

**RUUMIS KYLLÄ KÄRSII TÄSSÄ SYSTEEMISSÄ, SIELULLAKIN ON
EPÄVARMAA**

**Tapaustutkimus tyypin 2 diabetesasiakkaan liikuntapuheesta ja motivoivan
haastattelun menetelmien ilmenemisestä diabeteshoitajan liikuntaneuvonnassa**

Eeva Elomäki

Jyväskylän yliopisto

Terveystieteiden laitos

Terveyskasvatuksen pro gradu-tutkielma

Syksy 2011

TIIVISTELMÄ

Ruumis kyllä kärsii tässä systeemissä, sielullakin on epävarmaa: Tapaustutkimus tyypin 2 diabetesasiakkaan liikuntapuheesta ja motivoivan haastattelun menetelmien ilmenemisestä diabeteshoitajan liikuntaneuvonnassa.

Eeva Elomäki

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta

Terveystieteiden laitos

Terveyskasvatuksen pro gradu – tutkielma, 67 sivua, 6 liitettä

Syksy 2011

Tutkielman tarkoituksena oli tutkia, miten motivoivan haastattelun menetelmät ilmenivät diabeteshoitajan toteuttamassa liikuntaneuvonnassa sekä arvioida tyypin 2 diabetesasiakkaan liikuntaan motivoitumiseen ja sitoutumiseen yhteydessä olevia tekijöitä kahden vuoden seuranta-aikana.

Tutkimusaineisto oli osa Jyväskylän yliopiston Terveystieteiden laitoksen diabetespotilaiden terveystieteiden seuranta-tutkimusta (2000 - 2002). Tässä tutkimuksessa käytetty aineisto koostui tyypin 2 diabetesasiakkaan ja diabeteshoitajan videoiduista ja litteroiduista terveystieteiden seuranta-aikana. Liikuntaan liittyvät puheenvuorot irrotettiin tutkimuksen kohteeksi ja aineisto analysoitiin deduktiivisen ja induktiivisen sisällönanalyysin avulla.

Motivoivan haastattelun menetelmistä diabeteshoitajan liikuntaneuvonnassa tulivat hyvin esille avointen kysymysten käyttö, asiakkaan puheen heijastaminen ja yksinkertaiset reflektiot sekä asiakkaan muutosvalmiuksien vahvistaminen ja tukeminen. Sen sijaan yhteenvetojen tekeminen ja asiakkaan muutospuheen tukeminen jäivät vähäisiksi. Asiakkaan motivoituminen liikuntaan tuli esille hyötyliikunnan arvostamisena sekä luonnossa liikkumisena. Näihin hän osoitti myös sitoutumista seurantajakson aikana. Asiakas toi esille kokemiaan liikkumisen esteitä, joiden käsittelyssä ei kuitenkaan edistytty sekä liikunnan mahdollistavia tekijöitä, joita hän pystyi seurantajakson aikana hyödyntämään.

Tutkimus vahvisti aiempien tutkimusten tapaan asiakkaan sisäisen motivaation merkitystä liikuntatottumusten muuttamisessa. Motivoivan haastattelun menetelmien voidaan nähdä edesauttavan asiakkaan pohdintaa liikuntaan motivoitumiseen ja sitoutumiseen yhteydessä olevista tekijöistä. Hoitajan pyrkimys tasa-arvoiseen vuorovaikutukseen näyttäisi edistävän asiakkaan liikuntaneuvontaan osallistumista, joka taas edesauttaa liikuntaan motivoitumista ja sitoutumista.

Avainsanat: tyypin 2 diabetes, liikuntaneuvonta, motivoituminen, motivoiva haastattelu

ABSTRACT

The body suffers from this system, the soul is doubtful: A case study of type 2 diabetes patient's talk about physical activity and how motivational interviewing methods express in nurse's physical activity counseling.

Eeva Elomäki

UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ

The Faculty of Sport and Health Sciences

Department of Health Sciences

Master's thesis in Health Education, 67 pages, 6 appendices

Autumn 2011

The purpose of this study was to describe how motivational interviewing methods were expressed in nurse's physical activity counseling and to estimate which things had a connection with patient's motivation and commitment to physical activity in two years follow-up time.

