

**TYYPIN 2 DIABEETIKOIDEN RAVITSEMUS- JA LIKUNTAKÄYTTÄYTYMISEN
MUUTOSPROSESSI**

Hoitajien rohkaisukeinot terveysneuvonnassa

Marjo-Kaisa Konttinen ja Anu Marttinen

Jyväskylän yliopisto
Terveystieteiden laitos
Terveyskasvatus
Pro gradu-tutkielma
Kevät 2005

TIIVISTELMÄ

Tyypin 2 diabeetikoiden ravitsemus- ja liikuntakäyttämisen muutosprosessi. Hoitajien rohkaisukeinot terveysneuvonnassa.

Marjo-Kaisa Konttinen ja Anu Marttinen

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Terveystieteiden laitos

Terveyskasvatus

Pro gradu – tutkielma, 67 sivua, 5 liitesivua

Kevät 2005

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, missä ravitsemus- ja liikuntakäyttämisen muutosvaiheissa tyypin 2 diabetesta sairastavat tai sen riskiryhmään kuuluvat potilaat olivat. Lisäksi tarkasteltiin hoitajan käyttämiä rohkaisun keinoja eri muutosvaiheissa olevien potilaiden ravitsemus- ja liikuntaneuvontatilanteissa.

Tutkimusaineisto oli osa Jyväskylän Yliopiston terveystieteiden laitoksella vuosina 2000–2002 kerättyä seurantatutkimusaineistoa, jossa selvitetään perusterveydenhuollon hoitajien ja potilaiden välisiä tyypin 2 diabetesneuvontakäytäntöjä. Tämän tutkielman aineisto koostui kolmen hoitajan ja kuuden potilaan välisistä terveysneuvontatilanteista, jotka olivat tekstilitteraatioina ja videotallenteina. Tutkimukseen otettiin mukaan kultakin potilaalta kaksi ensimmäistä neuvontakäyntiä, joista erotettiin ravitsemusta ja liikuntaa käsitelleet keskustelut. Neuvontakäyntejä oli yhteensä 12. Liikuntaneuvonnan perusteella potilaat luokiteltiin transteoreettisen mallin mukaan liikuntakäyttämisen eri muutosvaiheisiin. Ravitsemus- ja liikuntaneuvonnassa käytettyjä rohkaisun keinoja tarkasteltiin sisällön analyysillä.

Liikuntakäyttämisen muutosvaiheluokituksen perusteella yksi potilas oli esiharkintavaiheessa, kolme potilasta valmistautumisvaiheessa ja kaksi potilasta toimintavaiheessa. Ravitsemuskäyttämisen muutosvaiheluokitus oli jo aikaisemmin tehty Kasilan ym. (2003) toimesta. Analyysin perusteella aineistosta nousi esiin neljä erilaista rohkaisun keinoa. Palaute ja hyväksyntä olivat käytetyimmät rohkaisun keinot. Lisäksi kannustuksella ja kysymyksillä aktivoitiin potilasta elintapamuutokseen.

Kokonaisuudessaan rohkaisua käytettiin niukasti ja se ilmeni lyhytsanaisina, pinnallisina ilmaisuina. Tämä saattoi johtua esimerkiksi hoitajien keskustelutaitojen rajallisuudesta tai potilaiden puutteellisista kyvyistä tai tiedoista muuttaa elintapojaan, mikä tuli esille etenkin liikuntaneuvonnassa. Rohkaisua on pidetty yhtenä neuvonnan lähtökohtana, minkä vuoksi jatkossa tulisikin kiinnittää huomiota terveydenhuoltohenkilöstön vuorovaikutustaitojen kehittämiseen ja keskustelun apuvälineiden luomiseen.

Avainsanat: transteoreettinen muutosvaihemalli, ravitsemuskäyttämisen, liikuntakäyttämisen, tyypin 2 diabetes, terveysneuvonta, rohkaisu

ABSTRACT

A change process in dietary and physical activity behaviour of type 2 diabetics. Encouragement methods of nurses in health counselling.

Marjo-Kaisa Konttinen ja Anu Marttinen

UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ
Department of Health Sciences
Health Education Program
Master's thesis, 67 pages, 5 appendices
Spring 2005

The aim of this study was to define the stages of change of dietary and physical activity behaviour among patients who were recently diagnosed to have type 2 diabetes or impaired glucose tolerance. In addition, it was considered what kind of encouragement the nurses used when they discussed with patients in different stages of change.

The research material was part of follow-up study, which was conducted by the Department of Health Sciences at the University of Jyväskylä during years 2000–2002 to find out the diabetes counselling practices between nurses of primary health care and patients. The research material of this study consisted of video-taped and transcribed health counselling meetings between three nurses and six patients. Two early meetings were chosen from each patient. And from this material, dietary and physical activity conversations were distinguished. Through physical activity counselling the patients were grouped in different stages of change based on a transtheoretical model. All the encouragement ways used in dietary and physical activity counselling were analysed with content analyses.

On the grounds of stages of change of physical activity behaviour one patient was in pre-contemplation, three patients in preparation and two patients in action. Kasila etc. (2003) had earlier divided patients into different stages of change on the grounds of their dietary behaviour. Four different kind of encouragement ways were identified from the material. The nurses used usually feedback and acceptance when they activated patients to health behaviour change. Also motivation and questions were used.

As a whole, encouragement was seldom used in health counselling. The expressions were quite short and superficial. This might be a consequence of limited counselling skills of nurses or patients' lack of knowledge and skills to change their health behaviour. Especially this was noticed in physical activity counselling. Encouragement is basis for counselling. In the future it's very important to pay attention to nurses' interaction skills and creation of the aids of communication.

Keywords: transtheoretical model, dietary behaviour, physical activity behaviour, type 2 diabetes, health counselling, encouragement

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TYYPIN 2 DIABEETIKOIDEN RAVITSEMUS - JA LIIKUNTAKÄYTTÄYTYMINEN.....	7
2.1	Ravitsemuskäyttäytyminen.....	7
2.2	Liikuntakäyttäytyminen.....	8
3	TYYPIN 2 DIABEETIKOIDEN TERVEYSNEUVONTA.....	10
3.1	Ravitsemusneuvonta.....	11
3.2	Liikuntaneuvonta.....	12
3.3	Rohkaisu terveysneuvonnassa	13
3.3.1	Rohkaisun käyttö muutoksen ja hoitoon osallistumisen edistämässä	15
3.3.2	Verbaalinen rohkaisu terveysneuvonnassa	16
3.3.2.1	Kannustus ja hyväksyntä rohkaisuna	16
3.3.2.2	Kysymysten käyttö rohkaisussa	17
3.3.2.3	Neuvojen käyttö rohkaisussa.....	18
3.3.2.4	Tiedonanto rohkaisussa	19
3.3.2.5	Palaute rohkaisukeinona.....	20
3.3.3	Nonverbaalinen rohkaisu terveysneuvonnassa	20
4	MITEN MUUTOS ETENEE RAVITSEMUS- JA LIIKUNTAKÄYTTÄYTYMISESSÄ?.....	22
4.1	Esiharkintavaihe ravitsemus- ja liikuntakäyttäytymisessä	24
4.2	Harkintavaihe ravitsemus- ja liikuntakäyttäytymisessä.....	24
4.3	Valmistautumisvaihe ravitsemus- ja liikuntakäyttäytymisessä	25
4.4	Toimintavaihe ravitsemus- ja liikuntakäyttäytymisessä.....	25
4.5	Ylläpitovaihe ravitsemus- ja liikuntakäyttäytymisessä	26
4.6	Päätösvaihe ravitsemus- ja liikuntakäyttäytymisessä	26
5	TUTKIMUSTEHTÄVÄT	28
6	TUTKIMUSAINEISTON JA ANALYYSIN KUVAUS.....	29

7	TUTKIMUKSEN TULOKSET	31
7.1	Liikuntakäyttämisen muutosvaihearviointi	31
7.2	Hoitajien rohkaisukeinot ravitsemusneuvonnassa.....	33
	7.2.1 Rohkaisu harkintavaiheessa.....	33
	7.2.2 Rohkaisu valmistautumisvaiheessa.....	36
	7.2.3 Rohkaisu toimintavaiheessa.....	39
7.3	Hoitajien rohkaisukeinot liikuntaneuvonnassa	43
	7.3.1 Rohkaisu esiharkintavaiheessa	43
	7.3.2 Rohkaisu valmistautumisvaiheessa.....	45
	7.3.3 Rohkaisu toimintavaiheessa.....	46
7.4	Hoitajien käyttämän rohkaisun erot ravitsemuskäyttämisen muutosvaiheissa.....	48
7.5	Hoitajien käyttämän rohkaisun erot liikuntakäyttämisen muutosvaiheissa.....	50
8	POHDINTA.....	52
8.1	Ravitsemuksen ja liikunnan muutosvaihearviointi.....	52
8.2	Rohkaisun yhteydet ravitsemus- ja liikuntakäyttämisen muutosvaiheissa.....	54
8.3	Tutkimuksen luotettavuus	57
8.4	Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet.....	59
	LÄHTEET.....	60

LIITTEET

1 JOHDANTO

Tyypin 2 diabetes on aineenvaihduntasairaus, joka johtuu heikentyneestä insuliinin vaikutuksesta ja insuliinin puutteesta (Palumbo 2001). Sen toteaminen perustuu oireisiin sekä veren sokeripitoisuuden ja rasva-arvojen määrittämiseen (Saraheimo & Ilanne-Parikka ym. 1999). Tällä hetkellä Suomessa on lähes 200 000 tyypin 2 diabetesta sairastavaa ihmistä. Jos nykyinen kasvuvauhti jatkuu entisellään, vuonna 2010 heitä on ennustettu olevan noin 260 000. (Valle ym. 2002.) Tyypin 2 diabetes on kasvava kansanterveydellinen ongelma ja siksi sen ennaltaehkäisy on erittäin tärkeää.

Suomalaisten ravitsemus- ja liikuntakäyttäytyminen on muuttunut viimeisen kymmenen vuoden aikana parempaan suuntaan, mutta kuitenkin lähes puolet aikuisista on ylipainoisia. (Helakorpi ym. 2004, 11.) Ylipaino on yksi tyypin 2 diabeteksen suurimpia riskitekijöitä. Lisäksi epäterveelliset ruokailutottumukset ja vähentynyt fyysinen aktiivisuus lisäävät riskiä sairastua tyypin 2 diabetekseen. (Wing ym. 2001.) Elintapatekijöiden lisäksi riski sairastua tyypin 2 diabetekseen voi johtua esimerkiksi perinnöllisestä taipumuksesta tai lieväästeisesta glukoosi-aineenvaihdunnanhäiriöstä (Louheranta & Uusitupa 2000, Valle ym. 2002).

Tyypin 2 diabetes on ehkäistävissä ravitsemus- ja liikuntaneuvonnalla ja sen ehkäisystä onkin tullut tärkeä tehtävä niin tutkimukselle kuin julkiselle terveydenhuollolle (Eriksson ym. 1999). Useat tutkimukset osoittavat, että yksilöllisellä ruokavalio- ja liikuntaohjauksella on merkittävä rooli tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä ja hoidossa. Suomalaisessa diabetes-tutkimus (DPS) osoitti, että elintapamuutoksella voidaan alentaa diabetesriskiä yli puolella (Tuomilehto ym. 2001). Etenkin paljon kuitua ja vähän rasvaa sisältävä ruokavalio sekä säännöllinen liikunta ovat tehokkaita tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä ja hoidossa (Tuomilehto ym. 2001, Uusitupa 2001, Wing ym. 2001). Niinpä riskiyksilöiden löytäminen ja tehokkaaseen sekä yksilölliseen ruokavalio- ja liikuntaneuvontaan ohjaaminen tarpeeksi ajoissa on kannattavaa (Valle ym. 2002). Terveys kaikille 2015-ohjelma esittääkin eri toimijoille toimintasuunnitelmia, jotka on hyvä huomioida myös diabeteksen ehkäisyä suunniteltaessa. Esimerkiksi terveyden edistämisessä ohjelma painottaa kansalaisten oman roolin rohkaisua. (STM 2001, 30.)

Terveysneuvonnan avulla pyritään tukemaan potilasta, jotta hän oppisi hakemaan tietoa uudella tavalla ja muuttamaan elintapojaan (Nupponen 1998). Elintapojen muutosprosessin

käynnistäminen edellyttää potilaalta muutoksia ajattelussa ja suhtautumisessa omiin tottumuksiinsa. Vaiheittain etenevää pitkäkestoista elintapamuutosta voidaan kuvata transteoreettisen mallin avulla. Prosessin aikana potilas tiedostaa omat elintapansa, harkitsee muutosta ja harjoittelee uuden elintavan toteuttamista. (Prochaska, Redding & Evers 1997, 61.) Rohkaisun ja tuen merkitys korostuu elintapojen muutosprosessin aikana (Koikkalainen 2001, 19).

Rohkaisu on yksi terveysneuvonnan keino, jota on terveydenhuollossa tutkittu melko vähän. Asiantuntijan antaman rohkaisun on todettu olevan tärkeässä asemassa elintapamuutosprosessin aikana ja tutkimustulokset korostavatkin potilaan rohkaisemista terveysneuvonnassa (Whittemore ym. 2003, Resnick 1996). Tutkimuksissa ei kuitenkaan ole tarkemmin määritelty, minkälaista rohkaisun tulisi olla ja millä keinoin sitä tulisi antaa. Kirjallisuuden mukaan rohkaisua voidaan pitää tuen ja hyväksynnän ilmauksena, jolla terveysneuvonnassa tuetaan potilaan positiivista käyttäytymistä. Rohkaisua voidaan käyttää apuna muutoksen ja hoitoon osallistumisen edistämiseksi. Muutoksen tukemisessa hoitaja auttaa potilasta pääsemään vaaditulle valmiuden tasolle, jossa muutos on helpointa aloittaa. (Cheston 2000, Beck 1994.) Uusien elintapojen omaksumisessa korostuu rohkaisun merkitys (Koikkalainen 2001, 19). Rohkaisun keinoina voidaan käyttää kannustusta, hyväksyntää, kysymyksiä ja palautetta. Lisäksi rohkaisuun voidaan liittää neuvo tai tieto, mutta niitä ei yksin voida lukea rohkaisuksi.

Tässä tutkimuksessa selvitetään sisällön analyysin avulla, missä ravitsemus- ja liikuntakäyttäytymisen muutosvaiheessa potilaat ovat ja millaista rohkaisua hoitajat käyttävät eri muutosvaiheissa. Aineisto koostuu kuuden diabetespotilaan neuvontakäynneistä, joista on eroteltu ravitsemus- ja liikuntaneuvonnat. Tutkimuksessa saatuja tuloksia voidaan jatkossa hyödyntää ravitsemus- ja liikuntaneuvonnassa.

2 TYYPIN 2 DIABEETIKOIDEN RAVITSEMUS - JA LIIKUNTA-KÄYTTÄYTYMINEN

2.1 Ravitsemuskäyttäytyminen

Ravitsemus on tärkeä osa tyypin 2 diabeteksen ehkäisyä ja hoitoa (Shultz ym. 2001). Väestöryhmien hyvä ravintoaineiden saanti määrittellään suomalaisissa ravitsemussuosituksissa, jotka soveltuvat sellaisenaan myös tyypin 2 diabeetikoille ja henkilöille, joilla verenpaine tai veren rasva-arvot ovat koholla. Tasapainoista ravintoaineiden saantia, kovan rasvan ja natriumin osuutta ruokavaliossa tulisi korostaa. Myös energian saantiin ja kulutukseen tulisi kiinnittää huomiota. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 1998.) Rasvansaannin osuudeksi suositellaan 30 % kokonaisenergiasta (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 1998), mutta Finravinto 2002- tutkimuksen mukaan suomalaisen aikuisväestön rasvansaanti ylitti ravitsemussuosituksen. Niin ikään molemmilla sukupuolilla suolan saanti ylitti suositellun määrän, mutta kuidun saanti jäi alle suositusten (taulukko 1) (Reinivuo ym. 2003, 81–82). Tuloksia tarkasteltaessa tulee huomioida, että tutkimukset on toteutettu kyselylomakeseurannalla eikä esimerkiksi haastattelemalla.

Taulukko 1. Energiaravintoaineiden ja kuidun keskimääräinen saanti (Reinivuo ym. 2003) ja niiden saantisuosituksset (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 1998)

Ravintoaine	Suositus	Saanti (keskiarvo naisilla ja miehillä)
Ravintokuidut	25–30 g päivässä	20 g päivässä
Rasvan määrä	30 % kokonaisenergiasta	33,7 % kokonaisenergiasta
Proteiinit	10–15 % kokonaisenergiasta	16,4 % kokonaisenergiasta
Hiilihydraatit	55–60 % kokonaisenergiasta	47,6 % kokonaisenergiasta
Natrium	5 g päivässä	8,4 g päivässä
Sakkarosi	enintään 10 % kokonaisenergiasta	10 % kokonaisenergiasta

Pitkällä aikavälillä suomalaisten ruokailutottumukset ovat muuttuneet terveellisempään suuntaan (Helakorpi ym. 2005, 8). Tästä huolimatta kolesterolitason lasku on pysähtynyt ja ylipaino lisääntynyt (Vartiainen ym. 2003). Kolesterolitason lasku on tähän asti johtunut tyydyttyneen rasvan vähentämisestä. Nykyään tyydyttyneen rasvan osuus ruokavaliossa on pysynyt samana, mutta sen lähteet ovat muuttuneet. Rasvaisen maidon, voin ja juuston käyttö ovat

vähentyneet, mutta esimerkiksi leivonnaisten ja makeisten osuus lisääntynyt. (Helakorpi ym. 2005, 8, Vartiainen ym. 2003.) Vuonna 2003 lähes puolet suomalaisista aikuisista oli ylipainoisia (Helakorpi ym. 2005, 11). Ylipainon lisääntyminen johtuu pääasiassa elintapatekijöistä kuten epäterveellisestä ravitsemuksesta ja vähäisestä fyysisestä aktiivisuudesta (Lahti-Koski, 2001, 63–64, Wright ym. 2004). Runsaasti rasvaa ja vähän kuituja sisältävän ruokavalion ohella ylipaino on merkittävimpiä tyyppin 2 diabeteksen riskitekijöitä (Louheranta & Uusitupa 2000, Valle ym. 2002).

2.2 Liikuntakäyttäytyminen

Liikunnalla on huomattava merkitys tärkeiden kansansairauksien, kuten tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyssä ja hoidossa (Kesäniemi 2003). Jokaisen aikuisen tulisikin harrastaa teholtaan reipasta kävelyä vastaavaa kestävyysliikuntaa tai muuta fyysistä aktiivisuutta useampina päivinä viikossa. Liikunta voi koostua yhdestä tai useammasta jaksosta, joiden kokonaiskesto on 30 minuuttia (STM 2001, 6-7, Vuori 2003, 31.) Kestävyysliikunnan lisäksi liikehallinnan, lihasvoiman ja notkeuden harjoittaminen tuki- ja liikuntaelimistön terveyden edistämiseksi on tärkeää. Olennaisiksi fyysisen aktiivisuuden muodoiksi ovat nousseet myös hyöty-, arki- ja työmatkaliikunta. (Fogelholm ym. 2004.) Marcus ja Forsyth (2003) korostavatkin terveysliikunnan sisällön ja keston vaihtelevuutta, mikä tarjoaa enemmän mahdollisuuksia henkilöille valita itse liikkumismuotonsa ja ajan kohtansa. Tämä edistää samalla aktiivisen liikuntakäyttäytymisen sisäistämistä. (Marcus & Forsyth 2003, 6–7.) Aikaisempiin tutkimuksiin pohjautuen tämän tutkimuksen lähtökohtana riittävänä liikuntana pidetään useampina päivinä viikossa tapahtuvaa liikuntaa. Se voi koostua kestävyysliikunnasta, lihaskuntoa ylläpitävästä voimaharjoittelusta tai hyöty-, arki- ja työmatkaliikunnasta.

Kansallinen liikuntatutkimus (2002) osoitti, että noin puolet suomalaisesta aikuisväestöstä liikkuu terveytensä kannalta riittävästi. Terveyden kannalta riittävänä liikuntana pidettiin reipää ja reipasta tai voimaperäistä ja rasittavaa liikuntaa, joka tapahtuu vähintään kolme kertaa viikossa. Vastaavasti terveyden kannalta riittämättömästi liikkuvia aikuisia oli noin 1,5 miljoonaa. (Suuri kansallinen liikuntatutkimus, 2002.) Päivittäinen liikunta olisi kuitenkin suositeltavaa sen lyhyt- ja pitkäkestoisten vaikutusten aikaansaamiseksi (Laaksonen 2004). Heikentynyt fyysinen aktiivisuus lisää diabetekseen sairastumisen vaaraa, sillä vähintään kerran viikossa liikkuvilla sairastumisvaara on selvästi (30 %) pienempi kuin tätä vähemmän liikkuvilla. Etenkin ylipainoisilla säännöllisen liikkumisen vaikutus diabetesta ehkäisevänä tekijänä

on suurempi kuin normaalipainoisilla. (Louheranta & Uusitupa 2000, Valle ym. 2002.) Kestävyysliikunta vähentää diabetesriskiä, mutta erityisesti kuntosaliliikunnalla on todettu olevan myönteisiä vaikutuksia insuliini- ja glukoosiaineenvaihduntaan (Cuff ym. 2003, Tuomilehto ym. 2001). Hyötyliikunnan vaikutuksia diabeteksen ehkäisyyn on tutkittu vähän (Laaksonen 2004), mutta sillä on mahdollisesti diabetekselta suojaava vaikutus (Tuomilehto ym. 2001). Tutkimuksissa voidaan selvittää, millainen ja kuinka intensiivinen liikunta vaikuttaa diabetekseen. Niihin perustuvia suosituksia ihmiset eivät läheskään aina pysty noudattamaan. Lähtökohtana voidaankin pitää, että vähäinen liikunnan lisääminen on aina hyödyllistä. Tärkein liikuntamuodon valintaperuste on, että potilas kykenee ja haluaa harrastaa sitä pysyvästi. (Mustajoki 2004.)

3 TYYPIN 2 DIABEETIKOIDEN TERVEYSNEUVONTA

Terveysneuvonta voidaan määritellä esimerkiksi potilaskeskeiseksi tai asiantuntijakeskeiseksi. Potilaskeskeisessä neuvonnassa potilas on aktiivinen, arvioiva ja kokeileva, kun taas asiantuntijakeskeisessä terveysneuvonnassa hänen roolinsa jää passiiviseksi. (Anderson ym. 2000, 88.) Potilaskeskeinen terveysneuvontatilanne on aktiivinen, vastavuoroinen vuorovaikutusprosessi, jonka tarkoituksena on antaa potilaalle mahdollisuus edistää hyvinvointiaan (Ballou ym. 1992, 14–17, Nupponen 1998). Potilas voi vaikuttaa omiin tarpeisiinsa ja valintoihinsa, jotka tukevat ja lisäävät hänen hyvinvointiaan sekä auttavat ymmärtämään nykyistä ja tulevaa toimintaa. Potilas ja asiantuntija asettavat yhdessä tulevaisuuden tavoitteita. Ammatilaisen tehtävänä ei ole moralisoida tai saada potilasta omaksumaan henkilökohtaisia tai yhteiskunnan arvoja, vaan hänen tulee kunnioittaa potilaan yksilöllisyyttä. Terveysneuvonnan lähtökohdina ovat potilaan kuunteleminen sekä verbaalisten ja non-verbaalisten viestien ymmärtäminen. (Ballou ym. 1992, 7–24.)

Käytöksen muutokseen johtavan neuvonnan on todettu saavuttavan parhaimpia tuloksia kun asiantuntija on ymmärtäväinen, aito, lämmin, ei-tuomitseva ja välittävä. Keskeisiä neuvontakeinoja ovat kysymysten ja arvioinnin käyttö, jotta saataisiin selville potilaan näkökulma. Myös yhteenvedoilla voidaan parantaa muistamista, selventää ymmärtämistä ja näyttää, että asiantuntija on kuunnellut potilasta. Jokainen potilas on erilainen ja asiantuntijan tulisi ymmärtää, että jokaisella yksilöllä on omanlaiset tarpeensa ja tyyliinsä. (Anderson ym. 2000, 105.)

