustajoki 1998, Vuori 2001.) Suomessa aikuisiän diabetesta sairastavien henkilöiden hoitotasapaino on huono (Valle ym. 1997).

Aikuisiän diabetesta ja sen hoitoon vaikuttavia tekijöitä on tutkittu paljon. Liikunta vaikuttaa tutkimusten mukaan painonpudotuksen kanssa aikuisiän diabetesta sairastavan henkilön sokeritasapainoon (mm. Helmrich ym. 1991, Manson ym. 1991, Ekoe 1989). Aikuisiän diabetesta sairastavalle on laadittu ohjeita liikkumisen toteuttamiseen (mm. Schneider 1990, Eriksson ym. 1997, Zinman 1997). Vähemmän on sen sijaan tutkittu sitä, miten liikuntaharrastuksesta tulisi pysyvä osa aikuisiän diabetesta sairastavan henkilön elämää. Näyttää siltä, että pelkkä tiedon antaminen ei johda pysyviin muutoksiin liikunnan harrastamisessa (Dunn ym. 1990), vaan liikuntakäyttäytymisen muutokseen vaikuttavat useat tekijät, kuten henkilön arvot, normit, halukkuus muutokseen sekä elämäntilanne (Vuori 2001).

Sosiaali- ja terveysministeriön (2000) suositusten mukaan terveystiikunnan edistäminen kuuluu perusterveydenhuollon tehtäviin. Terveystiikunnan asiantuntijoilla on merkittävä rooli potilaiden fyysisen aktiivisuuden lisäämisessä (King ym. 1997). Aikuisiän diabeteksen hoito koetaan terveydenhuollossa vaikeana mm. sen vuoksi, että sairaus vaatii elintapamuutoksia (Larme ja Pugh 1998). Yleisenä piirteenä terveydenhuollon neuvontakeskusteluille on ollut se, että asiantuntijoilla on kontrolli neuvontatilanteissa (esim. Ruusu vuori 2000). Asiantuntijat kyselevät enemmän sekä määrittelevät pääasiassa puheenaiheet vastaanotoilla (mm. Miilunpalo

ym. 1995, Kettunen 2001). Potilailla on kuitenkin hoitoon tarvittava kokemuksellinen tieto, kun taas asiantuntija hallitsee hoitoon tarvittavan lääketieteellisen tietämyksen. Oleellista on se, miten toimijat huomioivat toistensa puheenvuorot keskusteluissa. (Peräkylä 1996). Liikuntaneuvontaa tulisi toteuttaa prosessina, jolloin selvitetään mm. potilaiden yksilölliset tarpeet sekä valmiudet käyttäytymisen muutokseen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000). Liikuntaneuvonnan tulisi tapahtua yhteistyössä potilaan kanssa. Tämä edellyttää sekä asiantuntijan että potilaan aktiivista osallistumista neuvontakeskusteluun. (Nupponen 1998). Liikuntaneuvontakeskustelujen tavoitteena on pyrkiä tukemaan potilasta omaan terveyteen liittyvässä päätöksenteossa (mm. Heikkinen 1988, Silverman 1997, Andersson ym. 1991, Tones 1998, Poskiparta ym. 2000).

Tutkimuksessani selvitettiin vasta aikuisiän diabetekseen sairastuneille potilaille annetun liikuntaneuvonnan sisältöä sekä neuvontatilanteiden vuorovaikutuksellista rakentumista. Koska halusin saada mahdollisimman syvällisen kuvan asiantuntijan ja potilaan välisestä liikuntaneuvontatilanteesta, niin valitsin tutkimusmenetelmäksi tapaustutkimuksen. Tapaustutkimus sopii tutkimukseen, jossa tarkastellaan ja kuvataan käytännön ongelmia kokonaisvaltaisesti. Tutkimuksen kohteena on vain muutama havaintoyksikkö. (Syrjälä 1996, Hirsjärvi ja Hurme 2001.) Lisäksi tutkijan oma perusmaailmankatsomus ohjaa metodin valinnassa (Denzin ja Lincoln 1994). Tutkimusaineistooni valitsin kaksi aikuisiän diabetekseen sairastunutta potilasta, joille kertyi yhteensä 17 neuvontakäyntiä noin vuoden ajalta. Neuvontakäynnit tapahtuivat pääasiassa hoitajien vastaanotoilla. Tutkimusaineiston analysoin diskurssianalyysiä käyttäen. Pro-gradu-työni oli osa Jyväskylän yliopistossa toteutettavaa seurantatutkimusta, jossa selvitetään aikuisiän diabetes-potilaille annettua terveysneuvontaa sekä neuvontojen vuorovaikutuksellista rakentumista.

Yhtenä perusteena tutkimukseni aiheen valinnalle oli se, että tutkimuksen avulla voitaisiin kehittää aikuisiän diabetes-potilaiden liikuntaneuvonnan antoa. Tuomilehdon ym. (2001) mukaan ylipainoiset henkilöt, joilla oli heikentynyt sokerinsietokyky, hyötyivät tehostetusta terveysneuvonnasta. Elintapoihin liittyvät muutokset estivät aikuisiän diabetekseen sairastumisen. Mielestäni aikuisiän diabetesta sairastavien potilaiden liikuntaneuvonnan toteutumisesta tarvitaan

lisätietoa, jotta neuvontoja voidaan kehittää vastaamaan paremmin sekä potilaiden että yhteiskunnan tarpeita.

2 AIKUISIÄN DIABETEKSEN YLEISYYS JA HOITO

Suomessa aikuisiän diabetes on diagnosoitu ainakin 150 000 ihmisellä. Koska sairaus voi olla alkuvaiheessa oireeton, niin sairastavien määrän arvioidaan olevan suurempi. Lisäksi aikuistyyppin diabetesta sairastavien määrän arvioidaan lisääntyvän 70%:lla vuoteen 2010 mennessä. Yleistyminen on liitetty väestön ikääntymiseen, epäterveelliseen ravitsemukseen, lihavuuteen ja vähäiseen liikuntaan. (Dehko 2000.) Aikuisiän diabetekseen liittyy kolme keskeistä aineenvaihdunnallista häiriötä: insuliiniresistenssi eli insuliinin tehottomuus elimistössä, insuliinin erityksen häiriö ja maksan liiallinen sokerintuotanto (Yki-Järvinen 1990). Lisäksi diabetesta sairastavat henkilöt ovat yleensä ylipainoisia, heillä on kohonnut verenpaine, rasva-aineenvaihdunnan häiriöitä ja lisääntynyt veren hyytymistäipumus (Dehko 2000).

Aikuistyyppin diabetesta edeltää usein metaboliseksi oireyhtymäksi kutsuttu tila, joka on seurausta elintavoista, kuten ylipainosta, liian vähäisestä liikunnasta sekä perinnöllisistä tekijöistä. Oireyhtymään kuuluu keskivartalolihavuus, kohonneet veren rasva-arvot, kohonnut verenpaine sekä häiriöt veren hyytymistekijöissä. Nämä tekijät lisäävät riskiä sairastua valtimotauteihin. (Dehko 2000.) Aikuisiän diabetesta sairastavalla on yhtä suuri riski sairastua sydäninfarktiin kuin terveellä henkilöllä, jolla on taustalla aiempi sydäninfarkti. (Mykkänen ja Niskanen 1990, Haffner ym. 1998). Keski-ikäisten suomalaisten aikuistyyppin diabetesta sairastavien henkilöiden sydän- ja verisuonitautikuolleisuus on 3-8 kertaa niin suuri kuin muun väestön (Uusitupa 1995). Muita aikuisiän diabetekseen liittyviä komplikaatioita ovat mm. munuaisten vauriot, sokeus, raajojen amputaatiot sekä hermoston toimintahäiriöt (Knowler ym. 1995).

Aikuistyyppin diabeetikot hoidetaan pääsääntöisesti perusterveydenhuollossa. Hoitoa koordinoi diabetesvastuulääkäri ja toteuttajina ovat väestövastuulääkärit. Aikuistyyppin diabetesta sairastavien henkilöiden hoidossa tulee olla luontevat mahdollisuudet konsultaatioihin sekä terveyskeskuksen sisällä että erikoissairaanhoidon kanssa. Jokaisessa yksikössä, jossa hoidetaan diabetesta

sairastavia henkilöitä tulee olla diabetestiimi, jossa terveydenhuollon edustajina ovat diabetesvasta lääkäri, diabeteshoitaja, väestömäärän mukaisesti ravitsemusterapeutti ja jalkojenhoitaja sekä tarvittaessa psykologi, fysioterapeutti tai liikunnanohjaaja. (Dehko 2000.)

Vallen ym. tutkimuksen (1997) mukaan suomalaisista yli 40-vuotiaana diabetekseen sairastuneista vain 8 %:lla oli hyvä sokeritasapaino. Tyydyttävä hoitotasapaino oli 36 %:lla ja huono 56 %:lla. Taudin kestolla oli selvä vaikutus sokeritasapainoon. Parhaassa hoitotasapainossa olivat henkilöt, joiden tauti oli todettu alle kolme vuotta sitten. Hoitotasapaino huononi 7-9 vuotta taudin toteamisen jälkeen. Hoidon onnistumisen tärkeimpänä esteenä pidettiin potilaan huonoa hoitomyöntyvyyttä, joka oli kolmen tärkeimmän syyn joukossa 89 %:ssa kaikista epäonnistuneista hoitotapauksista. Muita epäonnistumiseen johtavia syitä olivat mm. se, etteivät potilaat päässeet ravitsemusterapeutin, psykologin, jalkojenhoitajan, diabeteshoitajan tai erikoislääkärin konsultaatioihin. (Valle ym.1997.)

Diabeteksen hoidon laatu ja saatavuus eivät ole vastanneet täysin tarvetta. Monissa terveyskeskuksissa on luovuttu diabeteshoitajajärjestelmästä tai se on sulautettu perusterveydenhuollon muuhun toimintaan. Diabeteshoitajan tehtävissä on myös kirjavuutta, eikä kaikissa terveyskeskuksissa ole nimetty lainkaan diabetesvasta lääkäriä tai -hoitajaa. Samanaikaisesti ei olla kuitenkaan koulutettu muuta henkilökuntaa. Vain harvoissa terveydenhuollon yksiköissä on kiinnitetty huomiota diabeteksen hoidon laatuun. Koska diabeteksen hoito vaatii monien eri tahojen yhteistyötä, on tarkoituksenmukaista, että hoidon kehittämiseksi tehdään linjaukset sairaanhoitopiireittäin. Näissä kehitetään laatutyötä mm. pyritään hoidon porrastukseen ja asiakaskeskeiseen lähestymistapaan. Lisäksi koulutusta diabeteksen hoidon kehittämiseksi lisätään lääkäreiden ja muun hoitohenkilökunnan perus- ja jatkokoulutuksessa. (Dehko 2000.)

Perinteisesti diabeteksen hoidossa pääpaino on ollut tiedon lisäämisellä, jonka on ajateltu vaikuttavan diabetikon hoitotasapainoon. Tieteellisesti ei ole kuitenkaan todistettu, että pelkkä tiedon lisääminen vaikuttaisi parantavasti hoitotasapainoon. (Dunn ym.1990.) Hoitohenkilökunnan omat asenteet ja uskomukset saattavat olla myös esteenä diabeteksen hyvälle hoidolle. Potilaiden uskomuksia ja asenteita

hoitoon on tutkittu, mutta vähemmän tiedetään hoitohenkilökunnan uskomuksista ja asenteista. Mm. Latterin (1998) mukaan hoitajien kyky edistää potilaiden terveyttä näyttää olevan yhteydessä heidän omaan kokemukseensa empowermentistä, oman elämän hallintataidoista. Larne ja Pughin (1998) mukaan lääkärit ovat yleisesti sitä mieltä, että tarkka verensokerin kontrollointi on tärkeää diabetesta sairastavalla henkilöllä. Silti toiminta käytännössä osoittaa usein toisin. Aikuisiän diabetesta sairastavan henkilön hoitoa saatetaan laiminlyödä, koska ajatellaan, että aikuisiän diabetesta sairastavalle henkilölle kehittyy komplikaatioita väistämättömästi tai että aikuisiän diabetes ei vaadi nopeaa hoitoa. (Larne ja Pugh 1998.) Aikuistyyppin diabetesta sairastavan potilaan hoitotasapainoon vaikutti esimerkiksi Asikkalan kunnassa tehty päätös tehostaa aikuisiän diabetes-potilaiden hoitoa mm. ohjaamalla potilaita useammin hoitajan vastaanotoille sekä tehostamalla sokeriarvojen kontrollointia laboratoriotekniikalla (Luostarinen ja Nybäck 1998).

Diabeteksen hoito koetaan myös vaikeaksi mm. sen vuoksi, että sairaus vaatii elintapamuutoksia (Larne ja Pugh 1998). Hoitajat on koulutettu enemmänkin akuuttien sairauksien hoitoon, jolloin heidän roolinsa on enemmänkin akuutin sairauden aiheuttaman ongelman ratkaisu esimerkiksi lääkityksen avulla (Feste 1992, Larne ja Pugh 1998). Vaikka hoitajat kokevat diabeteksen hoidon vaikeaksi, niin silti he ovat sitä mieltä, että heidän antama neuvonta on tehokasta. Toisaalta hoitajat kokevat myös, ettei heidän saamansa koulutus anna valmiuksia potilaan käyttäytymisen muutosten tukemisessa. Julkisuudesta puuttuvat myös terveystiedot, jotka kertovat diabeteksen vaaroista. (Larne ja Pugh 1998.) Festen (1992) mukaan medialla voisi olla tärkeä merkitys potilaalle mm. sairauden hoidon erilaisista mahdollisuuksista kertominen. Tutkijat ehdottavat diabeteshoidon kehittämistä mm. siten, että hoidoissa otettaisiin käyttöön kommunikaatio- ja motivaatiotekniikoita. Lisäksi pyrittäisiin luomaan realistisia tavoitteita hoidolle ja seuraamaan hoitoa säännöllisesti. (Larne ja Pugh 1998). Potilaan perhe olisi hyvä ottaa hoitoon mukaan, sillä hoito saattaa aiheuttaa muutoksia, jotka vaikuttavat myös muihin perheenjäseniin (Charles ym. 1997, Larne ja Pugh 1998).

3 AIKUISIÄN DIABETEKSEEN LIITTYVÄ TERVEYSNEUVONTA

Aikuistyyppin diabetesta hoidetaan ruokavaliolla, liikunnalla, suun kautta otettavilla lääkkeillä ja insuliinilla. Hoidossa pyritään vaikuttamaan aineenvaihduntahäiriöihin varhain, ensisijaisesti ruokavalion ja liikunnan avulla. (Eriksson ym. 1996.) Lisäksi diabetesta sairastavan henkilön hoitoon kuuluvat verenpaineen- sekä veren rasva-aineiden hoito (Valle ym. 1997). Koska jalka-amputaatiot ovat vakava ongelma diabetesta sairastavilla henkilöillä, niin jalkojenhoito on olennainen osa hoitoa (Uusitupa 1995). Tupakoimattomuus edistää diabetesta sairastavan henkilön terveyttä (Dehko 2000). Hoidon tarkoituksena on pyrkiä pitämään verensokeritaso mahdollisimman normaalina ja siten ehkäistä komplikaatiot (Dunn ym. 1990). Lisäksi pyrkimyksenä on saada aikaan pysyviä muutoksia diabetesta sairastavan henkilön elämässä. Ohjaus on pitkäjänteistä ja vaatii diabetesta sairastavalta voimavaroja. (Dehko 2000).

Aikuisiän diabetesta sairastavan henkilön hoitoon osallistuu useita sekä perusterveydenhuollon- että erikoissairaanhoidon asiantuntijoita. Kaikkien hoitoon liittyvien sektoreiden ottaminen hoitoketjujen laadintaan mukaan on tärkeää potilaan hoidon onnistumisen kannalta. Keskeistä on perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon voimavarojen hyödyntäminen siten, että potilasta hoidetaan näyttöön perustuvan lääketieteen menetelmin oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa. Kirjallista suunnitelmaa potilaan hoidosta kutsutaan diagnoosikohtaiseksi hoitoketjuksi. Hoitoketjulla tarkoitetaan alueellista palvelukokonaisuutta, sopimusta siitä, miten potilasta tietyssä tilanteessa tutkitaan ja hoidetaan sekä potilaan että palveluketjun kannalta tarkoituksenmukaisimmalla tavalla. (Nuutinen 2000.)

3.1 Terveysneuvontakeskustelut

Terveysneuvontakeskustelun olennainen tapahtuma on potilaan ja lääkärin tai muun terveydenhuollon asiantuntijan kohtaaminen (Peräkylä ym. 2001).

Vuorovaikutustutkimuksessa pääpaino on ollut potilaan ja lääkärin (mm. Heat 1992, Peräkylä ja Vehviläinen 1999, Ruusuvuori 2000, Raevaara 2000) sekä potilaan ja hoitajan (mm. Heikkinen 1988, Poskiparta 1997, Kettunen 2001) kohtaamisissa. Potilaiden ja ravitsemusterapeuttien (mm. Pyörälä 2000) tai fysioterapeuttien vuorovaikutustilanteita (mm. Viitanen 1997) on analysoitu vähemmän. Yleisenä piirteenä keskustelulle on ollut se, että asiantuntijoilla on kontrolli vuorovaikutustilanteissa (vrt. Ruusuvuori 2000). Asiantuntijat kyselevät enemmän sekä määrittelevät pääasiassa puheenaiheet vastaanotoilla (mm. Miilunpalo ym. 1995, Kettunen 2001). Peräkylän (1996) mukaan institutionaalisissa keskusteluissa eli ammattilaisten ja asiakkaiden kohtaamisissa osanottajien ajatellaan olevan valtasuhteessa toistensa kanssa. Valtasuhte liittyy esimerkiksi tiedolliseen epäsuhtaan vuorovaikutustilanteessa. Potilaalla on kuitenkin hoitoon tarvittava kokemuksellinen tieto, kun taas asiantuntija hallitsee lääketieteellisen tietämyksen asiasta. Toimijoiden tietämyksen erot liittyvät siihen, miten puhujat ja kuulijat huomioivat keskusteluissa sen, mitä toinen tietää. Lisäksi ne tavat, joilla otamme tiedon vastaan viestivät siitä hyväksymmekö saadun tiedon vai vastustammeko sitä esimerkiksi vastaamalla vain minimimaalisesti, kuten ”joo.” (Peräkylä 1996).

Vallan määrittäminen on vaikeaa vuorovaikutustilanteissa, sillä se ei Eskolan (1990) mukaan viittaa mihinkään yksilön ominaisuuteen, vaan suhteeseen, kuten että jollakin henkilöllä on valtaa johonkin toiseen nähden (vrt. Tainio 1988, Jokinen ja Juhila 1993). Jokisen ja Juhilan (1993) mukaan valta ei ole pysyvä ilmiö, vaan vaihtelee tilanteittain, toisella hetkellä henkilöllä on esimerkiksi puhevaltaa ja toisella hetkellä taas ei (myös Peräkylä 1996). Valtaan liittyy myös legitiimisyys käsite, jolloin henkilö, joka joutuu vallankäytön kohteeksi, hyväksyy vallankäytön oikeutetuksi, kuten potilas alistuu lääkärin määräämään hoitoon, koska kokee sen olevan oikeutettua (Eskola 1990). Valtaa voidaan määritellä myös makro- tai mikrotasolla. Makrotasolla valtaa tarkastellaan mm. yhteiskunnan institutionaalisella tasolla, kun taas mikrotasolla valtaa voidaan tarkastella esimerkiksi keskustelun eri vaiheissa (Tainio 1988). Asiantuntijakäytäntöihin voi sisältyä Jaatisen (1996) mukaan paljon huomaamatonta vallankäyttöä. Valta ilmenee asiantuntijan yleisempien toimintamallien tai tiedonannon välityksellä, kuten siten, että keskusteluissa käytetään sellaisia vakuuttelun muotoja, joita käyttämällä tiedon totuus vaikuttaa ainoalta oikealta (Juhila 1993, Jaatinen 1996).

Potilaalle voidaan antaa terveysneuvontaa erilaisista lähtökohdista käsin (Nupponen 1994). Andersson ym. (1991) erottaa kaksi erilaista neuvontatapaa: perinteinen hoitomyöntyväisyydelle perustuva asiantuntijakeskeinen neuvonta ja empowerment-lähestymistapaan, voimavarakeskeiseen tapaan perustuva potilaskeskeinen neuvonta. Perinteisen neuvonnan käyttö potilaan ohjauksessa perustuu käsitykseen, että potilaalta puuttuu tietoa ja sen antaminen muuttaa hänen käyttäytymistään (Mustajoki 1998). Raeburn ja Rootmanin (1998) mukaan perinteisen hoitotyön tavoitteena on oireiden poistaminen tai vähentäminen. Terveyden edistämisen pohjalla on kuitenkin laajempi käsitys terveydestä. Se perustuu WHO:n (1948) julistukseen, jossa terveyden ajatellaan olevan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila, eikä vain sairauden poissaolo (Raeburn ja Rootman 1998).

Potilaskeskeisessä terveysneuvonnassa pyritään tukemaan potilasta omaan terveydentilaan liittyvässä päätöksenteossa. Tällöin terveysneuvonnassa on pääpaino tiedonantamisen lisäksi pyrkiä helpottamaan potilaan itsereflektiota sekä auttaa potilasta selkiinnyttämään ja tulkitsemaan tietoa, asenteitaan ja uskomuksiaan (Heikkinen 1988, Silverman 1997, Andersson ym. 1991, Tonesin 1998, Poskiparta ym. 2000). Potilaskeskeinen empowerment-filosofia perustuu olettamukseen, että potilas tarvitsee psykososiaalisia taitoja selvittääkseen sairauden aiheuttamista muutoksista (Andersson 1995). Mikäli asiantuntija haluaa saada kuvan asiakkaan ympäristöstä tai hänen uskomuksistaan, on potilaan oltava täysivaltaisesti mukana vuorovaikutustilanteessa (Tones 1998). Charles ym. (1997) mukaan potilas ja lääkäri jakavat vastuun hoitoa koskevasta päätöksenteosta. Potilaan tulee saada sairaudestaan tietoa mahdollisimman yksinkertaisella tavalla. Tiedon yksinkertaistaminen saattaa toimia myös vallan välineenä. Yksinkertaistamalla vaikeaa tietoa asiantuntija pyrkii vaikuttamaan potilaan käyttäytymisen muutokseen. (vrt. Jokinen ja Juhila 1993.)