The material used in this study is part of a follow-up study of the department of Health Sciences at the University of Jyväskylä. The aim of the study was to find out how health counseling relates to the care and prevention of type 2 diabetes. The material was collected during 2000-2002. The material of this study consisted of video-typed and transcribed health counseling meetings between one nurse and one patient. Physical activity conversations were distinguished to research subjects and were analyzed with deductive and inductive content analyses.

In nurse's physical activity counseling there were expressed well open questions, simple reflection and affirm from motivational interviewing methods. Instead there were few summarizes and eliciting change talk in nurse's physical activity counseling. The patient motivated and committed to everyday physical activity and exercise in nature. He brought out his physical activity barriers which were not discussed and possibilities which he used in follow-up time.

This study confirms the results of earlier studies from intrinsic motivation to change physical activity. Motivational interviewing methods can help patient's consideration about things that have a connection with motivation and commitment to his physical activity. Nurse's intention to equal interaction seems to contribute patient participation to physical activity counseling which improve motivation and commitment to physical exercise.

Keywords: type 2 diabetes, physical activity counseling, motivation, motivational interviewing

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 TYYPIN 2 DIABETES JA LIIKUNTANEUVONTA.....	3
2.1 Tyypin 2 diabetes ja suomalaisten terveyskäyttäytyminen	3
2.2 Tyypin 2 diabetes ja liikunta	5
2.3 Tyypin 2 diabeteksen liikuntaneuvonta	7
3 MOTIVAATIO JA LIIKUNTA	9
3.1 Motivaatio	9
3.2 Sisäinen ja ulkoinen motivaatio	10
3.3 Liikuntamotivaatio	11
4 MOTIVOIVA HAASTATTELU	13
4.1 Motivoiva haastattelu	13
4.2 Motivoivan haastattelun menetelmät	16
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TEHTÄVÄT	19
6 TUTKIMUSAINEISTO JA ANALYYSI	20
6.1 Tutkimusaineisto	20
6.2 Tutkimusaineiston analyysi	20
7 TUTKIMUKSEN TULOKSET	23
7.1 Motivoivan haastattelun menetelmät diabeteshoitajan liikuntaneuvonnassa.....	23
7.1.1 Avoimet kysymykset	23
7.1.2 Asiakkaan puheen heijastaminen ja reflektointi	27
7.1.3 Asiakkaan muutosvalmiuksien vahvistaminen ja tukeminen.....	30
7.1.4 Yhteenvetojen tekeminen	34

7.2 Asiakkaan motivoituminen liikuntaan	36
7.2.1 Hyötyliikunnan arvostaminen	36
7.2.2 Oman liikuntamotivaation arviointi ja pohdiskelu	38
7.2.3 Omien periaatteiden kyseenalaistaminen	43
7.2.4 Omahoidon tarpeen arviointi ja pohdiskelu.....	44
7.3 Asiakkaan sitoutuminen liikuntaan	46
7.3.1 Omaa liikuntaan sitoutumisen pohdintaa	46
7.3.2 Mieluisten liikuntalajien arviointia.....	49
8 POHDINTA.....	51
8.1 Luotettavuuden arviointi	51
8.2 Yhteenveto ja Johtopäätökset.....	54
8.3 Jatkotutkimusehdotuksia	57
LÄHTEET:	58
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Tyypin 2 diabeteksen esiintyvyys väestössä niin Suomessa kuin maailmanlaajuisesti lisääntyy nopeasti (Tuomilehto ym. 2001). Yleistymisen syynä on runsaasti energiaa sisältävän ravinnon sekä vähäisen liikunnan aiheuttama painonnousu ja väestön ikääntyminen sekä arkiliikunnan vähentyminen (Saraheimo ym. 2009).

Elintapamuutokset, kuten liikunnan lisääminen ja ruokavalion muuttaminen terveellisemmäksi on todettu tyypin 2 diabeteksen tehokkaaksi ehkäisy- ja hoitokeinoksi (Knowler 2002, Salopuro ym. 2010). Esimerkiksi Suomalaisilla Diabeteksen ehkäisy tutkimuksilla on saavutettu merkittäviä elintapamuutoksia (Lindström ym. 2003, 2006). Toisaalta elintapainterventioiden teho vähenee huomattavasti tavallisessa kliinisessä työssä, jossa potilaat eivät välttämättä ole motivoituneita muutokseen ja resurssit ovat yleensä vähäisemmät kuin ehkäisy tutkimuksissa (Laakso & Uusitupa 2007).