Diabeetikon terveysneuvonnassa asiantuntija voi esimerkiksi antaa neuvoja potilaalle, mutta diabeetikko itse kontrolloi päätöksentekoaan. Valinnat, jotka liittyvät esimerkiksi syömiseen ja fyysiseen aktiivisuuteen, tekee diabeetikko itse. Tällöin potilaan tekemien valintojen seuraukset koskevat vain häntä itseään. (Anderson ym. 2000, 70.) Tyypin 2 diabeetikoiden ja hoitajien välistä neuvontaa tutkittaessa kävi ilmi, ettei potilailla ollut juurikaan mahdollisuuksia kertoa omista elintapojensa muutosehdotuksista. Toisin sanoen elintapoihin liittyvä tavoitteenasettelu ja yhteisten suunnitelmien tekeminen sekä potilaiden rohkaiseminen neuvontakeskusteluiden aikana oli vähäistä. Terveysneuvontatilanteet olivat pääosin asiantuntijakeskeisiä neuvonantotilanteita, jotka eivät rohkaisseet potilasta osallistumaan niihin. Diabetesneuvonta on perinteisesti ollut asiantuntijakeskeistä, mikä saattaa vaikuttaa myös potilaiden

aktiivisuuteen terveysneuvontatilanteessa. (Karhila ym. 2003.) Tässä tutkimuksessa keskitytään tyypin 2 diabeetikoiden ravitsemus- ja liikuntaneuvontojen tarkasteluun.

3.1 Ravitsemusneuvonta

Lähtökohtana ravitsemusneuvonnalle voidaan pitää potilaan omaa ruokavaliota, johon yhdessä potilaan kanssa mietitään muutoksia (Salminen ym. 2002). Ravitsemusneuvonnassa arvioidaan potilaan ruokailutottumukset ja tehdään ruokavaliosuunnitelma (Koikkalainen 2001, 31). Ravitsemusneuvonnan tarkoituksena on myös lisätä potilaan tietoisuutta tämänhetkisen ruokavaliion sisältämistä riskeistä. Hoitaja voi tarvittaessa myös antaa uutta tietoa sekä ohjeita ravitsemuksesta. (Rosal ym. 2001.) Neuvonnan tarkoituksena on lisätä potilaiden valmiutta vaikuttaa ruokavaliomuutoksiin sekä rohkaista heitä osallistumaan omaan hoitoonsa (Kasila ym. 2003, Rosal ym. 2001). Tärkeää on myös lisätä potilaan luottamusta omiin kykyihinsä ruokavaliion muutoksessa sekä edistää ruokavaliomuutoksessa tarvittavia taitoja (Rosal ym. 2001). Ihanteellisessa neuvontatilanteessa potilas oivaltaa itse ravitsemusongelmansa ja löytää ratkaisuja siihen. Ravitsemusneuvonnan tehtävä ja neuvontatapa muuttuu sen mukaan, missä muutoksen vaiheessa asiakas on ja mikä on hänen valmiutensa muutoksen toteuttamiseen. (Rollnick ym. 1992, Torpström & Paganus 1999, 340.)

Ravitsemusneuvonnassa täytyy varata riittävästi aikaa asioiden havainnollistamiseen. Potilaiden hyväksymien tavoitteiden asettaminen motivoi potilasta paneutumaan enemmän ruokavaliionsa kuin epämääräisen ”älä syö rasvaa niin paljoa” -ohje. (Salminen ym. 2002.) Ravitsemusneuvonta on molemminpuolinen prosessi asiantuntijan ja potilaan välillä. Se sisältää vuorovaikutusstrategioista esimerkiksi neuvon antamisen, informaation antamisen, ja neuvottelun koskien tarkoituksenmukaista ravitsemuskäyttäytymistä. (Pyörälä 2000, 6.)

Tyypin 2 diabeetikkojen ravitsemusneuvonnassa suositellaan keskittymään potilaalle mieluisiin ruokavaihtoehtoihin, joiden avulla voidaan rakentaa terveellinen ravitsemus. Samalla autetaan potilasta hyväksymään uusi elintapa. Myös ympäristön (esimerkiksi ruokailutilanteet muiden kanssa) vaikutukset ravitsemukseen tulisi huomioida entistä tarkemmin. (Schultz ym. 2001.) Tyypin 2 diabeetikoilla ravitsemusneuvonta on perustunut aiempiin ruokailutottumuksiin ja niiden selvittämiseen. Näiden pohjalta on asetettu hoitosuosituksen mukaisia tavoitteita, jotka eivät käytännössä ole täysin toteutuneet. (STM 2000.)

3.2 Liikuntaneuvonta

Liikuntaneuvontatilanteessa asiantuntija ja potilas pohtivat potilaan liikuntatottumuksia ja liikkumisen terveystekijöitä sekä laativat yhdessä liikkumisohjeita. Lisäksi he arvioivat liikkumisen toteutumista. (Ståhl 2002.) Potilaan liikuntakäyttäytymisen muutoksessa tärkeitä, muutosta tukevia neuvontakeinoja ovat mm. liikunta-aktiivisuuden kartoitus, terveystietoa koskeva tiedon lisääminen, hyötyjen ja haittojen pohdinta, ongelmanratkaisukeinojen sekä sosiaalisen tuen kartoittaminen ja konkreettisen ohjelman laadinta (Vähäsarja ym. 2004). Liikunnan terveystekijöistä huolimatta liikuntaneuvonnan on Suomessa todettu jäävän melko vähäiseksi muun muassa ajan puutteen vuoksi (Poskiparta ym. 2004a).

Liikuntaneuvonnalla on keskeinen merkitys tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä ja hoidossa. Liikuntaneuvonta on haasteellinen prosessi sekä asiantuntijalle että potilaalle, mutta sen tulisi olla tärkeä osa elintapaneuvontaprosessia (Shultz ym. 2001). Liikuntaneuvonnan ensisijaisena tavoitteena on arkiliikunnan ja pienistä annoksista koostuvan päivittäisen liikunnan määrän lisääminen. Tyypin 2 diabeetikoiden fyysisen aktiivisuuden lisäämiseksi liikuntaneuvontatilanteessa tulisi käsitellä elinympäristön tarjoamia liikuntamahdollisuuksia, potilaan omaa motivaatiota sekä liikunnan hyötyjä ja esteitä. Perusterveydenhuollon elintapaneuvonnassa liikunnan osuus voi usein jäädä pinnalliseksi ja vähäiseksi, vaikka henkilöstö on tietoinen liikuntaneuvonnan tarpeellisuudesta. (Hay & Clark 1999.) Kansallisessa tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelmassa suositellaankin liikunnan lisäksi useita, aikaa vieviä toimenpiteitä eri vastaanottokäynneille (Diabetesliitto 2003).

Liikuntaneuvonnan tulisi olla luonnollinen osa tyypin 2 diabeetikon terveystapaneuvontaprosessia. Liikuntaneuvonta on haasteellinen prosessi sekä asiantuntijalle että potilaalle. Useimmat tyypin 2 diabeetikot kokevat samoja esteitä liikunnan harrastamiseksi kuin verenkiertoelimistön sairauksia sairastavat henkilöt. Niinpä heidän kohdallaan tulisi käyttää tähän sairausryhmään liittyviä ohjausmenetelmiä ja ohjata tyypin 2 diabeetikot esimerkiksi kyseiseen liikuntaryhmään. Lisäksi neuvontatilanteessa tulisi potilaalle antaa mahdollisuus pohtia oman liikuntansa mahdollisia esteitä, pelkoja jne. (Shultz ym. 2001.)

Tyypin 2 diabeetikoiden liikuntakäyttäytymisen muutoksessa verbaalinen liikuntaneuvonta on osoittautunut hyödyllisemmäksi kuin kirjallisen neuvontamateriaalin antaminen (Kirk ym. 2001). Potilaille suunnatun lyhytkestoisen liikuntaneuvonnan ja sen tukena käytetyn kirjalli-

sen materiaalin on todettu lisäävän heidän liikunta-aktiivisuuttaan. Tutkimus oli kuitenkin suunnattu henkilöille, jotka jo ennen tutkimukseen osallistumistaan liikkivat melko paljon. (Kirk ym. 2001, Elley ym. 2003.) Aittasalo ym. (2004) puolestaan osoittivat transteoreettiseen malliin pohjautuvan verbaalisen liikuntaneuvonnan tuottavan tulosta. Neuvontaan osallistuneiden liikunta-aktiivisuus kasvoi lyhytaikaisesti, mutta pitkäaikaisia vaikutuksia ei pystytty osoittamaan. (Aittasalo ym. 2004.) Lisäksi uuden elintavan sisäistämistä saattaisi edistää liikuntakäsitteen korvaaminen jollakin toisella käsitteellä, esimerkiksi fyysinen aktiivisuus (Shultz ym. 2001). Onnistuneen liikuntaneuvonnan toteuttaminen edellyttää yhteistyön kehittämistä eri ammattihenkilöiden ja liikuntasektoreiden välillä. (Vuori 2003, 142–144.) Liikuntaneuvontaa tukeva yhteistyö voi tapahtua esimerkiksi lääkärin ja terveydenhoitajan tai fysioterapeutin sekä liikuntapalveluja tarjoavien yhteisöjen välillä (Estabrooks ym. 2000).

3.3 Rohkaisu terveysneuvonnassa

Neuvonnassa käytetään erilaisia vuorovaikutuksen keinoja tarjottaessa potilaalle tukea ja ohjausta (Pyörälä 2000, 6). Yksi vuorovaikutuksen keinoista on rohkaisu, jonka on todettu olevan tärkeässä asemassa niin yksityisissä kuin ammatillisissa suhteissa. Rohkaisua onkin pidetty yhtenä neuvonnan lähtökohtana. (Phelps ym. 2001, Cheston 2000.) Vuorovaikutus on sidoksissa kulttuuriin. Kulttuuri on määritelty eräänlaisiksi ohjeiksi, joiden perusteella ihminen käyttäytyy muiden ihmisten kanssa. Sillä on monella tavalla vaikutusta ihmisten elämään, esimerkiksi uskomuksiin, käyttäytymiseen, uskontoon, perheeseen, kieleen ja asenteisiin. Kulttuuri voikin vaikuttaa ihmisten esiintymiseen, kommunikointiin ja kokemuksiin. (Anderson ym. 2000, 84–85.) Koska kieltä on mahdotonta erottaa kulttuurista, rohkaisun keinoissa tulee huomioida sen merkitys.

Suomalaisia pidetään usein hiljaisina. He ilmoittavat asiansa lyhyesti, minkä jälkeen he katsovat, ettei siihen tarvitse enää palata (Cools ym. 1998, 38, 42). Keskustelussa suomalaisille tyypillistä on etäisyys ja vaatimattomuus. Vastaavasti esimerkiksi yhdysvaltalaiset puhuvat paljon ja käyttävät puheessaan runsaasti superlatiiveja kuten ”mahtavaa”, ”upeaa”. Tämä voi vaikuttaa suomalaisista pinnalliselta, sillä he välttävät superlatiiveja tai käyttävät niitä vähän. (Carbaugh 1997, 223–225.) Kieli muodostuu siis sanoista ja säännöistä, joita käytetään ja ymmärretään yhteisön sisällä ja ne vaihtelevat kulttuureittain (Samovar ym. 1998, 122.).

Rohkaisu on myös määritelty prosessiksi, jolla autetaan yksilön sisäisten resurssien kehittymistä ja edistetään positiivista käyttäytymistä (Cheston 2000). Rohkaisu on kuuntelemista ja ymmärtämistä, joka sisältää tunteet riittävydestä, pätevyydestä, toivosta ja luottamuksesta (Phelps 2001). Vastavuoroisella kunnioituksella, yhdenvertaisuudella, ymmärtämisellä ja uskolla saadaan aikaan potilaan luottamus omiin kykyihinsä (Cheston 2000, Azoulay 1999). Rohkaisulla keskitytään yksilön vahvuuksiin ja voimavaroihin sekä huomioidaan yksilön pyrkimyksiä saavuttaa haluttu käytös. Tällaisen toiminnan avulla pyritään myös tuomitsematta korostamaan yksilön kehitystä vertaamalla sitä hänen aikaisempaan suoritukseensa. (Cheston 2000.)

WordNet (2005) määrittelee rohkaisun tuen tai hyväksymisen ilmaukseksi sekä toivon tai tuen antamiseksi jollekin (WordNet 2005). Suomen kielen sanakirjan (1998) mukaan rohkaisun sijaan on kannustamista ja rohkeuden antamista (Nurmi 1998, 902). Myös Beck (1994) määrittelee rohkaisun rohkeuden antamiseksi potilaalle, jotta hän pystyy vastaanottamaan hänelle suunnatun hoidon. Rohkaisemista voidaan kutsua toivon ja rohkeuden oivallukseksi. (Beck 1994.) Rohkaisuksi voidaan lukea kaikki, mitä ihminen tekee saadakseen toisen ihmisen toimimaan aktiivisemmin, käsittelemään ongelmiaan tehokkaammin, luottamaan enemmän itseensä ja olonsa tuntumaan paremmalta. Rohkaisu vahvistaa henkilön luottamusta itseensä ja omaan toimintaansa. (Bahlmann & Dinter 2001.)

Rohkaisulla on henkilökohtaisen tavoitteen lisäksi myös sosiaalinen tavoite, mikä edesauttaa toimimista yhteiskunnan jäsenenä (Bahlmann & Dinter 2001). Rohkaisu on aina jollakin tavoin tekemisissä positiivisten arvojen kanssa (Beck 1994, Jones 1997), mikä tekee sen samankaltaiseksi myös kehuun ja kohteliaisuuden kanssa (Jones 1997). Bahlmann ja Dinter (2001) sanovat rohkaisun tuovan esiin sekä positiiviset että negatiiviset seikat, mutta pyrkii suuntaamaan ajattelun positiivisuuteen (Bahlmann & Dinter 2001).

Tuki ja rohkaisu näyttäisivät olevan käsitteinä lähellä toisiaan. Kirjallisuudessa niillä tarkoitetaan usein lähes samaa asiaa (Jokinen 1995, 111). Support (suom. tuki) määritellään tueksi, myötätunnon osoittamiseksi ja tuen antamiseksi (Nurmi 1998, 1032). Tukemisprosessissa rohkaistaan henkilöä aloittamaan tai jatkamaan tietty käyttäytymismalli. Yleisimpiä tukemiskeinoista ovat verbaalisen ja nonverbaalisen tuen muodot. Myös kirjallisen tuen avulla on saavutettu tuloksia sellaisten henkilöiden keskuudessa, jotka ovat epäilleet omia kykyjään uuden käyttäytymismallin omaksumisessa. (Ballou ym. 1992, 5.) Tukemiseen sisältyvät in-

formatiivinen, konkreettinen ja emotionaalinen näkökulma (Albrecht & Adelman 1984). Tämän tutkimuksen kannalta emotionaalinen tuki on olennaisin tuen muoto, koska sillä viitataan kuuntelemiseen, rohkaisuun ja empatiaan (ks. Hietaranta & Jokinen 1989).

Tässä tutkimuksessa rohkaisu on määritelty verbaaliseksi tai nonverbaaliseksi positiiviseksi ilmaisuksi, jonka tarkoituksena on keskittää potilaan ajattelu hyviin asioihin ja kannustaa häntä uskomaan omiin kykyihinsä. Sitä käytetään autettaessa ja tuettaessa potilasta omaksumaan ja ylläpitämään uusi elintapa. Rohkaisulla edistetään myös potilaan omaan hoitoon osallistumista.

3.3.1 Rohkaisun käyttö muutoksen ja hoitoon osallistumisen edistämässä

Elintapamuutosta voidaan edistää vahvistamalla potilaan uskoa uuden käyttäytymisen positiivisiin vaikutuksiin sekä hänen omiin kykyihinsä muutoksen toteuttajana (ks. Marteu & Lerman 2001). Rohkaisu on yksi oleellinen osa elintapamuutoksen edistämässä. Rohkaisun tarkoituksena on auttaa potilasta määrittämään päätöksensä tarkoitus ja seuraukset sekä auttaa noudattamaan uudenlaisia elintapoja. Asiantuntija auttaa rohkaisullaan potilasta pääsemään vaaditulle valmiuden tasolle, jolla elintapamuutoksen aloittaminen on mahdollista. (Beck 1994.) Asiantuntijan rohkaisu elintapamuutosprosessin aikana onkin hyväksi potilaalle, sillä terveydenhoitohenkilökunnan antaman verbaalisen rohkaisun on todettu olevan tärkeää motivoitaessa ihmisiä osallistumaan elintapamuutoksen toteuttamiseen (Whittemore ym. 2003, Resnick 1996).

Rohkaisun avulla potilaskeskeisessä neuvonnassa pyritään motivoimaan potilasta kertomaan omista, yksilöllisistä ongelmistaan sekä kannustamaan elintapamuutukseen. Potilaskeskeisellä neuvonnalla on saavutettu hyviä tuloksia esimerkiksi fyysisen aktiivisuuden lisäämisessä sekä ruokavalion muuttamisessa. (Britt ym. 2004.) Potilasta voidaan rohkaista elintapamuutukseen avoimien kysymysten ja arvioinnin avulla sekä toistamalla hänen ilmaisujaan (Doherty & Roberts 2002). Potilasta voidaan kannustaa hänen peloissaan, auttaa häntä hyväksymään epävarmuutensa ja kokemansa vaikeudet. Lisäksi potilaalle voidaan antaa neuvoja alhaiseen itse-tuntoon ja sitoutumiseen tai järjestää hänelle mahdollisuus osallistua ryhmätoimintaan, mikä saattaa lisätä potilaan muutosvalmiutta. (Beck 1994.) Potilaan itseluottamusta voidaan lisätä rohkaisemalla häntä omaksumaan perheen ja ystävien tukeman elintapamuutoksen. Myös rohkaisemalla potilasta osallistumaan diabetesta sairastavien tukiryhmään tai painonhallinta-

ryhmään, voidaan lisätä potilaan motivaatiota elintapamuutoksen aikaansaamiseksi. (Whittemore ym. 2003.) Potilaan elintapamuutosten käsittelyssä diabeteshoitajalla on ratkaiseva rooli, koska hän voi toimia muutoskeskustelujen avaajana tai sulkijana (Kettunen ym. 2004).

Hoitajan ja lääkärin antama rohkaisu edistää potilaiden hoitoon osallistumista. Rento ja avoin ilmapiiri ei aina rohkaise tarpeeksi kaikkia ja ujut ihmiset, jotka eivät saa rohkaisua, ovat aina epävarmempia kuin aktiiviset potilaat. (Sainio ym. 2001.) Yhteistyössä tapahtuvan neuvontakeskustelun on todettu edistävän potilaan kykyä muutosten toteuttamiseksi, mutta se ei kuitenkaan automaattisesti johda potilaan aktiiviseen ja onnistuneeseen itsehoitoon (Kettunen ym. 2001). Jos rohkaisijan käyttäytyminen ei ole vastaanottajaa palkitsevaa, ei häntä tällöin ole rohkaistu, eikä hänen käyttäytymisensä muutu. Kun rohkaisu tulee käyttäytymisen jälkeen, se vahvistaa ja palkitsee käyttäytymistä. Potilaan epäonnistuuessa rohkaisu ei kuitenkaan vahvista epäonnistumiseen johtavaa käyttäytymistä, vaan se toimii eräänlaisena kannustimeksi, jonka avulla voidaan herättää toiveita potilaassa. (Azoulay 1999.) Terveystieteiden ammattilaiset rohkaisevat potilastaan yleensä, kun he haluavat potilaan yrittävän heille jotakin uutta tai pelottavaa asiaa tai asiaa, jonka vuoksi asiakkaalla on alhainen itseluottamus (Beck 1994).

3.3.2 Verbaalinen rohkaisu terveysneuvonnassa

Verbaalisen rohkaisun (esim. ”Hienoa!”) tarkoituksena on keskittää potilaan huomio hyviin asioihin, kannustaa potilasta ja pitää yhteyttä potilaaseen. Rohkaiseva lause voi jatkua suoraan myös täydentävällä puheella, kuten tarkentavalla kysymyksellä, informaatiolla tai neuvolla. (Jones 1997.)

3.3.2.1 Kannustus ja hyväksyntä rohkaisuna

Rohkaisu voi ilmetä kannustamisena ja hyväksymisenä. Kannustaessaan potilasta (”Jatka yrittämistä!” ja ”Pystyt tekemään sen!”) asiantuntija ilmaisee uskonsa potilaan kykyyn selviytyä tehtävästä. Kannustamalla potilasta esimerkiksi sanomalla toistuvasti ”aivan” ja ”niin”, asiantuntija rohkaisee häntä kertomaan yhdestä tapahtumasarjasta kerrallaan, aiheesta poikkeamatta. (Faulkner & Maguire 1999, 59–60.) Kannustuksella voidaan pyrkiä lisäämään myös potilaan oman toiminnan arviointia. Aktiivista kannustusta voidaan osoittaa myös myönteisillä palautteilla, kuten ”just”, ”just joo”. Kannustusta lisää myönteisen palautteen antaminen pääl-

lekkäispuheena sekä sellaisissakin kohdissa, joissa asiakkaan puhe on vielä kesken. (Suoninen 2000, 85–86.) Joskus päällekkäispuheella voi olla myös kulttuurinen merkitys, jolla ei välttämättä ole kannustavaa merkitystä (Samovar 1998, 122). Kannustusta pidetään periaatteellisesti hyvänä asiana, mutta täytyy muistaa, että asiakkaat tulkitsevat todennäköisesti myös mahdollisia piileviä funktioita, kuten vaivihkaa rivien välistä tapahtuvaa painostusta. (Suoninen 2000, 79, 99.)

”Hyvin tehty!” kaltainen lause puolestaan ilmaisee yksilön tai tämän tekemisen hyväksymistä. Termeillä ”hyvä”, ”hienoa”, ”mahtavaa”, ”tärkeää” ja ”ällistyttävää” voidaan kannattaa positiivisen, optimistisen ja toiveikkaan asennoitumisen omaksumista. (Rathvon 1990.)

3.3.2.2 Kysymysten käyttö rohkaisussa

Kysymysten avulla kerätään tietoa, rohkaistaan potilasta keskustelemaan, tunnistetaan ongelmia ja vaikeuksia, suunnataan terveysneuvontatilanne tiettyihin aiheisiin, tuodaan julki kiinnostus potilaaseen sekä selvitetään hänen mielipiteitään. Kysymykset voivat olla esimerkiksi avoimia ja suljettuja. Avoimet kysymykset antavat potilaalle enemmän tilaa keskustella, kun taas suljetut kysymykset keskittyvät asiantuntijan tiedon keräämiseen. Avoimet kysymykset ovat laajoja ja aikaa vieviä, mutta saattavat samalla tuoda esille arvokasta ja odottamatontakin tietoa. (Ruusu vuori 2004, Tomm 1988, Tschudin 1995, 109–110.)

Avoimien kysymysten avulla rohkaistaan potilasta esimerkiksi kertomaan kokemuksistaan ja henkilökohtaisista ongelmistaan, miettimään elämäntilannettaan sekä käsittelemään päätöksentekoaan (Faulkner & Maguire 1999, 59–60, Britt ym. 2004). Avoimilla kysymyksillä voidaan kehittää selvä kuva potilaan perspektiivistä ja muutoksen vaiheesta sekä johdatella häntä ajattelemaan omaa elintapamuutostaan (Lynne 2003, Mustajoki 2003). Rohkaistaessa potilasta kertomaan kokemuksistaan laajemmin, voidaan kysyä esimerkiksi: ”Onko teillä itsellenne ajatusta siitä, mistä ylipainonne saattaa johtua?” (vrt. Faulkner & Maguire 1999, 60). Hoitaja voi rohkaista potilasta puhumaan henkilökohtaisista ongelmistaan, joilla on vaikutusta hänen käyttäytymiseensä. Tällainen kysymys voi olla esimerkiksi: ”Mitä ongelmia sinulla on ollut ylipainosi vuoksi?”. ”Mitä tapahtuu, jos jatkat kuten nytkin?” -kysymyksellä voidaan rohkaista potilasta miettimään sen hetkistä tyytyväisyyttään elämään ja sitä, millaista hänen elämänsä on tulevaisuudessa, jos hän ei muuta käyttäytymistään. Etsimällä hyviä ja huonoja pulia pohjautuen edellisiin kysymyksiin, rohkaistaan potilasta käsittelemään päätöksentekoaan. (Britt

ym. 2004.) Avoimet kysymykset ovat suositeltavampia kuin suljetut kysymykset, koska ne jättävät enemmän tilaa potilaan omille vastauksille (Ruusuvuori ym. 2004). Lääkärit kysyvät usein potilaalta suljettuja -ko/-kö -loppuisia tai vaihtoehtoja asettavia vai -kysymyksiä, joilla voidaan rohkaista potilasta kertomaan vaivoistaan. Tällöin potilas jättää usein pois kokonaistilanteensa ymmärtämiseen liittyviä asioita ja mukailee lääkärin näkökulmaa. (Ruusuvuori ym. 2004, Mishlerin 1984 mukaan.) Tällainen lääkärin tapa haastatella potilasta voi rajoittaa potilaan tilaa tuoda esiin häntä askarruttavia asioita (Ruusuvuori ym. 2004).