Poskiparran (1997) mukaan terveysneuvonta voi olla myös elämänhallintaa korostavaa, jolloin neuvonnan tavoitteena on mm. potilaan ihmissuhdetaitojen kehittäminen, sosiaalisten paineiden käsittelytaitojen kehittäminen ja terveyttä edistävien päätöksentekotaitojen parantaminen. (vrt. myös Nupponen 1998). Potilaan osallistumista keskusteluun sekä omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon helpottaa mm. avoin ilmapiiri vastaanotoilla (Roter ja Frankel 1992, Charles ym. 1997,

Nupponen 1998, Kettunen 2001). Tällöin sekä suljetut että avoimet kysymykset saattavat aktivoida potilasta osallistumaan keskusteluun (esim. Peräkylä ja Vehviläinen 1999). Avoimet kysymykset antoivat kuitenkin Charles ym. (1997) mukaan lääkäreille enemmän tietoa. Potilaan osallistumista omaa hoitoa koskevaan suunnitteluun ja päätöksen tekoon lisäsivät myös reflektoitujen kysymysten käyttö neuvontakeskusteluissa (Poskiparta ym. 1998). Reflektoitujen kysymysten avulla voidaan Tommin (2000) mukaan avata potilaille uusia mahdollisuuksia ja näkökulmia hoidon toteutuksen suhteen sekä lisätä neuvontatilanteessa vastavuoroisuuteen perustuvaa yhteistyötä hoitajan ja potilaan välillä (vrt. Kettunen 2001). Näitä reflektoitavia kysymyksiä ovat mm. tulevaisuuteen suunnatut kysymykset, eroja selvittävät kysymykset, havaittujen näkökulmakysymykset tai odottamattomat kontekstin vaihdot (Tommi 2000). On kuitenkin muistettava, että potilaat ovat erilaisia. Osa potilaista voi kokea ahdistusta joutuessaan osallistumaan aktiivisesti omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon (Kettunen 2001).

3.2 Aikuisiän diabetes-potilaan liikuntaneuvonta

Harjoitteluohjelman laatimiseen aikuisiän diabetesta sairastavalle henkilölle on kirjallisuudessa paljon tietoa (mm. Yamanouchi ym. 1995, Eriksson ym. 1996, Zinman ym. 1997, Dehko. 2000). Liikuntaan liittyvät tutkimukset ovat olleet usein kestoaltaan lyhyitä (Ojanen 1999). Tutkimukset tukevat sitä, että aikuisiän diabetesta sairastava henkilö hyötyy liikunnan harrastamisesta dieettihoidon lisäksi. (mm. Ekoe 1989, Helmrich ym. 1991, Manson ym. 1991, Vuori 1996). Perinteisesti diabetesta sairastavien hoidossa pääpaino on ollut tiedon lisäämisellä, jonka on ajateltu vaikuttavan diabetesta sairastavan hoitotasapainoon (Dunn ym. 1990). Elintapojen muutostarvetta arvioidessaan terveydenhuollon asiantuntijat tukeutuvat yleensä sairauksien riskitekijöitä tai fyysistä kuntoa ja toimintakykyä koskevaan tutkimustietoon mm. jos potilas harrastaa liian vähän liikuntaa, täytyy hänelle antaa liikuntaan aktivoivaa neuvontaa (Miihlunpalo 1995). Aikuisiän diabetesta sairastava henkilö tarvitsee kuitenkin erityisesti tukea pitkäaikaissairauttaan varten. Tämä edellyttää asiantuntijoilta tiedon antamisen lisäksi vuorovaikutustaitoja, kuten aktiivisen kuuntelemisen taitoa (Lacroix 1998, Nupponen 1998.) Vuoren (1994 b)

mukaan täsmällisen liikuntaneuvonnan antaminen edellyttää terveydenhuollon henkilökunnalta neuvottavan henkilön tai ryhmän ominaisuuksien tuntemista. Kaavamaisia reseptejä liikunnan ohjauksessa ei tulisi antaa (Vuori 1994 b). Miilunpalo (1995) mukaan asiantuntijan arvioima "todettu muutostarve" ja asiakkaan arvostuksiin perustuva "koettu muutostarve" eivät aina ole samoja.

Vuoren (2001) mukaan liikuntatottumusten muuttaminen on vaativaa. Hänen mukaansa liikuntatottumusten muuttamiseen liittyvän ongelman syvälinen ymmärtäminen ja ongelman ratkaisuun sitoutuminen on yhteiskunnassa vähäistä. Yleisesti ajatellaan, että liian vähäinen liikkuminen on vain vapaa-aikaan liittyvä ongelma, joka on yksilön päätätävällässä oleva asia ja siten helposti muutettavissa. Jotta yksilö alkaisi liikkumaan ja pystyisi ylläpitämään tämän liikuntatottumuksen, tulee hänen omaksua liikunnallinen elämäntapa. Tämä muutos vaatii yksilöltä halukkuutta muutoksen toteuttamiseen. Lisäksi fyysiseen aktiivisuuteen vaikuttavat yksilön arvot, normit, tieto liikuntaan liittyvistä hyödyistä, aiemmat kokemukset liikuntaan liittyen sekä myös yksilön taidot, yksilön pitkäjänteisyys ylläpitää uusi käyttäytymistapa sekä myös mahdollisuudet toteuttaa mielekäs liikuntamuoto. (Vuori 2001.) Lisäksi motivaatio ja mahdollisuudet vaihtelevat suuresti yksilöittäin ja samallakin henkilöllä ajankohdan ja elämänvaiheen mukaan (Vuori 1994 b). Liikuntasuorituksiin ja liikuntatilanteisiin liittyvät elämykset voivat Nupposen (1994) mukaan innostaa johonkin liikuntalajiin tai vieroittaa siitä. Lisäksi liikuntaan osallistuminen ja liikuntaohjeiden noudattaminen on yhteydessä ihmisen vastuunottamiseen omasta terveydentilastaan (Ikonen 1993, Ojanen 1999).

Myös liikuntaneuvonnan toteutumisesta terveydenhuollossa on vain vähän tietoa. Miilunpalo (1989) on tutkinut liikuntaneuvonnan toteutumista terveyskeskuksissa. Tämän tutkimuksen mukaan terveyskeskuksissa annettiin vain vähän liikuntaan liittyvää neuvontaa. Vähiten liikuntaan liittyvää neuvontaa antoivat lääkärit. Annettu liikuntaneuvonta oli lähinnä keskusteluja potilaan kanssa sekä neuvojen ja ohjeiden antamista. Liikuntaneuvonta oli luonteeltaan korjaavaa. Fysioterapeutit antoivat monipuolisinta liikuntaneuvontaa. Terveyskeskusten työntekijät eivät kokeneet tarvitsevänsä parempaa tietoa liikunnasta tai sen toteuttamisesta (Miilunpalo 1989.) Samansuuntaisen tuloksen saivat myös Miilunpalo ym. (1995) analysoidessaan terveysasemilla lääkäreiden, hoitajien ja fysioterapeuttien antaman neuvonnan

heikkouksia ja vahvuuksia. Asiantuntijat kokivat, että olivat onnistuneet hyvin neuvonnassa. Neuvojen antaminen tapahtui suurelta osin asiantuntijakeskeisesti. (Miilunpalo ym. 1995.) Myös Lewisin ja Lynchin (1993) tutkimuksessa, jossa selvitettiin terveysasemien (primary care) lääkäreiden antamaa ohjausta liikuntaan, ilmeni, että vain pieni osa lääkäreistä piti liikuntaa tärkeänä keskivertoihmiselle. Alle 50 % lääkäreistä kyseli rutiininomaisesti potilaan liikunnan harrastuksesta. Lisäksi vain muutamilla lääkäreillä oli luottamus siihen, että heidän liikunnanohjauksensa oli tehokasta. (Lewis ja Lynch 1993.)

Dunnin ym. (1990) mukaan onkin niin, että mikäli diabetesta sairastavien henkilöiden hoito-ohjelma ei aiheuta muutosta asenteissa ja motivaatiossa, niin se ei pysty vaikuttamaan pitkäjänteisesti diabeteksen hoitotasapainoon. Liikuntatottumusten pysyvyyteen vaikuttaa myös perheen tuki (Ikonen 1993, Charles ym. 1997). Liikunnan ohjauksen ja terveyskasvatuksen kannalta olisikin tärkeä tuntee liikunnan psykologista pohjaa ja ohjattavan omaa taustaa. Liikunnan harjoittamisen psyykkiset esteet voivat piillä yksilöllisessä kehityshistoriassa. Terveyttä tukeva säännöllinen liikunta on mahdollista vasta, kun tottumattoman liikuntaelämykset ja niiden tulkinnat saadaan muovattua myönteiseen suuntaan. Kysymys ei ole pelkästään siitä, mitä ihmiset tietävät, vaan miten he ymmärtävät asian ja mihin he luottavat. (Nupponen 1994.)

Aikuisiän diabetesta sairastavien potilaiden liikuntaneuvonnan olen määritellyt tutkimuksessani terveyttä edistäväksi liikunnaksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000). Terveyttä edistävän liikunnan kriteereiksi olen määritellyt Sosiaali- ja terveysministeriön (2000) suositusten mukaan sen, että terveyttä edistävä liikunta toistuu säännöllisesti ja usein ja on teholtaan ja määrältään riittävää. Lisäksi liikunnan tulee vastata liikkujan kuntoa, taitoja ja motivaatiota. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (2000) mukaan liikuntaneuvontaa tulee toteuttaa prosessina, jolloin neuvonnassa edetään vaiheittain:

- arvioidaan liikuntaneuvonnan tarve yksilöllisesti
- selvitetään asiakkaan valmius liikuntakäyttäytymisen muutokseen
- laaditaan suunnitelma liikunnan toteuttamiseksi

- huolehditaan, että liikuntaneuvonnan sisältö on ymmärrettävää ja ohjeet ovat selkeitä
- konkretisoidaan yksilöllisten tarpeiden mukaan liikuntaan liittyviä tavoitteita
- keskustellaan asiakkaan kanssa asiakkaan kokemista esteistä annettujen liikuntaohjeiden suhteen
- sovitaan jatkotoimenpiteistä liikuntaan liittyvien ohjeiden tai ohjauksen saamiseksi huolehditaan liikuntaneuvonnan seurannasta

(Sosiaali- ja terveysministeriö 2000)

4 AIKUISIÄN DIABETESTA SAIRASTAVAN LIIKUNTA

Liikunnan ja terveyden välisistä yhteyksistä on saatu tietoa viimeisten vuosikymmenien ajan ja näyttää siltä, että liikunnan puute on useiden yleisten sairauksien ja toimintahäiriöiden vaaratekijä. Fyysisesti passiivisilla henkilöillä on noin kaksinkertainen riski sairastua aikuisiän diabetekseen ja useita kymmeniä prosentteja suurempi riski korkean verenpaineen kehittymiseen kuin fyysisesti aktiivisilla. (Vuori 1994 a.) Noin 80 % aikuistyyppin diabeetikoista ovat sairastuessaan ylipainoisia. Lisäksi heillä on usein myös verenpainetauti. (Eriksson ym. 1996.)

Vuonna 1997 suomalaisista miehistä 58 % ja naisista 60 % ilmoitti harrastavansa vapaa-ajan liikuntaa vähintään kahdesti viikossa. Suomalaisten vapaa-ajan liikunta ja työmatkaliikunta eivät ole lisääntyneet edellisistä vuosista, vaan pysyneet samalla tasolla. (Helakorpi ym. 1997.) Vuoren (1994 a) mukaan suomalaisista 60-75 % liikkuu liian vähän. Lisäksi työvoimasta oli selvästi ylipainoisia (painoindeksi vähintään 30) 9 %, miehistä ja naisista samansuuruinen osuus. Lihavuus yleistyi naisilla tasaisesti iän kasvaessa, erityisesti 35. ikävuoden jälkeen. Miehillä lihavuus oli yleisintä 35-44-vuotiaiden keskuudessa. (Kalimo ym. 1992.)

4.1 Aikuisiän diabetes-potilaiden liikuntaneuvontaympäristö

Aineistoni asiantuntijoiden ja potilaan neuvonnat tapahtuivat perusterveydenhuollossa terveysasemilla. Suomessa perusterveydenhuollosta vastaavat terveyskeskukset. Vuonna 1972 tuli voimaan kansanterveyslaki, joka velvoittaa kunnat antamaan asukkaalleen lääkärin palveluja. Perusterveydenhuollon palvelut jaetaan yleensä sairastuvastointopalveluun sekä ennaltaehkäisevään työhön. (Engeström 1999.) Vaikka perusterveydenhuollon keskeisinä tehtävinä ovat terveyspoliittisten määritelmien mukaan terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy ja toimintakyvyn ylläpitäminen, niin pääosa työntekijöiden ajasta kuluu sairaanhoitoon liittyvissä tehtävissä (Miilunpalo 2000). Perusterveydenhuololle asettaa vaatimuksia mm. se,

että siltä odotetaan tehokkuutta sekä kustannusten säästöjä. Toisaalta potilaat ja yleinen mielipide vaativat hoidolta hyvää tasoa ja tarpeeksi pitkiä vastaanottoaikoja. Perusterveydenhuollossa asetetaan vaatimuksia myös henkilökunnan sisäiset ristiriidat mm. se, että hoitajat haluaisivat toimia itsenäisemmin. Hoitajat kritisoivat myös lääkäreiden huonoa vuorovaikutuskykyä sekä sitä ettei lääkäreillä ole kokonaisvaltaista näkemystä potilaan tilanteesta. Lisäksi erikoissairaanhoidon odottaa, että perusterveydenhuollossa todetaan nopeasti potilaiden vakavat sairaudet, mutta toisaalta perusterveydenhuollosta ei saisi lähettää potilaita turhiin tutkimuksiin. (Engeström ym. 1989.) Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksen mukaan (2000) perusterveydenhuollon tehtäviin kuuluu myös terveystieteiden edistäminen osana väestön terveyden ja toimintakyvyn kehittämistä.

4.2 Liikuntasuositusten perusteet aikuisiän diabeetikoille

Aikuisiän diabeetikoille suositellaan usein painonpudotusta dieetin ja liikunnan avulla. Liikunnan tehoa aikuisiän diabeteksen hoidossa ei ole tutkittu kovinkaan paljon. Liikunnan vaikutus insuliiniherkkyyteen ilman samanaikaista painonlaskua on osoittamatta. (Eriksson 1998.) Säännöllinen liikunta saattaa kuitenkin lisätä aikuisiän diabetesta sairastavien insuliiniherkkyyttä ja parantaa glukoosinsietokykyä. Voimakkaimmin liikunta näyttää vaikuttavan henkilöillä, joiden sairaus on varhaisvaiheessa tai lievä. (Vuori 1996.)

Liikunnan tavoitteet aikuisiän diabeetikoilla ovat painonhallinta tai -pudotus, hyvän sokeritasapainon tukeminen, lääkkeiden tarpeen vähentäminen sekä muiden diabeetikoilla esiintyvien sairauksien mm. valtimosairauksien ehkäisy (Vuori 1996). Kyselytutkimusten (mm. Helmrach ym. 1991, Manson ym. 1991) mukaan liikunta näytti suojaavan sekä miehiä että naisia aikuisiän diabetekseen sairastumiselta. Raskas säännöllinen liikunta suojasi paremmin aikuisiän diabetekseen sairastumiselta kuin kevyempi liikunta. Merkittävää oli myös se, että riski väheni sekä normaalipainoisilla että ylipainoisilla henkilöillä. (Helmrach ym. 1991, Manson ym. 1991). Lisäksi dieettihoito yhdistettynä raskaaseen liikuntaan vaikutti paremmin sokeritasapainoon kuin pelkkä dieetti tai dieettihoito yhdistettynä kevyempään liikuntaan (Ekoe 1989, Yamanouchi ym. 1995).

Yhteenvetona harjoittelun positiiviset vaikutukset aikuisiän diabetesta sairastavan terveyteen ovat Schneiderin (1990) ja Anderssonin ym. (1997) mukaan seuraavat:

1. Sokeritasapaino: Aikuisiän diabeetikoilla harjoittelu vähentää verensokerin määrää. Tämä vaikutus voi säilyä tunneista päiviin.
2. Insuliiniherkkyys lisääntyy lihaksissa ja muissa kudoksissa.
3. Sydän- ja verisuonisairaudet: Aikuisiän diabeetikoilla on suuri riski sairastua sydän- ja verisuonitauteihin, kuten halvaukseen ja prifeerisiin verisuonitauteihin. Normaaliiväestössä fyysinen harjoittelu vähentää riskiä sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin. Säännöllinen harjoittelu vaikuttaa sydän- ja verisuonitautien riskitekijöihin.
4. Kehonpaino: Painonpudotus dieetin avulla vaikuttaa insuliiniherkyyden parantumiseen, verensokeritasoon ja sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöihin aikuisiän diabeetikoilla. Kuitenkin dieetillä ei ole saatu aikaan pitkäaikaisia vaikutuksia painonpudotukseen. Dieetin ja harjoittelun avulla on saatu hyviä tuloksia normaaliväestössä.
5. Vaikutus psyykkiseen hyvinvointiin: Harjoittelulla ja paremmalla hengitys- ja verenkiertoelimistön kunnolla on vaikutettu mielialaan ja oman arvon tunteeseen, lisätty hyvänolon tunnetta, vähennetty ahdistuneisuutta ja lisätty elämän laatua. Tällä saattaa olla vaikutusta siihen, miten hyvin hoitosuosituksia, kuten dieettiä pysydytään noudattamaan, mutta tätä väitettä ei ole todistettu.
6. Sairauksien ehkäisy: Harjoittelu saattaa siirtää insuliiniresistenssin alkua, sydän- ja verisuonitauteihin sairastumista sekä aikuisiän diabeetikoilla riskiä sairastua näihin tauteihin. (Schneider 1990, Eriksson ym. 1996.)

4.3 Aikuisiän diabeetikoille suositeltavan liikunnan sisältö

Diabeetikot liikkuvat keskimäärin yhtä paljon kuin normaali väestö. Liikunnan määrää olisi syytä lisätä molemmissa ryhmissä. Aikuisiän diabetesta sairastavien henkilöiden liikunnan harrastus eroaa normaaliväestöstä mm. siten, että diabetesta sairastavat henkilöt harrastavat pääasiassa kävelyä, kun taas normaalin väestön

liikunnan harrastus on monipuolisempaa. (Ford & Herman 1995.) Yleisesti aikuisiän diabetesta sairastaville henkilöille on suositeltu liikuntana kestävyystyyppistä liikuntaa, kuten kävelyä (Yamanouchi ym. 1995, Eriksson ym. 1996). Aikuistyypin diabetesta sairastavan henkilön maksimaalisen hapenkulutuksen lähtötaso on usein huono. Tästä syystä vaikka liikunta vaikuttaisi parantavasti maksimaaliseen hapenkulutukseen, niin tämä hapenkulutuksen paraneminen ei riitä parantamaan insuliiniherkkyyttä. Harjoittelu tulisikin olla intensiivistä kestävyysharjoittelua, joka ei aina ole mahdollista aikuisiän diabeetikolle esimerkiksi ylipainon ja siihen liittyvien nivelvaivojen takia. Mahdollisesti maksimaalisella hapenkulutuksella tulisi olla tietty kynnyksiarvo, joka pitäisi ylittää, mikäli aiotaan saada vaikutuksia aineenvaihduntaan. Aikuisiän diabetesta sairastavan henkilön liikunnan rasiustason tulisi olla noin 50-75 % henkilön iänmukaisesta maksimaalisesta syketasosta. Aerobiseen kestävyysharjoitteluun tulisi liittää myös voimaharjoittelua, mikäli halutaan parempia tuloksia. Voimaharjoittelulla voidaan vaikuttaa myönteisesti insuliiniherkkyyteen ja parantaa aikuistyypin diabeetikkojen sokeritasapainoa. Voimaharjoittelun yhdistämistä kestävyysharjoitteluun puoltaa myös se, että voimaharjoittelu lisää lihasmassaa ja lihasten aineenvaihduntaa. Lihasmassan kasvu johtaa insuliiniherkkyyden lisääntymiseen, koska sokerin varastoitumistila suurenee. Voimaharjoittelu lisää myös perusaineenvaihduntaa. Perusaineenvaihdunta heikkenee iän myötä. Tämä johtuu pääasiassa rasvattoman kudoksen vähentymisestä. Voimaharjoittelulla pyritään estämään tätä kehitystä. (Eriksson 1998.)

Aikuisiän diabetesta sairastavalle suositellaan huolellista lääkärintarkastusta ennen harjoittelun aloittamista, koska yleensä on kyseessä yli 35-vuotias potilas, jolla on ainakin yksi krooninen sairaus eli aikuistyypin diabetes. (Zinman 1990, Eriksson ym. 1996). Eriksson ym. (1996) suosittelevat myös maksimaalisen kliinisen rasiuskokeen suorittamista, jotta voitaisiin selvittää sydänlihaskemian mahdollinen esiintyminen, verenpaine vaste liikunnalle sekä mahdollinen poikkeava verenpainereaktio liikunnan jälkeen. Rasiuskoe auttaa myös määrittämään liikunnan rasiustason. (Eriksson ym. 1996.) Liikunnan annostelu riippuu henkilön peruskunnosta, sairauden asettamista rajoituksista ja aiemmista kokemuksista (Alen 1993).