Potilaiden oma motivaatio on nähty ensiarvoisen tärkeänä tekijänä elintapamuutosten ja liikunta-aktiivisuuden lisäämisessä. Ohjaustyössä tärkeimpänä käyttäytymismuutoksen moottorina pidetään potilaan ja ammattilaisen suhdetta. Potilaan kokemus kunnioitetuksi ja ymmärretyksi tulemisesta sekä aidosta välittämisestä ovat olennaisia tekijöitä kestävän motivaation muodostumiselle. Motivoivan vuorovaikutuksen taitoihin panostaminen olisikin tärkeää terveydenhuollon kaikilla tasoilla (Angle 2010).

Motivoivaa haastattelua on tutkittu erilaisten päihdeongelmien hoidossa (Burke, Arkowitz & Menchola 2003, Strang & McCambridge 2004), jossa sen tehokkuudesta on vahvaa näyttöä, mutta esimerkiksi pitkäaikaissairauksiin ja niissä tarvittaviin elintapamuutoksiin liittyen tutkimus on ollut vähäistä. Motivoiva haastattelu on herättänyt lisääntyvää kiinnostusta esimerkiksi diabeteksen, astman ja verenpainetaudin osalta ennalta ehkäisevässä terveydenhuollossa (Britt ym. 2004, Jansink ym. 2009, Miller ym. 2009). Motivoivan haastattelun menetelmien käyttöä liikuntaneuvonnassa on tutkittu toistaiseksi vähän (Bennet ym. 2007, Jones ym. 2004), mutta esimerkiksi painonhallintaan liittyen on saatu rohkaisevia tuloksia sen soveltuvuudesta ja vaikuttavuudesta (Pollack ym. 2009, West ym. 2007).

Tämän tutkimuksen teoreettisena lähtökohtana on käytetty motivoivaa haastattelua (Miller & Rollnick 2002) diabeteshoitajan liikuntaneuvontaa tarkasteltaessa. Tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella motivoivan haastattelun menetelmien ilmenemistä diabeteshoitajan liikuntaneuvonnassa sekä arvioida diabetesasiakkaan liikuntaan motivoitumiseen ja sitoutumiseen yhteydessä olevia tekijöitä kahden vuoden seuranta-aikana. Diabeteshoitajan ja tyypin 2 diabetesasiakkaan terveysneuvontakeskusteluista irrotetut liikuntaan liittyvät episodit on analysoitu deduktiivisen ja induktiivisen sisällönanalyysin avulla.

2 TYYPIN 2 DIABETES JA LIIKUNTANEUVONTA

2.1 Tyypin 2 diabetes ja suomalaisten terveyskäyttäytyminen

Tyypin 2 diabetes on perinnöllisestä taipumuksesta ja elintavoista johtuva aineenvaihduntasairaus, jonka puutteellinen tai liian myöhään aloitettu hoito altistaa jo olemassa olevien häiriöiden lisäksi useille vakaville sairauksille (DEHKO 2003-2010). Tyypin 2 diabeteksessa ja sen esivaiheessa haiman insuliinintuotanto on aluksi usein kiihtynyt, sillä hormonin toiminta on heikentynyt lihas- ja rasvakudoksessa, jossa sen pitäisi edistää glukoosin ottoa verenkierrosta soluihin energiatuotantoa varten. Kyseessä on niin sanottu insuliiniresistenssi, joka aiheuttaa monenlaisia hiilihydraatti- ja rasva-aineenvaihdunnan häiriöitä. Insuliiniresistenssin aiheuttama aineenvaihdintahäiriö voi olla oireeton vuosikausia. Heikentyneen glukoosinsiedon lisäksi tyypin 2 diabetesta voi edeltää sepelvaltimotaudin usean vaaratekijän samanaikainen esiintyminen, jolloin kyse on metabolisesta oireyhtymästä eli aineenvaihduntasyndroomasta (Kukkonen-Harjula 2011).