Rohkaisuun voidaan liittää sitä täydentävä jatkokysymys, jonka tarkoituksena on pitäytyä samassa aiheessa, mutta etsiä siitä kysymyksen avulla uutta informaatiota. Tällainen rohkaisuun liitetty kysymys, voi olla esimerkiksi: ”Kuulostaa hyvältä, kuinka nousit ylös tänä aamuna?” Potilas vastaa kysymykseen, ei hoitajan antamaan rohkaisevaan arvioon. (Jones 1997.) Jatkokysymyksen esittämisellä hoitaja viestii, että asiakkaan idea ja hänen ajatuksensa ovat tärkeitä ja kiinnostavia (Suoninen 2000, 78).

3.3.2.3 Neuvojen käyttö rohkaisussa

Kysymysten lisäksi neuvot ja ohjeet ovat tärkeitä terveysneuvonnan välineitä (Poskiparta 1997, Kettunen 2001). Kun asiantuntija suosittelee potilaalle määrätynlaista, nykyisestä toimintatavasta poikkeavaa tulevaisuuden toiminnan suuntaa, on kyse neuvosta. Neuvo on yleensä helppo antaa, mutta vaikeaa hyväksyä, seurata ja omaksua. (Ballou ym. 1992, 4–5.) Neuvoja voidaan antaa pieniin kysymyksiin tai ongelmiin. Neuvojen tarkoituksena on löytää oikea toiminnan suunta, jonka mukaisesti potilas voi toimia itsenäisesti. (Nupponen 1998.) Neuvo voi olla selkeästi havaittavissa tai se saattaa sisältyä esimerkiksi kysymysmuotoiseen lauseeseen. (Juhila 2000, 106–107.) Auttamistyöntekijöiden on todettu harvoin soveltavan suoraa neuvonantoa. Sen sijaan suostuttelu, johdattelu ja vihjaileva houkuttelu näyttävät olevan haastattelun jatkuvasti läsnä olevia ominaisuuksia. Lisäksi suositaan persoonatonta neuvonantoa, jolla pyritään välttämään liian henkilökohtaista neuvomista. (Suoninen 2000, 87.)

Neuvonanto on hyvin traditionaalinen terveysneuvonnan keino, mutta elintapamuutoksen aikaansaamisessa sillä on todettu olevan vain vähäistä merkitystä. Neuvonannosta on todettu olleen hyötyä vain 5–10 % neuvontatapauksia. (Hillsdon 2002, Britt ym. 2004.) Elintapamuutokseen kohdistuvat neuvot syntyvät potilaan ja asiantuntijan yhteistyönä ja niillä voidaan tukea potilaan oman toiminnan arviointia sekä päätöksentekoa. (Poskiparta 1997, Kettunen

2001.) Neuvonanto voi käynnistyä joko hoitajan tai potilaan tekemästä aloitteesta. Kun potilas tekee aloitteen neuvon saamiseksi, hän pyytää sitä suoraan tai keskustelee epäsuorasti asioista, jotka tekevät neuvon merkitykselliseksi. Hoitaja antaa yleensä neuvon potilaan tekemien kysymysten jälkeen. Jos hoitaja neuvo potilasta ilman potilaan osoittamaa tarvetta, neuvonanto saattaa lisätä potilaan välinpitämättömyyttä neuvontaa kohtaan. (Peräkylä 1994.) Vaikka neuvon on todettu olevan läsnä tukevassa vuorovaikutuksessa (MacGeorge ym. 2004), sillä ei yksin ole rohkaisevaa merkitystä.

Neuvo voidaan kuitenkin liittää rohkaisevaan arviointiin, esim. ”Hyvä, älä pelkää käydä lääkärissä, jos siltä tuntuu”. Tällöin puheenvuoro tarjoaa arvioinnin ja neuvon jostakin spesifistä tiedosta, jonka asiantuntija mieltää erityisen olennaiseksi avuksi potilaalle. Potilas vastaa taas neuvonantoon, ei annettuun rohkaisuun. Jatkamalla rohkaisua neuvonannolla tai muulla lauseella, potilaalle jää mahdollisuus tarttua joko rohkaisuun tai jatkolauseeseen. Rohkaisevaan arviointiin liitetty yhteenvedo kertoo edellisissä puheenvuoroissa käsitellyt asiat keskittymällä hyviin asioihin. (Jones 1997.)

3.3.2.4 Tiedonanto rohkaisussa

Neuvonannolla suositellaan potilaalle määrätynlaista toiminnan suuntaa, kun taas tiedonannolla pyritään lisäämään potilaan tietämystä esimerkiksi elintavoista. Tiedon antaminen on tärkeä osa terveysneuvontaa ja potilaan omaan hoitoon osallistumista (Rollnick ym. 1992, Sainio ym. 2001). Sen avulla voidaan tukea potilaan päätöksentekoa ja hänen oman toimintansa arviointia (Poskiparta 1997, Kettunen 2001). Potilaan itsenäisen ja tavoitteellisen toiminnan tukemisessa asiantuntijan antamalla tiedolla on suuri merkitys (Nupponen 1998). Tiedon antamisessa tulee huomioida potilaan valmius vastaanottaa tietoa sekä välttää pelottavan tiedon kertomista, joka ei ehkä motivoi potilasta halutun käyttäytymisen aikaansaamiseen, vaan voi aiheuttaa vastakkaisen reaktion (Rollnick ym. 1992). Toisaalta potilaan sairauteen liittyvien tietojen perusteellinen selvittäminen voi rohkaista häntä keskustelemaan aktiivisemmin omasta tilanteestaan. Tämä parantaa samalla hoitoon sitoutumista ja edistää hoito-ohjeiden noudattamista. (Ruusu vuori ym. 2003.) Tiedonjakaminen ei kuitenkaan ole yksisuuntaista vaan potilaan tietämys lisääntyy myös silloin, kun hän itse pohtii ja kysyy. Potilaan tietämyksen kartuttamista tuetaan esimerkiksi erilaisilla äänenpainoilla esitetyillä kysymyksillä, myöntelevällä ääntelyllä (”niin, ahaa”) ja muulla ei sanallisella viestinnällä. (Poskiparta 1997.)

Rohkaisuun voidaan liittää myös tietoa (esim. ”Hyvä, kerron sinulle hyödyllistä tietoa Auttava-puhelimesta...”). Sen tarkoituksena on antaa täydentävää tietoa rohkaisun lisäksi. Asiantuntija tarjoaa tietoa, joka voi olla olennaista ja asiaankuuluvaa potilaalle. Potilaan kannalta suotuisan tiedon jakaminen on osa asiantuntijana olemista. Asiantuntija pyrkii saavuttamaan neuvonnalle asetetut tavoitteet jakamalla tietoa, jolloin potilaan on tarkoitus reagoida annettuun tietoon eikä sitä edeltäneeseen rohkaisuun. (Jones 1997.)

3.3.2.5 Palaute rohkaisukeinona

Palaute on olennaista kommunikaatioprosessille eikä sen merkitystä voida liioitella. Palaute on viestin antajan ja vastaanottajan välinen yhteys ja antaa kommunikaatiolle virallisen luonteen. Kaikki, jotka ovat osallisina kommunikaatioon, lähettävät viestejä ja palautetta. Kasvotusten annettava viesti antaa mahdollisuuden välittömään palautteeseen. Palautteen antaja voi helposti havaita ja kuulla vastaanottajan reaktion, mikä helpottaa arvioimaan viestin vaikuttavuutta. Jos palautteen antaja huomaa, ettei palaute mennyt perille, hän voi muuttaa heti taktiikkaansa. Positiivinen palaute toimii eräänlaisena palkintona ja sen avulla rohkaistaan potilasta jatkamaan nykyistä käyttäytymistään. Vastaavasti negatiivinen palaute saattaa tuntua rangaistukselta ja olla epämieluisa, mutta se auttaa samalla ymmärtämään muutoksen tarpeellisuuden. (Burgoon ym. 1994, 92–94.) Positiivinen palaute sisältää esimerkiksi kiinnostuksen ja hyväksynnän (”Tiedän, että pystyt parempaan”) ja empatian (”Tiedän, miltä sinusta tuntuu, sillä sama tapahtui minulle aikaisemmin”) (Goldsmith 1994, 38).

3.3.3 Nonverbaalinen rohkaisu terveysneuvonnassa

Rohkaisu voi olla myös nonverbaalista (Geerts ym. 1997). Nonverbaalinen kommunikaatio sisältää kaikki sanattomat viestit, joita ihmiset käyttävät sosiaalisessa kanssakäymisessä. Sen avulla pyritään toistamaan sekä korvaamaan ja tarkentamaan verbaalisia viestejä. Nonverbaaliset viestit saattavat olla ristiriidassa verbaalisten viestien kanssa tai ne voivat korostaa tiettyjä asioita esimerkiksi sormella osoittamisen ja huudahduksen avulla. (Ray & Donohew, 1990, 158.) Nonverbaalinen kommunikaatio on jaettu sen moninaisuuden vuoksi useisiin eri tasoihin, joista tässä tutkimuksessa ovat tärkeimpiä kinetiikka ja kontaktikoodit (Hecht ym. 1999, 5, 7).

Kinetiikka sisältää kaikki keholla lähetetyt viestit kuten eleet, asennot ja kehon liikkeet. Siihen sisältyvät myös kasvojen ilmeet kuten hymy, otsan rypistys ja irvistys. Myös silmien liikkeet voidaan lukea kuuluvaksi tähän ryhmään. (Hecht ym. 1999, 5, 7.) Nonverbaaliseksi rohkaisuksi tulkittavia eleitä voivat täten olla esimerkiksi nyökkäily, kun tarkoitetaan "kyllä" ja lyhyet sanalliset ilmaisut asiakkaan puhuessa. Geerts ym. (1997) ovat tutkimuksessaan luokitelleet nonverbaaliseksi rohkaisuksi kuuntelemisen yhteydessä annetun verbaalisen palautteen kuten "hm hm" ja "kyllä kyllä" sekä pään nyökkäykset tai pudistukset. Tällä parakielellä haluttiin osoittaa, että asiakasta kuunneltiin. (Geerts ym. 1997.)

Kontaktikoodeihin puolestaan kuuluvat tilankäyttö, kosketus ja muu fyysinen kontakti (Hecht ym. 1999, 8). On osoitettu, että lääkärit, jotka istuvat lähellä potilasta, käyttävät suoraa katsekontaktia, nojaavat eteenpäin ja käyttävät kommunikoidessaan kosketusta, saavuttavat empaattisuudellaan potilaiden luottamuksen. Symmetrinen istuma-asento, jolloin kädet lepäävät rentoina sylissä, houkuttaa potilasta osallistumaan hyvän hoitosuhteen luomiseen, pikemmin kuin suljettu asento, jolloin kädet ovat ristissä rinnan päällä. (Burgoon ym. 1996, 329, Ray & Donohew, 1990, 33.) Rohkaisun kannalta eri etäisyyksiltä tapahtuvalla kommunikaatiolla on merkitystä. Terveystieteiden alalla tätä on tutkittu vähän, mutta kouluympäristössä tehdyn tutkimuksen mukaan läheltä annetun rohkaisun on todettu parantavan koulusuoritusta enemmän kuin kauempaa annetun rohkaisun. (Rathvon 1990.)

4 MITEN MUUTOS ETENEE RAVITSEMUS- JA LIIKUNTA-KÄYTTÄYTYMISESSÄ?

Elintapoihin liittyvä käyttäytymisen muutos on pitkä prosessi (Whittemore ym. 2003). Elintapamuutosten tulisi olla pitkäaikaisia ja mieluiten pysyviä, jotta tyyppin 2 diabeteksen puhkeamista voidaan ratkaisevasti siirtää tai ehkäistä (Salminen ym. 2002). Asiakaskeskeisten neuvontamallien, esimerkiksi muutosvaihemalliin perustuvan neuvonnan, on todettu edistävän potilaiden elintapamuutosta pitkälläkin aikavälillä (Rosal ym. 2001). Transteoreettista muutosvaihemallia on käytetty kuvailemaan esimerkiksi liikunnan, tupakoinnin, terveellisen syömis- ja diabeteksen itsehoidon muutosprosessia (Anderson ym. 2000, 107). Malli antaa näkemyksen, miten potilasta voidaan parhaiten auttaa etenemään elintapamuutoksessa. Siinä huomioidaan potilaan muutosvalmius ja muutosta tukevat prosessit sekä ei-toivotun käyttäytymisen mahdolliset taustatekijät. (Prochaska & Norcross 2003.) Neuvonnan kohdentaminen on tärkeää, sillä väärin kohdennetulla neuvonnalla voi olla kielteisiä vaikutuksia potilaan muutosvalmiuteen. (Rollnick ym. 1999). Elintapojen muutosta tukevaan terveysneuvontaan on kehitetty apuvälineeksi muutosvaihemalliin perustuva elintapojen muutosten kartoitus- ja seurantalomake helpottamaan elintapojen puheeksi ottamista (Poskiparta ym. 2004b).

Ruokavalion muuttaminen ja liikunnan lisääminen ovat usein kaikkein haastavimmat ja vaikeimmat hoidolliset alueet potilaiden lisäksi myös hoitajille ja lääkäreille, sillä päätös muuttaa käyttäytymistä kuten syömistä, ei aina ole helppo tehdä. Lisäksi potilaan mielenkiinto muutosta kohtaan on vaihtelevaa ja tunteet horjuvat. (Rollnick ym.1992, Clark ym. 2002.) Ihmiset muuttavat ruokavaliotaan, kun heillä on tietoa ruoan ja terveyden yhteydestä toisiinsa ja kun he hallitsevat tiedon soveltamisen käytännön taitoihin (Savoca & Miller 2001). Ruokavalion muuttamisesta saadaan usein hyviä tuloksia lyhyellä aikavälillä (Koikkalainen 2001, 19). Vastaavasti pitkäaikaisten muutosten aikaansaaminen on vaikeampaa ja muutosprosessiin ryhtymiseen tarvitaankin motivaatiota muuttaa esimerkiksi omaa ruokavaliotaan (Savoca & Miller 2001).

Ravinto- ja liikuntatottumusten omaksumisessa muutosta voidaan tarkastella erilaisten muutosvaiheiden kautta. Muutosvaihemallissa henkilö elää tiettyjen vaiheiden kautta kohti elintapojen muutosta. (Prochaska ym. 1997, 60–63, Sporny & Contento 1995.) Prochaskan transteoreettisen mallin muutosvaiheet ovat yhtä aikaa sekä vakaita että dynaamisia. Vaikka vai-

heet saattavatkin kestää tietyn ajan, niin ne ovat kuitenkin jatkuvasti alttiita muutoksille (Prochaska & Marcus 1994, 162). Adamsin ja Whiten (2003) mukaan transteoreettista mallia hyödyntämällä lyhytkestoisia liikuntakäyttäytymisen muutoksia saavutetaan suuressa osassa interventioista, kun taas pitkäaikaisen fyysisen aktiivisuuden lisääminen on huomattavasti vaikeampaa (Adams & White 2003). Pysyvän terveyskäyttäytymisen muutoksen saavuttamisessa henkilön motivaatiolla ja sitoutumisella on suuri merkitys, sillä neuvonnan vaikutukset eivät välttämättä ilmene välittömästi neuvonnan jälkeen. (Salminen ym. 2002, Koikkalainen 2001, 29.) Prochaskan muutosvaihemalli korostaa kahta keskeistä tukemisen periaatetta. Ensimmäkin tuen ja ohjauksen tulee olla pitkäaikaista sekä suuntautua vaihe vaiheelta muutoksen edetessä. Lisäksi tuki ja ohjaus pyritään toteuttamaan yksilöllisesti ja tilanteen mukaisesti. (Prochaska ym. 1997, 64.) Malli ei kuitenkaan avaa tukemisen periaatteita tarkemmin.

Transteoreettisesta mallista on olemassa erilaisia versioita, joissa muutosvaiheiden lukumäärät ja nimet vaihtelevat. Tässä työssä on käytetty Prochaskan muutosvaihemallia. Prochaska on nimennyt viisi muutoksen aikaan saavaa vaihetta, jotka ovat esiharkintavaihe (pre-contemplation), harkintavaihe (contemplation), valmistautumisvaihe (preparation), toimintavaihe (action) sekä ylläpitovaihe (maintenance). Muutosprosessi päättyy kuudenteen vaiheeseen, joka on päätösvaihe (termination). Malliin sisällytetään käyttäytymisen muutokseen vaikuttavat päätöksenteon tasapainoisuus ja ihmisen omat käsitykset kykeneväisyydestään. (Clark ym. 2002.) Elintapojen muuttamiseen johtava tietoisien muutosprosessin käynnistäminen edellyttää muutoksia myös ajattelussa ja suhtautumisessa omiin tottumuksiin (Prochaska ym. 1997, 61–63). Sen vuoksi tuen ja rohkaisun merkitys on tärkeää muutosprosessin aikana.

Ruokavalion pysyvässä muuttamisessa on olennaisinta syömiseen liittyvän käyttäytymisen muuttaminen. Parhaaseen tulokseen päästään kun potilas pystyy omaehtoiseen käyttäytymisen muuttamiseen, mikä pohjautuu annettujen ohjeiden sisäistämiseen. (Koikkalainen 2001, 19.) Liikuntakäyttäytymisen muutosvaiheissa eteneminen saattaa ennustaa tulevaa aktiivisuuden muutosta, mutta fyysisen aktiivisuuden tasosta se ei kuitenkaan kerro (Vähäsarja ym. 2004). Liikuntakäyttäytymisen muutosta tukevat muun muassa liikuntaneuvonnan intensiivisyys, muutosprosessin tukeminen ja pitkäaikainen seuranta (Estabrooks ym. 2003).

4.1 Esiharkintavaihe ravitsemus- ja liikuntakäyttäytymisessä

Ravitsemus- ja liikuntakäyttäytymisen esiharkintavaiheessa on henkilö, joka ei esimerkiksi liiku riittävästi eikä noudata vähärasvaista ruokavaliota (Sporny & Contento 1995, Prochaska & Velicer 1997, Vuori 2003). Esiharkintavaiheessa olevalla henkilöllä ei ole aikomustakaan muuttaa käyttäytymistään, vaikka suositusten mukaan hänellä olisi siihen tarvetta. Potilas ei välttämättä tiedosta muutoksen tarvetta tai pitää sitä liian vaativana. (Sporny & Contento 1995.) Lisäksi hänellä voi olla liian vähän tietoa riskikäyttäytymisensä pitkäaikaisista vaikutuksista. Hän vastustaa muutosta osittain sosiaalisen paineen takia tai aliarvioi kykynsä muuttaa käyttäytymistään eikä edes halua ajatella sitä. (Prochaska & Marcus 1994, 163). Esiharkintavaiheessa olevilla henkilöillä luottamus omiin kykyihinsä vaikuttaa terveyteensä on alhaisin ja luottamus lisääntyy sitä mukaan, mitä pidemmälle muutosprosessissa edetään (Sporny & Contento 1995). Esiharkintavaiheessa neuvonnan tarkoituksena on auttaa potilasta lisäämään tietoisuutta uudesta elintavasta tarjoamalla potilaan tarvitsemaa tietoa (Kasila ym. 2003). Jotta potilaalla on valmiuksia siirtyä esiharkintavaiheesta harkintavaiheeseen, hänen tulisi olla tietoinen omasta vastarinnastaan (Prochaska & Norcross 2003, 526–527).

4.2 Harkintavaihe ravitsemus- ja liikuntakäyttäytymisessä

Harkintavaiheessa henkilö tiedostaa elintapamuutoksen tarpeen, mutta ei ole vielä valmis noudattamaan sitä. Vaikka hän suunnittelee jatkuvasti muuttavansa käyttäytymistään, suunnitelma jää yleensä toteuttamatta. Harkintavaiheessa henkilö on tietoinen riskikäyttäytymisestään ja arvioi ratkaisunsa hyötyjä ja haittoja. Lisäksi hänellä on ristiriitaisia tunteita muutosta kohtaan. (Prochaska & Marcus 1994, 163.)

Harkintavaiheessa henkilön tarkoituksena on selvittää neuvojan avulla itselleen millaisesta elintapamuutoksesta on kysymys, mitä siihen tarvitaan ja mitkä ovat muutoksen hyödyt sekä haitat. Lisäksi potilas miettii, miten haittoja voitaisiin rajoittaa tai miten niiden kanssa voisi tulla toimeen. (Sporny & Contento 1995.) Harkintavaiheessa olevalla potilaalla on jo valmiuksia käyttää esimerkiksi kirjallista materiaalia tietoisuutensa lisäämiseksi, mikä kehittää hänen itsearviointikykyään (Prochaska & Norcross 2003, 526–527). Tässä muutoksen vaiheessa pyritään rohkaisemaan potilasta tarkastelemaan ja arvioimaan omia elintapojaan (Kasi-

la ym. 2003, Marcus ja Forsyth 2003, 175–176). Neuvonnan hyvänä välineenä ovat avoimet kysymykset (Rollnick ym.1992).

4.3 Valmistautumisvaihe ravitsemus- ja liikuntakäyttäytymisessä

Valmistautumisvaiheessa henkilö suunnittelee muuttavansa elintapojaan lähitulevaisuudessa. Potilaan elintavoissa saattaa olla havaittavissa pieniä muutoksia ja hän jatkaa edelleen toimintansa etujen sekä haittojen arvioimista. (Prochaska & Marcus 1994, 163.) Potilas tekee tietoisesti yhteenvetoa onnistumisistaan ja epäonnistumisistaan sekä asettaa selkeitä tulevaisuuden tavoitteita (Prochaska & Norcross 2003, 526–527). Valmistautumisvaiheessa neuvonnalla pyritään rohkaisemaan potilasta ajattelemaan tulevaisuussuuntautuneesti ja auttaa häntä suunnittelemaan realistisen toiminnan. Potilaan henkilökohtaisten tavoitteiden ja mahdollisuuksien pohtiminen alkaa valmistautumisvaiheessa. Neuvonnan ja palautteen avulla pyritään rohkaisemaan potilasta arvioimaan jokapäiväisiä ravitsemus- ja liikuntatottumuksiaan. (Kasila ym. 2003, Marcus ja Forsyth 2003, 177.)

4.4 Toimintavaihe ravitsemus- ja liikuntakäyttäytymisessä

Toimintavaiheessa henkilö on noudattanut uutta käyttäytymistään usean kuukauden ajan. Tässä vaiheessa muutosprosessi käynnistyy konkreettisesti. (Prochaska & Marcus 1994, 163.) Toimintavaiheeseen mennessä potilas on läpikäynyt useita muutosprosesseja, mutta on edelleen alttiina uusille muutoksille. Henkilökohtaisten tavoitteiden ja mahdollisuuksien pohtiminen korostuu toimintavaiheessa. Neuvonnassa keskustellaan tehdyistä muutoksista ja niistä saaduista kokemuksista. Tällä tavoin pyritään lisäämään potilaan valmiutta pysyvään muutokseen sekä parantamaan hänen taitojaan esimerkiksi ravitsemus- ja liikuntatottumusten muuttamisessa. (Sporny & Contento 1995.) Suositellun ruokavalion noudattamisen helpottamiseksi voidaan yhdessä potilaan kanssa luoda ruoan valintaan, valmistukseen ja ruokavalion suunnitteluun liittyviä toimintaohjeita (Savoca & Miller 2001). Muutosvaihe on havaittavissa esimerkiksi ruokavalion sisällössä, sillä potilaat, jotka ovat edenneet muutosprosessissa toimintavaiheeseen tai ylläpitovaiheeseen, syövät enemmän kuituja kuin ne, jotka ovat esiharkintatai harkintavaiheessa (Greene ym. 1999). Potilaan liikuntakäyttäytymisen ylläpitämiseksi häntä rohkaistaan jatkamaan liikkumistaan mahdollisista esteistä, esimerkiksi työkiireistä, huolimatta. Kunnollinen liikuntasuunnitelma edesauttaa liikuntakäyttäytymisen ylläpitämistä. (Marcus & Forsyth 2003, 179.)