Liikunnan vaikutukset eivät varastoidu ja siksi liikuntaa tulee harrastaa säännöllisesti. Liikunnan tulee olla harrastajalleen mielekästä. Ohjelman monipuolisuus,

vaihtelevuusja päivittäiseen elämään sopivuus ovat tärkeitä tekijöitä liikuntaohjelmaa suunniteltaessa. Monipuolinen ohjelma, joka sisältää sekä kestävyysliikuntaa että lihaskuntoa ylläpitävää liikuntaa, vähentää sen yksitoikkoisuutta. (Eriksson ym. 1996.) Lisäksi Alenin (1993) mukaan liikunnan tulisi tarjota virikkeitä ja elämyksiä, jotta se muodostuisi pysyväksi. Tällaisia elämyksiä voi saada esimerkiksi luonnossa tapahtuvan liikunnan yhteydessä tai sosiaalisen kanssakäymisen vaikutuksesta. (Alen.1993.) Erikssonin ym. (1996) mukaan kestävyyttä lisääviä liikuntalajeja ovat esimerkiksi kävely, hölkkä, hiihto, uinti ja pyöräily, kun taas lihaskuntoa voidaan harjoittaa kuntosaliliikunnalla tai muunlaisella hyötyliikunnalla, kuten puutarha- ja kesämökkitöissä. Liikuntaohjelman tulee olla aluksi kevyt. Rasittavuutta ja kestoä lisätään vähitellen. Kestävyysliikuntaa tulisi harrastaa 3-5 kertaa viikossa. Lisäksi viime aikoina on saatu näyttöä siitä, että myös useammasta lyhytkestoisesta liikuntajaksosta päivän aikana saadaan jokseenkin sama hyöty kuin yhdestä pidemmästä harjoitusjaksosta. (Eriksson ym. 1996, Kukkonen-Harjula 2000, Vuori 2001).

Kaikki voimaharjoittelu ei sovi diabetesta sairastavalle. Voimaharjoittelu aloitetaan kevyesti noin 40 % teholla maksimipainosta. Sopiva toistojen määrä liikettä kohti on 10-15. Lisäksi sarjojen väliset tauot ovat yleensä 15-60 sekuntia. Liikkeitä tulisi valita seuraaville lihasryhmille: lonkka- ja reisilihakset, rintalihakset, olkapään seudun lihakset, selkälihakset, yläraajan lihakset sekä vatsalihakset. (Eriksson ym. 1996.)

Ennen harjoittelua tulisi suorittaa alkuverryttely, joka voisi olla esimerkiksi kävelyä tai pyöräilyä 5-10minuuttia. Lyhyen lämmittelyn jälkeen suositellaan vielä kevyitä lihasvenytyksiä. Liikunnan jälkeen tulisi suorittaa loppuverryttely, jonka kesto on noin 5-10 minuuttia. (Zinman ym. 1997.) Aikuisiän diabetesta sairastavien henkilöiden tulee lisäksi huolehtia siitä, että varusteet liikuntaan ovat sopivia. Erityisesti jalkineet ovat tärkeitä, jotta välttyttäisiin jalkojen vammoilta, kuten hiertymiltä ja hankauksilta. Lisäksi harjoittelu erittäin kuumassa tai kylmässä ilmastossa voi aiheuttaa ongelmia. (Zinman 1997.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksessani selvitin vasta aikuisiän diabetekseen sairastuneille potilaille annetun liikuntaneuvonnan sisältöä sekä neuvontatilanteiden vuorovaikutuksellista rakentumista keskustelun eri vaiheissa.

Liikuntaneuvontaan liittyvät tarkennetut tutkimuskysymykseni olivat:

1. Miten keskustelun avaus liikuntateemaan tapahtui?
2. Miten asiantuntija ja potilas keskustelivat potilaan liikunnan nykyisestä toteutuksesta?
3. Miten neuvontakeskusteluissa selvitettiin potilaan liikuntaan liittyvää taustaa?
4. Miten liikuntaan liittyviä ongelmia määriteltiin?
5. Miten asiantuntija antoi potilaalle liikuntaan liittyvää tietoa?
6. Miten potilas ja asiantuntija neuvottelivat liikuntaan liittyvistä muutoksista?
7. Miten asiantuntijat ohjasivat potilasta muille asiantuntijoille?
8. Miten keskustelun lopetus tapahtui?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Liikuntaneuvonta-aineisto

Pro-gradutyöni oli osa Jyväskylän yliopistossa toteutettavaa seurantalutkimusta, jonka tarkoituksena on selvittää 40-60-vuotiaiden vasta sairastuneiden aikuistyyppin (II-tyyppi) diabeetikoiden neuvontaketjujen rakentumista sekä terveysneuvontatilanteiden sisältöä ja terveysneuvontojen vuorovaikutuksellista rakentumista eri terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Aineiston keruu tutkimukseen alkoi vuonna 2000 ja loppuu vuonna 2002. Oma osuuteni oli selvittää liikuntaneuvonnan toteutumista osana terveysneuvontaa. Aloite tutkimuksen oli tullut tutkimusryhmään kuuluvilta terveydenhuollon asiantuntijoilta

Tutkimusaineistossani oli kaksi aikuisiän diabetesta sairastavaa potilasta, iältään noin kuusikymmentä vuotiaita. Naispotilas (potilas 1) oli ollut eläkkeellä noin puoli vuotta tutkimuksen alkaessa. Hän kertoi olleensa ylipainoinen lapsuudesta asti. Hän oli ollut usein laihdutuskuureilla ja kertoi olevansa ”jojo”-laihduttaja. Potilaalla oli merkittävä ylipaino (painoindeksi 34-35). Verenpainetauti potilas oli sairastanut noin 20 vuotta ja hänellä oli tautiin lääkitys. Potilaalla oli kaksi lasta. Muutama vuosi sitten potilaan sokeriarvot todettiin olevan koholla. Potilas oli harrastanut säännöllisesti liikuntaa noin 30 vuoden ajan. Tällä hetkellä liikunnan harrastamista vaikeuttivat polvien nivelrikot.

Miespuolinen potilas (potilas 2) oli jäämässä eläkkeelle noin kahden vuoden kuluttua. Potilas oli lievästi ylipainoinen (painoindeksi 28). Potilaan verenpaine oli ollut koholla useiden vuosien ajan ja tautiin oli ollut lääkitys noin kahden vuoden ajan. Myös kokonaiskolesteroliarvot olivat koholla. Potilaan sokeriarvot todettiin kohonneiksi syksyllä 1999. Potilaan mukaan sokeriarvot ovat olleet normaalit aiemmin. Potilas kertoi olevansa laiska liikkumaan. Toisaalta hyötyliikunnan potilas koki mielekkääksi. Potilas 2:lla on kolme lasta.

Tutkimusaineistossani olevat potilaat valitsin koko aineistosta, joka sisälsi valintahetkellä joulukuussa 2000 12 potilastapausta. Aineiston analysoin pääasiassa litteroitujen tekstien avulla, mutta käytin analyysissä myös videoituja keskusteluita apuna selvittäessäni liikuntaneuvontoihin käytettyä aikaa suhteessa koko neuvontaan. Videoidut neuvonnat alkoivat helmikuussa 2000 ja viimeinen neuvontakerta oli tammikuussa 2001. Neuvonnat tapahtuivat perusterveydenhuollossa terveysasemilla. Potilaat kävivät eri asiantuntijoiden vastaanotoilla yhteensä 17 kertaa. Näistä neuvontakerroista suurin osa tapahtui hoitajan vastaanotoilla. Potilas 1 kävi lisäksi fysioterapeutin, lääkärin sekä ravitsemusterapeutin vastaanotoilla (taulukko 1). Molemmilta potilailta puuttuu neuvonnoista yksi lääkärin tapaamiskerta, sillä potilaat olivat unohtaneet ilmoittaa neuvonnan ajankohdan tutkijalle.

TAULUKKO 1 Potilaiden neuvontakerrat eri asiantuntijoiden vastaanotoilla (n=17)

Asiantuntija	Potilas 1	Potilas 2
Hoitaja	6	6
Lääkäri	2	-
Fysioterapeutti	1	-
Ravitsemusterapeutti	2	-
Yhteensä	11	6

Potilaiden valintaperusteena aineistooni oli heidän erilainen suhtautuminen liikuntaan. Potilas 1 liikkui mielellään ja oli liikkunut koko ikänsä säännöllisesti ja paljon, kun taas potilas 2 suhtautui kielteisesti liikuntaan. Aineistosta valitsin liikuntaneuvontaa koskevat osuudet aineistolähtöisesti. Liikuntaneuvontaosuuksien valinta ei ollut helppoa. Neuvonnoissa liikunta liittyi hyvin moneen erilaiseen teemaan, kuten painonhallintaan, kipuun, ravitsemukseen ja verensokeriarvoihin. Analyysiin valitsin sellaiset kohdat, joissa neuvontaa, ohjeita tai hoitosuosituksia annettiin suhteessa liikuntaan. Analyysistä olen jättänyt pois ne kohdat, jotka koskevat esimerkiksi ajanvarausta kuntoneuvolaan, koska niissä ei ollut varsinaista liikuntaneuvontakeskustelua.

Neuvontoihin käytetty aika vaihteli eri vastaanotoilla (liitteet 2 ja 3). Potilas 1:n ja potilas 2:n neuvonnat eivät eronneet kestoltaan toisistaan. Ne vaihtelivat 30-50 minuuttiin. Liikuntaneuvonnan osuus oli koko neuvonnasta kestoltaan vähäistä. Se vaihteli potilas 1:n kohdalla 2 minuutista 10 minuuttiin ja potilas 2:n kohdalla 2

minuutista 9 minuuttiin. Potilas 1 kohdalla fysioterapeutin ja lääkärin neuvonnat olivat kestoaltaan lyhyimmät. Tosin fysioterapeutin neuvonta jatkui vielä kuntotestauksena, jota ei asiakkaan pyynnöstä videoitu. Ravitsemusterapeutin neuvonta noudatti hoitajan neuvontoja kestoaltaan.

6.2 Diskurssianalyysi case-tutkimuksen analyysimenetelmänä

Tutkimuksessani halusin saada mahdollisimman syvällisen kuvan asiantuntijan ja potilaan välisestä liikuntaneuvontatilanteesta. Tämän takia päädyin tapaustutkimukseen ja valitsin koko aineistosta kaksi aikuisiän diabetesta sairastavaa potilasta. Tapaustutkimus sopii tutkimukseen, jossa tarkastellaan ja kuvataan käytännön ongelmia kokonaisvaltaisesti ja tutkimuksen kohteena on vain muutama havaintoyksikkö (Syrjälä 1996, Hirsjärvi ja Hurme 2001). Lisäksi tapaustutkimukset ovat usein pitkäikäistutkimuksia, kuten tässä aikuisiän diabetes-potilaiden terveysneuvontaa koskevassa tutkimuksessakin. (vrt. Hirsjärvi ja Hurme 2001.) Lähtökohtana tutkimukselle oli se, että aikuisiän diabetesta sairastavat potilaat tulkitsivat elämässään tapahtuvia asioita, kuten sairastumistaan diabetekseen ja muodostivat tapahtumista itselleen merkityksiä. Tapaustutkimuksen avulla selvitetään tapahtumia tai toimintaa, kuten potilaan ja asiantuntijan välistä liikuntaneuvontatilannetta avoterveydenhuollossa. Tutkimuksen avulla pyritään saamaan yksityiskohtainen kuva neuvontatilanteen rakenteesta sekä potilaan ja asiantuntijan liikunnalle antamista merkityksistä. Tulosesään olen kirjannut asiantuntijoiden ja potilaiden suoria puhelainauksia, kuten Syrjälä (1996) on ehdottanut, selventääkseni liikuntaneuvonnan sisältöä.

Koska tutkimusongelmani oli selvittää asiantuntijoiden antamaa liikuntaneuvontaa aikuisiän diabetekseen vasta sairastuneille potilaille sekä analysoida heidän välistä vuorovaikutussuhdetta, niin valitsin analyysitavaksi diskurssianalyysin. Jokisen ym. (1993) mukaan diskurssianalyysi antaa väljän viitekehyksen tutkimukselle, jolloin aineistoa on mahdollista tarkastella erilaisista näkökulmista käsin. Diskurssianalyysissä tarkastellaan vuorovaikutussuhteessa olevia toimijoita, kuten esimerkiksi potilasta ja hoitajaa ja heidän tapaansa tehdä asioita ymmärrettäväksi kielenkäytöllään (Jokinen ym. 1999). Potilaiden ja asiantuntijoiden puheenvuorot

rakentuvat suhteessa keskusteluun. Myös kulttuurinen konteksti vaikuttaa keskustelun rakentumiseen, kuten terveydenhuollon organisaation säännöt tai yleinen ilmapiiri, kuten kiire. Toimijoiden identiteetit neuvontatilanteissa voivat vaihdella useita kertoja esimerkiksi hoitaja voi antaa ohjeita potilaalle omana itsenään tai asiantuntijan roolista käsin.

Keskustelujen vuorovaikutusta voidaan tarkentaa Jokisen ym. (1993) mukaan mm. seuraavilla kysymyksillä:

- mistä diskursissa saa puhua?
- kenellä on puhevalta mm. onko diskursseihin sisäänpääsy rajoitettu esimerkiksi ammattikielen takia?
- otetaanko kaikista positioista lausuttu puhe vakavasti?

Neuvontojen rakenne muodostui tiettyistä teemoista, jotka sain pelkistämällä kaikista liikuntaneuvonnoista puheenvuorot ja etsimällä yhtäläisyyksiä ja eroja näistä puheenvuoroista. Nämä teemat sisälsivät seuraavanlaisia asioita:

1. Keskustelun avaus liikuntateemaan

- miten siirryttiin keskustelemaan liikunnasta

2. Nykyinen liikunta

- liikunnan toteutuminen
- kuvailu nykyisestä liikunnasta

3. Liikuntahistoria

- liikuntataustan selvittäminen
- liikuntakokemukset

4. Liikuntaan liittyvien ongelmien määrittely

- liikkumiseen tai liikunnan aloittamiseen liittyvien ongelmien käsittely

5. Liikuntaan liittyvä tiedonanto

- liikunnan toteutukseen liittyvä neuvonta ja ohjeiden anto

6. Liikuntaan liittyvistä asioista neuvottelu

- liikuntaan liittyvistä muutoksista neuvottelu
- tuen antaminen liikunnan toteutumiseksi, toteuttamiseksi
- keskustelu liikuntaan liittyvistä esteistä
- keskustelu liikuntaan liittyvistä motivaatiotekijöistä

6. Liikuntaan liittyvissä ongelmissa ohjaus toisille asiantuntijoille

- ryhmiin ohjaus/ muille asiantuntijoille, kuten fysioterapeuteille ohjaaminen

7. Keskustelun lopetus liikuntateemasta

- miten siirryttiin uuteen teemaan: kuka määrittelee puheenvuoron vaihtumisen ja miten luontevasti aiheen vaihdos tapahtuu

Teemojen muodostaminen liikuntaneuvonnoista oli osittain vaikeaa, sillä osa teemoista oli päällekkäisiä, kuten nykyistä liikuntaa kuvatessaan potilas määritteli myös liikuntaan liittyviä ongelmia. Keskustelun avaus liikuntateemaan tapahtui joko potilaan tai asiantuntijan toimesta. Liikuntahistoria tarkoitti potilaan aiempia liikuntatottumuksia tai liikuntaan liittyvää taustaa. Nykyinen liikunta taas kuvasi potilaan senhetkistä liikunta-aktiivisuutta. Ongelmanmäärittely sisälsi liikkumiseen tai liikkumisen aloittamiseen liittyviä ongelmia, kuten nivelvaivoja tai motivaation puutetta. Neuvottelu sisälsi sekä potilaalle annettua tukea tai potilaan ilmaisia ongelmia tai esteitä, jotka vaikeuttivat liikkumisen aloittamista. Tiedonanto sisälsi kaiken liikuntaan liittyvän neuvonnan, jonka olen rajannut jo aiemmin. Keskustelun lopetus tapahtui joko potilaan tai asiantuntijan johdolla.

6.3 Tutkimuksen luotettavuuden arviointia

Tutkimuksessani selvitin aikuisiän diabetes-potilaille annettun liikuntaneuvonnan sisältöä sekä liikuntaneuvontatilanteiden vuorovaikutuksellista rakentumista. Diskurssianalyttisessä tutkimuksessa on mahdollisuus tulkita aineistoa erilaisista näkökulmista käsin. Tarkastelun kohteena ei ole yksilö, vaan sosiaaliset käytännöt, eikä aineistosta pyritä löytämään totuutta. (Jokinen & Juhila 1993, Suoninen 1999.) En ole pyrkinyt antamaan aineistostani kaiken kattavia tulkintoja, sillä Eskola ja

Suorannan (1998) mukaan tutkijan ei pitäisi antaa täysin tyhjentäviä vastauksia, vaan antaa lukijoiden oivaltaa uusia näkökulmia tutkimuksen avulla. Toisaalta olen pyrkinyt perustelemaan tulkintojani tutkimukseni luotettavuuden parantamiseksi (vrt. Eskola ja Suoranta 1998). Jokisen ym. (1993) mukaan aineiston luonne sekä tutkimuskysymykset saattavat ohjata tutkijaa analysoimaan tiettyjä näkökulmia, kuten esimerkiksi vuorovaikutuksen epäsuhtaa terveydenhuollon asiantuntijoiden sekä aikuisiän diabetesta sairastavan potilaan välillä. Tutkimusta ohjaavat myös teoreettiset ja tieteenfilosofiset sitoumukset sekä tutkijan persoonallisuus, arvot ja kokemukset (Perttilä 1999). Diskurssianalyttisessä tutkimuksessa oma ymmärrys tekstistä ei ole niin tärkeää kuin se tulkinta, joka tehdään kiinnostuksen kohteena olevien asiantuntijoiden ja potilaiden kielestä ja sen rakentumisesta vuorovaikutussuhteessa, kuten esimerkiksi se, miten liikuntaneuvontakeskustelut rakentuivat asiantuntijakeskeisiksi eivätkä potilaskeskeisiksi (vrt. Potter ja Wetherell 1987, Juhila ja Suoninen 1999).

Juhilan & Suonisen (1999) mukaan diskurssianalyysissä voidaan käyttää analyysin vakuuttavuuden tukena mm. sitä, miten toimijat tulkitsevat kielellisesti toistensa puheenvuoroja, miten lukijat tekevät tekstistä arvioita sekä sitä, miten tulkinnat ovat suhteessa aiempiin tutkimuksiin. Minulla oli koko tutkimuksen ajan käytettävissä litteroidut tekstit neuvontakeskusteluista. Palasin litteroituihin teksteihin koko tutkimuksen teon ajan tarkistaen potilaiden ja asiantuntijoiden liikuntaneuvontakeskustelujen rakentumista. Samalla varmistin tulkintojeni luotettavuutta. Luin myös litteroitujen tekstien yhteydessä teoriaa diskurssianalyysistä, joka auttoi minua tulkitsemaan aineistoani syvemmin. Koska lukijoille tulee tutkimuksesta selvitä, miten tutkija on tulkintoihinsa päätenyt, niin kirjasin aineisto-otteita tulkintojeni tueksi sekä pyrin tuomaan ilmi sen, miten olin tulkintoihini päätenyt (vrt. Potter ja Wetherell 1987). Osa aineisto-otteista toistuvat tulos-osassa eri yhteyksissä, koska niitä voi tulkita eri näkökulmista. Toin myös esiin aineistostani poikkeustapauksia, joiden avulla selvitin mm. sitä, että vuorovaikutustilanteisiin kätkeytyi itsestäänselvyysyksiä, joita on vaikea havaita arkikeskusteluissa. Tällaisia oli esimerkiksi tulkinta liikuntaneuvontakeskustelujen asiantuntijakeskeisyydestä mm. sen perusteella, että asiantuntijat määrittivät pääasiassa puheenaiheet sekä puheenaiheiden vaihdokset. Tätä tulkintaa selkeytti mm. se, että aineistossani ravitsemusterapeutti ja potilas 1:n keskustelu toteutui pääosin eri

tavoin kuin muiden asiantuntijoiden keskustelut. Ravitsemusterapeutin ja potilas 1 liikuntaneuvontakeskustelut tapahtuivat pääasiallisesti potilaskeskeisesti. Toin esille myös tutkimukseeni liittyvät vaikeudet, kuten esimerkiksi sen, että tulososassa esitetyt liikuntaneuvontojen teemat eivät olleet täysin selkeitä. Ne olivat osittain päällekkäisiä, joten tulososassa olen yhdistänyt osan teemoista ja käsitellyt ne yhdessä, koska ne puheessa liittyivät kiinteästi toisiinsa.

Diskurssianalysissä tutkijan tulee olla Juhilan ja Suonisen (1999) mukaan myös kriittinen omaan kielenkäyttöön suhteen sekä sen mahdollisesti tuottamiin seurauksiin. Tutkijan tulee reflektoida tuottamaansa tekstiä sekä ymmärtää vastuu siitä, miten omalla toiminnalla tuotetaan todellisuutta. (Juhila & Suoninen 1999). Tutkimustuloksiani tulkitessani vertasin tuloksiani muihin vuorovaikutustutkimuksiin, joista sain viitteitä sille, että neuvonta tapahtuu terveydenhuollossa pääasiallisesti asiantuntijakeskeisesti, mutta neuvontatilanteissa oli nähtävissä jonkin verran potilaskeskeistä vuorovaikutusta. Omassa työssäni pohdin sitä vastuuta, joka liittyy aikuisiän diabetesta sairastavien potilaiden ja asiantuntijoiden liikuntaneuvontatilanteiden tulkintaan. Olin päätenyt tulkinnassani siihen, että suurin osa aineistoni liikuntaneuvontakeskusteluista tapahtui asiantuntijakeskeisesti. Tästä syystä palasin aineistooni uudelleen pyrkien varmistamaan tulkintani oikeellisuudesta. Pyrin varmistamaan sitä, etten ollut aiemmin tulkinnut aineistoani erityisesti asiantuntijakeskeisestä näkökulmasta. Uudeelleen aineistoa lukiessani tämä käsitys ei muuttunut, vaan se varmisti tulkintojani sen suhteen, että aineistossani oli hyvin vähän potilaskeskeisyyteen perustuvaa liikuntaneuvontaa.

Liikuntaneuvontakeskustelut olivat osa muuta neuvontakeskustelua. Mikäli olisin analysoinut keskustelut kokonaisuudessaan, olisi kuva myös liikuntaneuvonnoista voinut olla erilainen, mutta koska analysoin pelkästään liikuntaosuudet, niin tulokset ovat niistä käsin tulkittuja. Aineistossani liikuntaan liittyviä neuvontakeskusteluja oli vähän suhteessa koko neuvontaan käytettyyn aikaan, mutta diskurssianalysissä aineiston ei tarvitsekaan olla suuri (vrt. Potter ja Wetherell 1987, Hirsjärvi ja Hurme 2001). Koska potilaan ja asiantuntijoiden vuorovaikutustilanteet ovat sidottuja aikaan ja paikkaan, niin aineistosta ei ole tarkoituksenmukaista tehdä yleistyksiä.