Suomessa on lääkärin hoidossa lähes 300 000 tyypin 2 diabeetikkoa ja lähes yhtä moni ei vielä tiedä sairaudestaan (Reunanen ym. 2008). Jopa kaksi kolmasosaa kaikista diabetesta sairastavista 45 – 74 vuotiaiden ikäryhmässä on oireettomia, eikä heidän diabetestään ole todettu terveydenhuollossa (Salopuro ym. 2010). Diabeetikoiden kokonaismäärä ylittääkin nykyisin selvästi puolen miljoonan rajan (Reunanen ym. 2008). Tyypin 2 diabetes on myös yksi nopeimmin kasvavista kansanterveysongelmista maailmanlaajuisesti (Tuomilehto & Uusitupa 2010).

Tärkeimmät tyypin 2 diabeteksen vaaratekijät ovat ylipaino ja liikunnan vähäisyys. Ehkäisy tutkimukset ovat osoittaneet, että elintapamuutokset, kuten painon lasku, liikunnan lisääminen, ruokavalion muutokset, ovat tehokkain tapa ehkäistä diabetesta tai siirtää sen puhkeamista tuonnemmaksi (Laakso & Uusitupa 2007). Toisaalta väestön pidentynyt elinikä lisää diabeetikkojen määrää, sillä diabeteksen esiintyvyys on vahvasti yhteydessä ikään (Valle ym. 2002). Väestön ikääntyessä diabeteksen esiintyvyys ja palvelujen tarve lisääntyvät, mikä on lisännyt tarvetta kehittää hoitoa (Harno ym. 2010). Myös yhä nuoremmilla aikuisilla ilmenee tyypin 2 diabetesta, jonka on ennustettu lisääntyvän merkittävästi (Hussain ym. 2007).

Tutkimusnäyttö elintapaintervention vaikutuksesta on kuitenkin vakuuttavaa (Lindström 2010). Sekä suomalaiset (Lindström ym. 2003, 2006) että yhdysvaltalaiset (Knowler ym. 2003, 2009) tutkimukset ovat osoittaneet, että varsin kohtuullisilla elintapamuutoksilla tyypin 2 diabeteksen ilmaantuvuus puolittuu. Tutkimusten pitkäaikaisseuranta on osoittanut myös intervention vaikutuksen säilyvän vuosia aktiivisen ohjauksen lopettamisen jälkeenkin (Lindström 2006, Knowler 2009).

Vapaa-ajan liikunta on tasaisesti lisääntynyt sekä miehillä että naisilla koko Suomessa. (Helakorpi ym. 2010). Kasvanut vapaa-ajan liikunnan harrastaminen ei ole kuitenkaan lisännyt aikuisten liikunta-aktiivisuutta terveyden kannalta riittävästi työn keventymisen vastapainona. Myös työmatkaliikunnan vähentyminen autoistumisen myötä on heikentänyt aikuisväestön fyysistä kuntoa (Fogelholm ym. 2007, Helakorpi ym. 2005). Finriski2002 – tutkimuksen (Laatikainen ym. 2003) mukaan riittämättömästi liikkuvia oli suomalaisista työikäisistä viidennes, kun Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksen mukaan riittämättömästi liikkuvia työikäisiä on jopa kolmannes (Fogelholm ym. 2007).

Suomalaisen aikuisväestön terveystietoisuuden ja terveyskäyttäytymisen ja terveys (AVTK) tutkimuksen kevään 2009 raportin 7/2010 mukaan miehistä 31% ja naisista 32% ilmoitti harrastavansa vapaa-ajan liikuntaa vähintään neljä kertaa viikossa. UKK-instituutin terveystietoisuuden mukaisesti liikkui kuitenkin vain 11% työikäisestä väestöstä. Yleisintä suositusten mukainen liikunta oli alle 25-vuotiailla ja harvinaisinta yli 54-vuotiailla. Vuonna 2009 työssäkäyvistä miehistä 30% ilmoitti kävelevänsä tai pyöräilevänsä työmatkoillaan vähintään 15 minuuttia päivässä, naisilla vastaava osuus oli 39%. Vähintään 30 minuuttia työmatkoihin päivässä pyöräillen tai kävellen käytti vuonna 2009 miehistä 11% ja naisista 14%. Ylimmän koulutusryhmän miehet harrastavat vapaa-ajan liikuntaa yleisemmin kuin muut miehet. Miesten koulutusryhmäerot vapaa-ajan liikunnassa ovat kasvaneet, kun taas naisilla koulutusryhmien väliset erot ovat edelleen pieniä (Helakorpi ym. 2010).