4.5 Ylläpitovaihe ravitsemus- ja liikuntakäyttäytymisessä

Ylläpitovaiheessa on henkilö, joka on noudattanut elintapamuutosta usean vuoden ajan (Sporny & Contento 1995). Elintapojen muutos on jo tapahtunut, mutta ylläpito vaatii vielä huomiota ja seurantaa. Vielä ylläpitovaiheessakin alttius palata vanhoihin elintapoihin on suuri. Ylläpitovaiheessa neuvonnan tehtävänä onkin rohkaista potilasta jatkamaan osallistumista omaan hoitoonsa. Neuvoja auttaa potilasta päätöksenteossa ja suunnitelmanmuodostamisessa. Lisäksi hän auttaa potilasta miettimään ravitsemus- tai liikuntakäyttäytymiselleen vaihtoehtoja ja korjauskeinoja. (Kasila ym. 2003, Marcus & Forsyth 2003, 181.) Potilas voidaan luokitella liikunnan ylläpitovaiheeseen, jos hän harrastaa rasittavaa tai kohtuullisesti rasittavaa liikuntaa 20 minuutin ajan tai kauemmin vähintään kolme kertaa viikossa (Steptoe ym. 2001).

4.6 Päätösvaihe ravitsemus- ja liikuntakäyttäytymisessä

Päätösvaihe (termination) on määritelty transteoreettisen mallin viimeiseksi vaiheeksi, jolloin henkilö on täysin omaksunut elintapamuutoksen ja hänen päätöksensä on pysyvä. Henkilöllä on täydellinen itseluottamus ja vaikutuskyky toimintaansa, jolloin hän pystyy kohtaamaan vastoinkäymiset eikä enää palaa takaisin vanhaan elintapaansa. (Prochaska & Velicer 1997, Prochaska & Norcross 2001, 444, Vuori 2003, 75.) Yleensä elintapojen muutosprosesseihin tähtäävät ohjelmat lopetetaan ennen kuin potilas on saavuttanut päätösvaiheen. Tällaisissa tilanteissa paluu aikaisempaan vaiheeseen on yleistä. (Prochaska & Norcross 2003, 523.)

Muutosprosessi ei jatku suoraviivaisesti eteenpäin ylläpitovaiheeseen saakka. (Doherty & Roberts 2002, Prochaska & Norcross 2003, 522). Potilas saattaa palata aiempaan vaiheeseen, mutta edetä muutoksessa myöhemmin tai olla muutosprosessin eri vaiheissa samanaikaisesti. (Shemeikka 1999, 344, Koikkalainen 2001, 29.) Tällaista vaihetta voidaan kutsua taantumaksi tai repsahdukseksi. Potilas voi esimerkiksi pyöräillä säännöllisesti töihin, mutta ei harkitsekaan erillisen liikuntaharrastuksen aloittamista (Vuori 2003, 76). Muutosvaiheissa pysymiseen ja seuraavalle tasolle siirtymiseen vaikuttavat Spornyn ja Contenton (1995) mukaan muun muassa luottamus omaan toimintaan ja sosiaalinen tuki (Sporny & Contento 1995). Paluu aikaisempiin vaiheisiin saattaa tuntua epäonnistumiselta, mutta yleensä potilaat oppivat niistä jotakin ja yrittävät muita muutoksia seuraavalla kerralla (Prochaska & Norcross 2003, 523). Elintapamuutosten aikaansaamiseksi terveydenhuollon ammattilaiset ovat suurena apuna tyypin 2 diabetesta sairastaville tai sen riskiryhmään kuuluville (Whittemore ym. 2003).

Jotta ravitsemus- ja liikuntaneuvonta onnistuisivat, on tärkeää kiinnittää huomiota ravitsemusneuvonnasta vastaavan henkilön ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen (Koikkalainen 2001, 32).

Muutosyritys voi kaatua siihen, että yritetään samanaikaisesti saavuttaa monta eri muutosta (Prochaska & Velicer 1997). Yleensä useimmat transteoreettisen mallin tutkimusalueet keskittyvätkin vain yhteen käyttäytymisenmuutokseen kerrallaan. Kuinka elintapamuutos toteutuisi yhtäaikaaisesti kahdella eri osa-alueella? Olisiko näiden tekijöiden välillä suoranaista yhteyttä? (Joseph ym.1999, 185–186.) Prochaska väittää, että suuri osa ihmisistä epäonnistuu käyttäytymisensä muuttamisessa, sillä esimerkiksi 2/3 esiharkintavaiheessa olevista henkilöistä pysyi samassa vaiheessa kahden vuoden seurannan jälkeen (Prochaska & Velicer 1997). Muutosvaihemalli ei pysty ennustamaan, kuka potilaista pystyy muuttamaan elintapojaan. Tässä suhteessa malli on enemmänkin kuvaileva kuin selittävä. Malli ei myöskään huomioi käyttäytymisen muutokseen liittyviä yksilöllisiä ominaispiirteitä ja muita taustatekijöitä, kuten sosiaalista ympäristöä, henkilön omaa historiaa ja liitännäissairauksia. Eduksi muutosvaihemallille on, että se korostaa interventioiden suuntaamista potilaan omaan muutosvaiheeseen. Lopputuloksen arvioinnissa malli painottaa potilaan muutosvalmiuden jatkumista edelleen käyttäytymisenmuutoksen sijaan. Transteoreettisen mallin toimivuuden arvioimiseksi tarvitaan lisätutkimuksia. (Joseph ym. 1999, 184–185.)

5 TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää transteoreettiseen malliin pohjautuen tyypin 2 diabeetikoiden tai sen riskiryhmään kuuluvien potilaiden ravitsemus- ja liikuntakäyttäytymisen muutosvaiheet. Ravitsemuskäyttäytymisen muutosvaihearviointi on tehty Kasilan ym. (2003) toimesta ja sitä käytetään myös tässä tutkimuksessa. Lisäksi tutkimuksessa tarkastellaan hoitajien käyttämiä rohkaisun keinoja eri muutosvaiheissa olevilla potilailla ja miten rohkaisu eroaa ravitsemus- ja liikuntaneuvonnan eri muutosvaiheissa. Tässä huomioidaan sekä verbaalinen että nonverbaalinen rohkaisu.

Tutkimustehtävät:

1. Missä ravitsemus- ja liikuntakäyttäytymisen muutosvaiheissa potilaat ovat?
2. Mitä rohkaisun keinoja hoitajat käyttävät eri muutosvaiheissa olevilla potilailla
 - a) ravitsemusneuvontatilanteissa
 - b) liikuntaneuvontilanteissa?
3. Miten hoitajien antama rohkaisu eroaa
 - a) ravitsemusneuvonnan eri muutosvaiheissa
 - b) liikuntaneuvonnan eri muutosvaiheissa?

6 TUTKIMUSAINIESTON JA ANALYYSIN KUVAUS

Tutkimusaineisto oli osa Jyväskylän Yliopiston terveystieteiden laitoksella vuosina 2000–2002 kerättyä seurantatutkimusaineistoa, jossa selvitetään perusterveydenhuollon hoitajien ja potilaiden välisiä tyyppin 2 diabetesneuvontakäytäntöjä. Tutkimukseen valittiin kuudelta potilaalta kaksi ensimmäistä neuvontakertaa, koska niiden perusteella hoitaja tekee arvion potilaan muutosvaiheesta. Neuvontakertoja oli yhteensä 12 ja ne olivat sekä tekstilitteraatioina että videotallenteina. Rajausperusteina kyseisten potilaiden valinnalle oli ravitsemus- ja liikuntapuheen esiintyminen potilaan ja hoitajan välisissä neuvontakeskusteluissa sekä kommunikoinnin tapahtuminen pelkästään heidän välillään. Tällöin puolison (potilas 7) osallistumisen keskusteluun jätettiin analyysin ulkopuolelle.

Liikuntakäyttämisen muutosvaiheiden arviointi

Liikuntapuhe, jossa käsiteltiin potilaan liikuntakäyttämistä, erotettiin tekstistä. Analyysiyksiköksi valittiin asiakokonaisuus (ks. Kyngäs & Vanhanen 1999), joka sisälsi yhden tai useamman hoitajan ja potilaan välisen puheenvuoron (taulukko 2). Asiakokonaisuuksien tuli sisältää potilaiden yksilölliset kuvaukset heidän liikuntatottumuksistaan ja halukkuudestaan muuttaa liikuntakäyttämistään. Näitä verrattiin terveystieteiden suosituksiin ja transteoreettisen mallin kriteeristöön. Alkuperäisilmaisut kirjattiin eri muutosvaiheisiin ja katsottiin, missä vaiheessa kullakin potilaalla oli eniten ilmaisuja. Lopuksi potilaat sijoitettiin eri muutosvaiheisiin.

Rohkaisu terveystieteiden neuvonnassa: analyysin kuvaus

Hoitajan ja potilaan välisistä neuvontakeskusteluista erotettiin ensin kaikki ravitsemusta ja liikuntaa käsittelevät kohdat, joita analysoitiin sisällön analyysillä. Sen avulla pyrittiin saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa (ks. Kyngäs & Vanhanen 1999). Tämän jälkeen erotettuja osioita luettiin läpi useita kertoja, mikä samalla loi pohjaa sisällön analyysille. Sisällön analyysin ensimmäinen vaihe oli analyysiyksikön määrittäminen (ks. Kyngäs & Vanhanen 1999). Tässä tutkimuksessa rohkaisun kohdalla analyysiyksiköksi valittiin asiakokonaisuus, joka sisälsi yhden tai useamman hoitajan ja potilaan välisen puheenvuoron. Analyysiyksikön määrittämistä ohjasivat tekstilitteraatiot ja videotallenteet.

(ks. Tuomi & Sarajärvi 2002, 112.) Sisällön analyysin avulla käsiteltiin jokaisen potilaan ravitsemus- ja liikuntaneuvonnat erikseen, jolloin saatiin selville hoitajan käyttämät rohkaisun sekä aktivoinnin keinot ravitsemus- ja liikuntakäyttäytymisen eri muutosvaiheissa.

Aineistoa pelkistettiin alleviivaamalla tutkimustehtävän mukaisia ilmaisuja ja sen jälkeen siirtämällä ne erilliselle paperille (ks. Tuomi & Sarajärvi 2002, 111). Pelkistämisen tarkoituksena oli säilyttää hoitajan antama viesti, mutta lyhentää puheenvuoroja niin, että analysointi helpotuisi (ks. Kyngäs & Vanhanen 1999). Aineisto ryhmiteltiin siten, että samantyyppiset potilasta rohkaisevat ja omaan hoitoon kannustavat ilmaisut muodostivat ryhmän. Sen tarkoituksena oli etsiä pelkistetyistä ilmaisuista samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia (ks. Tuomi & Sarajärvi 2002, 112–113). Seuraavaksi samaa asiaa tarkoittavat ryhmät yhdistettiin induktiivisesti alakategorioiksi, jotka nimettiin kategorian sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Analyysia jatkettiin yhdistämällä samansisältöiset alakategoriat toisiinsa, jolloin niistä muodostui yläkategoria. Yläkategoria nimettiin sen sisältöä kuvaavalla tavalla. (ks. Kyngäs & Vanhanen 1999.) Käsitteellistämistä jatkettiin niin kauan kuin se aineiston sisällön näkökulmasta oli mahdollista (Tuomi & Sarajärvi 2002, 114). Aineiston analyysin kulku on havainnollistettu kuvion avulla liitteessä 1.

Videotallenteista katsottiin, ilmenikö niissä rohkaisuksi luokiteltavia eleitä ja ilmaisuja, joita ei saatu selville lukemalla ainoastaan tekstilitteraatioita. Tällaisia eleitä olivat esimerkiksi nyökkäys, hymyily, kumartuminen potilasta kohden ja katsekontakti. Eleet ja ilmaisut (kuten hmm) kirjattiin tekstilitteraatioihin ravitsemusta ja liikuntaa käsittelevien neuvontojen kohtiin. Sisällön analyysia tehtäessä katsottiin, tukiko hoitajien nonverbaalinen viestintä rohkaisuksi tulkittuja verbaalisia ilmaisuja. Nonverbaalisia eleitä ja ilmaisuja ei voitu kuitenkaan havaita jokaisen autenttisen ilmaisun yhteydessä, jos esimerkiksi hoitaja tai potilas oli selin kameraan tai kuvan laatu oli huono.

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimuksen tuloksissa esitetään ensin potilaiden jakautuminen ravitsemus- ja liikuntakäyttäytymisen eri muutosvaiheisiin, joihin heidät jaoteltiin omien ilmaisujensa perusteella. Tämän jälkeen kuvataan diabeteshoitajien antamaa rohkaisua ravitsemus- ja liikuntaneuvonnassa. Hoitajan nonverbaalisen viestinnän yhteydet verbaaliseen viestintään terveysneuvontatilanteissa esitetään yläkategorioiden yhteyksien välisessä tarkastelussa.

7.1 Liikuntakäyttäytymisen muutosvaihearviointi

Potilaiden yksilöllisiä kuvauksia heidän liikuntatottumuksistaan kahden ensimmäisen neuvontakäynnin aikana verrattiin tässä tutkimuksessa käytettyyn, terveyden kannalta riittävän liikunnan määritelmään sekä muutosvaihemalliin (Prochaska ym. 1997, 60–84). Kansainväliseen terveysliikunnan suositukseen pohjautuva terveyden kannalta riittävä liikunta sisälsi kestävyysliikuntaa, lihaskuntoa ylläpitävää voimaharjoittelua tai hyöty-, arki- ja työmatkaliikuntaa useampina päivinä viikossa (STM 2001, 6-7). Liikuntakäyttäytymisen muutosvaihearviointi pohjautui litteroituihin teksteihin ja videotallenteisiin. Tutkijoiden näkökulmasta tehtyyn luokitteluun potilailla ei sen vuoksi ollut mahdollisuutta vaikuttaa.

Liikuntakeskusteluun liittyneet asiakokonaisuudet kirjattiin eri muutosvaiheisiin ja katsottiin, missä vaiheessa kullakin potilaalla oli eniten puheenvuoroja. Näiden pohjalta potilaat jaettiin liikuntakäyttäytymisen eri muutosvaiheisiin (taulukko 2). Tulosten mukaan yksi potilas luokiteltiin esiharkintavaiheeseen, koska hänellä ei ollut aikomustakaan muuttaa liikuntakäyttäytymistään, vaikka siihen olisi ollut tarvetta. Valmistautumisvaiheeseen luokiteltiin kolme potilasta, jotka jo liikkuiivat jonkin verran, mutta suhtautuivat muutokseen varovaisesti. Kaksi potilasta luokiteltiin toimintavaiheeseen, koska heidän liikkumisensa oli säännöllistä. Ainoastaan näiden kahden potilaan ilmaisuista kävi selkeästi ilmi, kuinka useasti he harrastivat liikuntaa. Harkinta- ja ylläpitovaiheissa ei ollut yhtään potilasta.

Ravitsemuskäyttäytymisen osalta muutosvaihearviointi oli jo aiemmin suoritettu Kasilan ym. (2003) toimesta. Kaksi potilasta (3, 7) olivat ravitsemuskäyttäytymisensä perusteella harkintavaiheessa, kaksi potilasta (1, 13) valmistautumisvaiheessa ja kaksi potilasta (14, 16) toimintavaiheessa. (Kasila ym. 2003.)

Taulukko 2 Liikuntakäyttötymisen muutosvaiheluokitus asiakokonaisuuksittain

Potilaan muutosvaihe	Kriteeristö (Miilunpalo ym. 1999, Kasila 2003, Marcus ja Forsyth 2003, 13, Vuori 2003, 72–77.)	Esimerkki alkuperäisilmaisusta
Esiharkintavaihe (1 potilas)	<p>→ Potilas ei aio muuttaa liikuntakäyttötymistään toiminnan eikä ajattelun tasolla lähimmän kuuden kuukauden aikana.</p> <p>→ Potilaalla on tarve terveysliikunnan suosituksen mukaiseen liikuntakäyttötymisen muutokseen</p>	<p>P: Mä en tiä, minkä takia pitäis hyvä olo tulla, ku nytkin on. En minä koe millään lailla, että mulla ois huono vointi tai, vai kunto tai jotain muuta. Eli mä pystyn tekemään ihan sen kaiken, mitä mun tarvii. (nro 3)</p>
Harkintavaihe (ei potilaita)	<p>→ Potilas harkitsee liikuntakäyttötymisensä muuttamista lähimmän kuuden kuukauden aikana, mutta ei ole vielä valmis siihen. Potilas pohtii omia liikuntatottumuksiaan ja niiden vaikutusta terveyteensä.</p>	—
Valmistautumisvaihe (3 potilasta)	<p>→ Potilas liikkuu jonkin verran ja on sitoutunut muuttamaan liikuntakäyttötymistään lähitulevaisuudessa. Potilas pohtii aikaisempia kokemuksiaan liikunnasta ja suhtautuu varovaisesti muutokseen.</p>	<p>P: Meinattiin kuntopyörä ostaa tossa keväällä. H: Niin. (nro 7) ***</p> <p>P: Nyt ollaan hiihetty kyllä aika paljon, että..(nro 7) ***</p> <p>P: Kyllä mun pitää nyt ruveta meneen lenkille. Sehän menikin ihan hyvin alas silloin kun mä kävin. Mutta tota – kesällä oli vähem-, tuli vähemmän käytyä. H: Niin. Kyllä se tahtoo olla kesällä kaikilla, että kun vähän ilmat viilenee, niin sitä tekee mieli lähteekin. (nro 13) ***</p> <p>H: Mites tuleeks teiän liikuttua? P: No nyt kesällä en kävelly ollenkaan. Mitä pihassa. Se on sitä ruohonajoa ja sitä köpöt... H: Puutarhatöitä? P: Puutarhatöitä, mutta nyt taas. Hetkinen, millon mä oon viimeks kävelly...torstaina. (nro 16)</p>
Toimintavaihe (2 potilasta)	<p>→ Potilas on liikkunut terveysliikunnan suosituksen mukaisesti alle kuuden kuukauden ajan. Potilas pohtii omaa kontrollin mahdollisuuttaan muutosprosesseihin.</p>	<p>P:Uimassa mä käyn säännöllisesti, vähintään neljä kertaa viikossa ja uin sen reilun kilometrin ja sit mä käyn vesijumpassa myös, sen lisäksi.(nro 1) ***</p> <p>P: Mää oon tähän mennessä liikkunu 3-5 kertaa viikossa niin kävelly tästä tonne torin laidalle ja takasin. H: Joo. (nro 14)</p>
Ylläpitovaihe (ei potilaita)	<p>→Potilaalle ei ole tarvetta terveysliikunnan suosituksen mukaiseen muutokseen, sillä hän on liikkunut sen mukaisesti jo pidemmän ajan kuin kuusi kuukautta. Hän on omaksunut liikuntaharrastuksen. Potilas pohtii omaa liikuntakäyttötymistään ja sitoutumistaan siihen.</p>	<p>—</p> <p>P = potilas H = hoitaja () = tutkijan huomio</p>

7.2 Hoitajien rohkaisukeinot ravitsemusneuvonnassa

Ravitsemusneuvonnassa hoitajien käyttämä rohkaisu muodostui yksittäisistä, rohkaisevista ilmaisuista sekä rohkaisusta ja sitä täydentävästä lauseesta. Rohkaiseva ilmaisu näyttäytyi potilaan käyttäytymistä tukevana lauseena, kuten ”*Salaattia, hyvä.*” Rohkaisu ja sitä täydentävä lause sisälsivät rohkaisuksi tulkittavan sanamuodon sekä neuvon, tiedonannon, toiston tai kannustuksen. Esimerkiksi: ”*Se on ihan sinänsä hyvä, ett siinä on niinku, on kolesteroliton ja tässä on niinku 40 % rasvaa...*” Täydentävää lausetta ja rohkaisua ei voitu erottaa toisistaan, sillä pelkän rohkaisun tulkinta ilman täydentävää lausetta olisi ollut vaikeaa. Täten niiden muodostama yhtenäinen asiakokonaisuus säilytettiin.

Tulokset esitetään analyysin perusteella luotujen ylä- ja alakategorioiden kautta. Ravitsemusneuvonnassa yläkategorioiksi muodostuivat palaute, hyväksyntä, kannustus ja kysymys. Alakategoriat esitetään kursivoidulla tekstillä. Lisäksi rohkaisua on havainnollistettu esimerkeillä, joissa hoitajan ja potilaan puheenvuorot on merkitty kirjaimin ja numeroin (esimerkiksi H1 = hoitaja numero 1, P3 = potilas numero 3).

7.2.1 Rohkaisu harkintavaiheessa

Palaute

Hoitajat antoivat potilaille palautetta ruokavalion tarkkailusta ja keventämisestä sekä painonhallinnasta, mikä kohdistui edellisen neuvontakerran perusteella tehtyihin ruokavaliomuutoksiin (esimerkki 1). Lisäksi neuvontatilanteissa hoitajat antoivat lyhyttä, 1–2 sanan mittaista palautetta, joka analyysin yhteydessä nimettiin irralliseksi palautteeksi. Tämä ilmeni esimerkiksi suolan käytön vähentämiseen liittyneenä rohkaisuna ”*Joo, hyvä.*” (HIP3). Tällainen palaute potilaan toiminnasta rohkaisi potilasta jatkamaan kokeilemaansa käyttäytymistä.

Esimerkki 1.

H2: ”Mutta on tosiaan hyvä, että on sitä ruokaa voinut keventää.

Onks päiväkahvilla munkit jääny pois?”

P7: ”On on, melkein vesilasiin jätetty.”

H2: ”No niin. Kyllä kahvia voi ottaa

ja syö vaikka pienen pullan sitten välillä, että eihän se estä.”

Hoitajien antama vihannesten käyttöön ja ruokajuomaan liittyvä palaute kohdistui potilaiden koti- ja työpaikkaruokailuihin. Palautteissa huomioitiin myös muiden perheenjäsenten mielihiteet terveellisestä ruokavaliosta (esimerkki 2). Antamalla *palautetta ravintoaineiden käytöstä* hoitajat rohkaisivat potilaita noudattamaan uutta ruokavaliota.

Esimerkki 2.

H1: "... mitäs muuta vaimo pitää hyvänä?"

P3: "No, tietysti salaattia."

H1: "Salaattia, hyvä."

P3: "Salaattia ja näitä näin, kyllä nämä ihan heti tiedossa on."

Palautteeseen ravintoaineiden käytöstä hoitajat saattoivat liittää myös tiedonannon. Tässä yhteydessä ”*Joo*” – ilmaisu tulkittiin palautteeksi, sillä se oli rinnastettavissa esimerkiksi termiin ”*Hyvä*”. Esimerkiksi leikkeleiden käytön vähentämistä hoitaja rohkaisi positiivisella palautteella, johon hän liitti tiedonannon leikkeleiden sisältämästä suolan ja rasvan määrästä. *Palautte ja tiedonanto ravintoaineista* liittyi potilaan tekemien ruoka-ainevalintojen jatkumisen rohkaisuun. Kokonaisuudessaan hoitajien antama palaute oli luonteeltaan positiivista ja toimi eräänlaisena palkintona potilaiden käyttäytymisestä tai sen muutoksesta

Hyväksyntä

Hyväksynnän yhteydessä potilaat ja hoitajat keskustelivat ruoka-ainevalinnoista. Hoitajat rohkaisivat potilaita kokeilemaan kevyempiä rasvoja. Samalla heille annettiin kuitenkin lupa sattunnaiselle saunaoluen tai suolan käytölle, koska ne eivät olleet jokapäiväisiä valintoja. *Potilaan käyttämien ravintoaineiden hyväksyminen* ilmaisi hoitajien suostumusta potilaiden valinnoille, mutta ei suoranaisesti kehottanut heitä käyttämään kyseisiä ruoka-aineita (esimerkki 3).

Esimerkki 3.

P3: "Esimerkiks se kalakukko, jos siihen ei pane sitä (suolaa), sitä ei kannata tehdä."

H1: "No, jos sitä nyt joskus on, niin."

P3: "Ei, se on niin isotöinen, sillan kannattaa luopua sitten."