Aineistoni neuvontakeskustelut tapahtuivat terveysasemilla, joihin olen ollut tutustumassa ymmärtääkseni taustan neuvontakeskusteluille mm. kiireen vaikutuksen neuvontatilanteeseen. Lisätietoa neuvontatilanteiden kontekstille sain katsoessani videoitua neuvontakeskustelut, joista analysoin liikuntaneuvontoihin käytetyn ajan.

7 TULOKSET

Potilas 1:n neuvontakeskustelut muodostavat suurimman osan tulososaan liittyvästä tekstistä, koska potilaalla oli käyntejä useiden asiantuntijoiden vastaanotoilla. Lisäksi potilas 1 kävi useammin vastaanotoilla kuin potilas 2, jolla oli käyntejä vain hoitajan vastaanotoilla.

7.1 Liikuntaneuvontojen rakenne

7.1.1 Keskustelun avaus liikuntateemaan

Potilas 1:n ja hoitaja1:n neuvontakeskusteluissa liikunta otettiin puheeksi useimmiten ravitsemuksen ja painonpudotuskeskustelun yhteydessä. Mutta liikunnasta keskusteltiin myös muutosten toteuttamisen, verensokeriarvojen ja potilaan ympäristöön liittyvän keskustelun yhteydessä. Potilas 1 puhui mielellään liikunnasta ja vaihtoi puheen mielellään liikuntateemaan. Näytti siltä, että potilas 1:n oli tietoinen myös siitä, että neuvontakäynneillä oli tietty rakenne, jonka mukaan edettiin. Potilas 1 kysyi epävarmuutta osoittaen, voisiko hänen ajattelemasta aiheesta puhua tässä yhteydessä (esimerkki 1). Potilas 1 ei ollut pelkästään passiivinen kuuntelija neuvontakeskusteluissa, vaan esitti myös suorita- tai epäsuoria kysymyksiä (esimerkki 2) sekä vaihtoi puheenaiheita (esimerkki 3). Suonisen (2000) mukaan neuvontatilanteen alussa asiantuntija ottaa yleensä aloitteen käsiinsä antamalla joko tietoa tai aloittamalla haastattelun (vrt. myös Miilunpalo ym. 1995). Kettusen (2001) mukaan hoitajat voivat aloittaa keskustelun myös potilaiden aloitteesta. Aineistossani keskustelun aloitus liikuntateemasta poikkeaa mm. Pyörälän (2000) tutkimuksen tuloksista. Aineistossani keskustelun avaus liikuntateemaan tapahtui useita kertoja neuvontakeskustelun aikana, eikä vain koko neuvonnan alussa. Yleensä keskustelun avaukseen kuuluu yleistä tervehtimistä ja kuulumisten vaihtoa (Pyörälä 2000).

Esimerkki 1.

Potilas 1: "Sitte mikä, en mä tiedä kuuluuks tää nyt tähän, mut tuota..."

Hoitaja 1: "niin, joo."

Potilas 1: "...tuo liikkuminen ja semmonen..."

Esimerkki 2.

Potilas 1: "...Mutt semmonen asia, mitä mä haluaisin sulta kysyy, kun mä, oonko mä ymmärtänyt oikein, ett semmonen pitkäaikainen liikunta."

Hoitaja 1: "Joo."

Potilas 1: "Niin pitäs alentaa tai tuota auttaa siinä, että, että insuliinia pystyy käyttämään hyväks. Vai oonks mä ymmärtäny väärin."

Esimerkki 3.

Hoitaja 1: "että tässä syömäpuolessa on semmonen."

Potilas 1: "Liikkunu mä olen aina yrittäny liikkuu kykyjeni mukaan..."

Myös ravitsemusterapeutin vastaanotolla liikunta otetaan puheeksi tasapuolisesti sekä ravitsemusterapeutin että potilas 1:n aloitteesta. Liikuntaa käsitellään ravitsemusterapeutin vastaanotolla eniten painonhallintaan liittyen, mutta sitä käsitellään myös muutosten toteuttamisen, verensokeriarvojen, näläntunteen ja ravitsemukseen liittyvien asioiden yhteydessä. Fysioterapeutin vastaanotolla keskustelun avaus liikuntateemaan tapahtuu siten, että fysioterapeutti kysyy potilaalta käynnin syytä. Potilas 1 kertoo tarpeestaan saada kuntosaliohjelma ja alkaa kertoa tarkasti polvinivelvaivastaan. Fysioterapeutti alkaa heti kysellä kipuun liittyviä asioita perusteellisesti sen enempää potilaan muuta taustaa selvittämättä. Viitanen (1997) on myös todennut tutkimuksessaan, että terveyskeskusten fysioterapeutit etenivät neuvontatilanteissaan suoraan joko potilaan ongelmien määrittelyyn tai käynnistivät heti hoitotoimenpiteet. Aineistossani fysioterapeutin neuvontakeskustelussa liikuntateema liittyy mm. käynnin syyn määrittämiseen, taustan selvittämiseen, painonhallintaan sekä diabeteksen hoitoon. Lääkäriin vastaanotolla sekä potilas 1 että lääkäri ottavat puheeksi liikunnan kerran. Potilas 1:n ottaa puheeksi liikunnan ilman, että lääkäri olisi tätä potilaalta kysynyt. Peräkylän & Vehviläisen (1999) mukaan

potilaat saattoivat alkaa kertoa laajemmin ongelmastaan, vaikka lääkäri olisi tiedustellut asiaa suljetulla kysymyksellä (esimerkki 4).

Esimerkki 4.

Lääkäri: "...niin sillä keinonivelleikkauksella saadaan sitten kyllä ne säryt pois."

Potilas1: "Joo."

Lääkäri: "Että..."

Potilas1: "Kyllä ne säryt on, ne on pirullisia suoraan sanoen. Ja sitten se, että esimerkiksi liikkumista rajottaa paljon."

Lääkäri: "Joo"

Potilas1: "Mut mä oon kyenny käymään uimassa, mä oon käyny kuntosalillakin vielä..."

Keskustelun voi myös tulkita siten, että potilas 1 ottaa asian esille väärään aikaan, eikä lääkäri jatka keskustelua tästä, vaan siirtyy muihin asioihin. Lääkärin ja potilaan vuorovaikutussuhteille on ominaista se, että keskustelu etenee tietyn kaavan mukaan, johon kuuluu yleensä potilaan haastattelu, fyysinen tutkimus, diagnoosi ja hoito-ohjeet (Heat 1992, Peräkylä 1999). Lääkäri vastailee potilaan kertomukseen vain minimipalauttein sanalla ”joo”. Minimipalautteilla voi tyrehdyttää toisen keskustelijan puheenaiheen siten, ettei vahvista toisen esittämää puheenvuoroa (Sorjonen 1988). Lääkäri palaa potilaan esittämään asiaan myöhemmin vastaanoton aikana, jolloin lääkäri käsittelee asiaa uutena. Potilaan keino saada puheenvuoro itselleen on mm. omien asioiden esittäminen kertomuksen muodossa. Tällöin hänen puheenvuoroaan on vaikeaa keskeyttää. (Ruusuvuori 2000.)

Potilas 2:n neuvontakerrat eroavat potilas 1:n neuvonnoista, siten että eri neuvontakerroilla potilas 2 tuo vain kerran liikuntateeman keskusteluun. Hoitaja 1 puhuu sen sijaan useimmiten liikunnasta painonpudottamisen ja muutosten toteuttamisen yhteydessä. Lisäksi hoitaja 1 käsittelee liikuntaa myös liikuntatottumusten selvittämisen yhteydessä, diabetekseen liittyvän tiedonannon, ravitsemusneuvonnan, verensokeriarvojen ja elämäntilanteen yhteydessä.

7.1.2 Liikuntaan liittyvien ongelmien määrittely

Hoitajien neuvontatilanteissa hoitajat jättivät huomioimatta osan potilaiden puheenvuoroja heidän määritellessään liikkumiseen liittyviä ongelmia. Potilas 1:n kohdalla tämä liittyi potilaalle arkaan aiheeseen painonpudotukseen, josta potilas ei mielellään keskustellut (esimerkki 1). Hoitaja 1 ei lähde keskustelemaan tästä aiheesta, vaan siirtyy kyselemään potilas 1:n liikunnasta. Myös potilas 2:n ja hoitaja 1:n neuvonnoissa hoitaja 1 jättää potilaan vastauksia huomioimatta. Potilas 2:n määritteli suurimmaksi esteeksi liikunnan aloittamiselle motivaation puutteen useissa yhteyksissä, mutta hoitaja ei lähtenyt keskustelemaan potilas 2:n kanssa tästä ongelmasta (esimerkki 2). Myös Kettunen (2001) on havainnut aineistossaan, että hoitajat saattavat neuvontatilanteissa jättää huomioimatta potilaiden puheenvuoroja. Potilaan puheenvuoron huomioimatta jättämisen voi myös tulkita siten, että hoitajan mielestä asiaa ei kuulu käsitellä tässä yhteydessä. Tämä on ominaista asiantuntijakeskeiselle vuorovaikutukselle, jota hallitsee mm. vakiintunut keskustelun rakenne (Kettunen 2001). Potilas 2 tuo esiin myös näkemyksen siitä, että hän kokee liikunnan harrastamisen mielettömänä (esimerkki 3). Ojasen (1999) mukaan jotkut ihmiset kokevat liikunnan eri syistä johtuen kohdallaan mielettömänä. Mielettömyyden tunne saattaa korostua ulkoisen pakon kokemisesta. Pakosta suositeltu liikunta ei edistä kenenkään terveyttä. (Ojanen 1999).

Esimerkki 1.

Potilas 1: " Kyllä ja kyllä mä käyn kävelemässäkin, kun mä saisin tuota painoa pois, niin se varmaan riittäis jo... "

Hoitaja 1: "Joo"

Potilas 1: "...tai auttais siihen, kyl mä semmosen kolme varttia, mullon semmoset tuet molemmissa polvissa, että mä pystyn kävelemään."

Hoitaja 1: "Joo."

Potilas 1: "Et kyll se nyt jotenkin."

Hoitaja 1: "Mites tämmöinen punttialiliikunta?"

Esimerkki 2.

- Hoitaja 1:* ”...Ja koko iltana ei se lihaskireys häviä. Mutta jos mä lähden siitä hiihtämään tai jotain, vaikka väsyttäs kuinka ja mä lähden niin voi että miten on, kaikki on tuolla kireys pois ja...”
- Potilas 3:* ”En yhtään minä sitä kiellä, siihen pitäis saada joku kipinä jostain.”

Esimerkki 3.

- Hoitaja 1:* ”Niin, se on niin, että ois selkä nihkee, että ois semmosta se liikunta.”
- Potilas 3:* ”Niin, se on tietysti niin. Minä pidän sitä järjettömänä.”
- Hoitaja 1:* ”Sulla oli kaks kilometriä työmatka, että jos sen nyt rupeaisit reippaasti aamusella kävelisit ja reippaasti iltasella, niin sekin ois.”

Lääkärin toisella neuvontakerralla potilas 1 kuvailee polviensa tuomia ongelmia arkielämäänsä. Lääkäri ei lähde keskustelemaan asiasta, vaan palauttaa keskustelun lääketieteelliseen tulkintakehykseen (vrt. Drew ja Heritage 1992, Peräkylä 1990), (esimerkki 4). Drew ja Heritagen (1992) mukaan lääkärit pysäyttävät usein potilaan kokemuksiin perustuvan puheen merkityksettömänä ongelman lääketieteellisen määrittelyn kannalta (myös Peräkylä 1990). Lääkärit kontrolloivat vastaanotoillaan sitä, mistä puhutaan ja millä laajuudella. Lääkärin vastaanotoilla tapahtuu useasti väärinkäsityksiä, koska lääkärit määrittelevät potilaiden ongelmat lääketieteellisesti, kun taas potilaat määrittelevät ongelmansa kokemuksiin perustuen. (Drew ja Heritage 1992). Hyvä ilmapiiri lääkärin vastaanotolla saattaa toimia potilaan puhetta kannustavana tekijänä. Lääkäri voi saada potilaalta tärkeää tietoa joko suljetuilla tai avoimilla kysymyksillä (Peräkylä ja Vehviläinen 1999, Roter ja Frankel 1992). Roter ja Frankelin (1992) mukaan kuitenkin avoimet kysymykset aktivoivat enemmän potilasta osallistumaan keskusteluun.

Esimerkki 4.

- Lääkäri:* ”...koska se vahvistaa silloin tätä nelipäistä reisilihasta, joka tukee polvea. Että sillä on niinku, se auttais tuota polvea ja sitten, ku siinä ei oo paino sitten jalkojen päällä, niin se vois

olla semmonen, mitä kannattais kokeilla. Onks polkupyörä olemassa?"

Potilas 1: "On, mullon hyvä polkupyörä ja mullon kuntopyöräkin kotona. Että mä ajattelin juuri, että mökille vois ajatella sen kuntopyörän vientiä, ku se on semmosessa paikassa, että siellä ei voi ajella pyörällä."

Lääkäri: "Joo. Ja tän verenpaineen kannalta tietenkin se liikunta ja painonpudotus olisi hyväksi ja sitten tän lievästi kohonneen sokeritason kannalta kanssa..."

Ravitsemusterapeutin vastaanotolla potilas 1 määrittelee myös ongelmia liikkumiseen liittyen. Hän puhuu mm. vanhenemiseen liittyvistä ongelmista, jotka vaikuttavat liikkumiseen, kuten aineenvaihdunnan hidastumisesta ja polviongelmasta. Pyörälän (2000) ravitsemusneuvontaa koskevassa tutkimuksessa potilaat eivät olleet aktiivisia aloittamaan ongelman määrittelyä, vaan ongelmat määritteli pääasiassa ravitsemusterapeutti. Aineistossani ravitsemusterapeutti ei määritellyt potilas 1:n ongelmia liikuntaan liittyen, vaan ravitsemusterapeutti toimi kuuntelijana liikuntaneuvontakeskusteluissa. Potilas 1 toi esiin liikuntaan liittyviä ongelmia (esimerkki 5).

Esimerkki 5.

Potilas 1: "Vanhemmiten tässä kaikki on vaikeampaa. Ja sit mullon kato semmonen ongelma, et mä en esimerkiks kävelemään pysty. Ja se, kaikki mikä vaatis polvia..."

Ravitsemusterapeutti 1: "Niin, mutta liikut muuten kuitenkin sitte?"

Fysioterapeutin neuvontatilanne alkaa heti ongelmanmäärittelystä. Fysioterapeutti alkaa selvittää tarkasti polviniveleen liittyviä ongelmia mm. polvilumpion sijoiltaanmenoa, suonenvettoa ja liikuntaan liittyviä rajoituksia. Myös Viitasen (1997) tutkimuksen mukaan näyttää siltä, että fysioterapeuttien vahvin alue on fyysisen toimintakyvyn arviointi. Hänen aineistossaan fysioterapeutit aloittivat heti hoitotoimenpiteet tai selvittivät potilaan ongelmia hyvin tarkasti. Fysioterapeuttien neuvontatilanteet etenivät yleensä hyvin järjestelmällisesti, jolloin tilanteista tulee hyvin asiantuntijalähtöisiä (esimerkki 6). Myös Miilunpalon ym. (1995) mukaan

fysioterapeutit antoivat lääkäreihin ja hoitajiin verrattuna monipuolisempaa ohjausta liikuntaan liittyen. Mutta erikoistuminen liikuntaan oli yhteydessä kapea-alaisempaan terveyden edistämisen näkemykseen (Miilunpalo ym. 1995). Aineistossani fysioterapeutti ottaa puheeksi myös potilaan painoon liittyvän ongelman. Asian arkaluontoisuudesta johtuen fysioterapeutin puhe on takeltelevaa. Fysioterapeutin puhe katkeilee ja hän käyttää sanoja ”tota niin”, ”ootsä”, ”tässä oli tosta”, ”että oot niinku”. Suonisen (2000) mukaan asiantuntija voi merkitä asian arkaluontoiseksi mm. puheen tauoilla, yskimisillä ja ”takkuiilla” (esimerkki 7).

Esimerkki 6.

Fysioterapeutti: *”Mutta tuota...siinä, se on uinti on ihan, mites sitte, ootko kokeillu kuntopyörää?”*

Potilas 1: *”No olen kokeillut sitäkin.”*

Fysioterapeutti: *”Tuntuuko pahalta polkee?”*

Potilas 1: *”No, ei se nyt hirveen pahalta. Se on vaan muuten niin luonnotonta, sisällä polkee.”*

Fysioterapeutti: *”Sisällä polkee. Onko sulla?”*

Esimerkki 7.

Fysioterapeutti 1: *”Just, joo. No, mites tota niin, ootsä, tässä oli tosta paino, että oot niinkun tätä paino...”*

Potilas 1: *”Se on jatkuva ongelma se paino.”*

Fysioterapeutti 1: *”Se tietenkin tulee ongelmaksi sit ku tää liikkuminen on rajotettu.”*

7.1.3 Liikuntahistoria ja potilaiden toteuttama nykyinen liikunta

Käsittelen seuraavat teemat yhdessä, koska ne ovat osittain päällekkäisiä ja keskusteluissa limittyvät osittain yhteen. Aineistossani liikkumiseen liittyviä asioita käsitellään yleisellä tasolla, kuten potilas 1:n neuvonnoissa (esimerkki 1) tai kuten potilas 2:n neuvonnoissa, jolloin hoitaja 1:n kysymyksistä muodostuu syyllistävä tunnelma (esimerkki 2). Liikuntaneuvonnat eroavat ravitsemusneuvonnoista siten, että Pyörälän (2000) mukaan ravitsemusneuvonnoissa on olennaista keskustella potilaan kanssa hänen toteuttamasta ruokavaliostaan mahdollisimman tarkasti.

Liikuntaneuvonnoissa tällaista keskustelua ei esiintynyt. Vuoren (2001) mukaan liikuntaan liittyvien ongelmien syvällinen ymmärtäminen sekä sitoutuminen ongelman ratkaisuun on vähäistä yhteiskunnassamme.

Esimerkki 1.

Potilas 1: *“Liikkunu mä olen aina yrittäny liikkuu kykyjeni mukaan, että nyt mä otin tämmösen...”*

Hoitaja 1: *“Nehän sulla oli...”*

Potilas 1: *“...tämmösen spurtin otin nyt tuolla kuntosalilla...”*

Hoitaja 1: *“Mut aina vaihtelua.”*

Esimerkki 2.

Hoitaja 1: *“Hyötyliikuntaa, missä sää asut, onks sulla kuin pitkä työmatka?”*

Potilas 2: *“No ei oo pitkä, asun tossa lähellä.”*

Hoitaja 1: *“Kävelet sä nuo työmatkat?”*

Potilas 2: *“No en. Kun se kaks kilometriä on liian pitkä matka.”*

Hoitaja 1: *“Niin, mää aattelin, että liian lyhyt käveltäväks, mulla tulis mieleen.”*

Hoitaja 1 pyrki myös selvittämään potilas 2:n liikuntahistoriaa tarkoituksena löytää myönteisiä kokemuksia, jotka aktivoisivat liikunnan aloittamiseen (vrt. Nupponen 1994, Vuori 2001). Hoitaja 1 ei ryhtynyt kuitenkaan keskustelemaan potilas 2:n kanssa potilaalle mielekkäästä lajista, hyötyliikunnasta syvemmin. Ainoastaan ravitsemusterapeutti syventyi potilas 1:n liikunnan toteuttamiseen yksilöllisesti mm. kysyen mihin aikaan potilas 1 liikkui ja miten tämä vaikutti potilaan verensokeriarvoihin (esimerkki 3).

Esimerkki 3.

Ravitsemusterapeutti: *“Onko näissä liikuntaa sitte mihin aikaan päivästä? Vaikuttaako näihin arvoihin?”*

Potilas 1: *“No... ootapas nytte. No, en mä en nyt oo just niitä mitannu, mutta niitten liikuntasuoritusten jälkeen, niin ne on niiku alempia.”*

Ravitsemusterapeutti: "Mmm, mihin aikaan päivästä liikut?"

Fysioterapeutin ja potilas 1:n neuvonnassa keskustellaan potilaan toteuttamasta liikunnasta tarkasti. Keskustelussa käydään läpi kipuun ja särkyyn liittyviä asioita (esimerkki 4). Fysioterapeutti ei kuitenkaan tee tarkentavia kysymyksiä, joiden avulla hän olisi selvittänyt potilaan selviytymistä arkielämässään.

Esimerkki 4.

Potilas 1: "Mutta tuota, mä olen kävelly niitten kans..."

Fysioterapeutti: "Joo."

Potilas 1: "...mut mä en pysty semmosta, sanotaan puolitoista tuntii on semmonen maksimi, minkä mä pystyn kävelemään..."

Fysioterapeutti: "Joo."

Potilas 1: "...ku mullon nää tuet, et ne on hirveen kipeet."

Fysioterapeutti: "Joo."

Keskustelusta voisi tehdä myös tulkinnan, että fysioterapeutti myötäilee potilas 1:n puhetta, mutta keskustelu jatkuu samanlaisena, eikä fysioterapeutti tee minkäänlaisia tarkentavia kysymyksiä. Ajoittain fysioterapeutti kommentoi potilaan puhetta antamalla yleisellä tasolla ohjausta (esimerkki 5). Fysioterapeutti 1 ei ohjaa potilasta esimerkiksi arvioimaan omaa selviytymistään kipeiden polvien kanssa. Reflektiovien kysymysten käyttö saattaa mm. avata uusia näkökulmia potilaan hoidon suhteen (vrt. Poskiparta ym. 1998). Viitasen (1997) mukaan fysioterapeuttien neuvontatilanteissa asiakkaan esittämät näkemykset ongelmatilanteessa sivuutettiin lyhyillä kommentteilla. Fysioterapeutit tukivat harvoin potilaan esittämää aloitetta.

Esimerkki 5.

Potilas 1: "Jotkut nesteet siellä ilmeisesti lähtee liikkeelle sen liikkumisen jälkeen."

Fysioterapeutti: "Kyllä. Ja sitähan sanotaan niinku, että ihmisen nivelet tarvitsee liikettä. Ne on tarkoitettu niinku liikkumista varten."