Ylipainoisten osuus on kasvanut Suomessa pitkällä aikavälillä. Vuonna 2009 miehistä 58% ja naisista 42% oli ylipainoisia (BMI > 25kg/m²) itse ilmoittamiensa pituus- ja painotietojen perusteella. Ylipainoisten osuus on suurin alimmassa koulutusryhmässä. Koulutusryhmien väliset erot ovat naisilla suuremmat kuin miehillä (Helakorpi ym. 2010).

2.2 Tyypin 2 diabetes ja liikunta

Säännöllistä liikuntaa on pidetty yhtenä keskeisenä tyypin 2 diabeteksen hoitomuotona (Miilunpalo 2002). Epidemiologisten seurantatutkimusten perusteella päivittäisellä, vähintään 30 minuutin pituisella, kohtuukuormitteisella, kestävyystyypisellä liikunnalla voidaan ehkäistä tyypin 2 diabeteksen ilmaantumista (Jeon ym. 2007, Sigal ym. 2007). Keski-ikäisillä, ylipainoisilla, yleisesti huonokuntoisilla henkilöillä, joilla on kohonnut diabeteksen riski, vapaa-ajan liikunnan kokonaiskestolla tai energiankulutuksella on todettu olevan suurempi merkitys kuin liikunnan intensiteetillä (Laaksonen ym. 2005). Tutkimuksissa suurimmat vaikutukset terveydentilaan on todettu henkilöillä, joiden fyysinen kunto ennen liikunnan aloittamista on ollut huonoin (Fogelholm ym. 2004, Kesäniemi 2003).

Fyysisen aktiivisuuden lisäämisen tavoitteena on parantaa elimistön glukoosi- ja insuliiniaineenvaihduntaa ja siten hoitotasapainoa sekä auttaa painonhallinnassa. Hyvä glukoositasapaino hidastaa diabetekseen liittyvien elinkomplikaatioiden ilmaantumista pienissä verisuonissa, munuaisissa, hermoissa (neuropatia) ja silmän verkkokalvolla (retinopatia). Suomalaisessa väestötutkimuksessa todettiin, että fyysinen aktiivisuus joko työssä tai vapaa-aikana vähensi sekä kokonais- että verenkiertosairauskuolleisuutta tyypin 2 diabeteksessä 18 vuoden seuranta-aikana. Vastaava yhteys on todettu myös hyvän kestävyyskunnon ja vähentyneen kuolleisuuden välillä diabeteksessä (Kukkonen-Harjula 2011).

Diabeetikkojen liikuntasuosituksissa korostetaan kohtuullisesti kuormittavan liikunnan merkitystä ja suositellaan, että vähintään 30 minuuttia kestävä, kohtalaisen rasittavaa liikuntaa, kuten reipasta kävelyä, tulisi harrastaa mieluiten päivittäin. Kestävyysliikuntaa on perinteisesti korostettu, mutta kuntosaliharjoittelu näyttää myös parantavan glukoosi- ja insuliiniaineenvaihdunnan häiriöitä. Näiden lisäksi kevyt arki- ja hyötyliikunta auttavat tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä (Laaksonen 2007). Kohtalaisen kuormittava tai rasittava liikunta parantaa insuliiniherkkyyttä välittömästi aktiviteetin jälkeen. Vaikutus kestää ainakin yhden vuorokauden, mutta häviää 2-3 vuorokauden sisällä. Tämän vuoksi maksimaalisen hyödyn saavuttamiseksi liikuntaa tulisi harrastaa päivittäin (Laaksonen ym. 2007). Diabetesta sairastavalle suositellaan säännöllisesti sekä hengitystä ja verenkiertoa tehostavaa liikuntaa

että lihasvoimaharjoittelua, koska molemmat saattavat korjata tehokkaasti veren sokeritasapainoa (Sigal ym. 2007).

UKK-instituutin terveystieteiden suositusten mukaan kestävyyskuntoa tulisi harjoittaa liikkumalla reippaasti yhteensä vähintään kaksi ja puoli tuntia viikossa tai liikkumalla rasittavasti yhteensä tunnin ja viisitoista minuuttia viikossa. Lisäksi tulisi kohentaa lihaskuntoa ainakin kaksi kertaa viikossa (UKK-instituutti 2009).