H1: "Mut eihän kalakukko ku on niin isotöinen, niin ei kovin usein tuu tehtykään."

P3: "Ei, eikä saa niitä kalojakaan."

H1: "Niin, niin sovitaan sillai, että se saa siellä kalakukossa olla, jos et muuten."

P3: "Ei niitä usein syödä, eikä sitä voi syödäkään usein,"

että kaikkeen hyväänkin kyllästyy.”
H1: ”Joo...”

Hoitajat saattoivat liittää hyväksyntään myös neuvonannon. *Hyväksyntä ravintoaineiden käytöstä ja neuvo* ilmaisi suostumuksen potilaiden tekemille ravintoainevalinnoille. Sen lisäksi potilaita neuvottiin kiinnittämään huomiota painonhallintaan tai suolan käyttöön. Neuvo suolamäärien huomioimiseen liittyi kotiympäristön lisäksi kaupassa tehtäviin valintoihin. Sen sijaan painonhallintaan liittyvän neuvonannon kontekstia ei voitu selkeästi määritellä. *Hyväksynnälle ravintoaineiden käytöstä ja neuvolle* oli tyypillistä sallivuus potilaiden ravitsemuskäyttäytymiselle, mikä ilmeni rohkaisevana hyväksyntänä ja neuvona. Neuvojen sisällön pohjalta potilailla oli vapaus valita toimintatapansa ravitsemuskäyttäytymisensä suhteen (esimerkki 1).

Kannustus

Hoitajat kannustivat potilaita syömään työpaikkaruokaloissa ruoan monipuolisuuden vuoksi. Lisäksi heitä rohkaistiin kiinnittämään huomiota kaupassa tehtäviin valintoihin, mikä samalla kannusti potilaita tekemään ruoka-ainevalinnat jo kaupassa (esimerkki 4). Tämä *kannustus ruokailuun liittyviin valintoihin* rohkaisi potilaita tekemään valintoja myös kodin ulkopuolella.

Esimerkki 4.

H1: ”Niin ja kun muistat sen, että niinku mä viimeks selitin, että ku sä tuosta montusta paat sen meetwursti-viipaleen, niin voit kuvitella sen ihan, että se lil-luu siellä sun sydänverisuonissa.”

P3: ”Mutta jos vie siihen suun lähelle saakka, se menee suuhun se makkara.”

H1: ”Mutta voit jollakin tavalla itsees niinku siihen asiaan, että se todella jää. Näin on, lievästikin koholla oleva sokeri tekee sen, että sulla on taipumus ja..”

P3: ”Niin on, ratkasu pitää tehdä kaupassa. Siellä sen pystyy tekemään, siellä ja sieltä valikoi sen, että sen valikoi. Mutta jos sen valikoit sen väärän, niin tulee varmasti syötyä.”

H1: ”Niin se tulee. Se on totta, että ei kannu sieltä kaupassa...”

Painonhallinnasta puhuttaessa pyrittiin kiinnittämään potilaiden huomio rasvan ja suolan käyttöön (esimerkki 5). Lisäksi yksi potilas asetti itselleen painotavoitteen, jonka saavuttamista hoitaja piti kannustuksen perusteella realistisena.

Kannustus painonpudotukseen osoitti hoitajien luottamusta potilaiden kykyihin vähentää rasvan käyttöä ja huomioida rasvan laatua. Lisäksi kannustus ilmensi hoitajan uskoa potilaan asettaman painotavoitteen saavuttamiseksi. *Kannustus painonpudotukseen* sisälsi myös maininnan muiden perheenjäsenten mukanaolosta rasvan tarkkailussa (esimerkki 5).

Esimerkki 5.

H1: ”Joo, painoindeksi 28, et ihanne ois se 25 ja sen alle, että jokos me sitä tarkemmin katsottiin silloin viimeks?”

P3: ” Katottiin sitä ja se pysyy, mitenhän tuo...”

H1: ”Kyllä se sieltä, ei tartte ku tähän rasvaan kiinnittää huomiota teidän perheessä ja...”

P3: ” Kyllä se viis grammaa ku pannaan tästä sen suolan määräksi, niin se on kahden viikon päästä kymmenen kiloo puonnut. Jos siihen mennään.

Eiku mulla on semmonen aavistus.”

H1: ” Joo, eiks oo ihan lohduttavaa kuulla ja laskea noin.

Kyllä varmaan tulee tuloksia.”

Yksi hoitaja liitti kannustukseen myös tiedonannon. Potilas oivalsi syövänsä liian suuria ruokamääriä, johon hoitaja vastasi rohkaisemalla häntä annoskokojen pienentämiseen. Tähän rohkaisuksi tulkittuun kannustukseen hoitaja liitti tiedonannon ruoka-aineiden sisältämistä kalorimääristä.

Kysymys

Ravitsemuskokemuksen kertomiseen liittyvän kysymyksen avulla hoitaja selvitti potilaan ajatuksia omasta ja perheensä ravitsemuskäyttäytymisestä. Kysymyksellä hoitaja pyrki rohkaisemaan potilasta kertomaan laajemmin omasta ravitsemuskäyttäytymisestäään sekä johdattelemaan häntä ajattelemaan elintapamuutostaan. Rohkaisuksi tulkittavien kysymysten osuus harkintavaiheessa jäi hyvin vähäiseksi, koska niitä esiintyi neuvontatilanteessa vain yksi.

7.2.2 Rohkaisu valmistautumisvaiheessa

Palaute

Valmistautumisvaiheessa hoitajat antoivat potilaille ruokavalion sisällöstä lyhyttä, irrallista rohkaisua. Tämänkaltainen rohkaisu oli suppeaa ja sisälsi vain yhden sanan, esimerkiksi ”Hyvä”. Irrallista rohkaisua pidempää oli potilaiden ravintoaineiden käytöstä saama palaute, joka kohdistui rasvojen, hunajan ja alkoholijuomien käyttöön. Kaiken kaikkiaan *palaute ravintoai-*

neiden käytöstä oli melko neutraalia, mikä ilmeni hoitajien käyttäminä ”*Ihan hyvä*” ja ”*Ok*” - ilmaisuina. Tämä ilmenee esimerkissä 6.

Hoitajien antama positiivinen palaute potilaiden ruokavalion muutoksesta keskittyi rasvan määrän vähentämisen sekä yleisemmin elintapojen muuttamisen rohkaisemiseen. Ruokavalion muutoksen lisäksi yksi hoitaja antoi palautetta myös potilaan onnistuneesta painonpudotuksesta. Tämä *palaute potilaan toiminnasta* oli selvästi positiivisempaa kuin *palaute ravintoaineiden käytöstä*, mikä ilmenee seuraavista esimerkeistä. Kokonaisuudessaan valmistautumisvaiheessa hoitajien antama palaute rohkaisi potilaita jatkamaan nykyistä tai juuri aloittamaansa käyttäytymistä.

Esimerkki 6.

P1: ”Joo. No entäs toi oliiviöljy? Sen maku on musta paras.”

H1: ”Oliiviöljy oli, just joo, se oli toinen ihan hyvä.”

Esimerkki 7.

H3: ”Vau...elikkä sehän on tippunu jo vaikka kuinka monta kiloa.”

P13: ”93:sta”

Tässä muutosvaiheessa yksi hoitaja liitti palautteeseen myös tiedonannon tai kertauksen. Potilas sai positiivista palautetta painonpudotuksestaan, joka oli seurausta keventyneestä ruokavaliosta. *Painonhallintaan liittyvä palaute ja tiedonanto* sisälsi positiivisen palautteen lisäksi myös tiedonannon painonpudotuksesta yleensä tai sen onnistumiseen liittyvistä tekijöistä. Positiivisella palautteella hoitaja pyrki rohkaisemaan potilasta jatkamaan aloittamaansa käyttäytymistä. Tiedonannon tavoitteena oli puolestaan saada potilas tietoiseksi painonhallintaa edistävästä keinoista.

Vihannesten ja leikkeleiden käyttöön annettuun palautteeseen liittyi lyhyt yhteenveto potilaan juustonkäytöstä. *Palaute ravintoaineiden valinnasta ja sitä täydentävä kertaus* voitiin tulkita siten, että hoitaja piti tärkeänä juustonsyönnin vähentämistä ja siirtymistä monipuolisempaan ruokavalioon. Kokonaisuudessaan palaute ja sitä täydentävä kertaus oli hyvin pieni osa valmistautumisvaiheen rohkaisua, koska sitä esiintyi vain kerran. (esimerkki 8)

Esimerkki 8.

P13: "Ja keittokinkkua päälle ja Edamia mää syön edelleen. Ne oli niin, ne maistu maistu ihan kengänpohjalle ne kevytjuustoa."

H3: "Joo."

P13: "Mutta en mää sitä niin paljon syö."

H3: "Joo, osaatko arvioida määrää esimerkiksi kuinka monta?"

P13: "En joka päiväkään oo..."

H3: "Ahah."

P13: "... pari leipää otan, niin en joka päiväkään laita juustoo, että..."

H3: "Niin just."

P13: "... et laitan sitä keittokinkkua ja kurkkua ja tomaattia ja..."

H3: "Joo, elikkä vähentänyt oot ihan reilusti sitä juustonsyömistä."

P13: "Olen joo, sitä meni melko paljon mullakin sitä juustoo."

H3: "Joo."

Kannustus

Hoitajat hyväksyivät potilaiden ruokavalion sisällön lyhyillä, irrallisilla kannustuksilla, jotka olivat tulkittavissa rohkaisuksi. Ilmaisujen lyhyydestä ("Joo.") huolimatta, hoitajat viestittivät potilaille, että kyseisten ravintoaineiden käyttö vastaisuudessakin olisi suotavaa. *Ruokavali-oon liittyvä kannustus* rohkaisi potilaita jatkamaan jo aloittamaansa ravitsemuskäyttäytymistä. Hoitajat kannustivat potilaita kärsivällisyyteen elintapamuutosprosessissa, sillä muutokset elintavoissa ovat pitkäaikaisia (esimerkki 9). *Kannustaminen elintavan muutokseen* keskittyi pääasiassa itse muutosprosessiin ja rohkaisi potilaita luottamaan omaan tietämykseensä.

Esimerkki 9.

P1: "Mä käytän liikaa suolaa. Se on mun yks semmonen oikein..."

H1: "Joo, mä aion sulle oppitunnit siitäki vielä. Toisethan on kyllä enemmän suolaherkkiä ku toiset."

P1: "Mä käytän todella paljon suolaa."

H1: "Joo."

P1: "Et mä oon nyt siinä...(?)"

H1: "Ja oot varmaan..."

P1: "Olen nyt ihan, mut tää on niin lyhyt aika vasta ku mä oon ihan tosissani sen ottanu."

H1: "Joo. Eikä hetkessä, eihän tottumuksiaan muuta."

P1: "Eikä tietysti nämäkään asiat hetkessä laske."

Kysymys

Valmistautumisvaiheessa kysymyksiä oli kahdenlaisia. *Elintapamuutokseen liittyvillä kysymyksillä* hoitajat pyrkivät selvittämään potilaiden tekemiä muutoksia arkielämässä. Näillä kysymyksillä hoitajat rohkaisivat potilaita ajattelemaan elintapamuutosta ja antoivat heidän ymmärtää, että muutos olisi tarpeellinen. *Painonhallintakokemukseen liittyvällä kysymyksellä* hoitaja rohkaisi potilasta kertomaan laajemmin painonhallintaan liittyvistä kokemuksistaan sekä miettimään painon nousuun liittyviä syitä (esimerkki 10).

Esimerkki 10.

P13: ”Se oli viimeks muistaakseni yheksänkymmen... 90, vähän päälle.”

H3: ”Hmm. Jaahah. Eli onks se nyt periaatteessa sullei, et se sun ruokavalios muuten on pysyny niin kun siellä suosituksien mukaisena, mutta?”

P13: ”No, kyllä mä kaikki juustot ja kaikki rasvattomia syön ja...”

H3: ”Mmm.”

P13: ”...mutta tota – voi olla, että on määrä sitten kasvanu.”

H3: ”Voi, olla... missäs kohalla sää tän arvelet kasvaneen?”

P13: ”No, en mä tiä, mä, nytkin mä oon syöny juustoo monta pitkää aikaa aika paljon ja, ja... No, en mä oikein, en mä nyt oikein osaa sanoo, mitä mä nyt oon niin paljon syöny.”

7.2.3 Rohkaisu toimintavaiheessa

Palaute

Toimintavaiheessa hoitaja antoi potilaille palautetta ravintoaineiden käytöstä, painonhallinnasta ja ruokavaliosta. Palaute kohdistui ruoanlaitossa käytettyihin ravintoaineisiin sekä ruokajuoman käyttöön. Hoitaja antoi myös lyhyttä, irrallista palautetta (”*Joo.*”) potilaiden suunnittelemaa ruokavaliosta. *Palaute ravintoaineiden käytöstä* oli luonteeltaan positiivista ja potilaiden toimintatapoja kannustavaa.

Positiivisen palautteen avulla hoitaja rohkaisi potilaita jatkamaan edelleen painonhallintaansa. *Palaute painonhallinnasta* oli erittäin positiivista, mikä ilmeni rohkaisussa käytettyinä superlatiiveina (esimerkki 11). Tämä voitiin tulkita tyytyväisyydeksi potilaan toimintaa kohtaan.

Esimerkki 11.

H2: ”Joo. Oikein hienostihan sä oot saanut, se on tosi, hyvä, montako kiloa siinä tulee, neljä, viis, melkein seittemän kiloa.”

P14: ”On.”

H2: ”Joo. Tosi hienoa... Jos aattelee joulunakin, että, eihän loppujen lopuks se jouluruoka sitten niin kauheesti oo, että siinä nää leivonnaiset, suklaat ja tortut, niissähän on paljon rasvaa.”

P14: ”Niin.”

Toimintavaiheessa hoitaja antoi potilaille palautetta heidän ravitsemuskäyttäytymisestään, johon liittyi tiedonanto ravintoaineiden saannista. *Palaute ravintoaineiden saannista ja tiedonanto* liittyi kuidun, rasvan ja sokerin käyttöön. Tälle palautteelle tyypillistä oli sen kohdistuminen potilaiden ravitsemuskäyttämiseen ja heidän kotonaan tekemiinsä valintoihin. Palautetta tuki tiedonanto, jonka tarkoituksena oli lisätä potilaiden tietoisuutta valintojensa terveellisyydestä ja auttaa heitä jatkamaan totuttua käyttäytymistään. Palaute ja tiedonanto eivät välttämättä ilmenneet samassa lauseessa, vaan niiden välissä saattoi olla potilaan lyhyt ilmaisu. Hoitajan antamat palaute ja tiedonanto tulkittiin kuitenkin niin tiiviisti toisiinsa liittyviksi, että ne yhdistettiin samaksi asiakokonaisuudeksi (esimerkki 12).

Esimerkki 12.

P16: ”Että se vaihtelee ihan mulla ja nytki tänä aamuna keitin miehelle puuron niin se on se aamu mulla nii.”

H2: ”Joo, puurohan on ihan hyvä aamupala.”

P16: ”No niihän se on.”

H2: ”Vatsallekki se on ihan hyvä.”

Palaute ravintoaineiden saannista ja tiedonanto oli pääasiassa positiivista, mutta se sisälsi myös yhden muista selkeästi poikkeavan palautteenannon. Kyseisessä palautteessa hoitaja esitti huolensa potilaan aikomuksesta jättää leipä kokonaan pois ruokavaliosta. Kun palaute ei ollut potilaan käyttäytymistä tukevaa, hoitaja pyrki tiedonannolla korostamaan leivän tärkeyttä perusravintoaineena (esimerkki 13).

Esimerkki 13.

P14: ”... se leipä mun täytyy silleen jättää, että tulevaisuudessa on et sitten, sillen tällön syön ruisleipää hyvin pieniä määriä.”

H2: ”Se on kyllä aika har-, harmi jos niin tuota...”

P14: ”On se, mutta kun, mä, luulen että se on se suurin synti, että vaikka mä en niin hirveesti sitä syö on, mut se on...”

H2: ”Joo. Se on kuitenkin semmonen perus, ravin-, ravintoaine.”

Hoitaja antoi potilaille palautetta ravintoaineiden käytöstä tai heidän toiminnastaan. Tässä muutosvaiheessa hoitaja liitti palautteeseen myös neuvonannon. *Palaute toiminnasta ja neuvonanto* -kategoriassa rohkaisuna toiminut palaute oli positiivista ja rohkaisi potilaita jatkaamaan toteuttamiaan ravitsemuskäyttäytymisiään (esimerkki 14). *Palaute ruokavaliosta ja neuvonanto* sisälsi palautetta ruokavalion säännöllisyydestä ja ravintoaineen energiasisällöstä. Palautteeseen liitetyn neuvon tarkoituksena oli saada potilaat ymmärtämään pientenkin asioiden tärkeys ravitsemuskäyttäytymisessä. *Palautetta ruokavaliosta ja neuvonantoa* esiintyi määrällisesti vähemmän kuin *palautetta toiminnasta ja neuvonantoa*. Toimintavaiheessa hoitaja käytti paljon ”Joo” -ilmaisua rohkaisukeinona. Tällainen ilmaisu tulkittiin tässä tapauksessa rohkaisuksi, koska sen katsottiin antavan myönteistä palautetta potilaiden toiminnasta (esimerkki 14).

Esimerkki 14.

P16: ”...että ei se makkarapuoli on meiltä jääny kyllä ihan. Joskus on semmonen suolasen nälkä, kevyt linjaa oo ottanu, sitä meetwurstia.”

H2: ”Joo, niitä kannattaa sitten suosia ku käyttää makkaraa, nii niitä.”

Hoitaja liitti palautteeseen myös kertauksen. Tällöin hoitaja antoi potilaalle palautetta vihanneksen käytöstä, jonka jälkeen hän kertasi potilaan puheenvuorossa ilmitulleet asiat. Tällä tavoin hoitaja rohkaisi potilasta käyttämään vihanneksia jatkossakin. *Palaute ja kertaus ravintoaineiden käytöstä* kohdistui potilaan ruoanlaittoon. Yleisesti ottaen toimintavaiheen palaute oli melko monipuolista ja keskittyi pääosin ravintoaineiden käyttöön.

Hyväksyntä

Ravintoaineiden hyväksymisellä hoitaja osoitti, että potilaat voivat jatkaa kuitupitoisten tuotteiden ja valitsemiensa juomien käyttämistä. Hyväksyntä kohdistui myös potilaan päätöksentekoon. Potilas oli tehnyt ruokavaliotaan koskevan päätöksen, jonka hoitaja hyväksyi lyhyellä, irrallisella rohkaisulla (”Joo”). Irrallisen rohkaisun lisäksi hoitaja tuki potilaan painonhallintaan liittyvää päätöksentekoa useampisanaisella hyväksynnällä (esimerkki 15). Tällä *päätöksen hyväksymisellä* hoitaja antoi suostumuksen potilaan suunnittelemaalle toiminnalle.

Esimerkki 15.

P14: ”Mmm. Niin täähän tulee olemaan se mun tuleva linja.”

H2: ”Joo.”

P14: ”Et siinähan on, että, et siihenhän liittyy justiinnsa vihannekset...”

H2: ”Joo.”

P14: ”... vihannekset ja liha...”

H2: ”Joo.”

P14: ”... vaalea liha.”

H2: ”Mut eihän se, se sen voi olla varmaan ihan hyvä sun kokeilla, jos sä oot niin päättäny ja siitä on apua. Tietysti jos sen saa niinku laskemaan sen painon.

Hoitaja liitti hyväksyntään myös neuvonannon. Yleisesti ottaen hoitaja piti potilaiden ruokavalion sisältöä hyvänä, mikä ilmeni potilaiden valitsemien ruoka-aineiden, ruokajuomien ja suolankäytön hyväksymisenä. Hyväksyntään liitettyllä neuvonannolla hoitaja pyrki saamaan potilaat tietoisiksi ruoan terveellisyydestä. *Ruokavalion hyväksyntä ja neuvonanto* -kategoriassa esiintyi ”Niin” -ilmaisuja, jotka voitiin rinnastaa potilaiden kanssa samaa mieltä olemiseksi. Tämän vuoksi ne tulkittiin hyväksynnäksi. (esimerkki 16)

Esimerkki 16.

P16: ”Sehän se on se maku, miltä se maistuu, niin se, mäkin oon semmonen, ett sit että, se joissakin ruuissa tuntuu, että ei, muusta esimerkiks karjalanpaisti on semmonen, että jos sen pan-suolalla tekee, niin ei niinku saa ollenkaan, mutta tää vaan pitää hyväksyä, eikä...”

H2: ”Niin. Niinku sillä tavallahan voi, että vähän kerrallaan totuttaa sitä makuaistiaan.”

Neuvonannon ohella hoitaja liitti hyväksyntään myös tiedonannon. *Hyväksyntä ja tiedonanto* -kategoria sisälsi hoitajan hyväksynnän ravintoaineiden käytöstä ja potilaan painonhallinnasta. Hyväksyntään liitettyllä tiedonannolla hoitaja antoi potilaille tietoa ravintoaineiden vaikutuksesta terveyteen. Lisäksi hän pyrki suuntaamaan potilaan huomion oman toimintansa muutokseen, joilla hän voisi helpottaa painonhallintaansa. Hyväksynnällä ja sitä täydentävällä tiedonannolla hoitaja pyrki rohkaisemaan potilaita ruokailutottumusten sekä painonhallinnan jatkamisessa. (esimerkki 17)

Esimerkki 17.

P16: ”Niin, hunaja se broilerisuikale. Niitä me...mieskin tykkää.

Sehän on kaikki ihan syötävää. Onko se sitten?”

H2: ”No, ei siinähan sitä hunajaa on, mutta että ei siihen lisää sitten, mutta kyllä broilerissa on kans niitä hyviä rasvahappoja sitten, että kyllä se on ihan hyvä vaihtoehto.”

Kysymys

Toimintavaiheessa hoitaja pyrki suuntaamaan potilaan ajatukset tulevaisuuteen. *Elintapamuutokseen liittyvillä kysymyksillä* hän tiedusteli potilaan omaa näkemystä ruokavalion muutosta helpottavista keinoista sekä painotavoitetta. Tällaisilla kysymyksillä hoitaja rohkaisi potilasta pohtimaan ravitsemuskäyttäytymiseensä vaikuttavia tekijöitä ja painonhallintaansa.

Esimerkki 18.

P14: ”On joo, ja mulla on aion tehdä ihan radikaalin mikä sinulla muutoksen ruokavaliossa ja...”

H2: ”Osaatsä ite sanoo, että mikä sinulla ois sitten se joka auttas sulle, niin... ootsä miettiny?”

P14: ”Mä luulen, että mun täytyy kääntyä näitten proteiininidieettien puoleen...”

7.3 Hoitajien rohkaisukeinot liikuntaneuvonnassa

Liikuntaneuvonnassa hoitajat rohkaisivat potilaita palautteella, hyväksynnällä, kannustuksella ja kysymyksillä. Näitä rohkaisukeinoja hoitajat täydensivät joissakin asiayhteyksissä tiedonannolla.

7.3.1 Rohkaisu esiharkintavaiheessa

Palaute

Liikuntaneuvonnan esiharkintavaiheessa hoitaja rohkaisi potilasta palautteella ja siihen liitettyllä tiedonannolla. Hoitaja antoi potilaalle palautetta hyötyliikunnasta, johon hän liitti tiedonannon ruumiillisen työn vaikutuksista. Hyötyliikunnasta annettu palaute oli positiivista ja rohkaisi potilasta edelleen jatkamaan hyötyliikuntaa. Hoitajan ilmaisu ”*Joo, just joo*” tulkittiin palautteeksi, koska se oli selvästi rinnastettavissa esimerkiksi termiin ”*Hyvä*”. Tämän kaltainen termi puolestaan toimi tietynlaisena palkintona potilaan toiminnasta ja kannusti jatkamaan kyseistä käyttäytymistä. Potilaan tiedostaessa liikunnan tarpeellisuuden hoitaja antoi palautetta ja lisäsi siihen tiedonannon liikuntaan totumisesta. *Palaute ja tiedonanto liikunnasta* -kategoriaan kuuluvilla ilmaisuilla hoitaja rohkaisi potilasta jatkamaan hyötyliikuntaansa ja harkitsemaan liikunnan aloittamista.