Potilas 1: *“Joskus vaan tuntuu hirveeltä, että jos ne kaks luuta vastakkain hinkkaa siellä, niin se on se kipukin kamala sitten.”*

Fysioterapeutti: *“Niin, joo.”*

Lääkärin ja potilas 1:n liikuntaneuvontakeskusteluissa lääkäri ei selvittä potilaan liikuntataustaa tai nykyistä liikkumista. Potilas 1 alkoi keskustelun alkupuolella kertomaan ilman, että lääkäri tätä olisi kysynyt kuitenkin polvinivelten aiheuttamasta kivusta ja sen vaikutuksesta liikkumiseen. Lääkäri vastasi vain lyhytsanaisesti “joo” viestien, että tässä yhteydessä ei ole sopivaa asiasta keskustella. Lääkäri siirtää heti keskustelun muuhun aihepiiriin kommentoimatta potilaan puheenvuoroja (esimerkki 6). Lääkärin keskustelut etenevät vastaanotoilla yleensä tiettyssä järjestyksessä, eikä lääkärit ota huomioon välttämättä puhetta, joka ilmaistaan ennenkuin siitä asiasta voi puhua (Peräkylä & Vehviläinen 1999). Raevaaran (2000) mukaan lääkäri voi myös jättää potilaan ehdotuksen huomioimatta ilman, että sitä pitäisi mitenkään perustella.

Esimerkki 6.

Lääkäri 1: *“Että...”*

Potilas 1: *“Kyllä ne säryt on, ne on pirullisia suoraan sanoen. Ja sitte se, että esimerkiks liikkumista rajotaa paljon.”*

Lääkäri 1: *“Joo.”*

Potilas 1: *“Mut mä oon kyenny käymään uimassa, mä oon käyny kuntosalillakin vielä...”*

Lääkäri 1: *“Joo.”*

Potilas 1: *“...ja mä pyörällä poljen, ku ei oo hirveesti mäkiä, että kyllä mä nyt vielä selviän.”*

Lääkäri 1: *“Joo. Haittaako ne nukkumista?”*

7.1.4 Liikuntaan liittyvä tiedonanto

Aineistossani hoitajien ja potilaiden neuvontakeskusteluissa liikuntaneuvontaa annetaan hyvin yleisellä tasolla. Tiedonannot liikunnasta olivat lyhyitä kommentteja tai pitkiä luentomaisesti toteutettuja puheenvuoroja. Tiedonannot sisälsivät osittain myös ristiriitaista tietoa. Potilas 1 kysyi hoitaja 1:ltä liikunnan optimaaliseen

toteuttamiseen liittyvää tietoa ja hoitaja vastasi, ettei liikunta vaikuta verensokeriarvoihin. Seuraavalla neuvontakerralla hoitaja 1 kuitenkin antaa tietoa, että liikunta vaikuttaa verensokeriarvoihin (esimerkit 1 ja 2). Tiedonannot sisälsivät paljon lääketieteellisiä termejä. Lääketieteellisen asiantuntijapuheen käyttö sulkee potilaan keskustelun ulkopuolelle (Jokinen & Juhila 1993). Lisäksi tietoa ei sidottu potilaan arkeen, vaan hoitajat antoivat tietoa hyvin lääketieteellisestä näkökulmasta. (esimerkki 3). Tiedonannoissa ei näkynyt sitä tiedonannon prosessinomaisuutta, jota mm. Sosiaali- ja terveysministeriö (2000) suosittelee potilaan terveystottumuksia muuttaessa. Aineistoni tiedonanto erosi mm. auttamistyöhön liittyvästä neuvonnasta, siten että auttamistyössä neuvoja annetaan Juhilan (2000) mukaan hyvin asiakaskeusesti, eikä ohjeita yleensä anneta yleisellä tasolla. Samoin Vehviläisen (2000) tutkimuksessa korostetaan, että oppijaa tulisi aktivoida ottamaan vastuuta ongelmanratkaisustaan, eikä esittää heti valmista ratkaisuehdotusta ongelmaan. Ongelmat saattavat olla myös vaikeita, eikä niitä pystytä ratkaisemaan heti. (Vehviläinen 2000.)

Esimerkki 1.

Hoitaja 1: *“Niin, kaloreitahan sinä saat sieltä...ja kiloja sen myötä, mutta tuota ei sen tarvii...”*

Potilas 1: *“Sitä en ajatellu niitten kilojen kautta sit kannattas sitä. Mut mä en aatellu sitä, että auttasko se sen sokeritasapainon...”*

Hoitaja 1: *“No ei se vaikuta.”*

Esimerkki 2.

Potilas 1: *“Ja se on se sama jatkuvasti. Et ei oo ylöspäin kaari. Ainut on se, että paino pysyy ja miten mä pidän sen siinä.”*

Hoitaja 1: *“Älä masennu ja tota sehan, ku sähän liikut, niin sulla pelaa kaikki täällä paremmin. Insuliiniherkkyshän on hyvin pitkälle kiinni liikunnasta kanssa, että sillä sun sokeris on hyviä, kun sä liikut...”*

Esimerkki 3.

- Potilas 1:* *“Et se sopii mulle se kuntosali, koska se on niin semmonen jämäpi, että ku mä oon ne ja ne tehny, niin mä voin taas heittää sen pois mielestäni vähäks aikaa.”*
- Hoitaja 1:* *“Joo, joo...ja siinähan niinku lihassolujen määrä lisääntyy. Se niinku auttaa sen insuliinin pelaamisessa siellä. Mites sun isä muuten jaksaa?”*

Vahvistaessaan tiedon merkitystä, hoitajat vetoavat myös muihin asiantuntijoihin (esimerkki 4) tai omiin kokemuksiinsa (esimerkki 5) tai terveen järjen käyttöön antaessaan tietoa. Tällöin hoitajat käyttävät mm. muotoa “suositellaan”, “nykyisin on neuvottu”. Hoitaja 1 vahvisti myös antamansa tiedon merkitystä käyttämällä me-muotoa, jolloin hän korosti edustavansa instituutiota. Lisäksi hoitajat yksinkertaistivat vaikeaa tietoa perustellessaan liikunnan merkitystä potilaille (esimerkki 6). Tällaista tietoa, jossa vedotaan mm. muihin asiantuntijoihin tai jossa tieto esitetään totena on Jokinen ja Juhilan (1993) mukaan potilaan vaikea kumota.

Esimerkki 4.

- Potilas 1:* *“Mutta kun mä oon just sitä ihmetelly, että sitt kun mä, jos mä oon mitannu sen jälkeen niin ei siissä oo niinku olennaisesti mitään eroja.”*
- Hoitaja 1:* *“Joo, ei varmasti, että semmonen on nykyisin neuvottu, että ihan puolen tunnin päivän liikunnat tai tunnin liikunnat niin vois semmosista vaikka kymmenen minuutin jaksoista tehdä, että kävelee portaat ylös ja kaikkee, että sitä*

Esimerkki 5.

Hoitaja 1: *“...Että itseä kun mietin työpäivän jälkeen, on kamalanväsynyt, useimmiten haluaa vaan jäädä sinne kotiin löhöämään ja aattelee, että mä en jaksa mitään, että mä nyt yritän keskittyä, et jaksan huomenna. Ja koko iltana ei se lihaskireys häviä. Mutta jos mä lähen siitä hiihtämään tai jotain...”*

Potilas 2: *“En yhtään minä sitä kiellä, siihen pitäis saada joku kipinä jostain”*

Esimerkki 6.

Hoitaja 1: *“...tossa nyt vielä piirtelen, tuolla oli insuliinin vastus niin tuota...Se laittaa tätä haiman haiman omaa insuliinia siellä liikkeelle ja... liikkeelle ja tota...Semmonen puolesta tunnista tuntuu sitä suositellaan yhteen tuntiin, että...”*

Potilas 1: *“Ahaa, kun mää tota niinkun olen yrittänyt lisätä sitä uinnin aikaa ja määrääkin sillä...”*

Potilas 1 hakee liikuntaan liittyvää tietoa muutaman kerran keskusteluissa epäsuorilla (esimerkki 7) tai suorilla kysymyksillä.

Esimerkki 7.

Potilas 1: *“Kyllä ja kyllä mä käyn kävelemässäkin, kun mä saisin tuota painoa pois, niin se varmaan riittäis jo...”*

Hoitaja 1: *“Joo.”*

Hoitaja 1 ei lähde kuitenkaan keskustelemaan tästä aiheesta nyt. Asia on kuitenkin potilas 1:lle arka, eikä hän yleensä halua keskustella painonpudotukseen liittyvistä asioista. Juhilan ja Suonisen (1999) mukaan keskusteluissa ei tärkeimpiä asioita sanota suoraan, vaan enemmänkin vihjailten. Potilas 1 otti oma-aloitteisesti puheeksi arkaluontoisen asian. Neuvojen anto onnistuu yleensä paremmin, mikäli potilas itse pyytää ohjeita ongelmansa ratkaisuksi (vrt. Silverman 1997, Juhila 2000). Myös

Kettusen (2001) mukaan hoitajat saattavat tyrmätä potilaan oma-aloitteisia keskustelunyrityksiä. Sen sijaan potilaan esittämään suoraan kysymykseen hoitaja vastaa (esimerkki 8)

Esimerkki 8.

- Potilas 1:* *“...Mut semmonen asia, mitä mä haluaisin sulta kysyä, kun mä, oonko mä ymmärtänyt oikein, ett semmonen pitkäaikainen liikunta...”*
- Hoitaja 1:* *“Joo.”*
- Potilas 1:* *“Niin pitäis alentaa tai tuota auttaa siinä, että, että insuliinia pystyy käyttämään hvyäks. Vai oonko mä ymmärtänyt väärin?”*
- Hoitaja 1:* *“Joo, että...”*
- Potilas 1:* *“Että se aika, aika siinä myöskin niinkun ratkasee...”*
- Hoitaja 1:* *“No, ei välttämättä, välttämättä aika tai kyllä se niinkun semmonen kesto...kestoliikunta....”*

Hoitaja 1 jatkoi tiedonantoa liikunnan tehosta ja kestosta yleisellä tasolla. Hän käytti puheessaan paljon lääketieteellisiä termejä ja yksinkertaisti tietoa. Potilas 1 kommentoi ja kysyi tiedonannon välissä tarkentavia kysymyksiä sekä yritti tulkita tietoa omaan elämäänsä sopivaksi. Hoitaja 1 ei tukenut tätä prosessia. Hoitaja 1 myönsi tiedonannon lopuksi, ettei osaa täysin vastata kysymykseen, mutta samassa puheenvuorossa hoitaja 1 siirtyy nopeasti asioihin, jotka hallitsee ja palaa asiantuntijan rooliin. Potilas 1 tukee hoitajan asiantuntijuuden valta-asemaa vastauksellaan, jolla pyrkii vähättelemään kysymystään (esimerkki 9) (vrt. Heat 1992, Raevaara 2000). Heikkisen (1988) mukaan hoitajat pyrkivät säilyttämään neuvontatilanteessa kasvonsa ja pyrkivät luomaan kuvan tilanteen hallitsevasta asiantuntijasta.

Esimerkki 9.

- Hoitaja 1:* *” Joo, että en mä näihin osaa tota...”*
- Potilas 1:* *“Joo, mä halusin vaan tuota ihan kysyä...”*

Hoitaja 1: *“Sit, jos sulla olis insuliinihoito, niin mä antaisin sull ehkä tarkempia ohjeita, että jos maratonin lähtisit tuonne...”*

Hoitaja 1 siirsi vastuun liikuntalajin valinnasta lopuksi potilaalle, eikä antanut vastausta potilaan kysymykseen kesto liikunnan edullisuudesta muihin liikuntatapoihin verrattuna. Hoitaja 1 ei antanut potilaalle hänen hoitonsa kannalta tärkeää tietoa optimaalisen liikunnan toteuttamisesta, jotta potilas olisi voinut ottaa vastuun hoidon toteuttamisesta (vrt. Vehviläinen 2000) sekä selviytymisessään arkielämässään (Silverman 1997), (esimerkki 10).

Esimerkki 10.

Potilas 1: *“Pääasia, että liikkuu.”*
Hoitaja 1: *“Pääasia, että liikkuis.”*
Potilas 1: *”Kesäaika tietysti tulee, niin täytyy ruveta pyöräilyä harrastaan...”*
Hoitaja 1: *“Ja soutua mökillä ja kaikkee semmosta, ulkona mieluummin kun jossain kuntosalilla.”*
Potilas 1: *“Niin joo.”*
Hoitaja 1: *“Ja mä alussa jo ymmärsin, että sulla ei oo mitään vastenmielistä se liikunta, että sä löydät varmasti sieltä semmosia, että...”*
Potilas 1: *“Joo.”*

Lääkäri aloitti tiedonannon liikunnasta ilman, että potilas 1 olisi tietoa pyytänyt. Tiedonanto ei kohtaa potilaan arkielämää, vaan tietoa annetaan lääketieteellisestä kehyksestä. Vaikka potilas ja lääkäri tuovat keskusteluun tietoa erilaisista lähtökohdista käsin, on heillä mahdollisuus, myös ottaa huomioon Peräkylän (1996) mukaan toistensa puheenvuorot. Esimerkiksi AIDS-neuvontaa koskevassa tutkimuksessa asiantuntijat eivät olleet niinkään kiinnostuneita potilaan ruumiista, vaan enemmänkin potilaiden ajatuksista ja tunteista, joista asiantuntijat yrittivät saada potilaat puhumaan (Peräkylä 1996). Omassa aineistossani näin ei tapahtunut, vaan potilas 1 ja lääkäri puhuivat selkeästi erilaisista kehyksistä. Myös lääkäri antoi

liikuntaan liittyvää tietoa yleisellä tasolla sekä yksinkertaisti vaikeaa tietoa (esimerkki 11).

Esimerkki 11.

- Lääkäri:* *“...koska se vahvistaa silloin tätä nelipäistä reisilihasta, joka tukee taas polvea. Että sillä on niinku, se auttais tuota polvea ja sitten ku siinä ei oo paino sitten jalkojen päällä, niin se vois olla semmonen, mitä kannattais kokeilla. Onks polkupyörä olemassa.”*
- Potilas 1:* *“On mulla hyvä polkupyörä ja mullon kuntopyöräkin kotona. Että mä ajattelin juuri, että mökille vois ajatella sen kuntopyörän vientiä, ku se on semmosessa paikassa, että siellä ei voi olikein ajella pyörällä.”*
- Lääkäri:* *“Joo. Ja tän verenpaineen kannalta tietenkkin se liikunta ja painonpudotus olisi hyväksi...”*

Lääkäri määriteli sen, missä vaiheessa liikunnasta sai puhua vastaanotolla. Potilas 1 kertoi jo neuvontatilanteen alussa harrastamistaan liikuntalajeista ja vaikeuksistaan niissä (esimerkki 12), mutta lääkäri 1 ei jatkanut keskustelua aiheesta potilaan aloitteesta. Mm. Heatin (1992) ja sekä Peräkylän (1999) mukaan lääkärien vastaanotot etenevät tietyn kaavan mukaisesti. Potilailta on vain vähän mahdollisuuksia tehdä aloitteita vastaanotoilla, sillä asiantuntijoilla on usein kontrolli käsiteltäviin aiheisiin (Drew ja Heritage 1992).

Esimerkki 12.

- Potilas 1:* *“Mut mä oon kyenny käymään uimassa, mä oon käyny kuntosalillakin vielä...”*
- Lääkäri:* *“Joo.”*
- Potilas 1:* *“...ja mä pyörällä poljen, ku ei oo hirveesti mäkää, että kyllä mä nyt vielä selviän.”*

Kolmannella lääkärin ja potilas1:n tapaamiskerralla ei keskusteltu liikunnasta lainkaan.

Ravitsemusterapeutin neuvontatilanne muodostuu liikunnan osalta poikkeukselliseksi muihin neuvontoihin verrattuna. Neuvontatilanteessa ravitsemusterapeutti pääasiassa kyselee potilaalta liikuntaan liittyviä asioita, kuten liikunnan useutta, vaikutusta sokeriarvoihin ja säännöllisyyttä. Ravitsemusterapeutti antaa hyvin vähän liikuntaan liittyvää tietoa, lähinnä tieto on vain yleisellä tasolla annettua neuvontaa (esimerkki 13). Pyörälän (2000) tutkimuksessa ravitsemusterapeuttien tiedonantoon sisälsi sen, että neuvontatilanteessa pyrittiin selvittämään tarkasti potilaiden tieto ja käytännön toteutus ravitsemuksen suhteen. Tiedonannossa näkyi selkeästi ravitsemusterapeutin ja potilaan asymmetrinen asema keskusteluissa. Ravitsemusterapeutit kontrolloivat sekä keskustelujen aloittamista, keskustelujen kehittymistä sekä yhteenvedojen tekemistä. Aineistossani ravitsemusterapeutti ja potilas 1 keskustelivat tasavertaisesti, vaikka ravitsemusterapeutti määritteli puheenaiheet keskusteluissa.

Esimerkki 13.

Ravitsemusterapeutti: “ Toki se on tärkeitä...”

Potilas 1: “On tärkeitä...”

Ravitsemusterapeutti: “Se, että päivittäin jotain liikuntaa tulee säännöllisesti.”

Fysioterapeutin ja potilas 1:n neuvontakeskustelussa fysioterapeutti antoi liikuntaan liittyvä tietoa yleisellä tasolla ja yksinkertaisti vaikeaa tietoa. Fysioterapeutti vetosi myös muihin asiantuntijoihin tai yleisesti tunnettuihin tosiasioihin (vrt. Jokinen ja Juhila 1993), (esimerkki 14). Toisaalta tiedon yksinkertaistamisen avulla asiantuntija mahdollistaa potilaalle tasavertaisen mahdollisuuden osallistua keskusteluun. Tiedon yksinkertaistaminen saattaa toimia kuitenkin vallan välineenä. Asiantuntija voi käyttää tiedon yksinkertaistamista välineenä pyrkiessään muuttamaan potilaan käyttäytymistä. (Charles ym. 1997).

Esimerkki 14.

Fysioterapeutti: “Joo...joo. Nyhän on kyllä sillä tavalla ollu semmosta uutta hyvää, tuota tietoa tullu, että loppujen lopuksi aika pienetkin liikuntamäärät niin kyllä rasvaa polttaa...”

Potilas 1: *”No, se onki uinti nyt ollu mulle sit ainut, mitä mä oon uskaltanu kunnolla tehdä. Et kyl mä semmosen viis kertaa viikossa kilometrin vähintään käyn uimassa ja sitte sen vesijumpan siihen päälle.”*

Fysioterapeutti selvitti potilas 1:n polvinivelvaivoihin liittyviä asioita, mutta puhui hyvin vähän aikuisiän diabetekseen liittyvästä liikunnasta tai antoi ohjeita aikuisiän diabetespotilaalle sopivasta liikunnasta. Fysioterapeutti ei selvittänyt potilas 1:n muuta taustaa tai potilaan selviytymistä arkielämässä. Fysioterapeutti puhui myös tietyn organisaation asiantuntijana ja tällöin vastaanottoilla kuuluu ohjata potilas liikkumaan (esimerkki 15). Viitanen (1997) on myös päätenyt samaan tutkiessaan fysioterapeuttien ammattikulttuuria terveyskeskuksissa. Fysioterapeutit keskustelivat pääasiassa sairauden oireista, eivätkä antaneet selkeää ohjausta tai tietoa sairaudesta. Lisäksi fysioterapeutit eivät yleensä selvittäneet potilaiden arkielämää. (Viitanen 1997).

Esimerkki 15.

Potilas 1: *”Aineenvaihdunta mullon ilmeisesti aika hidas.”*
Fysioterapeutti: *”Joo, siinähan se on yks ongelma sitte.”*
Potilas 1: *”Se on ollu aina.”*
Fysioterapeutti: *”Joo, joo kyllä. Mutta että sillä tavalla tietysti aina sitä liikuntaa tässä tarjoillaan, että...”*

7.1.5 Neuvottelu liikuntaan liittyvistä muutoksista sekä ohjaus muille asiantuntijoille

Käsittelen nämä teemat yhdessä, sillä niitä on vaikeaa erottaa erillisiksi teemoiksi. Liikuntaan liittyvissä neuvontakeskusteluissa ohjaus muille asiantuntijoille oli yksi keino potilaan ongelmien ratkaisussa. Hoitajat määrittivät pääasiassa puheenaiheet liikuntaneuvontakeskusteluissa. He jättivät myös huomioimatta potilaiden epäsuorat vihjeet keskusteluissa, kuten potilas 1:n kohdalla painonpudotukseen liittyvän puheenvuoron ja potilas 2:n kohdalla hänen useaan otteeseen esille tuoman ongelman motivaation puutteesta liikunnan aloittamisen suhteen (vrt. Kettunen 2001), (esimerkit 1 ja 2). Vihjeet saattavat olla kuitenkin Juhilan ja Jokisen (1999) mukaan merkityksellisiä johtolankoja neuvontakeskusteluissa. Näin keskustelut saattavat

muodostua potilaskeskeiseksi, joka voi helpottaa asiantuntijoita ymmärtämään potilaiden kokemustaustaa paremmin. Tällöin esimerkiksi yksilöllinen liikuntaan liittyvää neuvonta on mahdollista. Vuoren (2001) mukaan ihmisen käyttäytymisen muutokseen liikunnan suhteen vaikuttavat erityisesti hänen halukkuutensa tähän muutokseen. Sen lisäksi aiemmat kokemukset, tieto hyödyistä, arvot, normit sekä mahdollisuudet ovat yhteydessä käyttäytymisen muutokseen. (Vuori 2001.)

Esimerkki 1.

Hoitaja 1: *“Niin, eihän ne niitä. Ja sä oot kuitenkin löytäny täältä, sä jaksat käydä uimahallilla ja vesijumpassa...?”*

Potilas 1: *“Kyllä ja kyllä mä käyn kävelemässäkin, kun mä saisin tuota painoa pois niin se varmaan riittäis jo...”*

Hoitaja 1: *“Joo.”*

Esimerkki 2.