Kivelän (2008) liikuntafysiologian väitöskirjassään selvitettiin liikunnan ja diabeteksen vaikutuksia lihasten veri- ja imusuonistoon. Tutkimuksen mukaan diabetes alentaa verisuonten määrää lihaksissa ja vaikuttaa monien verisuonten kasvuun liittyvien geenien ilmenemiseen. Tutkimuksen tulosten perusteella ei voida vielä antaa tarkkoja suosituksia diabeetikolle, kuinka paljon, usein ja minkä tyyppinen liikunta olisi verisuonten kasvun kannalta kaikkein tehokkainta. Kuten monien liikunnan terveystieteiden kohdalla, myös verisuonten kasvun osalta on oleellista, että liikunta on säännöllisesti toistuvaa. Silloin voidaan Kivelän (2008) mukaan saada pysyviä muutoksia verisuoniston rakenteissa. Lisäksi on huomioitava, että diabeteksen aiheuttamien verisuonimuutosten taustalla on todennäköisesti kohonnut verensokeri, jonka vuoksi haitallisten muutosten estämiseksi olisi tärkeää pitää huolta hyvästä verensokeritasapainosta (Kivelä 2008).

Suomalaisten yleisimpiä koettuja liikkumisen esteitä ovat laiskuus ja ajanpuute, mikä kertoo motivaation riittämättömyydestä. Tietoa liikunnan terveystieteiden vaikutuksista aikuisilla on, mutta monet merkityksellisemmiksi koetut asiat kilpailevat ajasta liikunnan kanssa. Sen sijaan hyötyliikunta on merkittävä osa suomalaisten aikuisten liikuntaa. Hyötyliikuntamuotojen teho saattaa olla kuitenkin alhainen ja siten hyötyliikunnan yhteys esimerkiksi sydän- ja verisuonitautien vaaratekijöihin on kuntoliikuntaa heikompi. Hyötyliikunnan merkitystä kokonaisenergiankulutuksen näkökulmasta tulisi kuitenkin painottaa, erityisesti väestössä yhä lisääntyvän ylipainon ja lihavuuden takia (Borodulin 2006). Terveystieteiden edistämistyön haasteena onkin, kuinka motivoida aikuiset liikkumaan riittävästi (Korkiakangas ym. 2009).

2.3 Tyypin 2 diabeteksen liikuntaneuvonta

Diabeetikoiden liikuntasuosituksissa korostuvat yleiset terveystuokasuositukses. Terveystuokas käsitteenä tarkoittaa kaikkea sellaista fyysistä aktiivisuutta, jolla on myönteinen vaikutus terveyteen ja josta ei aiheudu terveydellisiä haittoja tai vaaroja. Terveystuokas sisältää kaikki osa-alueet arki-, hyöty- ja työmatkaliikunnasta kestävyystuokasaan sekä lihaskuntoa ja liikehallintaa sisältävään liikuntaan. Terveystuokas edistää sekä fyysistä että psyykkistä mielihyvää ja sen tarkoituksena on ennen kaikkea edistää terveyttä liikunnan avulla (UKK-instituutti 2009).

Henkilökohtaisella liikuntaneuvonnalla on todettu olevan selvä vaikutus liikuntaaktiivisuuteen. Neuvonta on vaikuttavinta niissä väestöryhmissä, joiden muutosvalmius on hyvä, kuten esimerkiksi riittämättömästi liikkuvat, jotka eivät ole kuitenkaan täysin inaktiivisia (Kiiskinen ym. 2008). Kohderyhmille räätälöity keskusteleva ja asiakkaan mielipiteet huomioiva henkilökohtainen neuvonta vahvistaa yksilön hallinnan tunnetta ja sitoutumista toimintaan sekä vahvistaa pystyvyyden kokemusta (Kahn ym. 2002).