Hyväksyntä

Esiharkintavaiheessa hoitaja liitti hyväksynnän tueksi tiedonannon. Hoitajan hyväksyntä ilmeni potilaan kanssa samaa mieltä olemisena. Lisäksi hoitaja liitti siihen tiedonannon liikunnan rasittavuudesta. *Hyväksyntä ja tiedonanto* -kategoriassa hoitaja huomioi myös potilaan vaimon mielenkiinnon liikunnan harrastamiseen.

Esimerkki 19.

H1: ”Miten sun vaimo, oisko se innokas?”

P3: ”No, ei oikeestaan. Se siellä piirtää ja kävelylenkillä käy, mutta koiran kuottaa mukaan, niin tietysti kävellään. Mutta jos lähtee kävelemäänkin, niin se on vähän semmosta löntystelyä kuitenkin.”

H1: ”Niin, koiranulkoiluttajillahan on huono kunto.”

P3: ”Niin, ei siinä tule, ei se tapahdu niin. Siinä mennään muutama askel ja sitte taaksepäin. Se on ulkonaoloa.”

H1: ”Niin, se on niin, että ois selkä nihkeä, että ois semmosta se liikunta.”

P3: ”Niin, se on tietysti niin. Minä pidän sitä niin järjettömänä.”

Kysymys

Kysymysten avulla hoitaja pyrki selvittämään potilaalle mieluisia, lapsuudessa ja nuoruudessa harrastettuja liikuntalajeja. Tällä tavoin hän ohjasi potilasta tekemään liikuntaan liittyviä päätöksiä. Lisäksi hoitaja rohkaisi kysymyksillä potilasta pohtimaan liikunnan hyviä ja huonoja puolia sekä suunnittelemaan tulevaisuuttaan. Näillä *elintapamuutokseen ohjaavilla kysymyksillä* hoitaja aktivoi potilasta ajattelemaan tulevaisuussuuntautuneesti, selvitti hänen mielipiteitään ja pyrki ohjaamaan sitä kautta elintapamuutokseen. *Painonhallintakokemukseen liittyvillä kysymyksillä* hoitaja tiedusteli potilaan käsitystä painon heilahteluista ja samalla rohkaisi häntä kertomaan laajemmin omista kokemuksistaan.

Esimerkki 20.

H1: ”Joo, onks se (paino) siitä pikkuhiljaa noussu vuosien mittaan sitten.”

P3: ”Joo, kyllä...”

H1: ”Et oo pitäny...”

P3: ”Tai lähinnä sillein, että se on tullu semmonen niinkun pomppu tuosta... ja sitten taas on mennyt ja sitten taas tullut pomppu, että se pomppu on ollut tässä kaheksankymmenen päälle vähäsen. Yli 85:n ei ole kyllä ollut koskaan.”

H1: ”Joo, miten, mistä sä arvelet itse, että ne pomput on johtunut?”

P3: ”En tuota osaa sanoa. Se ensimmäinen pomppu oli semmonen, kun en osaa nyt oikein muuta syytä sille toiselle, että mulla veli kuoli...”

H1: ”Niin...”

7.3.2 Rohkaisu valmistautumisvaiheessa

Palaute

Painonhallinnasta annetulla palautteella hoitaja hyväksyi potilaan asettaman painotavoitteen, mikä rohkaisi potilasta toimimaan asettamansa tavoitteen mukaisesti (esimerkki 21). *Palaute liikkumisesta* ilmeni positiivisena palautteena potilaiden hyötyliikunnasta ja sen avulla hoitajat rohkaisivat potilaita jatkamaan edelleen hyötyliikunnan harrastamista. Hoitajien antamat palauheet ilmenivät lausekokonaisuuksina tai irrallisina, yhden sanan mittaisina palautteina ”Joo”.

Esimerkki 21.

H2: ”Mikäs itestä tuntus itelle sopivalta painolta?”

P7: ”Kyllä se varmaan se alle 90.”

H2: ”Mmmm. Sehän ois jo ihan hyvä.”

Yksi hoitaja (hoitaja 2) liitti palautteeseen myös tiedonannon. Palaute kohdistui potilaan kokeilemiin liikuntamuotoihin ja oli luonteeltaan positiivista. Tiedonannon tarkoituksena oli puolestaan osoittaa liikunnan tärkeys tyypin 2 diabeteksen hoitomuotona (esimerkki 22) sekä tuoda esiin liikunnan rentouttavaa vaikutusta tai sen sopivuutta potilaalle. *Palaute liikkumisesta ja tiedonanto* rohkaisi potilasta jatkamaan aloittamaansa liikuntaa

Esimerkki 22.

P7: ”Nyt ollaan hiihetty kyllä aika paljon, että...”

H2: ”Niin, sehän on ihan hyvä. Sitä lihasmassaakin se niinku lisää, et se on sillä tavalla hyvä tän sairauden hoidossa...”

Kannustus

Potilas harmitteli liikkumisensa vähentymiseen, mihin hoitaja vastasi kannustavasti. Hoitaja lohdutti potilasta kertomalla, että yleensä ilmojen viiletessä ihmiset alkavat taas lenkkeillä. *Kannustaminen liikkumiseen* kohdistui yleisesti liikunnan harrastamiseen.

Kysymys

Hoitajat arvioivat potilaan muutosvaihetta ja -valmiutta kysymällä heidän liikuntatottumuksistaan. Toiselta potilaalta hoitaja tiedusteli myös hänelle mielekkäintä liikuntamuotoa ja ohjasi

siten itsenäiseen, liikuntalajien valintaan liittyvään päätöksentekoon. *Liikuntaan liittyville kysymyksille* tyypillistä oli potilaan oman kiinnostuksen selvittäminen ja päätöksentekoon rohkaiseminen. *Painonhallintaan liittyvät kysymykset* rohkaisivat potilasta asettamaan tavoitteita ja ajattelemaan tulevaisuussuuntautuneesti (esimerkki 21).

7.3.3 Rohkaisu toimintavaiheessa

Palaute

Toimintavaiheessa hoitajat antoivat potilaille palautetta heidän liikuntaharrastuksistaan. Potilaat olivat liikkuneet itsenäisesti tai osallistuneet ohjattuun toimintaan esimerkiksi vesijumpaan. *Palaute liikkumisesta* kohdistui liikuntamuotoihin ja liikunnan määrään.

Esimerkki 23.

P14: "...et mä yritän nyt jo vähän muuta liikuntaa (kuin kuntopyöräilyä), et saisi niinku kaikkia lihasryhmiä, et enemmän tätä hyötyliikuntaa, teen sitten tikustakin asiaa."

H2: "Joo. Se onkin ihan hyvä se hyötyliikunta."

P14: "Joo. Et ku mulla on sitten..."

H2: "Ja sitten se kuntosali."

Hyväksyntä

Toimintavaiheen hyväksyntään hoitajat liittivät neuvonannon tai tiedonannon. *Hyväksyntä ja neuvonanto* -alakategoriassa hoitaja hyväksyi potilaan aloittaman liikuntamuodon. Hyväksyntään hoitajat liittivät neuvon, jolla he tarjosivat potilaille mahdollisuutta hyödyntää hoidonohjauskursseja. Tällä tavoin hoitajat aktivoivat potilaita toimimaan suunnitelmiensa mukaisesti. *Hyväksyntä ja tiedonanto* -alakategoriassa puolestaan hoitajat hyväksyivät potilaiden harjoittamat tai suunnittelemat liikuntamuodot. Hyväksynnän tueksi hoitajat antoivat lisätietoa potilaiden valitsemien liikuntamuotojen yleisistä vaikutuksista sekä merkityksestä tyypin 2 diabeteksen hoidossa. *Hyväksyntä ja neuvonanto* sekä *hyväksyntä ja tiedonanto* -alakategorioissa hoitajien käyttämät "Joo" ja "Niin" -ilmaisut luokiteltiin hyväksynnäksi, koska niiden katsottiin ilmaisevan potilaan kanssa samaa mieltä olemista.

Esimerkki 24.

H1: "...ohjasin nyt alkuun potilaan kuntoneuvolaan saamaan vielä ohjeita esimerkiksi kuntosaliliikuntaa varten. Ja sä nyt olit käynyt siellä?"

P1: ”Mä oon käynyt siellä ja mä nyt oon alottanut tuolla uimahallilla tämmösen ikääntyvien kuntosaliryhmässä, tämmösessä. Että se on kerran viikossa ja sit mä oon nyt jo käyny itekseni sitten toisen kerran viikossa. Että sovittiin tän kuntohoitajan kanssa, että mä yritän pari kertaa viikossa. Hän anto mulle semmosia ohjeita, että jos en mä pääse sinne aina menemään, niin kotona sitten voi tehdä.”

H1: ”Joo, sehän täällä meidän hoidonohjauskurssillakin kun on se punttisali, niin on se, että sais niitä ohjeita ja innostuis itse etsimään jonkun paikan.”

P1: ” Se on nyt niinku sikäli kunnossa tän kevään.”

P1: ”Et se sopii mulle se kuntosali, koska se on niin semmonen jämpä, että ku mä oon ne ja ne tehny, niin mä voin taas heittää sen pois mielestäni vähäks aikaa.”

H1: ”Joo, joo... ja siinähan niinku lihassolujen määrä lisääntyy. Se niinku auttaa sen insuliinin pelaamisessa siellä.”

Kysymys

Toinen hoitajista esitti potilaalle liikuntalajien aloittamiseen liittyviä kysymyksiä, joilla hän rohkaisi potilasta harkitsemaan uusia liikuntamuotoja. *Liikuntalajin aloittamiseen liittyvällä kysymyksellä* hoitaja huomioi liikunnan monipuolisuuden ja ehdotti potilaalle ohjattuja ryhmiä. Ryhmäohjauksessa potilaalla olisi mahdollisuus saada neuvoja turvallisen terveysliikunnan harrastamiseen.

Esimerkki 25.

P14: ”... on raskas taakka kannettavana, että se on melkein se kuntosali ja sitten nää...”

H2: ”Niin, se ois vois olla ihan hyvä.”

P14: ”Mä luulen, että se kannattaa alottaa tällä, että hankkia jokunen, ihan se tanko.”

H2: ”Meinaatko kotiin vai?”

P14: ”Niin. Mahollisesti. Mun täytyy kysyä mun siskonpojalta, että onko hänellä vielä jälellä se oma.”

H2: ”Niin, mutta oisko se sitten ihan hyvä, että kävisit jossakin kuntosalilla, että saisit ihan oikein ne, että ne neuvottas, että tekis niitä oikein sitten, että...”

P14: ”On, joo.”

H2: ”Niin, että kävis vaikka jonkun kerran. Siellä on ihan niitä neuvoja niin.”

7.4 Hoitajien käyttämän rohkaisun erot ravitsemuskäyttäytymisen muutosvaiheissa

Harkintavaihe

Harkintavaiheen rohkaisukeinoina hoitajat käyttivät hyväksyntää, palautetta, kannustusta ja kysymyksiä. Hoitajat antoivat palautetta potilaiden toiminnasta ja ravintoaineiden käytöstä. Palautteeseen ravintoaineiden käytöstä voitiin liittää myös tiedonanto. Positiivisen palautteen tarkoituksena oli rohkaista potilaita jatkamaan kokeilemaansa käyttäytymistä. Se voitiin myös tulkita eräänlaisena palkintona potilaiden toiminnasta. Hoitajan hyväksyntä puolestaan keskittyi pelkästään ravintoaineiden käyttöön ja sen tarkoituksena oli sallia myös satunnainen epä-terveellisten ravintoaineiden käyttö (esimerkki 3, s.34). Hyväksyntään voitiin liittää myös ravitsemuskäyttäytymiseen kohdistuva neuvonanto, jonka pohjalta potilaalla oli valinnanmahdollisuus oman ravitsemuskäyttäytymisensä suhteen.

Harkintavaiheen kannustus kohdistui potilaiden ruokailuun liittyviin valintoihin, painonpudotukseen ja ravintoaineiden huomioimiseen. Lisäksi hoitajat kannustivat potilaita kiinnittämään huomiota kalorimääriin. Kannustusta tuettiin siihen liitetyllä tiedonannolla. Kannustus toi ilmi hoitajan luottamuksen potilaan kykyihin tehdä muutoksia ravitsemuskäyttäytymisessään. Harkintavaiheessa hoitajat käyttivät palautetta, kannustusta ja hyväksyntää yhtä paljon (taulukko 3). Näiden rohkaisukeinojen tarkoituksena oli auttaa potilasta aloittamaan ravitsemuskäyttäytymisen muutos (esimerkki 4, s.35). Kysymysten osuus oli hyvin vähäinen, sillä harkintavaiheessa ilmeni vain yksi rohkaisuksi tulkittava kysymys. Kysymyksellä hoitaja pyrki saamaan potilaan kertomaan ravitsemuskokemuksensa liittyvistä asioista.

Taulukko 3. Hoitajien ilmaisema rohkaisu ravitsemusneuvonnan eri muutosvaiheissa

Rohkaisun muoto	Harkintavaihe	Valmistautumisvaihe	Toimintavaihe
Palaute	7	11	24
Hyväksyntä	7	-	15
Kannustus	7	4	-
Kysymys	1	3	2

Valmistautumisvaihe

Valmistautumisvaiheessa hoitajat käyttivät palautetta, kannustusta ja kysymyksiä rohkaisukeinoina. Palaute liittyi pääasiassa potilaiden toimintaan, ravintoaineisiin ja painonhallintaan. Painonhallintaan kohdistuneeseen palautteeseen hoitajat saattoivat liittää myös tiedonannon, joka sisälsi potilaiden toimintaa tukevaa lisätietoa. Yhden potilaan kohdalla ravintoaineiden valinnasta annettuun palautteeseen hoitaja liitti kertauksen, joka sisälsi lyhyen yhteenvedon potilaan aikaisemmista puheenvuoroista. Hoitajat rohkaisivat potilaita jatkamaan nykyistä tai juuri aloittamaansa ravitsemuskäyttäytymistä palautteen avulla. Kannustus kohdistui palautetta laajemmin potilaiden ruokavalioon ja sen lisäksi heidän elintapoihinsa. Kannustuksen tarkoituksena oli tukea potilaita ravitsemuskäyttäytymisen muutoksessa (esimerkki 9, s.38). Kysymysten avulla hoitajat rohkaisivat potilaita valmistautumaan elintapamuutokseen ja kertomaan laajemmin painonhallintakokemuksistaan. Valmistautumisvaiheen rohkaisu kohdistui pääasiassa potilaiden elintapamuutoksen tukemiseen. Tässä muutosvaiheessa hoitajat käyttivät palautetta huomattavasti enemmän kuin kannustusta tai kysymyksiä (taulukko 3).

Toimintavaihe

Hoitajat rohkaisivat potilaita toimintavaiheessa ravitsemuskäyttäytymisen ylläpitämiseen palautteen, hyväksynnän ja kysymysten avulla. Potilaat saivat palautetta ravintoaineiden käytöstä ja painonhallinnasta. Palautteen tarkoituksena oli tukea potilaiden ravitsemuskäyttäytymisen jatkumista (esimerkki 11, s.40). Hoitajat liittivät palautteeseen myös tiedonannon, neuvon tai kertauksen. Neuvonannolla ja kertauksella hoitajat tukivat potilaiden ravitsemuskäyttäytymiseen liittyvää palautetta. Hyväksyntä puolestaan keskittyi potilaiden käyttämiin ravintoaineisiin ja päätöksentekoon. Sen tarkoituksena oli rohkaista potilaita jatkamaan toimintatapaansa (esimerkki 17, s.42). Hoitajat saattoivat liittää hyväksyntään myös neuvonannon tai tiedonannon, joilla annettiin potilaille lisätietoa ravitsemuskäyttäytymisen kehittämisestä. Yhteistä palautteelle ja hyväksynnälle oli niiden painottuminen ravintoaineisiin ja potilaiden tekemiin ruokavalintoihin. Palaute erosi kuitenkin hyväksynnästä siten, että se kohdistui potilaan jo aiemmin käyttämiin ravintoaineisiin. Vastaavasti hyväksyntään liittyi myös potilaan päätöksentekoa tukeva rohkaisu, mitä ei ilmennyt palautteenannossa. Toimintavaiheen rohkaisu koostui pääasiassa palautteesta ja hyväksynnästä, mutta palautetta annettiin kuitenkin hyväksyntää enemmän. Kysymykset olivat toimintavaiheessa selkeästi tulevaisuussuuntautuneita ja potilaiden elintapamuutokseen liittyviä. Palautteeseen ja hyväksyntään verrattuna ky-

symysten osuus oli vähäinen. Hyväksyntää tarkasteltaessa voidaan todeta, että sitä käytettiin toimintavaiheessa enemmän kuin harkintavaiheessa. Myös palautteen määrä oli yhteydessä muutosvaiheisiin siten, että toimintavaiheessa hoitajat antoivat enemmän palautetta kuin harkinta- ja valmistautumisvaiheissa (taulukko 3).

7.5 Hoitajien käyttämän rohkaisun erot liikuntakäyttämisen muutosvaiheissa

Esiharkintavaihe

Esiharkintavaiheen rohkaisukeinoina hoitaja käytti palautetta, hyväksyntää ja kysymyksiä. Hoitaja antoi palautetta potilaan toiminnasta ja lisäsi siihen tiedonannon. Esiharkintavaiheessa palautteen tarkoituksena oli rohkaista potilasta aloittamaan liikkuminen. Hoitaja hyväksyi potilaan liikunnan rasittavuuden, mikä ilmeni potilaan kanssa samaa mieltä olemisena. Myös hyväksyntään liitettiin tiedonanto. Palautteelle ja hyväksynnälle yhteistä oli niiden keskittyminen liikunnan hyötyjen esille nostamiseen. Kysymykset puolestaan liittyivät potilaan liikuntaan, elintapamuutokseen tai painonhallintaan. Niiden tarkoituksena oli aktivoida potilasta ajattelemaan elintapojensa muutosta (esimerkki 20, s.44). Kaiken kaikkiaan rohkaisuksi tulkittavia hoitajan ilmaisuja oli esiharkintavaiheessa melko vähän (taulukko 4).

Taulukko 4. Hoitajien ilmaisema rohkaisu liikuntaneuvonnan eri muutosvaiheissa

Rohkaisun muoto	Esiharkintavaihe	Valmistautumisvaihe	Toimintavaihe
Palaute	2	8	5
Hyväksyntä	1	-	6
Kannustus	-	1	-
Kysymys	5	4	2

Valmistautumisvaihe

Hoitajat käyttivät valmistautumisvaiheessa rohkaisukeinoina palautetta, kannustusta ja kysymyksiä. Hoitajat antoivat palautetta potilaiden painonhallinnasta ja liikkumisesta ja saattoivat liittää palautteeseen myös tiedonannon (esimerkki 22, s.45). Myös kannustus kohdistui poti-

laiden liikkumiseen. Kannustuksen osuus liikuntaneuvonnan rohkaisussa oli erittäin niukkaa, koska hoitajat käyttivät sitä vain kerran valmistautumisvaiheessa (taulukko 4). Sekä palaute että kannustus rohkaisivat potilaita liikkumaan. Palaute toimi palkintona potilaiden toteuttamasta toiminnasta, kun taas kannustuksella hoitajat rohkaisivat potilaita liikkumaan. Kysymykset olivat potilaiden muutosvaihetta arvioivia, liikuntalajeihin ja painonhallintaan liittyviä. Kysymyksillä hoitajat pyrkivät kohdistamaan potilaiden ajatukset tulevaisuuteen. Valmistautumisvaiheen rohkaisussa palaute oli käytetyin rohkaisukeino (taulukko 4).

Toimintavaihe

Toimintavaiheessa hoitajat rohkaisivat potilaita palautteen, hyväksynnän ja kysymysten avulla. Palaute kohdistui potilaiden harrastamaan liikuntaan ja sen tarkoituksena oli tukea liikunnan harrastamista (esimerkki 23, s.47). Hyväksyntä puolestaan kohdistui tiettyyn liikuntamuotoon (esimerkiksi kuntosali) ja sen avulla hoitajat rohkaisivat potilaita toteuttamaan suunnittelemaansa liikuntaa. Hyväksyntään hoitajat liittivät neuvonannon tai tiedonannon, joilla he lisäsivät potilaiden tietämystä liikunnasta. Toimintavaiheessa kysymysten tarkoituksena oli saada potilaat ajattelemaan uuden liikuntalajin aloittamista. Tämän vaiheen rohkaisukeinoille yhteistä oli niiden tulevaisuussuuntautuneisuus ja potilaiden liikunta-aktiivisuuden vahvistaminen.

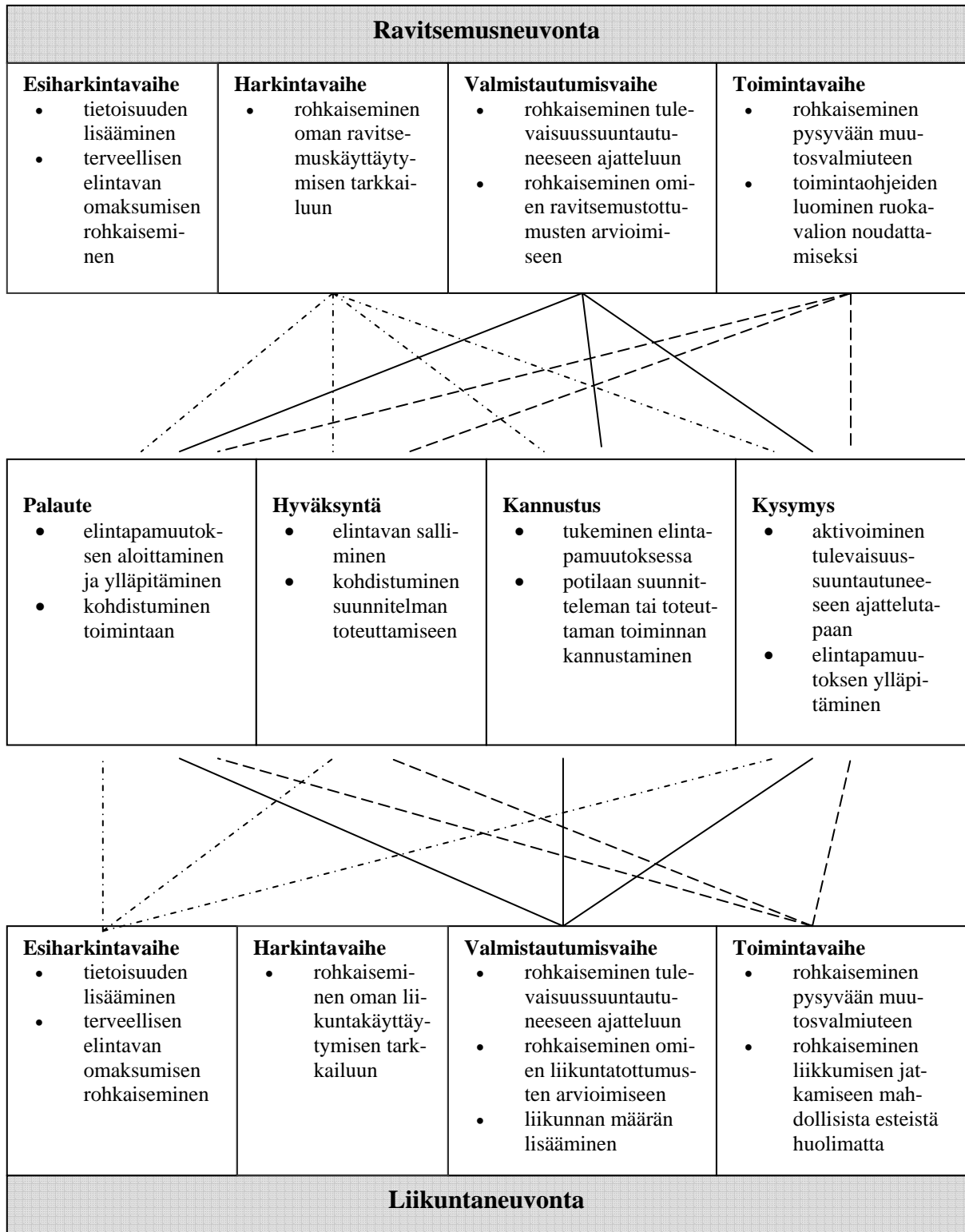
8 POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, missä ravitsemus- ja liikuntakäyttäytymisen muutosvaiheissa tutkimukseen valitut potilaat olivat. Lisäksi tarkasteltiin, mitä rohkaisun keinoja hoitajat käyttivät ravitsemus- ja liikuntaneuvonnoissa ja miten ne erosivat toisistaan.