Hoitaja 1: *“Että itseä kun mietin työpäivän jälkeen, on kamalan väsynyt, useimmiten haluaa vaan jäädä sinne kotiin löhöämään ja aattelee mä en jaksu mitään, että mä nyt yritän keskittyä, että jaksan huomenna. Ja koko iltana ei se lihaskireys häviä. Mutta jos mä lähden siitä hiihtämään tai jotain, vaikka väsyttäs kuinka ja mä lähden, niin voi että miten on, kaikki tuo kireys pois ja...”*

Potilas 2: *“En yhtään mä kiellä, siihen pitäis saada joku kipinä jostain.”*

Hoitaja 1:n ja potilas 1:n neuvontakeskusteluissa hoitaja pyrki ajoittain tukemaan potilaan liikunnan toteuttamista positiivisella kannustuksella. Keskustelu eteni lyhyitä hetkiä vastavuoroisesti, jolloin hoitaja 1 puhui omana itsenään. (esimerkki 3). Samoin potilas 2:n liikuntaneuvontakeskustelu oli hetkittäin vastavuoroisuuteen perustuvaa, kun hoitaja 1 puhui omana itsenään ja keskusteli potilas 2:n kanssa kokemuksistaan liikuntaan liittyen. Hoitaja 1 ja potilas 2 olivat hetken aikaa kaksi tasavertaista henkilöä, jotka keskustelivat samasta roolista käsin samanlaisten kokemusten kautta. Hoitaja 1 palasi kuitenkin keskustelussa takaisin asiantuntijan neuvovaan rooliin ja

potilas 2 asettui vastustamaan hoitajan esittämää ajatusta itsensä kasvattamisesta (esimerkki 4).

Esimerkki 3.

Potilas 1: "Se käy helposti kato sitten, ku ei tänään viitti ja huomenna ei ehdi ja ylihuomenna ei jaksa, niin...kyl se on melkein oltava, että joka päivä pitää joku asia tehdä. Ihan ottaa semmosena velvollisuutenakin."

Hoitaja 1: "Joo kyllä se tietysti silleen. Mutta ei se yks päivä siellä välissä..."

Potilas 1: "No ei, mutta ku se helposti lipee sitten."

Hoitaja 1: "Joo. Mut en mä tiää, ku sä oot nyt niin paljon liikkunu, että sähän koet sairaaks itses, jo sä et lähde ulos ja liikkeelle."

Esimerkki 4.

Hoitaja 1: "Joo, nii on. Nii määki kesällä totesin ku pururataa kierrettiin tuolla kesällä, mä sanoin, että kyllä mulla pitäs marjaämpäri olla vähintään mukana, vaikka vielä ei marjoja ollukkaa."

Potilas 2: "Mulla tulee sama heti mieleen, että onko pakko tätä."

Hoitaja 1: "Joo, että sitä änkii vaikka sulla on tyhjä ämpäri siellä."

Potilas 2: "Sitten jos sulla on joku syy, että vaikka se olis marjaämpäri tai että sää meet johonki, että sulla on vaikka asia sinne ja tulet takasi. Mut että, tosiaan mennä ympyrää siellä sitä pururataa pitkin ja tulla siihen samaan kohtaan ja todeta, että tulit siihen mistä läksin."

Hoitaja 1: "Joo, siihen täytyy varmaan meiän sitten niinku tosiaan itemme kasvattaa ja sitten ku se on se hyvänolon tunne siinä liikunnan jälkeen kuitenkin."

Potilas 2: "No, ei..."

Potilas 1 yritti tulkita hoitaja 1:n antamaa tietoa omaan elämäänsä sopivaksi, mutta hoitaja ei lähtenyt tätä prosessia tukemaan. Hoitaja 1 siirsi keskustelun takaisin lääketieteelliseen kehykseen (esimerkki 5). Kuitenkin Poskiparran ym. (1998) mukaan hoitajien tulisi tiedonannon lisäksi tukea potilaiden reflektiotaitojen kehittymistä.

Esimerkki 5.

Hoitaja 1: "Joo, semmonen...että jos pystyy käveleen, että ei oo mitään sydänvikaa tai muuta, että ois selkä nihkee, että se liikunta ois semmosta, niin silloin se ois tehokkaampaa."

Potilas 1: "No tuollahan se kyllä kuntosalilla on semmosta sitten, että se on niska märkänä koko ajan."

Hoitaja 1: "Joo, ja kuntosali auttaa sitten siihen, kun se on se insuliinin toiminnan häiriö kudoksissa, niin se niinkun sit pumppais, pumppais siellä menis se insuliini toimis..."

Potilas 1 ei alistunut täysin hoitaja 1:n määrittelemiin puheenaiheisiin, vaan joko vastusti passiivisesti vastaamalla mininipalauttein, vaihtoi puheenaiheen tai esitti suoran kysymyksen. Lyhyet vastaukset hoitajan puheenvuoroihin, kuten "todennäköisesti" voi olla merkinä asian arkaluontoisuudesta potilaalle tai merkinä siitä, ettei potilas halua keskustella juuri nyt aiheesta (Silverman 1997, Tainio 1988, Jokinen 2000). Potilas ei halunnut keskustella painonpudotukseen liittyvistä asioista, vaan vaihtoi puheenaiheen liikuntaan (esimerkki 6).

Esimerkki 6.

Hoitaja 1: "Joo, no kyllä siinä varmaan vatsalaukkukin niinku pikku hiljaa sillain niinku kutistuu tavallaan, että se ei vaadi sitten. Sä totut niihin pienempiin annoksiin."

Potilas 1: "Todennäköisesti."

Hoitaja 1: "Että tässä syömäpuolessa on semmonen."

Potilas 1: "Liikkunu mä oon aina yrittäny liikkau kykyjeni mukaan, että nyt otin tämmösen..."

Drew ja Heritagen (1992) että Pyörälän (2000) mukaan potilaat esittävät hyvin vähän kysymyksiä vastaanotoilla. Myös Kettusen (2001) aineistossa potilaat esittivät hyvin vähän kysymyksiä vastaanotilla. Kuitenkin potilaan esittämät kysymykset lisäävät vastaanottojen vastavuoroisuuteen perustuvaa vuorovaikutussuhdetta, kuten esimerkki 7:ssä (vrt. Kettunen 2001.) Potilas 1:n kysymys johti pitkään keskusteluun liikunnan toteuttamisesta aikuisiän diabeteksen kannalta optimaalisesti. Potilas 1 teki keskustelun aikana tarkentavia kysymyksiä, mutta hoitaja 1 ei pystynyt sitomaan tiedonantoa potilaan käytännön elämään. Heikkisen (1988) mukaan neuvontatilanteissa asiantuntijoiden tehtävä on lisätä tiedonannon lisäksi potilaiden valmiuksia selvittää arkielämässä. Tämä vaatisi mm. sitä, että potilaan neuvontatilanteessa selvitetäisiin potilaiden ympäristöolosuhteet. (Heikkinen 1988.)

Esimerkki 7.

Potilas 1: "Mutt semmoinen asia, mitä mä haluaisin sulta kysyy, kun mä, oonko mä ymmärtänyt oikein, että semmonen pitkäaikainen liikunta..."

Hoitaja 1: "Joo."

Potilas 1: "Niin pitäis alentaa tai tuota auttaa siinä, että insuliinia pystyy käyttämään hyväks. Vai oonko mä ymmärtäny väärin?"

Potilas 1 tuo useassa yhteydessä polvinivelvaivat keskusteluun. Potilas 1:ltä ei kuitenkaan itseltään kysytty ratkaisua ongelmaan, vaan ongelma sivuutettiin tai potilas ohjattiin muille asiantuntijoille (esimerkki 8 ja 9). Vehviläisen (2000) mukaan keskeistä ongelman ratkaisussa on vastuun siirtäminen oppijalle. Useita ongelmia ei pystytä myös ratkaisemaan heti. (Vehviläinen 2000.) Myös Tonesin (1998) mukaan asiantuntijantijan tehtävänä on antaa tietoa potilaalle, jotta potilas voisi tulkita tiedon omaan elämäänsä sopivaksi.

Esimerkki 8.

Potilas 1: "Et semmoset, mut ku se ei käy niveliin silleen, et..."

Hoitaja 1: "Ootsä näistä lääkärin kanssa koskaan jutellu, että näitähän kannattaa sitte hyvissä ajoin miettiä, että

niinku diabeetikolle suositellaan näitä, keino-, helpommin...”

Esimerkki 9.

Hoitaja 1: “...Niin vois fysioterapeutilta tilata semmosen kuntoneuvola-ajan ja hän kartottas ja miettis tätä sun tilannetta, että minkälaisia jos sä punttisalillekin, et minkälaisia liikkeitä sä voisit tehdä.”

Hoitaja 1 pyrki suostuttelemaan potilas 2:sta noudattamaan hoito-ohjeita. Hoitaja 1 ei ryhtynyt keskustelemaan potilaan motivaatio-ongelmasta liikunnan aloittamiseen liittyen. Potilas kertoi tarvitsevänsä “kipinän” liikunnan aloittamiseen (esimerkki 10 ja 11). Hoitaja ei myöskään tarttunut potilas 2:n kertomaan hyötyliikunnan mielekkyyteen Potilas 2:n ja hoitaja 1:n neuvontatilanteita voisi kuvata pääasiassa eivastavuoroiseksi vuorovaikutukseksi, jota Kettunen (2001) kuvaa tilanteeksi, jossa hoitajan asiantuntijuutta korostetaan. Potilas pyritään saamaan hoitomyöntyväiseksi. Hoitaja 1 antoi potilas 2:lle tietoa pääasiassa potilaan mielipiteitä kuuntelematta. Vuorovaikutus oli rutiininomaista, eikä potilaan puheenaiheita otettu keskusteluissa huomioon.(vrt. Kettunen 2001.)

Esimerkki 10.

Hoitaja 1: “Mutta nyt sitte palataan taas näihin endorfiineihin.”
Potilas 2: “Niin joo, se pitäis saada jotenki motivoitua se...”
Hoitaja 1: “Niin, jos sä niinku ottasit vaikka se tuntus vastenmieliseltä...”

Esimerkki 11.

Hoitaja 1: “Kaikki lihasjännitys laukee, minä oon varmaan sen puhunutkin jo, mutta sanotaan vielä kerran. Että itseä, kun mietin työpäivän jälkeen...”
Potilas 2: “En yhtään minä sitä kiellä, siihen pitäis saada joku kipinä jostain.”

Hoitaja 1 käytti potilas 2:n liikuntaneuvontakeskusteluissa syyllisyyden vahvistamista, joka Kettusen (2001) mukaan tarkoittaa sitä, että hoitaja 1 pyrki syyllistämään potilasta yrittäessään saada potilasta muuttamaan käyttäytymistään (esimerkki 12). Tällainen vuorovaikutus estää vastavuoroisuuden kehittymistä potilaan ja hoitajan välille. (vrt. Kettunen 2001.) Neuvonnan epäsuhtaa lisäsi myös se, että potilas 2 tuo julki pari kertaa keskusteluissa sen, ettei koe olevansa sairas, eikä ymmärrä miksi hänen pitäisi hoitaa itseään (esimerkki 13). Tästä huolimatta hoitaja 1 antaa ohjeita potilaalle, eikä lähde käsittelemään esimerkiksi potilaan sairauskäsityksiä. Sosiaali- ja terveysministeriön (2000) ohjeiden mukaan liikuntaneuvontaa annettaessa tulee mm. selvittää potilaan valmius liikuntakäyttäytymisen muutokseen. Hoitajien tulisikin ymmärtää potilaan sairauskäsityksiä, käsityksiä potilaan itsehallinnasta sekä potilaan käsityksiä hoidostaan, jotta he pystyisivät työskentelemään potilaskeskeisesti (Näslund ym 1996, Tones 1998). Näslund ym. (1996) mukaan myös se, että neuvontatilanteessa kerrotaan sairauden uhkatekijöistä sekä hoidon eduista vaikuttavat myös potilaan hoito-ohjeiden noudattamiseen.

Esimerkki 12.

Hoitaja 1: "Joo. Mites nyt, kevät on tullut ja pyörätiet sulaneet ja...olet todennut saman auton ikkunasta kun...et oo vielä fillaria kaivanut esille?"

Potilas 2: "En sitten..."

Hoitaja 1: "sittenhän on kesä mennyt. Vai ootsä tietysti, jos tiet pölisee niin eihän se sillon..."

Esimerkki 13.

Hoitaja 1: "Ja sitten ku on peruskunto on hyvä kun jonkun aikaa on liikkunu, niin tuota jakssa paremmin tuota ei jää..."

Potilas 2: "Mutta ku minä jaksan ihan niin sen mitä minä tarvinki. Se minulle niinku kuntoilusta käy, että jos pitää kävellä tai juosta niin minä teen sen siinä ku muutki. Ei siinä mielessä minun tarvi niinku kuntoa nostaa, että minä en pystys..."

Hoitaja 1: "Ootko sää käynyt kuntotestissä?"

Potilas 2 vastasi hoitajan syyllistäviin puheenvuoroihin liioittelemalla vastauksissaan. Tämä on mm. Kettusen (2001) mukaan yksi keino selvittää tilanteesta menettämättä kasvojaan (esimerkki 14).

Esimerkki 14.

Hoitaja 1: "Niin se on niin, että ois selkä nihkee, että ois semmosta se liikunta."

Potilas 2: "Niin se on tietysti niin. Minä pidän sitä järjettömänä."

Hoitaja 1 ohjasi potilas 1:n muille vastaanotoille mm. kuntoneuvolaan saamaan ohjausta yksilöllisesti. Lisäksi hän mainitsi mm. että, polvivaivoista kannattaisi puhua lääkärille. Hoitaja 1 kertoi potilas 1:lle, että keinoniveliä suositellaan diabetespotilaille, sillä liikkuminen on tärkeää diabetesta sairastaville. Potilas 2:n kohdalla hoitaja 1 kysyi potilas 2:lta, oliko potilas käynyt kuntotesteissä. Hoitaja 1:n mielestä kuntotestin tulos olisi voinut osoittaa potilaan olevan huonossa kunnossa. Huonoa kuntoa voisi parantaa liikunnan avulla. Hoitaja 1 ei kuitenkaan toteuttanut käytännössä kuntotestiin lähettämistä.

Lääkäri antoi potilas 1:lle tietoa siitä, mitä liikuntaa potilaan tulisi harrastaa ilman, että lääkäri on kysynyt potilaan nykyisiä liikuntatottumuksista tai että potilas olisi pyytänyt ohjeita. Potilas 1 oli kertonut jo vastaanoton alussa ongelmistaan liikkumiseen liittyen sekä nykyisistä liikuntaharrastuksistaan. Lääkäri ei lähtenyt keskustelemaan asiasta potilaan aloitteesta, vaan siirsi keskustelun neuvonnan siihen vaiheeseen, jossa annetaan tietoa hoidosta. Raevaaran (2000) mukaan lääkärit eivät osoita puheenvuoroillaan, että ottaisivat potilaiden tekemät diagnoosiehdotukset huomioon keskusteluissaan. Lääkärin neuvontatilanteet etenevät mm. Drew ja Heritagin (1992) ja Peräkylän ja Vehviläisen (1999) mukaan tietyssä järjestyksessä, eikä asioista voi keskustella kaikissa yhteyksissä. Potilas 1 olisi halunnut keskustella polvinivelten tuomista ongelmista neuvonnan alkupuolella, mutta lääkäri siirsi tästä asiasta keskustelun myöhempään ajankohtaan (esimerkit 15 ja 16).

Esimerkki 15 (neuvonnan alkupuolella).

- Lääkäri:* *“...niin sillä keinonivelleikkauksella saadaan sitten kyllä ne säryt pois.”*
- Potilas 1:* *“Joo.”*
- Lääkäri:* *”Että...”*
- Potilas 1:* *“Kyllä ne säryt on, ne on pirullisia suoraan sanoen. Ja sitten se, että esimerkiksi liikkumista rajoittaa paljon.”*
- Lääkäri:* *“Joo.”*

Esimerkki 16 (neuvonnan loppupuolella).

- Lääkäri:* *“Niin. Polkupyörälläajo ois semmonen, joka näin vois olla semmonen sopiva, jota kannattais kokeilla...”*
- Potilas 1:* *“Joo.”*
- Lääkäri:* *”...koska se vahvistaa silloin tätä nelipäistä reisilihasta, joka taas tukee polvea. Että sillä on niinku, se auttais tuota polvea ja sitten, ku siinä ei oo paino sitten jalkojen päällä, niin se vois olla semmonen, mitä kannattais kokeilla. Onks polkupyörä olemassa?”*

Myös lääkäri ohjasi potilasta muille asiantuntijoille. Hän suositteli potilaalle ryhmätoimintaa, tätä kuitenkin perustelematta. Lääkärin ja potilaan keskustelut tapahtuivat myös eri kehyksissä. Potilas kertoi selviytymisestään ja ongelmistaan arkielämässä ja lääkäri taas tarkasteli asiaa lääketieteelliseltä kannalta. Myös Peräkylä ja Vehviläinen (1999) ja Drew ja Heritage (1992) ovat todenneet, että osa väärinkäsityksistä vastaanotoilla johtuu siitä, että perinteisessä lääketieteessä lääkäri keskustelee ja antaa ohjeita lääketieteellisestä kehyksestä ja potilas puhuu selviytymisestään ja kokemuksistaan arkielämässä (esimerkki 17). Uuden lääketieteellisen ajattelun mukaan sairautta ei pidetä pelkästään somaattisena, vaan myös kokemuksellisenä ja sosiaalisena asiana (Peräkylä 1990). Lisäksi lääkärin käyttämät lääketieteelliset termit saattavat sulkea potilaan keskustelun ulkopuolelle. Drew ja Heritage (1992) puhuvat kätkeytyä agendasta. Potilas ei ymmärrä kaikkia lääkärin kysymiä kysymyksiä tai niiden tarkoitusta oman sairautensa kannalta (Drew ja Heritage 1992).

Esimerkki 17.

- Potilas 1:* *"...niin musta se on niin selkeätä, ku siellä on ne määrätyt vempaimet, mitkä käydään läpi, niin sit se on tehty."*
- Lääkäri:* *"Jaa."*
- Potilas 1:* *"Et ihan samoja asioita vois tehdä kotona, mutta ku ei tuu tehtyä."*
- Lääkäri:* *"Joo, mut sinänsähän nyt tää tilanne on menny koko ajan parempaan suuntaan. Tää verenpainetasohan on tässä..."*

Ravitsemusterapeutti myötäilee potilaan puhetta. Ravitsemusterapeutti määrittelee puheenaiheen, mutta antaa potilaan puhua vapaasti. Neuvontatilanne poikkeaa muista siinä suhteessa, että ravitsemusterapeutin tiedonanto liikunnan suhteen on vähäistä. Ravitsemusterapeutti ei anna neuvoja tai ohjeita potilaan keskusteluun tuomille ongelmille. Ravitsemusterapeutti ei ohjaa potilasta muiden asiantuntijoiden vastaanotoille saamaan ohjausta liikunnan toteutukseen. Liikuntaneuvonta tapahtuu varsin yleisellä tasolla (esimerkki 18). Liikuntaan liittyvä neuvonanto eroaa ravitsemukseen liittyvistä neuvottelusta, jossa ravitsemusterapeutti on aktiivisena osapuolena, mutta jossa neuvotellaan potilaan kanssa tarkasti siitä, millaisia muutoksia potilas on valmis tekemään (Pyörälä 2000). Liikuntaneuvontakeskusteluissa ravitsemusterapeutti ei ehdota potilas 1:lle minkäänlaisia muutoksia liikunnan suhteen.

Esimerkki 18.

- Potilas 1:* *"...Mut en mä tiedä, että voiko sitä ihminen ihan niin kauheasti liikkukaan, että eikä se ilmeisesti se liikkuminen sillä lailla siihen auta."*
- Ravitsemusterapeutti:* *"Toki se on tärkeitä..."*
- Potilas 1:* *"On tärkeitä..."*
- Ravitsemusterapeutti:* *"Se, että päivittäin jotain liikuntaa tulee säännöllisesti."*

Potilas1:n käynti fysioterapeutin luona alkoi fysioterapeutin kysymyksellä käynnin syystä. Potilas 1 kertoi tarpeestaan saada ohjausta kuntosaliharjoittelua varten. Tämän kommentin jälkeen potilas 1 alkoi kertoa polvinivelvaivoistaan. Potilas oli käynyt aiemminkin fysioterapeutin vastaanotolla, joten käyttäytyminen fysioterapeutin luona saattoi olla hänelle entuudestaan tuttua. Fysioterapeutti alkoi kysellä tarkasti potilaan polvinivelten oireita. Potilas kertoi ja viittasi välillä keskustelussa arkielämään ja selvitymiseen siinä. Viitosen (1997) mukaan asiakkaiden puheen vallitseva piirre oli se, että potilaat kertoivat oireistaan ja kivuistaan sekä siitä, mitä olivat asialle kotona tehneet. Aineistoni fysioterapeutti ei kuitenkaan lähde keskustelemaan syvällisemmin potilas 1:n arjen ongelmista, vaan antoi tietoa potilaalle yleisellä tasolla (esimerkki 19). Neuvonnan loppupuolella fysioterapeutin puheessa esiintyi hetken ajan tuenantoa potilaalle, mutta puheenvuoro jatkui jälleen tiedonantona. Fysioterapeutti toimi keskusteluissa pääasiallisesti oman ammattikuntansa edustajana. Tällöin hän toimi organisaation määrämällä tavalla ja ohjaustilanteessa kuului antaa potilaalle liikuntaan liittyvää tietoa (esimerkki 20). Potilas1 ja fysioterapeutti eivät miettineet neuvontatilanteessa yhdessä potilas 1:lle tavoitteita liikunnan toteuttamiselle. Fysioterapeutti ei selvittänyt potilaan arkeen liittyviä kysymyksiä eikä tarkistanut potilaan liikunnan toteutusta tai perustellut kuntosaliharjoittelun aloittamista. Liikunnan toteutusta ei suunniteltu aikuisiän diabeteksen kannalta eikä potilas saanut ohjeita liikkumiseen sairautensa kannalta. Neuvontakäynnin loppupuolella fysioterapeutti yritti liittää ohjauksen tietoa liikunnan ja verensokerin yhteydestä. Neuvonta jäi kuitenkin irralliseksi, koska sitä ei liitetty potilaan arkeen. Viitosen (1997) mukaan fysioterapeutit kyselevät asiakkailtaan paljon heidän oireistaan ja kivuistaan, jotka liittyvät tuki- ja liikuntaelimestön toimintaan. Kuitenkaan selvää ohjausta tai tiedonantoa sairaudesta ei neuvontatilanteessa annettu. Fysioterapeutit kuuntelivat potilasta, mutta eivät tarttuneet potilaiden esittämiin asioihin. Neuvontatilanteissa potilaille annettuja ohjeita ei liitetty potilaiden arkeen. (Viitanen 1997).