Neuvonta on luonteva keino terveydenhuollon ja liikunnan ammattilaisille pyrkiä vaikuttamaan yksilön liikuntatottumuksiin. Liikuntaneuvonta toteutuu usein yksilöllisesti asiakaskontaktien luonteen vuoksi. Liikuntaneuvontakäytännöt ovat kuitenkin vaihtelevia ja yhteisiä sääntöjä neuvonnan toteuttamisesta ei välttämättä ole luotu edes saman ammattiryhmän sisällä. Terveydenhuollossa yleisin tapa edistää liikuntaa on antaa asiakkaalle kehotuksia ja neuvoja, miten hänen tulisi liikkua. Ohjeiden ja neuvojen vaikutuksia seurataan kuitenkin suunnitelmallisesti vain harvoin eikä järjestelmällisiä tapoja antaa neuvoja tai viedä liikuntaneuvontaprosessia eteenpäin välttämättä ole (Aittasalo 2007).

Liikuntaneuvonnan tavoitteeksi mielletään yleisimmin liikuntatottumusten muuttuminen myönteiseen suuntaan, mutta yhtä hyvin neuvonta voi tähdätä kiinnostuksen herättämiseen tai asenteiden muokkaamiseen. Tavoite riippuu oleellisesti asiakkaan lähtötilanteesta; esimerkiksi henkilölle, jolle liikunta on vieras asia, voi riittää tavoitteeksi kiinnostuksen herääminen, kun taas henkilölle, joka on muutoshaluinen ja jolla on aikaisempia myönteisiä liikuntakokemuksia, liikunnan lisääminen voi olla täysin realistinen tavoite (Nupponen & Suni 2005). Neuvonnan tavoitteet ja toteutus on sovittava asiakkaan elämäntilanteeseen ja pyrkimykseen, terveydentilaan sekä siihen, miten valmis hän on tarkastelemaan ja muuttamaan

omia toimintatapojaan. Tasa-arvoinen vuorovaikutus, vähittäinen eteneminen, asiakkaan aktiivinen osallistuminen sekä keskittyminen ongelmanratkaisuun luonnehtivat hyvää neuvontaa (Nupponen & Suni 2011).

Kansanterveystyön haaste on tukea yksilöllisiä tekijöitä, joilla säännöllistä liikkumista pienin askelin voidaan lisätä. Liikkumattomillakin on todennäköisesti näitä tekijöitä, ja niiden vahvistaminen ja ajattelun herätteleminen ohjauksen keinoin on mahdollista (Korkiakangas ym. 2009). Hännisen ym. (2006) mukaan tiedon välittämisen ohella ohjauksen olisi perustuttava ihmisen yksilöllisiin tarpeisiin, sillä kaikki eivät koe elämänsä aikana olevansa liikunnallisia eivätkä koe liikuntaa merkityksellisenä (Wanko ym. 2004, Donahue ym. 2006). Riittämättömästi liikkuvat kokevat yleensä enemmän rajoitteita liikkumiselle kuin aktiiviset liikkujat (Donahue ym. 2006). Vähän liikkuvien aikuisten liikunnan motivaatiotekijöitä on tarpeen tukea ja rajoittaviin tekijöihin etsiä ratkaisua neuvonnan keinoin (Korkiakangas ym. 2009).

Elintapamuutosten toteuttaminen ja niiden ylläpitäminen arjen keskellä on osoittautunut vaikeaksi tehtäväksi. Uuden käyttäytymisen omaksuminen on pitkäaikainen prosessi, joka edellyttää hyvinkin pitkäaikaisten käyttäytymismallien muuttamista (Van der Arend ym. 2000, Kettunen ym. 2004). Tämä on haaste etenkin tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyssä ja hoidossa, sillä nämä henkilöt eivät useinkaan koe sairaudesta aiheutuvia oireita (Kettunen ym. 2004). Sen vuoksi elintapojen muutos liikunnan osalta voi tuntua vieraalta. Suuressa sairastumisriskissä olevien henkilöiden elämäntapojen muutoksen toteuttaminen on todettu olevan mahdollista myös perusterveydenhuollossa. Neuvontakäyntejä tulisi kuitenkin olla riittävän monta, jotta diabetesriskin pienentyminen ja elämäntapamuutokset olisivat merkittävät. Lisäksi tarvitaan aktiivista kutsu- ja seurantamenettelyä (Saaristo ym. 2010).