8.1 Ravitsemuksen ja liikunnan muutosvaihearviointi

Ennen kuin rohkaisua voitiin tarkastella lähemmin, potilaat sijoitettiin ravitsemus- ja liikuntakäyttäytymisen muutosvaiheisiin. Ravitsemuksen osalta muutosvaihearviointi oli jo suoritettu Kasila ym. (2003) toimesta. Ravitsemuskäyttäytymisen osalta harkinta-, valmistautumis- ja toimintavaiheisiin oli kuhunkin sijoitettu kaksi potilasta. Liikuntakäyttäytymisen muutosvaihearvioinnissa yksi potilas luokiteltiin esiharkintavaiheeseen, kolme potilasta valmistautumisvaiheeseen ja kaksi potilasta toimintavaiheeseen.

Potilaiden puheista oli vaikea hahmottaa liikuntakäyttäytymisen eri muutosvaiheita, sillä hoitajat eivät suoranaisesti kysyneet potilailta esimerkiksi liikunnan säännöllisyyttä, kestoja ja tehoa. Joidenkin potilaiden kohdalla edellä mainitut asiat tulivat selvästi ilmi, kun taas toisten kanssa ei keskusteltu asiasta ollenkaan. Liikuntaa tai potilaiden liikuntakäyttäytymistä käsitellessä hoitajat muuttivat usein puheenaihetta. Ravitsemusneuvontatilanteet olivat pääasiassa hoitajakeskeisiä. Hoitajat eivät rohkaisseet potilaita kertomaan omista tarpeistaan ja odotuksistaan, vaan esittivät heille ravitsemukseen liittyviä suljettuja kysymyksiä. (ks. Kasila ym. 2003.) Tämän vuoksi potilaiden todellinen ravitsemus- ja liikuntakäyttäytyminen jäi epäselväksi ja neuvontakeskustelut jäivät yleiselle tasolle. Tämä vaikeutti potilaiden sijoittamista ravitsemus- ja liikuntakäyttäytymisen muutosvaiheisiin. (vrt. Kasila ym. 2003).



Kuvio 1. Rohkaisun keinojen yhteydet ravitsemus- ja liikuntakäyttämisen muutosvaiheisiin

8.2 Rohkaisun yhteydet ravitsemus- ja liikuntakäyttäytymisen muutosvaiheissa

Esiharkintavaihe

Ravitsemuskäyttäytymisen osalta esiharkintavaiheessa ei ollut yhtään potilasta. Liikuntakäyttäytymisen esiharkintavaiheessa hoitaja käytti rohkaisukeinoina palautetta, hyväksyntää ja kysymyksiä (kuvio 1). Palautteella ja hyväksynnällä hoitaja pyrki nostamaan esille liikunnan hyötyjä. Palautteeseen ja hyväksyntään hän liitti myös tiedonannon, jolla hän pyrki lisäämään potilaan tietoisuutta liikunnasta (vrt. Kasila ym. 2003). Esiharkintavaiheessa kysymysten tarkoituksena oli rohkaista potilasta ajattelemaan elintapojensa muutosta. Marcus ja Forsyth (2003) ovat myös todenneet, että neuvonnalla voidaan rohkaista potilasta terveellisen elintavan omaksumiseen (Marcus ja Forsyth 2003, 173). He eivät kuitenkaan olleet määritelleet rohkaisussa käytettäviä keinoja tarkemmin. Kirjallisuudessa todetaankin usein rohkaisun olevan tärkeää, mutta keinojen määrittely puuttuu. Esiharkintavaiheessa rohkaisun päätarkoituksena oli auttaa potilasta siirtymään valmiuden tasolle, jolla elintapamuutoksen aloittaminen olisi mahdollista (vrt. Beck 1994).

Harkintavaihe

Tässä muutoksen vaiheessa pyritään rohkaisemaan potilasta tarkastelemaan ja arvioimaan omia elintapojaan (Kasila ym. 2003, Marcus ja Forsyth 2003, 175–176). Rollnick ym. (1992) ovat todenneet avoimien kysymysten toimivan potilaiden elintapojen tarkastelemisen ja arvioinnin hyvänä välineenä (Rollnick ym.1992). Tässä muutosvaiheessa hoitajat käyttivät kysymyksiä kuitenkin vähän ja niiden tarkoituksena oli rohkaista potilaita kertomaan omasta ravitsemuskäyttäytymisestään. Kysymysten avulla hoitajat myös rohkaisivat potilaita osallistumaan terveysneuvontatilanteeseen. Kysymysten sijasta hoitajat käyttivät kuitenkin enemmän palautetta, jolla he pyrkivät rohkaisemaan potilaita jatkamaan kokeilemaansa ravitsemuskäyttäytymistä. Hyväksynnällä hoitajat puolestaan sallivat satunnaisen epäterveellistenkin ravintoaineiden käytön ja kannustuksella he osoittivat luottamusta potilaiden kykyihin tehdä muutoksia ravitsemuskäyttäytymisessään (vrt. Britt ym. 2004). Toisaalta kannustuksen avulla hoitajat rohkaisivat potilaita arvioimaan omia elintapojaan (vrt. Suoninen 2000). Harkintavaiheessa potilailla ei välttämättä ole valmiuksia arvioida omia elintapojaan ja sen vuoksi olennaisinta olisikin keskittyä elintapojen tarkkailuun (kuvio 1).

Valmistautumisvaihe

Sekä ravitsemus- että liikuntakäyttämisen valmistautumisvaiheissa hoitajat käyttivät rohkaisukeinoina palautetta, kannustusta ja kysymyksiä (kuvio 1). Ravitsemusneuvonnassa hoitajat rohkaisivat palautteen avulla potilaita jatkamaan nykyistä tai juuri aloittamaansa ravitsemuskäyttämistä (ks Burgoon ym. 1994, 92–94). Liikuntaneuvonnassa palaute toimi eräänlaisena palkintona potilaiden liikkumisesta. Valmistautumisvaiheen kannustuksella hoitajat pyrkivät tukemaan potilaiden ravitsemus- tai liikuntakäyttämisen muutosta. Kysymyksillä hoitajat rohkaisivat potilaita ajattelemaan tulevaisuussuuntautuneesti, mikä käy ilmi myös aiemmista tutkimuksista (Kasila ym. 2003, Marcus ja Forsyth 2003, 177). Valmistautumisvaiheen neuvonnassa hoitajat pyrkivät rohkaisemaan potilaita oman painonhallinnan sekä ravitsemus- ja liikuntakäyttämisen arvioimiseen (vrt. Kasila ym. 2003, Marcus ja Forsyth 2003, 177).

Toimintavaihe

Potilaiden rohkaisussa hoitajat käyttivät palautetta, hyväksyntää ja kysymyksiä (kuvio 1). Ravitsemusneuvonnassa hoitajat antoivat palautetta potilaiden tekemistä ruokavalinnoista ja rohkaisivat siten jatkamaan totuttua käyttämistä. Liikuntaneuvonnassa palautteen tarkoituksena oli tukea liikkumisen harrastamista. Toimintavaiheessa hoitajat rohkaisivat potilaita osallistumaan ohjattuun liikuntaryhmään, minkä on osoitettu lisäävän potilaiden motivaatiota elintapamuutoksensa ylläpitämiseksi (vrt. Whittemore ym. 2003). Toimintavaiheen ravitsemus- ja liikuntaneuvonnassa hoitajat hyväksyivät potilaiden toimintatavat tai suunnitelmat. Hoitajien asettamat kysymykset olivat tulevaisuussuuntauneita. Toimintavaiheen rohkaisulla hoitajat pyrkivät potilaiden elintapamuutoksen vahvistamiseen ja pysyvään ylläpitoon (ks. Marcus & Forsyth 2003, 179). Palautteen ja hyväksynnän merkitykset korostuivat muutosvaiheiden edetessä etenkin ravitsemusneuvonnassa siten, että toimintavaiheessa palautetta annettiin enemmän kuin aiemmissa vaiheissa. Tämä selittyy potilaan elintapamuutoksella, jonka jatkumista hoitajat pystyivät rohkaisemaan palautteen ja hyväksynnän avulla.

Elintapojen edistäminen on tärkeä osa perusterveydenhuoltoa, koska elintapoja koskevat valinnat liittyvät olennaisesti ihmisten terveyteen (Peräkylä ym. 2001, 161). Tämän tutkimuksen elintapakeskusteluja tarkasteltaessa voidaan todeta, että liikuntaneuvonnan osuus jäi ravitsemusneuvontaa vähäisemmäksi. Liikuntaneuvonnan sisältö oli myös pinnallista. Tämä on tul-

lut esille myös aiemmissä tutkimuksissa (ks. Johansson ym. 1995, Poskiparta ym. 2004a). Liikuntaneuvonnan vähäiseen määrään ja pinnallisuuteen on saattanut vaikuttaa hoitajien vähäinen tietämys liikuntaan liittyvistä asioista, mahdollinen keskustelutaitojen rajallisuus tai potilaiden haluttomuus liikuntakäyttämisen muutokseen (ks. Johansson ym. 1995, Peräkylä ym. 2001, Mustajoki 2003).

Ravitsemusneuvonnassa rohkaisun osuus oli huomattavasti suurempi kuin liikuntaneuvonnassa. Tätä voitaneen selittää sillä, että ravitsemukseen liittyvät keskustelut hallitsivat terveysterveystilanteita ja olivat sisältöalueiltaan monipuolisempia kuin liikuntakeskustelut. Tulosten perusteella voidaankin todeta, että hoitajilta näyttäisi puuttuvan tarpeellinen tieto rohkaisusta ja sen toteuttamisesta käytännössä. Tämä ilmeni selkeästi esimerkiksi liikuntaneuvontatilanteissa, joissa hoitajat rohkaisun sijasta suostuttelivat potilaita liikkumaan. Vähäinen rohkaisun määrä saattaa osaltaan selittyä kulttuuritekijöillä tai hoitajien yksilöllisillä kommunikointityyleillä.

Diabetesneuvonnasta vastaaville ammattiryhmille suunnattavassa koulutuksessa vuorovaikutustaitojen, erityisesti rohkaisun merkitystä tulisi korostaa. Godolphin (2003) on kuitenkin todennut, että aiemmin omaksuttuja vuorovaikutustaitoja on vaikea muuttaa (Godolphin 2003). Sen vuoksi tarve vuorovaikutustaitojen kehittämiseen tulisi lähteä hoitohenkilökunnalta itseltään tai koulutus tulisi aloittaa jo ammatillisten opintojen yhteydessä. Poskiparta ym. (2004) ovatkin todenneet, että terveydenhuoltoon tulisi kehittää erilaisia keskustelun apuvälineitä (Poskiparta ym. 2004a). Liikuntaneuvonnan suunnitelmalliseen antamiseen ja sen toteuttamisen seurantaan tarkoitettu liikkumisresepti on pääasiassa lääkäreiden käytössä, mutta se soveltuu myös muulle hoitohenkilökunnalle neuvonnan apuvälineeksi (ks. Ståhl 2002).

Tämä tutkimus on ajankohtainen, koska tyypin 2 diabetes on kasvava kansanterveydellinen ongelma. Tyypin 2 diabeteksen ehkäiseminen voi vähentää osaltaan sen aiheuttamia kustannuksia ja perusterveydenhuollon kuormittumista. Tämän vuoksi on tärkeää saada tietoa kaikista tyypin 2 diabeteksen terveysterveystilanteita vaikuttavista tekijöistä. Sitä kautta pystytään jo varhaisessa vaiheessa auttamaan riskiryhmään kuuluvia esimerkiksi ravitsemus- ja liikuntakäyttämisen muutoksessa (vrt. Heisler ym. 2002).

8.3 Tutkimuksen luotettavuus

Tässä tutkimuksessa analyysia ja luotettavuuden arviointia ei voitu erottaa toisistaan yhtä selvästi kuin määrällisessä tutkimuksessa, koska tehtyjä ratkaisuja pohdittiin jatkuvasti ja otettiin sillä tavoin kantaa analyysin kattavuuteen ja työn luotettavuuteen. (ks. Eskola & Suoranta 1998, 209.) Luotettavuutta arvioitaessa korostetaan etenkin tulosten uskottavuutta ja sen osoittamista (Mays & Pope 2000). Lisäksi pohditaan, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksella on pystytty tuottamaan (Kylmä ym. 2003). Seuraavassa tarkastellaan analyysin ja tutkimustulosten luotettavuutta tässä tutkimuksessa.

Tähän tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden lukumäärä oli pieni, minkä vuoksi aineisto oli helposti hallittavissa (ks. Mäkelä 1997, 163). Lisäksi aineiston pienuus mahdollisti neuvontakeskustelujen kokonaisvaltaisen sisäistämisen, jolloin rohkaisukeinojen tulkitseminen ja niiden sijoittaminen kontekstiin oli helpompaa. Tässä tutkimuksessa tutkimusaineisto oli riittävä ravitsemusneuvonnassa tapahtuneen rohkaisun kuvaamiseksi. Liian suuri tutkimusjoukko ja runsas aineisto voivat vaikeuttaa rohkaisun löytymistä aineistosta, mutta etenkin tässä tapauksessa liikuntakeskustelujen vähyys vaikeutti liikuntaneuvonnan rohkaisukeinojen tulkitsemista (ks. Eskola & Suoranta 1998, Malterud 2001).

Tutkijoilla ei ollut omakohtaista kosketusta tutkimusjoukkoon eikä alkuperäistilanteisiin, koska he eivät osallistuneet aineiston keräämiseen. Tämän vuoksi tutkijat eivät voineet hyödyntää aineiston keruuseen liittyviä oheishavaintoja. Tutkimustehtäviin vastaaminen onnistui kuitenkin niiden sisällön vuoksi. Myös aineiston luonne mahdollisti ulkopuolisen tutkijan onnistuneen analyysin (ks. Kettunen 2001, 100).

Analyysin ja tulosten luotettavuutta voidaan tässä tutkimuksessa perustella tutkija- ja aineistotriangulaation avulla (ks. Mays & Pope 2000). Tutkijatriangulaatio perustui kahden eri tutkijan tekemään analyysiin, joiden tuloksia verrattiin keskenään. Tulokset osoittautuivat yhdenmukaisiksi, joten analyysia voitiin pitää luotettavana. Lisäksi ongelmatilanteissa keskusteltiin samassa työvaiheessa olleiden opiskelijakavereiden kanssa. Pääasiassa tämä asiantuntijaneeli antoi tukea tehdyille tulkinnoille. Joissakin tapauksissa tulkintoja jouduttiin kuitenkin muokkaamaan keskustelujen pohjalta. Tutkijatriangulaation lisäksi analyysia tehtäessä käytettiin myös aineistotriangulaatiota (ks. Mays & Pope 1995, Mays & Pope 2000). Tällöin tekstilitteraatioista tehdyt tulkinnat varmistettiin katsomalla videotallenteita, joka mahdollisti

sekä nonverbaalisten että verbaalisten viestien tarkastelun. Tutkimuksen pääpaino oli verbaalisessa viestinnässä, mutta videotallenteiden kautta saatu nonverbaalisen viestinnän yleisvaikutelma tuki rohkaisun tulkitsemista. Videointi saattoi vaikuttaa kuvattavien henkilöiden käyttäytymiseen. Tässä tutkimuksessa käytettiin kahta ensimmäistä neuvontakertaa, mutta kameran läsnäolo saattoi vaikuttaa kuvattavien henkilöiden käyttäytymiseen ensimmäisen neuvontakäynnin alussa. Videoinnin vaikutus onkin todettu vain hetkelliseksi. Kun henkilöt keskittyvät omiin suorituksiinsa, kameran läsnäolo unohtuu hyvin nopeasti. (Viitanen 1997, 68–69.)

Tähän tutkimukseen osallistui kolme eri hoitajaa, minkä vuoksi rohkaisua eri muutosvaiheissa ei voitu täysin yleistää. Jos aineistossa olisi ollut vain yksi hoitaja, rohkaisukeinoja olisi voitu verrata paremmin muutosvaiheittain. Tällöin rohkaisu olisi kuitenkin saattanut jäädä suppeammaksi. Lisäksi aineistossa toistuneet samat hoitajat ja potilaat saattoivat rajoittaa yleispatenttien faktojen tuottamista (ks. Peräkylä 2004, 296). Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan pyritty tutkimustulosten laajaan yleistettävyyteen, vaan tulokset pätevät ainoastaan tämän aineiston kohdalla.

Rohkaisua on tutkittu terveysneuvontatilanteissa vähän, minkä vuoksi tutkimuksella pyrittiin saamaan uusia näkökulmia tutkittavaan ilmiöön (vrt. Kylmä ym. 2003). Kirjallisuudesta poimituilla teoreettisilla lähtökohdilla saattoi olla vaikutusta tutkimustuloksiin. Aineistoa analysoitaessa annettiin kuitenkin mahdollisuus uusien näkökulmien esille nostamiselle. Sisällön analyysi valittiin analyysimenetelmäksi, koska sen todettiin sopivan hyvin tekstilitteraatioiden tulkitsemiseen. Tutkimusaineisto olisi voitu analysoida myös jollakin muulla analyysimenetelmällä, esimerkiksi keskustelun analyysillä, jolloin tutkimustulokset olisivat saattaneet muotoutua erilaisiksi. Laadullisella tutkimuksella ei kuitenkaan pyritä vain yhteen ainoaan totuuteen, vaan siinä hyväksytään myös useampien totuuksien olemassa olo (Eskola & Suoranta 1998, 147).

Tämän tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida myös esitettyjen kuvausten ja kuvioiden perusteella. Lisäksi analyysiin liitetyillä määrällisillä taulukoilla voidaan tukea tutkimustulosten totuudenmukaisuutta (ks. Mays & Pope 1995). Tutkimuksen eteneminen on pyritty kertomaan mahdollisimman yksiselitteisesti, jolloin lukija pystyy pääpiirteissään seuraamaan tutkimusprosessin etenemistä. (ks. Mäkelä 1997, 164, Kylmä ym. 2003). Autenttisten esimerkkien kautta lukija kykenee seuraamaan tutkijoiden päättelyä ja hänelle annetaan mahdol-

lisuus joko hyväksyä tai riitauttaa tehty tulkinta. (ks. Eskola & Suoranta 1998, 217, Mays & Pope 1995.)

8.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet

Tässä tutkimuksessa kuvataan hoitajien käyttämiä rohkaisun keinoja tyypin 2 diabeetikoiden ravitsemus- ja liikuntaneuvonnassa. Tutkimus tarjoaa seuraavia jatkotutkimushaasteita:

- Tulevaisuudessa voitaisiin tutkia rohkaisun vaikutusta potilaan etenemiseen muutosvaiheissa. Tällöin saataisiin selville, ovatko hoitajan käyttämät rohkaisukeinot muuttuneet saman potilaan kohdalla esimerkiksi kymmenen terveysterveystarkastuksen aikana. Samalla pystyttäisiin luotettavammin arvioimaan ja vertailemaan hoitajan käyttämiä rohkaisun keinoja eri muutosvaiheissa, koska rohkaisun antaja pysyy samana.
- Tässä tutkimuksessa ei tarkasteltu rohkaisukeinojen välistä ajallista esiintyvyyttä. Olisikin mielenkiintoista selvittää, onko rohkaisukeinojen välillä ajallista yhteyttä: seuraako esimerkiksi kysymyksen jälkeen aina palaute jne.
- Tässä tutkimuksessa nonverbaalisen rohkaisun rooli jäi verbaalista rohkaisua vähäisemmäksi. Jatkotutkimuksissa voitaisiinkin korostaa nonverbaalisen rohkaisun osuutta.
- Analyysimenetelmällä saattaa olla vaikutusta rohkaisukeinojen esille nousemiseen. Sen vuoksi olisikin mielenkiintoista tutkia rohkaisua esimerkiksi keskusteluanalyysillä, koska sen avulla hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutusta ja rohkaisukeinoja voitaisiin hahmottaa monipuolisesti.
- Jatkotutkimus voitaisiin toteuttaa myös muussa aineistossa tai suuremmalla otoksella. Tällöin mukana voisi olla esimerkiksi lääkäreitä, fysioterapeutteja, ravitsemusterapeuteja ym. terveydenhuollon ammattilaisia.
- Potilaan näkökulman selvittäminen tarkentaisi, mitä potilaat kokevat terveysterveystarkastustilanteissa rohkaisuksi.

LÄHTEET

Adams J & White M. 2003. Are activity promotion based on the transtheoretical model effective? A critical review. *British Journal Sports Medicine* 37, 106–114.

Aittasalo M, Miilunpalo S, Suni J. 2004. The effectiveness of physical activity counseling in a work-site setting. A randomized, controlled trial. *Patient Education and Counseling* 55, 193–202.

Albrecht TL & Adelman ML. 1984. Social support and life stress. New directions for communication research. *Human Communication Research* 11, 3–32.

Anderson R, Funnel M, Carlson A, Saleh-Statim N, Craddock S, Skinner CT. 2000. Facilitating Self-care Through Empowerment. FJ Snoek & TC Skinner (toim.) *Psychology in diabetes care*. John Wiley & Sons, Ltd.

Azoulay D. 1999. Encouragement and Logical Consequences Versus Rewards and Punishment: A Reexamination. *The Journal of Individual Psychology* 55, 91–99.

Bahlmann L & Dinter LD. 2001. Encouraging Self-Encouragement: An Effect Study of the Encouraging-Training Schoenaker-Concept. *The Journal of Individual Psychology* 57, 273–288.

Ballou MB, Fetter PM, Saleh KP, Litwack L. 1992. *Health Counseling*. Indiana: Tichenor Publishing.

Beck RJ. 1994. Encouragement As A Vehicle to Empowerment In Counselling: An Existential Perspective. *Journal of Rehabilitation*, 6–11.

Britt E, Hudson SM, Blampied NM. 2004. Motivational Interviewing in Health Settings: a review. *Patient Education and Counseling* 53, 147–155.

Burgoon JK, Buller DB, Woodall WG. 1996. *Nonverbal Communication. The unspoken dialogue*. New York: The McGraw-Hill companies, Inc.

Burgoon M, Hunsaker FG, Dawson E. 1994. *Human Communication*. California: Sage Publications.

Carbaugh D. 1997. *Finnish and American Linguistic Patterns: A Cultural Comparison*. LA Samovar, RE Porter (toim.) *Intercultural communication*. Belmont, California: Wadsworth Publishing Company, 221–226.

Cheston SE. 2000. Spirituality of Encouragement. *The Journal of Individual Psychology* 56, 296–304.

Clark PG, Nigg CR, Greene G, Riebe D, Saunders SD. 2002. The Study of Exercise and Nutrition in Older Rhode Islanders (SENIOR): translating theory into research. *Health Education Research* 17, 552–561.

- Cools C, Kahla E, Tuominen R. 1998. Kasvotusten potilaan kanssa. Teoksessa R Tuominen (toim.) Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa. Helsinki: WSOY, 34–45.
- Cuff DJ, Meneilly GS, Martin A, Ignaszewski A, Tildesley HD, Frohlich JJ. 2003. Effective exercise modality to reduce insulin resistance in women with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 26, 2977–2982.
- Diabetesliitto 2003. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma 2003–2010. Tampere: Suomen diabetesliitto.
- Doherty Y & Roberts S. 2002 Motivational Interviewing in Diabetes Practice. *Diabetic Medicine* 19, 1–18.
- Estabrooks PA, Glasgow RE, Dzewaltowski DA. 2003. Physical activity promotion through primary care. *JAMA* 289, 2913–2916.
- Elley RC, Kerse N, Arroll B, Robinson E. 2003. Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: Cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal* 326, 793–800.
- Eriksson J, Lindström J, Valle T, Aunola S, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, Keinänen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Lauhkonen M, Lehto P, Lehtonen A, Louheranta A, Mannelin M, Martikkala V, Rastas M, Sundvall J, Turpeinen A, Viljanen T, Uusitupa, M, Tuomilehto J. 1999. Prevention of Type II diabetes in subjects with impaired glucose tolerance: the Diabetes Prevention Study (DPS) in Finland. *Diabetologia* 42, 793–801.
- Eskola J & Suoranta J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Faulkner A & Maguire P. 1999. Vuorovaikutustaidot potilastyössä. Syöpäpotilaan ja hänen omaistensa kohtaaminen. Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Fogelholm M, Oja P, Rinne M, Suni J, Vuori I. 2004. Riittääkö puoli tuntia kävelyä päivässä? *Suomen Lääkärilehti* 59, 2040–2042.
- Geerts E, Bouhuys AL, Bloem GM. 1997. Nonverbal Support Giving Induces Nonverbal Support Seeking in Depressed Patients. *Journal of Clinical Psychology* 53, 35–39.
- Godolphin W. 2003. The role of risk communication in shared decision making. First let's get the choices. *British Medical Journal* 327, 692–693.
- Goldsmith DJ. 1994. The Role of Facework in Supportive Communication. BR Burleson, TL Albrecht, IG Sarason (toim.) *Communication of Social Support. Messages, Interactions, Relationships and Community*. California: Sage Publications, 29–49.
- Greene GW, Rossi SR, Rossi JS, Velicer WF, Fava JL, Prochaska JO. 1999. Dietary Applications of Stages of Change Model. *Journal of the American Dietetic Association* 99, 673–678.
- Hay LM & Clarck DO. 1999. Correlates of physical activity in a sample of older adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 22, 45–55.