Esimerkki 19.

Potilas 1: *“Että vaikka ne sitte sen liikkumisen jälkeen on kuumat ja kipeät, niin se on kuitenkin niinku helpottava.”*

Fysioterapeutti: *“Joo.”*

Potilas 1: "Jotkut nesteet siellä ilmeisesti lähtee liikkeelle sen liikkumisen jälkeen."

Fysioterapeutti: "Kyllä. Ja sitähän sanotaan, että ihmisen nivelet tarvii liikkettä. Ne on tarkotettu niinku liikkumista varten."

Esimerkki 20.

Fysioterapeutti: "Joo, joo kyllä. Mutta että sillä tavalla tietysti aina sitä liikuntaa tässä tarjoillaan, että..."

Potilas 1: "Totta kai."

7.1.6 Keskustelun lopetus liikuntateemasta

Keskustelun lopetus liikuntateemasta tapahtui pääasiallisesti asiantuntijoiden toimesta. Usein keskustelu siirtyi luontevasti toiseen aihepiiriin, eikä selkeää aiheen lopetusta voinut määritellä. Potilas1:n kohdalla puheenaiheen vaihdos tapahtui kaksi kertaa hoitaja1:n toimesta siten, että potilas1 ei halunnut vaihtaa vielä keskustelun aiheetta ja siirsi keskustelun takaisin liikuntaan liittyvään teemaan. Hoitaja1 vaihtoi kuitenkin puheenaiheen uudelleen pois potilaan keskusteluun tuomasta liikuntateemasta (esimerkki 1). Fysioterapeutin ja potilaan välisessä keskustelussa aiheet liittyivät koko keskustelun ajan jollain lailla liikuntaan, joten selkeää puheenaiheen vaihdosta oli vaikea määritellä (esimerkki 2). Ravitsemusterapeutin ja potilas1:n keskusteluissa puheenaiheen vaihdos tapahtui luontevasti mm. liikunnasta ja painosta siirrytään aiheeseen, jossa käsitellään syömistä jonkin korvikkeena, kuten tekemisen puutteen korvikkeena (esimerkki 3). Lääkärin ja potilas1:n neuvontatilanteessa lääkäri määritteli puheenaiheiden vaihdokset (esimerkki 4).

Esimerkki 1.

Hoitaja 1: "Joo, että en mä näihin osaa tota..."

Potilas 1: "Joo, mä vaan halusin tuota ihna kysyä..."

Hoitaja 1: "Sit, jos sulla olis insuliinihoito, niin mä antaisin sulle ehkä tarkempia ohjeita, että jos maratonin lähtisit tuonne.."

Potilas 1: "No, en mä lähe..."

Hoitaja 1: "Sää et lähde, joo. Tai sitten oikein äheltäisit siellä kuntosalilla kaks tuntia ja näin, että sun pitäis ottaa suuhun jotain..."(jatkaa välipalasta liikunnan yhteydessä).

Potilas 1: "Kyllä sen emättää ottaa sitten..."

Hoitaja 1: "Niin, ja vaikka ihan, ihan oikeeta jotain välipalaakin."

Potilas 1: "Joo, ei siinä mitään, mä halusin vaan niinkun varmistaa tuon niinkun sen ajan vaikutuksen siihen, että onko sillä mitään merkitystä siinä sillai, miten pitkä se on?"

Hoitaja 1: "No ei sillä, ei sillä sullein."

Potilas 1: "No, kun ne ei oo ainakaan niinkun ne arvot, mulla tahtoo nuo arvot, ensin puottaa ja sitten ne taas nousee, se on vähän semmosta. Mä en oo oikein päässyt..."

Hoitaja 1: "Näytäpäs, oliko sulla kotikoevihko?"

Esimerkki 2.

Potilas 1: "Niin ja sit mielellään, et jos selkä- ja vatsalihakset kans jos sais."

Fysioterapeutti: "Joo, totta kai"

Potilas 1: "Sitte mullon myöskin täällä kulumia, että..."

Fysioterapeutti: "Joo."

Potilas 1: "...niinku joku semmonen, että mulle kaikki liikeradat oikein niinku toimi."

Fysioterapeutti: "Joo."

Esimerkki 3.

Potilas 1: "Todennäköisesti se on ollu liian rankkaa."

Ravitsemusterapeutti: "Joo."

Potilas 1: "Että vaikka se oli vaan semmosta hiihtelyä, mut et sekin on, et jos on jotain kovasti tehnyt, niin ilmeisesti se ruoka ei sitte siinä tuu oikein, semmonen lököttely enemmänkin herättää ruokahalua."

Ravitsemusteraoeutti: "Niin, aivan. Elikkä monestihan se syöminen on tekemisen niinku korviketta. Kerkee ajattelemaan..."

Esimerkki 4.

Potilas 1: "Mä oon kyenny käymään uimassa, mä oon käyny kuntosalillakin vielä.."

Lääkäri: "Joo."

Potilas 1: "...ja mä pyörällä poljen, ku ei oo hirveesti mäkiä, että kyllä mä nyt vielä selviän."

Lääkäri: "Joo. Haittaako ne nukkumista?"

Potilas 2:n ja hoitaja 1:n keskusteluissa liikuntateemaan liittyen hoitajan puheenvuorot olivat useimmiten syyllistäviä ja moralisoivia. Potilas 2 liioitteli vastauksissaan asian merkitystä tai toi esille avoimen vastustavan puheenvuoron. Vastustavan puheenvuoron jälkeen hoitaja 1 vaihtoi puheenaiheen (esimerkki 5).

Esimerkki 5.

Hoitaja 1: "Joo. No ootpa sinä pyöräillyt, sä vähättelet."

Potilas 2: "No ei se nyt oo paljon, jos yhen kerran viikossa käy."

Hoitaja 1: "Joo, no sekin on parempi ku..."

Potilas 2: "On joinain viikkoina tullut kaks kertaa."

Hoitaja 1: "Joo ja sitten vielä polkaset vähän siellä kotona kuntopyörällä?"

Potilas 2: "En."

Hoitaja 1: "Mutta kuitenkin, niin tämä on ihan parempi ku että...joo, jalkojenhoidosta on puhuttu..."

8 POHDINTA

Tutkimuksessani selvitin aikuisiän diabetekseen sairastuneille annetun liikuntaneuvonnan sisältöä sekä neuvontatilanteiden vuorovaikutuksellista rakentumista liikuntaneuvontakeskustelun eri vaiheissa. Potilaat aineistossani olivat liikunnan harrastuksen suhteen erilaisia. Naispuolinen potilas (potilas 1) suhtautui liikuntaan positiivisesti ja harrasti liikuntaa paljon. Potilas 1:llä oli neuvontakäyntejä useiden asiantuntijoiden vastaanotoilla. Miespuolinen potilas (potilas 3) taas suhtautui kielteisesti liikuntaan. Hänellä oli neuvontakäyntejä tutkimuksessani vain hoitajan vastaanotoilla.

Liikuntaneuvontaa keskusteluissa oli vähän suhteessa muuhun neuvontaan. Lisäksi liikuntaan liittyvää neuvontaa ei annettu lainkaan potilas 1:n kohdalla kahdella hoitajan neuvontakäynnillä eikä yhdellä lääkärin neuvontakäynnillä. Tämä tuntuu mielestäni puutteelta, sillä aikuisiän diabetes-potilaan hoitosuosituksessa (Dehko 2000) liikuntaa suositellaan yhtenä päähoitomuotona aikuisiän diabetesta sairastaville potilaille. Lisäksi asiantuntijat antoivat hyvin vähän tietoa aikuisiän diabetes-potilaiden liikunnan erityispiirteistä, kuten esimerkiksi kuormitustasosta, liikkunnan kestosta tai kuntosaliliikunnan yhdistämisestä kestävyysliikuntaan. Aineistoni liikuntaneuvontakeskusteluissa ohjeita liikkumiseen annettiin hyvin yleisellä tasolla ja yksinkertaistaen vaikeaa tietoa. Lisäksi tieto oli ajoittain ristiriitaista. Potilas 1 kysyi mm. hoitaja 1:ltä pitkäkestoisen liikunnan vaikutuksesta verensokeriarvoihin. Hoitaja 1 vastasi, ettei liikunnalla ole sokeriarvoihin vaikutusta. Seuraavalla tapaamiskerralla hoitaja 1 kuitenkin kertoi potilas 1:lle, että liikunta vaikuttaa verensokeriarvoihin. Liikunnaksi suositeltiin molemmille potilaille samankaltaista liikuntaa mm. uintia, pyöräilyä, kuntopyöräilyä ja työmatkaliikuntaa. Erilaisia liikuntamuotoja suositeltiin myös potilas 1:lle, vaikka potilas kertoi harrastavansa paljon liikuntaa. Potilas 1 kertoi myös, että oli liikkunut paljon viimeisten kolmenkymmenen vuoden ajan. Potilas 1 oli kiinnostunut tarkistamaan toteuttamaansa liikuntaa aikuisiän diabeteksen kannalta. Tätä prosessia ei neuvonnoissa tuettu. Liikunnan toteutukseen ei laadittu mitään suunnitelmia tai tavoitteita, kuten Sosiaali- ja terveysministeriön (2000) ohjeet suosittelevat.

Liikunnan toteutuksesta ei keskusteltu neuvontatilanteissa tarkemmin, vaan liikunnan toteutusta arvioitiin vain yleisillä kysymyksillä. Aineistossani ainoastaan ravitsemusterapeutti selvitti potilas 1:n toteuttamaa liikuntaa tarkemmin kysyen mm. liikunnan vaikutuksia verensokeriarvoihin. Pyörälän (2000) ravitsemusterapeuttien neuvonnoissa potilaiden toteuttama ruokavalio oli keskeinen keskustelun aihe, jota selvitettiin tarkasti yhdessä potilaan kanssa. Vaikka potilas 2 toi esiin keskusteluissa liikunnan aloittamisen vaikeuden ja motivaation puutteen, niin silti potilas 2:lle suositeltiin rutiininomaisesti liikunnan aloittamista. Liikunnan merkitystä perusteltiin potilas 1:lle mm. liikunnan tärkeydellä ja terveydellisillä tekijöillä, kun taas potilas 2:lle suositeltiin liikuntaa terveydellisten tekijöiden lisäksi mm. liikunnan ennalta ehkäisevillä vaikutuksilla sekä hyvällä ololla. Liikuntaneuvontakeskusteluissa ei näkynyt myöskään Sosiaali- ja terveysministeriön (2000) suosittellemaa prosessinomaista liikuntaneuvonnan antamista, jolloin mm. arvioidaan liikuntaneuvonnan tarve yksilöllisesti, selvitetään asiakkaan valmiudet liikuntakäyttäytymisen muutokseen ja huolehditaan siitä, että liikuntaneuvonnan sisältö on ymmärrettävää. Aikuisiän diabetes-potilaille suositellaan myös klinisen rasiuskokeen suorittamista mm. epänormaalin verenpainevasteen välttämiseksi sekä liikunnan rasiustason määrittämiseksi (Eriksson ym. 1996). Kumpaakaan potilasta ei ohjattu kliniseen rasiuskokeeseen.

Liikuntaneuvontakeskustelut olivat vain ajoittain asiakaskeskeisiä. Pääasiallisesti asiantuntijat määrittelivät puheenaiheet ja puheenaiheiden vaihdokset liikuntaneuvontakeskusteluissa. Useissa keskusteluissa asiantuntijat puhuivat liikuntaan liittyvistä merkityksistä lääketieteelliseltä kannalta, kun taas potilaat kertoivat kokemuksistaan ja ongelmistaan käytännön elämän kannalta. Näin annettu liikuntaneuvonta jäi usein irralliseksi, koska sitä ei sidottu potilaan käytännön elämään (vrt. Heikkinen 1988). Asiantuntijat toimivat pääasiassa asiantuntijan roolista käsin, jota he korostivat käyttämällä mm. me-muotoa. Me-muodolla he korostivat sitä, että heidän mielipiteiden takana oli myös muita asiantuntijoita tai organisaatio. Lääkäri toimi neuvontakeskustelussa pelkästään asiantuntijan roolista käsin. Tämä näkyi potilas 1:n ja lääkärin keskustelussa mm. siten, että lääkäri toi keskusteluun vain lääketieteellisiä näkökulmia, kun taas potilas 1 puhui arkeen liittyvistä kokemuksistaan. Myös fysioterapeutti toimi pääasiallisesti asiantuntijan roolista käsin. Hänen liikuntaneuvontatilanteensa eteni rutiininomaisesti. Tämä näkyi

esimerkiksi siten, että fysioterapeutti kertoi potilas 1:lle, että neuvontatilanteessa kuuluu ohjata potilas liikkumaan. Miilunpalon ym. (1995) mukaan fysioterapeutit antoivat monipuolisinta ohjausta liikkumiseen, mutta erikoistumisen myötä heidän terveyden edistämisen näkökulmansa oli kaventunut. Hoitaja 1 puhui ajoittain omien kokemustensa kautta omana itsenään tai kuntoilijan roolissa, jolloin keskustelut rakentuivat ajoittain tasavertaisemmin. Hän ei kuitenkaan antanut tilaa esimerkiksi potilas 2:n kokemuksille, vaan pyrki vaikuttamaan potilaan mielipiteisiin mm. syyllistämällä potilasta. Hoitaja 1 palasi myös nopeasti takaisin asiantuntijan rooliin antamaan neuvoja. Ravitsemusterapeutin ja potilas 1:n liikuntaneuvontakeskustelut rakentuivat tasavertaisemmin kuin muiden asiantuntijoiden keskustelut. Vaikka ravitsemusterapeutti määritteli pääasiassa puheenaiheet, niin hän antoi potilas 1:n puhua ja vastaili vain lyhyesti tai esitti tarkentavia kysymyksiä potilaalle. Kysymykset ohjasivat potilasta miettimään oman liikunnan toteutumiseen liittyviä ongelmia. Ravitsemusterapeutti ei kiirehtinyt antamaan ohjeita tai neuvoja potilaalle, vaan selvitti rauhallisesti potilaan sen hetkistä tilannetta ja tarvetta liikuntaan liittyviin muutoksiin (vrt. Vehviläinen 1999, Kettunen 2001), (taulukot 1 ja 2).

TAULUKKO 1 Aikuisiän diabetes-potilaan liikuntaneuvontojen teemat, rakenne ja merkitykset

POTILAS 1 / HOITAJA 1

Mitä aikuisiän diabeetikon liikuntaneuvonta on?	Miten aikuisiän diabeetikon terveyttä edistetään liikunnan avulla?	Liikunnan merkitys aikuisiän diabeetikon hoidossa (miksi?)
Liikuntamuodot - punttisaliikunta - kesto liikunta - ”liikunta täytyy etsiä” - soutua ja uintia - pääasia, että liikkuu Teho - ½-1 tuntiin - ½-tunnin liikunnat voisi tehdä vaikka 10 min jaksoissa - selkä nihkeena Kuka puhuu? - asiantuntija - kuntoliija	Liikuntahistoria Tiedonanto Ohjaus muille asiantuntijoille Nykyinen liikunta Ongelman määrittäminen Vakuuttamisen keinot: - vetoaminen ulkopuolisiin asiantuntijoihin - vaikean tiedon yksinkertaistaminen - ammattisanaston käyttö	Tärkeys - liikunta on niin tärkeää Aineenvaihdunta - insuliiniherkkyys pitkälti kiinni liikunnasta - sokerit ovat hyvät, kun liikut - verensokeriin ei vaikutusta Terveys - lihasolujen määrä lisääntyy Hoito - 99% hoidossa paino, liikunta ja ruokavalio

POTILAS 1 / LÄÄKÄRI

Mitä aikuisiän diabeetikon liikuntaneuvonta on?	Miten aikuisiän diabeetikon terveyttä edistetään liikunnan avulla?	Liikunnan merkitys aikuisiän diabeetikon hoidossa (miksi?)
Liikuntamuodot - polkupyörällääjo - painonpudotus Kuka puhuu? - asiantuntija	Liikuntahistoria Ongelman määrittely Tiedonanto Neuvottelu Ohjaus muille asiantuntijoille Vakuuttamisen keinot: - ammattisanaston käyttö	Terveys - lihasten vahvistaminen - sokeritasapainoon vaikuttaminen - kohonneen verenpaineen hoito

POTILAS 1 / RAVITSEMUSTERAPEUTTI

Mitä aikuisiän diabeetikon liikuntaneuvonta on?	Miten aikuisiän diabeetikon terveyttä edistetään liikunnan avulla?	Liikunnan merkitys aikuisiän diabeetikon hoidossa (miksi?)
Teho - päivittäin on tärkeää harrastaa liikuntaa Liikuntamuodot - pyöräily Kuka puhuu? - kuuntelija, tasavertainen keskustelukumppani - asiantuntija	Nykyinen liikunta Liikuntahistoria Ongelman määrittäminen Neuvottelu Tiedonanto Vakuuttamisen keinot: - potilaslähtöinen tukeminen	Tärkeys - tärkeää päivittäin liikkua

POTILAS 1 / FYSIOTERAPEUTTI

Mitä aikuisiän diabeetikon liikuntaneuvonta on?	Miten aikuisiän diabeetikon terveyttä edistetään liikunnan avulla?	Liikunnan merkitys aikuisiän diabeetikon hoidossa (miksi?)
Liikuntamuodot - lihaskuntoharjoittelu - kuntopyörällääjo - uiminen - hyötyliikunta Teho - uusi tieto, että pienetkin määrät polttavat rasvaa Kuka puhuu? - organisaation jäsen - asiantuntija - omansa itsensä	Liikuntahistoria Nykyinen liikunta Ongelman määrittely Tiedonanto Neuvottelu Vakuuttamisen keinot: - vaikean tiedon yksinkertaistaminen - ammattisanaston käyttö - vetoaminen ulkopuolisiin asiantuntijoihin	Yleinen ohje - ”liikuntaa yleensä tarjotaan” - ”nivelet tarvitsee liikettä” - liikunta ei laihduta Aineenvaihdunta - liikunta vaikuttaa verensokeriin ja muuhun

TAULUKKO 2 Aikuisiän diabetes potilaan liikuntaneuvontojen teemat, rakenne ja merkitykset

POTILAS 3 / HOITAJA 1

Mitä aikuisiän diabeetikon liikuntaneuvonta on?	Miten aikuisiän diabeetikon terveyttä edistetään liikunnan avulla?	Liikunnan merkitys merkitys aikuisiän diabeetikon hoidossa
<p>Liikuntamuodot</p> <ul style="list-style-type: none"> -punttisali liikunta - halkojen hakkaaminen - selkä nihkeenä - ryhmäjumppa - pyörälenkki, työmatkakävely <p>Itsekuri, totumuksen luominen</p> <ul style="list-style-type: none"> - itsensä liikkumaan pakottaminen - jos tottuu liikkumaan, on kuin sairas, ellei liiku - mieleisen liikuntamuodon etsiminen <p>Kuka puhuu?</p> <ul style="list-style-type: none"> - asiantuntija - omalla itsenään - kuntoilija 	<p>Liikuntahistoria</p> <p>Nykyinen liikunta</p> <p>Ongelman määrittäminen</p> <p>Tiedonanto</p> <p>Neuvottelu</p> <p>Ohjaus muille asiantuntijoille</p> <p>Vakuuttamisen keinot:</p> <ul style="list-style-type: none"> - vaikean tiedon yksinkertaistaminen - muihin asiantuntijoihin vetoaminen - syyllistäminen, pelottelu 	<p>Hyvä olo</p> <ul style="list-style-type: none"> -endorfiinien erittyminen - rentoutuminen - liikunta tuo kaiken hyvän <p>Ennalta ehkäisy</p> <ul style="list-style-type: none"> - iän myötä kaikki rapistuu - vanhempana parempi tasapaino, jos liikkuu <p>Terveys</p> <ul style="list-style-type: none"> - kolesteroliarvot paranee - lihassolujen määrä kasvaa - vaikutus verenpaineeseen - liikunta vaikuttaa verensokeriin - peruskunto, jaksaa paremmin <p>-ammattisanaston käyttö</p> <p>- terveeseen järkeen vetoaminen</p>

Vaikka asiantuntijat määrittivät pääasiassa puheenaiheet vastaanotoilla sekä puheenaiheiden vaihdokset, niin potilaat eivät olleet neuvontatilanteissa täysin passiivisia. Potilaat esittivät mm. epäsuoria kysymyksiä asiantuntijoille tai antoivat vihjeitä asioista, joista olisivat halunneet puhua. Lisäksi potilaiden minimaaliset vastaukset saattoivat viestiä passiivisesta vastustuksesta annettuihin ohjeisiin (vrt. Juhila 2000).

Mietin myös sitä, että vaikka potilas 2 suhtautui kielteisesti liikuntaan, niin häntä ei ohjattu muiden asiantuntijoiden vastaanotoille, kuten esimerkiksi fysioterapeutin vastaanotolle saamaan ohjausta liikuntaan. Miilunpalo ym. (1995) päätyivät myös samaan tutkimuksessaan, terveyskeskusten asiantuntijat eivät lähettäneet potilaita muiden asiantuntijoiden vastaanotoille. Potilas 1, joka harrasti paljon liikuntaa, ohjattiin keskustelemaan liikunnasta mm. kuntoneuvolaan ja ravitsemusterapeutin vastaanotolle. Potilas 1 toi kaikkien asiantuntijoiden vastaanotoilla keskusteluun nivelvaivat, jotka aiheuttivat ongelmia arkielämään. Näiden vaivojen hoito on vaikeaa, mutta potilaan omaa mielipidettä hoidon suhteen ei kysytty. Oma tulkintani siihen, että potilas 1 ohjattiin muiden asiantuntijoiden vastaanotoille voisi olla että koska potilaan ongelmaa oli vaikeaa ratkaista neuvontatilanteessa, oli helpompaa lähettää potilas toiselle asiantuntijalle. Nuutisen (2000) mukaan perusterveydenhuollossa tulisi kehittää hoitoketjuja, joiden tavoitteena olisi luoda laadukkaan hoidon kokonaisuus, johon sisältyisi kirjallinen suunnitelma potilaan hoidosta. Itse pohdin aineistoni tuloksia luettuani, että aikuisiän diabetes-potilaan hoidon kannalta saattaisi olla hyödyllistä, että moniammatillinen hoitotiimi kohtaisi potilaan yhdessä, jolloin potilas voisi määrittellä itse hoitotarpeensa ja eri asiantuntijat voisivat tukea hoidon toteutusta (vrt. Winell 1997). Mietin myös sitä, että kohdellaanko miehiä ja naisia eri tavoin vastaanotoilla. Naispuolinen potilas ohjattiin usealle asiantuntijalle, mutta miespuolista taas ei. Nuolijärven (1988) mukaan miesten ja naisten puheessa on eroja, mutta puhetta tulkittaessa on otettava huomioon yhteiskunnan ja puheyhteisön sosiaalinen rakenne. Lautamatin (1988) mukaan yleisesti ottaen naisten puheessa ilmenee empaattisia piirteitä, kärsivällistä kuuntelua, puhetta tunteista ja kokemuksista sekä kielteisten asioiden epäsuoraa ilmaisua. Tämä näkyi esimerkiksi aineistossani naispotilaan ilmaistua hoitajalle empaattisesti, että ymmärsi sen, ettei hoitaja 1 tiennyt optimaalisesta liikunnan toteutuksesta tarpeeksi. Miesten puhetta taas sävyttää

Lautamatin (1988) mukaan mm. käskeminen, keskustelu säännöistä tai laitteista sekä juttujen kertominen. Lisäksi miehet eivät koe samassa määrin kielellistä vuorovaikutusta palkitsevaksi, vaan voivat vetäytyä pois vuorovaikutustilanteesta ilman että kokisivat tämän hankalaksi. (Lautamatti 1988). Aineistossani miespuolinen potilas ilmaisi ajoittain jyrkästi kielteisen kannan hoitaja 1:n ehdottamiin liikuntaan liittyviin muutoksiin. Tämä tyrehtyi keskustelun aiheesta ja hoitaja 1 vaihtoi puheenaiheen. Aineistoni koski kuitenkin vain kahden potilaan keskusteluja, joten yleistyksiä ei voida tehdä heidän perusteella naisten ja miesten liikuntaneuvontakeskusteluista. (vrt. Lautamatti 1988.)

Aineistoni oli pieni, jotta siitä voisi tehdä yleistyksiä aikuisiän diabetes-potilaan liikuntaneuvonnan toteuttamisesta. Mutta joitakin viiteitä tulokseni antavat. Liikuntaan liittyvää tietoa annettiin potilaille yleisellä tasolla. Tietoa liikunnasta on saatavilla yhteiskunnassa paljon. Tiedon saantia ovat helpottaneet myös sähköiset viestimet, kuten internet. Ongelmallista on liikuntaan liittyvän tiedon soveltaminen potilaan elämään sopivalla tavalla. Tämä on varmasti haaste terveydenhuollon asiantuntijoille. Lisäksi potilastyytyväisyyteen liittyvät tukimukset ovat osoittaneet, että potilaat kokevat terveydenhuollossa hoidon toteutuksessa puutteeksi mm. vuorovaikutussuhteen toteutukseen liittyviä asioita (Leppänen ym. 1997, Töyry ym. 1999).

Tuomilehdon ym. (2001) mukaan potilaat, joilla oli ylipainoa ja heikentynyt sokerinsietokyky hyötyivät tehostetusta terveysneuvonnasta seuranta tutkimuksessa. Hyöty oli sitä parempi, mitä useampia elintapoihin liittyviä muutoksia potilaat pystyivät tekemään. Tehostettua neuvontaa saaneiden potilaiden diabetekseen sairastumisen riski oli selvästi pienentynyt verrattuna kontrolliryhmään. Koska aikuisiän diabeteksen on ennustettu lisääntyvän 70 %:lla vuoteen 2010 mennessä, olisi syytä selvittää, miten jo aikuisiän diabetekseen sairastuneet hyötyisivät tehostetusta liikunnan ja ravitsemukseen liittyvästä terveysneuvonnasta. Koska näyttää siltä, että aikuisiän diabeetesta sairastaville annettussa liikuntaneuvonnan sisällössä että toteutuksessa on puutteita, niin heidän kanssaan työskentelevien henkilöiden koulutusta tulisi tehostaa. Aineistoni tulosten perusteella voisi ajatella, että aikuisiän diabetes-potilaiden kanssa työskentelevät asiantuntijat tarvitsisivat lisäkoulutusta liikuntaneuvonnan sisällön sekä vuorovaikutustaitojen kehittämisessä.

Jatkotutkimushaasteena olisi selvittää, miten aikuisiän diabetesta sairastaville potilaille annettu tehostettu terveysneuvonta vaikuttaisi potilaiden elintapoihin sekä aikuisiän diabeteksen hoitotasapainoon. Dehkon (2000) mukaan aikuisiän diabetespotilaiden hoitokustannukset olivat vuonna 1997 noin 4,7 miljardia markkaa, joten hoidon tehostaminen olisi myös yhteiskunnan kannalta hyödyllistä.

LÄHTEET

Alen, M. 1993. Kroonisesti sairaiden ja keski-ikäisten liikunnan aloittaminen ja annostelu. *Kunnallislääkäri* 9 (3) 22-24.

Andersson, R., Funnell, M., Barr, P., Dedrick, R. & Davis, W. 1991. Learning to Empower Patients. *Diabetes care* 14 (7), 584-590.

Andersson, R., Funell, M., Butler, P., Arnold, M., Fitzgerald, J. & Feste, C. 1995. Patient Empowerment. Results of a Randomized Controlled Trial. *Diabetes Care* 18 (7) July.

Charles, C., Gafni, A. & Whelan, T. 1997. Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). 1997. *Social Science Medicine* 5 (44), 681-692.

Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämissuunnitelma 2000-2010. Hyväksytty konsensuskokouksessa Helsingissä 19.1.2000. Diabetesliitto.

Denzin, N.K. & Lincoln, Y. S. 1994. *Handbook of qualitative research*. Sage.

Drew, P. & Heritage, J. 1992. Analyzing talk at work: an introduction. Teoksessa P. Drew & J. Heritage (toim.) *Talk at work*. Cambridge: University Press, 235-267.

Dunn, S., Beeney, L., Hoskins, P. & Turtle, J. Knowledge and Attitude Change as Predictors of Metabolic Improvement in Diabetes Education. *Social Science Medicine* 31 (10), 1135-1141.

Eskola, A. 1990. *Sosiaalipsykologia*. 10. muuttumaton painos. Helsinki. Painokaari Oy.

Ekoe, J-M. 1989. Overview of Diabetes Mellitus and Exercise. *Medicine and Science in Sports And Exercise* 21(4), 353-355.

Engeström, R. 1999. Toiminnan moniäänisyys. Tutkimus lääkärin vastaanottojen keskusteluista. Helsinki. Helsinki University Press.

Engeström, Y., Engeström, R., Helenius, J., Koistinen, K., Rekola, J. & Saarelma, O. 1989. Terveyskeskuslääkäreiden työn kehittämistutkimus. Levike-projektin tutkimushankkeen 3. väliraportti. Lääkärinvastaanottojen analysointia. Espoo. Espoon kaupungin terveystoimisto.

Eriksson, J. 1998. Liikuntaa pitäisi hyödyntää nykyistä tehokkaammin aikuistyypin diabeteksen hoidossa ja ehkäisyssä. *Diabetes ja lääkäri huhtikuu*, 5-10.

Eriksson, J., Taimela, S. & Vuori, I. 1996. Liikunta aikuistyypin diabeteksen hoidossa. *Suomen lääkärilehti* 51 (27), 2693-2698.

Eskola, J. & Suoranta, J.1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Lapin yliopiston kasvatustieteen julkaisuja C:13.

Feste, C. 1992. A practical look at patient empowerment. *Diabetes care* 7 (15), 922-925.

Ford, E. & Herman, W. 1995. Leisure-time Physical Activity Patterns in the U.S. Diabetic Population. *Diabetes Care* 18 (1), 27-33

Helakorpi, S., Uutela, A., Prättälä, R., Berg, M-A. & Puska, P.1997. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen. Hakapaino Oy. Helsinki. Kansanterveyslaitos.

Helmrich, S., Ragland, D., Leung, R. & Paffenbarger, R. 1991. Physical Activity and Reduced Occurrence on Non-insulin-dependent Diabetes Mellitus. *The New England Journal of Medicine* 325 (3), 147-151.

Heat, C. 1992. The delivery and reception of diagnosis in the general-practice consultation. Teoksessa Drew & Heritage (toim.) Talk at work. Cambridge. University Press, 235- 267.

Heikkinen, R-L. 1988. Laadullisen neuvonta-aineiston valottama terveyskasvatusanalyysi. Tampereen yliopisto. kasvatustieteen laitoksen julkaisuja sarja A No. 42.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. 5. painos. Tampere. Tammer-paino Oy. Tammi.

Ikonen, S. 1993. Liikunta ja psyykinen hyvinvointi. Teoksessa K-L. Kuusinen (toim.) Terveyspsykologia.WSOY:n graafiset laitokset JUVA. Tekijät ja Werner Söderström Oy, 162-173.

Jaatinen, J. 1996. Terapeuttinen keskustelutodellisuus. Diskurssianalyttinen tutkimus alkoholiongelmien sosiaaliterapeuttisesta hoidosta. Stakes. Tutkimuksia 72. Jyväskylä: Gummerus Oy.

Jokinen & Juhila. 1993. Valtasuhteiden analysoiminen. Teoksessa A Jokinen, K Juhila & E Suoninen (toim.) Diskurssianalyysin aakkoset.Tampere: Vastapaino, 75-108.

Kalimo, E., Klaukka, T., Lehtonen, R. & Nyman, K. 1992. Suomalaisten terveysturva ja sen kehitystarpeet. Lehtikarin Kirjapaino Oy. Kansaneläkelaitoksen sosiaaliturvan tutkimuslaitos.

Kettunen, T. 2001. Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. Jyväskylän yliopisto. Studies in sport, physical education and health 75. Jyväskylä University Printing House. Lievestuore: ER-paino Ky.

King, A. C., Sallis, J. F., Dunn, A.L., Simons-Morton, D.G., C.A. Albright, Cohen, S., Rejeski, W.J., Marcus, B.H. & Coday, M.C. 1998. Overview of the activity

counseling trial (ACT) intervention for promotion physical activity in primary health care settings. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 30 (7), 1086-1096.

Knowler, W.C., Narayan K.M.V., Hanson, R.L., Nelson, R.G., Bennett, P.H., Tuomilehto, J., Scherster'n,B. & Pettitt, D.J. 1995. Preventing non-insulin-dependent diabetes. *Diabetes may* (44), 483-488.

Kukkonen-Harjula, K. 2000. Metabolinen oireyhtymä: lihavuus, daibetes, kohonnut verenpaine ja liikuntahoito. *Liikunta ja tiede. Erikoisliite* 4-6.

Kuusinen, K-L. 1993. Hoito-ohjeiden noudattaminen-yksilön ja ohjauksen ongelma. Teoksessa K-L. Kuusinen (toim.) *Terveyspsykologia. WSOY:n graafiset laitokset JUVA. Tekijät ja Werner Söderström Oy*, 98-126.

Lacroix, A., Jacquemmet, S.T. & Assal, J.P. 1998. Auta potilastasi parantamaan omahoitoa. *Diabetes ja lääkäri. Helmikuu* 14-19.

Larme, A.& Pugh, J. 1998. Attitudes of primary care providers toward diabetes. *Diabetes care* 21(9), 1391-1395.

Lautamatti, L. 1988. Naiset neuvottelupöydän ääressä. Teoksessa L. Laitinen (toim.) *Isosuinen nainen. Yliopistopaino*, 185-197.

Latter, S. 1998. Health promotion in the acute setting: the case for empowering nurses. Teoksessa S. Kendal (toim.) *Health and Empowerment. Research and practice. London. Arnold*, 11-37.

Leppänen, T., Töyry, E. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Potilaiden käsitys ihmisläheisen hoidon keskeisestä sisällöstä. *Hoitotiede* 4 (9), 178-185.

Lewis, B. & Lynch, W. 1993. The Effect of Physician Advice on Exercise Behavior. *Preventive Medicine* 22, 110-121.

Luostarinen, E. & Nybäck, K. 1998. Aikuistyyppin diabeteksen hoidon tehostaminen terveyskeskuksessa. Suomen Lääkärilehti 26 (53), 2847-2849.

Manson, J., Rimm, E., Stampfer, M., Colditz, G., Willett, W., Krolewski, B., Hennekens, C. & Speizer, F. 1991. Physical Activity and Incidence of Non-insulin-dependent Diabetes Mellitus in Women. The Lancet 28 (338), 774-778.

Miilunpalo, S. 1989. Liikuntaneuvonta terveyskeskuksissa. Tutkimus liikuntaa koskevan terveystieteellisen tarpeesta, kysynnästä, toteutumisesta ja vaikuttavuudesta. Helsinki. Lääkintöhallituksen julkaisuja. Terveiden edistäminen. Sarja tutkimukset 13.

Miilunpalo, S. 1995. Yksilön toimintakyvyn ja terveyden edistäminen. Teoksessa Matikainen, E., Aro, T., Kalimo, R., Ilmarinen, J. & Torstila, I (toim.) Hyvä Työkyky. Painotalo Mikkor Helsinki. Työterveyslaitos, 221-231.

Miilunpalo, S., Laitakari, J. & Vuori, I. 1995. Strengths and weaknesses in health counseling in Finnish primary care. Patient Education and Counseling 25, 317-328.

Miilunpalo, S. 2000. Perusterveydenhuoltohenkilöstö liikunnanohjaajana. Liikunta ja tiede. Erikoisliite, 17-18.

Mustajoki, P. 1998. Elämäntapojen muuttaminen terveellisemmiksi – miten autan potilasta? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 114 (6), 531-538.

Mykkänen, L. & Niskanen, L. 1990. Aikuisiän diabeteksen ennuste. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 106 (9), 725-730.

Mäkelä, K. 1992. Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa K. Mäkelä (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Helsinki: Priima-Offset Ky. Gaudeamus.

Nuolijärvi, P. Sukupuoli kielellisen tuotoksen muovaajana. 1988. Teoksessa L. Laitinen (toim.) Isosuinen nainen. Yliopistopaino, 73-91.

- Nupponen, R. 1994. Terveyspsykologian perusteet. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Nupponen, R. 1998. What is counseling all about - Basic in the counseling of health-related physical activity. Patient education and counseling 33, 61-67.
- Nuutinen, M. 2000. Hoitoketju. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 116 (17), 1821-1828.
- Näslund, G., Fredrikson, M., Helle'nus, M-L. & de Faire, U. 1996. Determinants of compliance in men enrolled in a diet and exercise intervention trial: a randomized, controlled study. Patient Education and Counseling 29, 247-256.
- Ojanen, M. 1999. Liikkuva voi hyvin – hyvinvoiva liikkuu. Liikunta ja tiede 1, 6-11.
- Perttilä, K. 1999. Terveiden edistäminen kunnan tehtävänä. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy. STAKES TUTKIMUKSIA 103.
- Peräkylä, A. 1990. Kuoleman monet kasvot. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. Vastapaino.
- Peräkylä, A. 1996. Vuorovaikutus, valta ja instituutiot. Sosiologia 2, 89-102.
- Peräkylä, A. & Vehviläinen, S. 1999. Vuorovaikutustutkimus ja vuorovaikutusideologiat. Psykologia 34, 329-342.
- Peräkylä, A., Eskola, K. & Sorjonen M-L. 2001. Lääkärin ja potilaan vuorovaikutus tarkastelun kohteena. Teoksessa M-l. Sorjonen. A. Peräkylä & K. Eskola (toim). Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. Vastapaino.
- Poskiparta, M. 1997. Terveysneuvonta, oppimaan oppimista. Videotallenteet hoitajien terveysneuvonnan ilmentäjinä ja vuorovaikutustaitojen kehittämismenetelmänä.

Studies in Sport, Physical education and health 46. Jyväskylä University Printing House. Lievestuore: ER-paino ky.

Poskiparta, M., Kettunen, T. & Liimatainen L. 1998. Reflective Questions in Health Counseling. *Qualitative Health Research* 5 (8), 682-693.

Poskiparta, M., Kettunen, T., Liimatainen, L. 2000. Questioning and advising in health counselling: results from a study on Finnish nurse counsellors. *Health Education Journal* 59, 69-89.

Potter, J. & Wetherell, M. 1987. *Discourse and social psychology*. London: Sage.

Pyörälä, E. 2000. Interaction in dietary counselling of diabetic children and adolescents. Helsingin yliopisto. *Kansanterveystieteen julkaisuja M 173*.

Raeburn, J. & Rootman, I. 1998. *People-centered health promotion*. New York. John Wileys & Sons.

Raevaara, L. 2000. Potilaan diagnoosiehdotukset lääkärin vastaanotolla. Keskusteluanalyttinen tutkimus potilaan institutionaalisista tehtävistä. Vaasa. *Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran Toimituksia* 791.

Rollnick, & Heather, N. 1992. Negotiating Behaviour Change in Medical Settings: The Development of Brief Motivational Interviewing. *Journal of Mental Health*. 1 (25), 25- 37.

Roter, D. & Frankel, R. 1992. Quantitative and qualitative approaches to the evaluation of medical dialogue. *Social Science of Medicine* 10 (34), 1097-1103.

Ruusuvuori, J. 2000. Control in medical Consultation. Practices of giving and receiving the reason for the visit in primary health care. Tampereen yliopisto. *Acta Electronica Universitatis Tampereensis* 16.

Schneider, S. 1990. Exercise and NIDDM. *Diabetes Care* 13 (7), 785-789.

Silverman, D. 1997. Discourses of counselling. HIV counselling as social interaction. London: Sage.

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

Sorjonen, M-L. 1988. Mm ja joo – taustapalautettako vain? Teoksessa L. Laitinen (toim.) Isosuinen nainen. Tutkielma naisesta ja kielestä. Helsinki: Yliopistopaino, 209-231.

Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen, E. & Saari, S. 1994. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Helsinki: Kirjayhtymä.

Tainio, L. 1988. Valta keskustelussa – voiko sitä tutkia? Teoksessa L. Laitinen (toim.) Isosuinen nainen. Tutkielma naisesta ja kielestä. Helsinki: Yliopistopaino, 198-208.

Tomm, K. 1988. Interventiivinen haastattelu. Jyväskylä. Gummerus Oy. Mannerheimin Lastensuojelulitto L-sarja N:o 3.

Tones, K. 1998. Health education and the promotion of health: seeking wisely to empower. Teoksessa S. Kendall (toim.) Health and empowerment. research and practice. London. Arnold.

Tuomilehto, J., Lindström, J., Eriksson, J.G., Valle, T.T., Hämäläinen, H., Ilanne-Parikka, P., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Laakso, M., Louheranta, A., Rastas, M., Salminen, V., Uusitupa, M. 2001. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *New England Journal of Medicine* 344 (18), 1343-1350.

Töyry, E., Julkunen-Vehviläinen, K., Roine, E., Mattila, Matti. & Rissanen, V. 1999. *Suomen Lääkärilehti* 5 (54), 525-530.

Uusitupa, M. 1995. Aikuistyyppin diabeteksen hoitosuositus uusittu. Suomen lääkärilehti 3, 167-168.

Valle, T., Reunanen, A., Koivisto, V., Kangas, T., Rissanen, A. 1997. Suomalaisen diabeetikon hoitotasapaino. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 113 (19), 1903-1912.

Vehviläinen, S. 1999. Structures of counselling interaction. A conversation analytically study of counselling encounters in career guidance training. Helsinki University Press. University of Helsinki, Department of Education.

Viitanen, E. 1997. Fysioterapian ammattikulttuuri terveyskeskuksissa. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis 577.

Vuori, I. 1994a. Liikunta, terveydenhoito ja terveydenhuolto. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 110 (12), 1175-1177.

Vuori, I. 1994b. Liikunta ja terveys: minimi, optimi, maksimi. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 110 (12), 1184-1190.

Vuori, I. 1996. Aineenvaihdunnan oireyhtymät ja sairaudet. Teoksessa E. Ruuskanen (toim.) Tehokas ja turvallinen terveystoiminta. Forssan kirjapaino. UKK-instituutti, 103-115.

Vuori, I. 2001. Strategies to change lifestyle: on introduction. Report from a Nordic Seminar. Lahti. TemaNord 554.

Winell, K. 1997. Kuntoutuskäytännöt täysremonttiin. Kuntoutus 1, 13-17.

Yamanouchi, K., Shinozaki, T., Chikada, K., Nishikawa, T., Ito, K., Shimizu, S., Ozawa, n., Suzuki, Y., Maeno, H., Katto, K., Oshida, Y. & Sato, Y. 1995. Daily Walking Combined With Diet Therapy Is a Useful Means for Obese NIDDM Patients Not Only to Reduce Body Weight But Also to Improve Insulin Sensitivity. Diabetes Care 18 (6), 775-778.

Yki-Järvinen, H.1990. Miten aikuistyyppin diabetes syntyy. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 106 (9), 646-650.

Zinman B ym. 1997. Diabetes Mellitus and Exercise. Official Journal of the American College of Sports Medicine.

POTILAS 1:N NEUVONTAKERRAT

Liite 1

Potilas 1:n neuvontakerrat (n=11)

Asiantuntija	Koko neuvonta (min)	Liikuntaneuvonnan osuus (min)
Hoitaja		
1	49	6
2	47	3
3	44	10
4	31	2
5	-	-
6	-	-
Lääkäri		
2	21	3
3	-	-
Ravitsemusterapeutti		
1	53	7
2	32	2
Fysioterapeutti		
1	15	

POTILAS 2:N NEUVONTAKERRAT

Liite 2

Potilas 2:n neuvontakerrat (n=6)

Asiantuntija	Koko neuvonta (min)	Liikuntaneuvonnan osuus (min)
Hoitaja		
1	52	4
2	47	9
3	36	2
4	32	4
5	41	6
6	27	6