Hecht ML, DeVito JA, Gurrero LK. 1999. Perspectives on Nonverbal Communication Codes, Functions and Contexts. LK Gurrero, JA DeVito, ML Hecht (toim.) *The Nonverbal Communication Reader. Classic and Contemporary Readings*. Illinois: Waveland Press, Inc, 3–18.

Heisler M, Bouknight RR, Hayward RA, Smith DA, Kerr EA. 2002. The relative importance of physician communication, participatory decision making and patient understanding in diabetes self-management. *Journal of General Internal Medicine* 17, 243–252.

Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Aro AR, Uutela A. 2005. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2004. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B13. Helsinki. [www-dokumentti. viitattu 20.4.2005]
http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2004b13.pdf

Hietaranta EA & Jokinen MH. 1989. Syöpäpotilaan omaisen mukautumisprosessi. *Hoitotiede* 1, 12–18.

Hillsdon M, Thorogood M, White I, Foster C. 2002. Advicing people to take more exercise is ineffective: a randomized controlled trial of physical activity promotion in primary care. *International Journal of Epidemiology* 31, 808–815.

Johansson M, Larsson UU, Sätterlund B, Säljö R, Svärdsudd K. 1995. Life style in primary health care discourse. *Social Science and Medicine* 40, 339–348.

Jokinen P. 1995. Astmaa sairastavien lasten vanhempien kokemukset saamastaan tuesta. *Hoitotiede* 7, 110–111.

Jones CM. 1997. "That's a good sign": Encouraging Assessments as a Form of Social Support in Medically Related Encounters. *Health Communication* 9, 119–153.

Joseph J, Breslin C, Skinner H. 1999. Critical Perspectives on the Transtheoretical Model and Stages of Change. Teoksessa JA Tucker, DM Donovan, GA Marlatt (toim.) *Changing Addictive Behavior. Bridging Clinical and Public Health Strategies*. New York: The Guilford Press, 160–190.

Juhila K. 2000. Neuvot ja pulmat lastensuojelukeskusteluissa. Teoksessa A Jokinen, E Suonen (toim.) *Auttamistyö keskusteluna. Tutkimuksia sosiaali- ja terapiatyön arjesta*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 105–129.

Karhila P, Kettunen T, Poskiparta M, Kasila K. 2003. Negotiation in type 2 diabetes counseling: from problem recognition to mutual acceptance during lifestyle counseling. *Qualitative Health Research* 13, 1205–1224.

Kasila K, Poskiparta M, Karhila P, Kettunen T. 2003. Patients' readiness for dietary change at the beginning of counseling: a transtheoretical model-based assessment. *Journal of Human Nutrition Dietetic* 16, 159–166.

Kesäniemi A. 2003. Millainen liikunta edistää terveyttä? *Duodecim* 119, 1819–1822.

Kettunen T. 2001. Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. Jyväskylän yliopisto. *Terveystieteiden väitöskirja*.

Kettunen T, Poskiparta M, Kiuru P, Kasila K. 2004. Muutospuhe tyyppin 2 diabetesneuvonnassa. Tapaustutkimus diabeteshoitajan ja potilaan välisestä neuvontakeskustelusta. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 41, 352–365.

Kirk AF, Higgins LA, Hughes AR, Fishert BM, Mutrie N, Hillis S, MacIntyre PD. 2001. A randomized, controlled trial to study the effect of exercise consultation on the promotion of physical activity in people with Type 2 diabetes: a pilot study. *Diabetic Medicine* 18, 877–882.

Koikkalainen, M. 2001. Ruokailutottumusten muuttamisen esteet sydänpotilailla. Kuopion yliopisto. Kliinisen ravitsemustieteen väitöskirja.

Kyngäs H & Vanhanen L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11, 3–12.

Kylmä J, Vehviläinen-Julkunen K, Lähdevirta J. 2003. Laadullinen terveystutkimus – mitä, miten ja miksi? *Duodecim*, 119, 609–615.

Laaksonen DE. 2004. Elämäntavat ja diabeteksen ehkäisy. *Suomen Lääkärilehti* 59, 1669–1671.

Lahti-Koski M. 2001. Body mass index and obesity among adults in Finland. *Kansanterveyslaitoksen julkaisuja A12*. Helsinki. [www-dokumentti] [viitattu 28.10.2004] http://www.ktl.fi/attachments/suomi/osiot/terveydenhuollon_ammattilaisille/ravitsemus/julkaisut/bodymass.pdf

Louheranta L & Uusitupa M. 2000. Aikuistyyppin diabeteksen ehkäisy. *Suomen Lääkärilehti* 39, 3919–3921.

Lynne DS. 2003. Motivating Health: Strategies for the Nurse Practitioner. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 15, 200–205.

MacGeorge EL, Feng B, Butler GL, Budarz SK. 2004. Understanding Advice in Supportive Interactions. Beyond the Facework and Message Evaluation Paradigm. *Human Communication Research* 30, 42–70.

Malterud K. 2001. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet* 358, 483–488.

Marcus BH, Forsyth LAH. 2003. Motivating people to be physically active. Champaign, IL: Human Kinetics.

Marteu TM & Lerman C. 2001. Genetic risk and behavioural change. *British Medical Journal*, 322, 1056–1059.

Mays N & Pope C. 1995. Qualitative Research: Rigour and qualitative research. *British Medical Journal* 311, 109–112.

Mays N & Pope C. 2000. Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. *British Medical Journal* 320, 50–52.

- Miilunpalo S. 1999. Yksilöllinen liikuntaneuvonta – ihmisiin vaikuttaminen. Teoksessa I Vuori, S Taimela (toim.) Liikuntalääketiede. Helsinki: Duodecim, 417–427.
- Mishler E. 1984. *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*. Ablex, Norwood NJ. Teokseen viitattu artikkelissa: Ruusuvoori J, Lindholm C, Korpela E. 2004. Avoi- met vai suljetut kysymykset? Haastattelu lääkärin vastaanotolla. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 41, 336–351.
- Mustajoki P. 2003. Miten potilas motivoituu hoitonsa aktiiviseksi osapuoleksi? *Suomen Lääkärilehti* 42, 4235–4237.
- Mustajoki P. 2004. Lihavuus ja diabetes. *Liikunta & tiede* 5, 19.
- Mäkelä K. 1997. Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa VA Niskanen (toim.) *Tieteellisten menetelmien perusteita ihmistieteissä*. Helsingin yliopisto. Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus.
- Nupponen R. 1998. What is counseling all about – Basics in the counselling of health-related physical activity. *Patient Education and Counseling* 33, S61–S67.
- Nurmi T. 1998. *Uusi suomen kielen sanakirja*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Palumbo PJ. 2001. Glycemic Control, Mealtime Glucose Excursions and Diabetic Complications in Type 2 Diabetes Mellitus. *Mayo Foundation for Medical Education and Research* 76, 609–618.
- Peräkylä A. 1994. AIDS-neuvontatyö: esimerkki keskusteluanalyysin soveltamista terveysso- siologiassa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 31, 24–35.
- Peräkylä A. 2004. Reliability and validity in research based on naturally occurring social in- teraction. Teoksessa D Silverman (toim.) *Qualitative research. Theory, Method and Practice*. London: Sage Publications, 283–304.
- Peräkylä A, Sorjonen ML, Tammi T, Raevaara L, Haakana M. 2001. Potilaan elämäntavoista keskusteleminen. Teoksessa ML Sorjonen, A Peräkylä, K Eskola (toim.) *Keskustelu lääkärin vastaanotolla*. Tampere: Vastapaino, 161–182.
- Phelps RE, Tranakos-Howe S, Dagley JC, Lyn, MK. 2001. Encouragement and Ethnicity in African American College Students. *Journal of Counseling & Development* 79, 440–446.
- Poskiparta M. 1997. *Terveysneuvonta, oppimaan oppimista. Videotallenteet hoitajien terveys- neuvonnan ilmentäjinä ja vuorovaikutustaitojen kehittämismenetelmänä*. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden väitöskirja.
- Poskiparta M, Kasila K, Kettunen T, Kiuru P. 2004a. Tyypin 2 diabeetikkojen liikuntaneu- vonta perusterveydenhuollon lääkäreiden ja hoitajien vastaanotolla. *Suomen Lääkärilehti* 59, 1491–1495.
- Poskiparta M, Kasila K, Kettunen T, Liimatainen L, Vähäsarja K. 2004b. Uusi työväline elin- tapojen muutosta tukevaan terveysneuvontaan. *Terveystieteiden aikakauslehti* 7, 15–17.

- Prochaska JO & Marcus BH. 1994. The Transtheoretical Model: Applications to Exercise. Dishman RK (toim.) *Advances in Exercise Adherence*. Champaign, IL: Human Kinetics, 161–180.
- Prochaska JO & Norcross JC. 2003. *Systems of Psychotherapy. A Transtheoretical Analysis*. California, USA: Brooks/Cole.
- Prochaska JO, Redding CA, Evers KE. 1997. The Transtheoretical Model and Stages of Change. Teoksessa Glanz K, Lewis FM, Rimer BK. (toim.) *Health behaviour and health education. Theory, Research and Practice*. 2nd ed. San Francisco, California, 60–84.
- Prochaska JO & Velicer WF. 1997. The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion* 12, 38–48.
- Pyörälä E. 2000. *Interaction in Dietary Counselling of Diabetic Children and Adolescents*. Helsingin yliopisto. Kansanterveystieteen väitöskirja.
- Rathvon N. 1990. The Effects of Encouragement on Off-task Behavior and Academic Productivity. *Elementary School Guidance & Counseling* 24, 189–200.
- Ray EB & Donohew L. 1990. *Communication and Health. Systems and Applications*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Reinivuo H, Männistö S, Tapanainen H, Pakkala H. 2003. Ravintoaineiden saanti. Teoksessa S Männistö, ML Ovaskainen, L Valsta (toim.) *Finravinto 2002-tutkimus. The National FIN-DIET 2002 Study*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2003. Kansanterveyslaitos, Ravitsemusyksikkö. Helsinki, 39–82. [www-dokumentti] [viitattu 24.5.2004]
http://www.ktl.fi/attachments/suomi/osiot/terveydenhuollon_ammattilaisille/ravitsemus/julkaisut/finravinto_2002__tutkimus/fr2002_luku5.pdf
- Resnick B. 1996. Motivation in Geriatric Rehabilitation. *Journal of Nursing Scholarship* 28, 41–45.
- Rollnick S, Heather N, Bell A. 1992. Negotiating behaviour change in medical settings: The development of brief motivational interviewing. *Journal of Mental Health* 1, 25–37.
- Rollnick S, Mason P, Butler C. 1999. *Health Behavior Change. A guide for practitioners*. Churchill Livingstone.
- Rosal MC, Ebbeling CB, Lofgren I, Ockene JK, Ockene IS, Hebert JR. 2001. Facilitating dietary change: The patient-centered counselling model. *Journal of the American Dietetic Association* 101, 332–338.
- Ruusuvuori J, Lindholm C, Korpela E. 2004. Avoimet vai suljetut kysymykset? Haastattelu lääkärin vastaanotolla. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 41, 336–351.
- Ruusuvuori J, Raevaara L, Peräkylä A. 2003. Potilas vaivansa tulkkina - ymmärtääkö lääkäri yskän? *Suomen Lääkärilehti* 58, 4219–4225.

- Sainio C, Eriksson E, Lauri S. 2001. Patient Participation in Decision Making about Care: The Cancer Patient's Point of View. *Cancer Nursing* 24, 172–179.
- Salminen V, Lindström J, Louheranta A, Rastas M. 2002. Ruokavalio- ja liikuntaneuvonta ehkäisevät diabeteksen puhkeamista. *Suomen Lääkärilehti* 12, 1379–1382.
- Samovar LA, Porter RE, Stefani LA. 1998. *Communication between cultures*. California, Belmont: Wadsworth Publishing Company.
- Saraheimo M & Ilanne-Parikka P. 1999. Mitä diabetes on? Teoksessa P Ilanne-Parikka, T Kangas, EA Kaprio, T Rönnemaa. (toim.) *Diabetes*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 9–20.
- Savoca M & Miller C. 2001. Food Selection and Eating Patterns: Themes Found among People with Type 2 Diabetes Mellitus. *Journal of Nutrition Education* 4, 224–233.
- Shemeikka S. 1999. Terveystottumusten muutosta tukeva neuvonta. Teoksessa A Aro, M Mutanen, M Uusitupa (toim.) *Ravitsemustiede*. Duodecim. Hämeenlinna: Karisto Oy, 343–353.
- Shultz JA, Sprague MA, Branen LJ, Lambeth S. 2001. A Comparison of Views of Individuals with Type 2 Diabetes Mellitus and Diabetes Educators About Barriers to Diet and Exercise. *Journal of Health Communication* 6, 99–115.
- Sporny AL & Contento IR. 1995. Stages of Change in Dietary Fat Reduction: Social Psychological Correlates. *Journal of Nutrition Education* 4, 191–199.
- Steptoe A, Kerry S, Rink E, Hilton S. 2001. The Impact of Behavioral Counseling on Stage of Change in Fat Intake, Physical Activity, and Cigarette Smoking in Adults at Increased Risk of Coronary Heart Disease. *American Public Health Association* 91, 265–269.
- STM. 2000. Haapa E, Pölönen A, Rastas M, Stirkinen R. Ravitsemushoidon toteutuminen terveydenhuollossa. *Selvitys Uudenmaan alueelta vuonna 1997*. Sosiaali- ja terveysministeriö. *Monisteita* 2000:20. Helsinki.
- STM. 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015- kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja nro 4.
- Ståhl T. 2002. Liikkumisresepti. *Liikunta ja tiede* 5, erikoisliite.
- Suoninen E. 2000. ”Tanssilajit ja -tyylit” asiakkaan kohtaamisessa. Teoksessa A Jokinen, E Suoninen (toim.) *Auttamistyö keskusteluna*. Tutkimuksia sosiaali- ja terapiatyön arjesta. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 67–104.
- Suuri kansallinen liikuntatutkimus 2001–2002. *Aikuisliikunta*. 2002. SLU:n julkaisusarja 5/02.
- Tomm K. 1988. Interventive interviewing: part III. Intending to ask linear, circular, strategic, or reflexive questions? *Family Process* 27, 1–15.

Torpström J & Paganus A. 1999. Potilaan ruokailutottumusten selvittäminen ja ravitsemusneuvonta. Teoksessa A Aro, M Mutanen, M Uusitupa (toim.) Ravitsemustiede. Duodecim. Hämeenlinna: Karisto Oy, 335–342.

Tschudin V, 1995. *Counselling Skills for Nurses*. London: Bailliere Tindall.

Tuomi J & Sarajärvi A. 2002. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.

Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG, Valle TT, 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. *The New England Journal of Medicine* 344,1343–1350.

Uusitupa M. 2001. Liikunta ja ruokavalio ovat metabolisen oireyhtymän täsmähoitoa. *Duodecim* 117, 621–30.

Valle TT, Lindström J, Eriksson JG, Hämäläinen, H. 2002. Elämäntapamuutokset tehokkaita tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä. *Suomen Lääkärilehti* 12, 1369–1377.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 1998. *Suomalaiset ravitsemussuosituks*.

[www-dokumentti] [viitattu 2.12.2004]

http://www.mmm.fi/ravitsemusneuvottelukunta/Suositus98_lyh.htm

Vartiainen E, Laatikainen T, Tapanainen H, Salomaa V, Jousilahti P, Sundvall J, Salminen M, Männistö S, Valsta L. 2003. Suomalaisten sydän- ja verisuonitautien riskitekijät FINRISKI-tutkimuksessa 1982–2002. *Suomen Lääkärilehti* 58, 4099–4106.

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

Vuori I. 2003. *Lisää liikuntaa*. Helsinki: Edita Prima Oy.

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

Whittemore R, Bak PS, Melkus G, Grey M. 2003. Promoting Lifestyle Change in the Prevention and Management of Type 2 Diabetes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 15, 341–349.

Wing RR, Goldstein MG, Acton KJ, Birch LL, Jakicic JM, Sallis J F, Smith-West D, Jeffery RW, Surwit RS. 2001. Behavioral Science Research in Diabetes. Lifestyle changes related to obesity, eating behavior, and physical activity. *Diabetes Care* 24, 117–123.

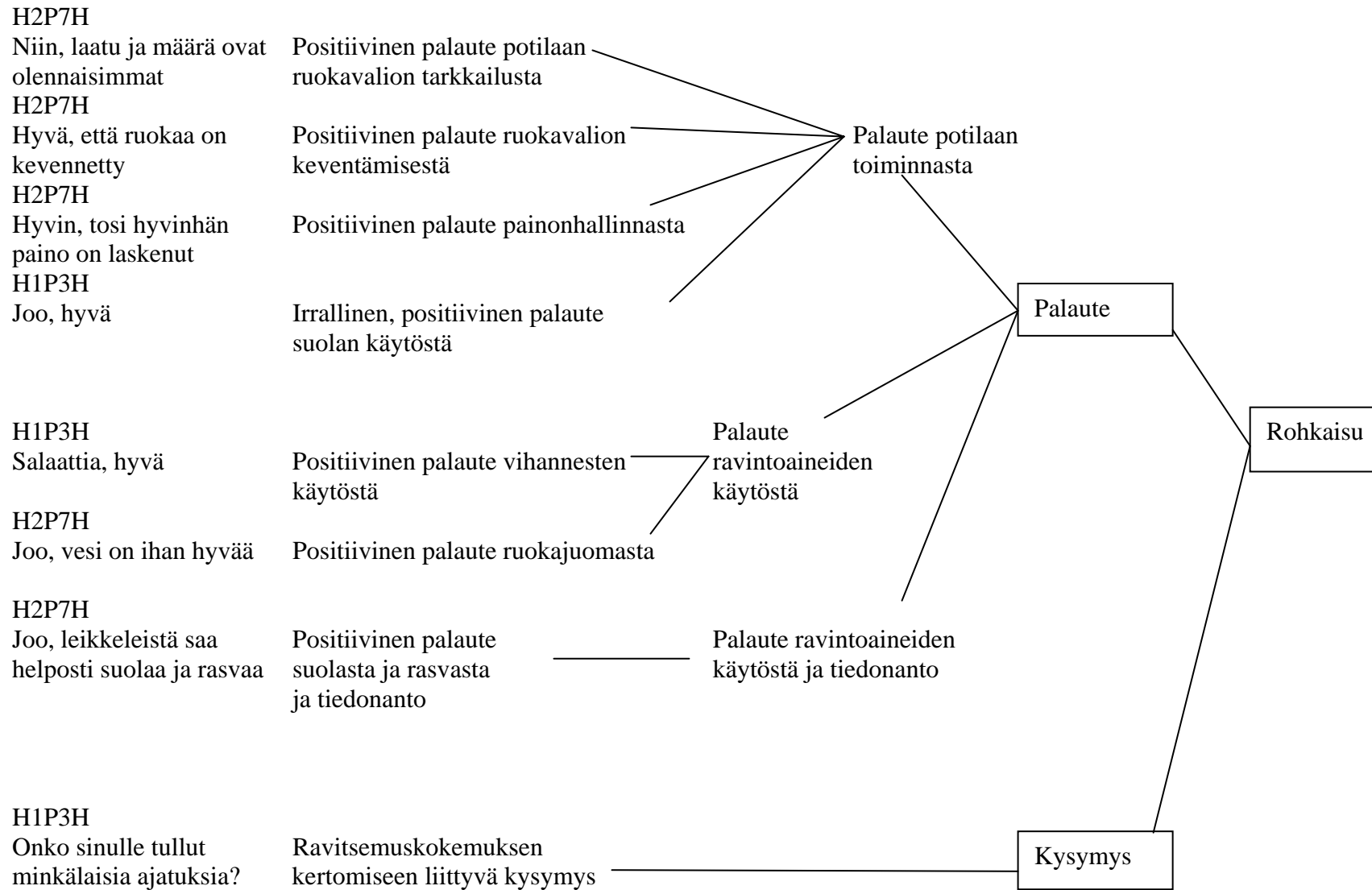
WordNet: An Electronic Lexical Database For English Language. [www-dokumentti] [viitattu 13.1.2005] <http://wordnet.princeton.edu/cgi-bin/webwn2.0?stage=1&word=encouragement>

Wright JD, Kennedy-Stephenson J, Wang CY, McDowll MA, Johnson CL. 2004. Trends in Intake of Energy and Nacronutrients – United States, 1971–2000. *Morbidity & Mortality Weekly Report* 53, 80–82.

ANALYYSIESIMERKKI: ravitsemusneuvonta, harkintavaihe

LIITE 1/1





H2P7H
 Niin, niin,
 työpaikkaruokaloissa
 kannattaa syödä
 H1P3H
 Se on totta, ettei
 kannu kaupasta

Kannustus työpaikkaruokailuun

Kannustus ruokailuun
 liittyviin valintoihin

Kannustus kaupassa tehtäviin
 valintoihin

H1P3H
 Tulet varmasti
 pääsemään
 H1P3H
 Joo, kyllä varmasti tulee
 tuloksia

Kannustus painon
 pudotukseen

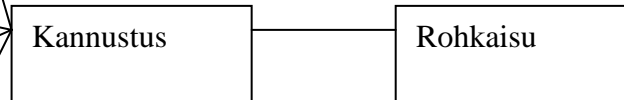
H1P3H
 Kyllä se sieltä,
 ei tarvitse kun
 rasvaan kiinnittää
 huomiota teidän
 perheessä
 H1P3H
 Sun ei tarvitse tehdä
 mitään muuta kuin
 kiinnittää rasvan
 laatuun huomiota

Kannustus rasvan
 huomioimiseen

Kannustus
 ravinto aineiden
 huomioimiseen

H2P7H
 Niin, syömällä
 vähemmän maitotuotteita,
 kalorimäärä pienenee

Kannustus kalorimäärän
 tarkkailuun ja tiedonanto



ANALYYSIESIMERKKI: liikunta, toimintavaihe

LIITE 2/1

Pelkistys

Ryhmittely

Alakategoria

Yläkategoria

Yhdistävä kategoria

H1P1T
Plus vesijumppa.
Sinullahan on ihan...
H2P14T
Vesijumppa on oikein
hyvä

Positiivinen palaute
liikkumisesta

H1P1T
Joo, nyt jo aloitit.

Positiivinen palaute
liikunnan aloittamisesta

H2P14T
Entäs uinti?
H2P14T
Niin, olisiko hyvä, jos
kävisit kuntosalilla
ja saisit ohjausta?

Liikuntalajin
aloittamiseen liittyvä
kysymys

Palaute
liikkumisesta

Palaute

Kysymys

Rohkaisu

H1P1T
Joo joo, kuntosalilla
käynti auttaa
insuliinin tuotossa
H2P14T
Joo. Kuntopyörä
on ihan hyvä,
kun sillä ei kaadu
H2P14T
Niin, kuntosali vois
olla ihan hyvä

Liikuntalajin hyväksyminen
ja tiedonanto

Hyväksyntä
ja tiedonanto

H1P1T
Joo, vois miettiä,
että tulisit meidän
hoidonohjauskurssille
H1P1T
Joo, punttisalilla saisit
ohjeita ja innostuisit
itse etsimään
jonkun paikan
H2P14T
Ei ja kuntosali olisi
sinulle hyvä

Liikuntamuodon hyväksyntä
ja neuvonanto

Hyväksyntä
ja neuvonanto