Terveysneuvonnassa on havaittu tärkeäksi vahvistaa asiakkaan uskoa omaan kykyihinsä tavoitteen toteuttajana elintapamuutoksen osalta (Marteau & Lerman 2001). Onnistuneen elintapamuutoksen edellytyksiä ovatkin paitsi tietoisuus omasta tilanteesta, myös tavoitteet, myönteisyys ja ongelmanratkaisutaidot (Alahuhta ym. 2010). Ohjauksen tueksi tarvitaan keinoja keskustelun ohjaamiseen niin, että ihmistä tuetaan tunnistamaan omia tottumuksiaan, niiden muutostarpeita, mahdollisuuksiaan ja sen kautta motivoitumaan liikunnan lisäämiseen (Kosunen 2007).

3 MOTIVAATIO JA LIIKUNTA

3.1 Motivaatio

Motivaatio on tavoitteellista, päämäärähakuista toimintaa ohjaava tekijä, jossa yksilölliset merkityksellisiksi koetut tavoitteet antavat toiminnalle arvon ja odotuksen niiden saavuttamisesta (Ryan ja Deci 2000). Motivaatioon ja tavoitteisiin sitoutumiseen voivat vaikuttaa muuan muassa yksilön aikaisemmat kokemukset ja nykyinen elämäntilanne, tavoitteet, arvot, odotukset, onnistumisen todennäköisyys, vaadittavat uhraukset, sosiaalinen kannustus sekä käyttäytymisestä seuraavat palkkiot ja niiden arvot (Roberts 2001).

Motivaatio nähdään staattisen ja muuttumattoman sijasta kehittyvänä ja dynaamisena, jonka kasvattaminen ja muuttaminen on mahdollista. Sosiaalisella vuorovaikutuksella on suuri merkitys motivaation kehitymissuuntiin. Erityisesti ohjaajan tyylillä haastattelun tai terapian aikana voidaan vaikuttaa suoraan siihen, millaiseksi tai mihin suuntaan asiakkaan motivaatio kehittyy (Miller 2008). Niitamon (2002) mukaan ympäristöstä asetetut tavoitteet eivät ole asia, jota ihminen tunneperäisesti haluaa tavoitella. Sen sijaan tiedostamattomalla tunnetasolla olevat motiivit kanavoivat motivaatiota toiminnan vahvistumiseen enemmän kuin tietoperäiset, opitut motiivit. Tavoitteiden ja tunneperäisen motivaation yhdensuuntaisuus sen sijaan saa aikaan mielialan nousua ja subjektiivista hyvinvointia, jonka vuoksi huomiota tulisi kiinnittää tunneperäisen motivaation kanavoitumiseen tiedolliselle ja toiminnalliselle tasolle (Niitamo 2002).

Millerin ja Rollnickin (2002) mukaan motivaatio käsittää kolme keskeistä komponenttia: halun, kyvyn ja valmiuden. Käyttäytymisen muutoksen yksi tärkeä tekijä on asiakkaan halu muutokseen. Usein ristiriidan näkeminen omassa käyttäytymisessä voi kasvattaa yksilön muutoshalua. Toisaalta henkilö saattaa kokea halua muutokseen, mutta kokee samalla kyvyttömyyttä käyttäytymisen muutokseen. Kyky viittaa siihen, missä määrin henkilöllä on tarpeellisia taitoja, voimavaroja ja luottamusta (pystyvyyden tunnetta) muutoksen toteuttamiseen. Joskus henkilö voi olla halukas muutokseen ja uskoa myös omiin kykyihinsä viedä muutos lävitse, mutta hän ei koe olevansa siihen vielä valmis. Muutos ei välttämättä ole henkilölle tärkeä juuri sillä hetkellä. Onnistunut muutos vaatiikin aina nämä kolme motivaation elementtiä (Miller & Rollnick 2002).

3.2 Sisäinen ja ulkoinen motivaatio

Muutoksen kannalta merkitsevää näyttää olevan myös se, onko muutoksen lähtökohtana asiakkaan sisäinen vai ulkoinen motivaatio. Sisäisellä motivaatiolla tarkoitetaan ihmisen sisäisistä arvoista, haluista tai kiinnostuksesta lähtevää motivaatiota suunnata toimintaansa. Motivaatio saattaa olla myös ulkoista eli yksilön toiminnan lähtökohtana ovat ulkoiset syyt kuten toisten ulkoinen painostus, rankaisu tai palkkio (Ryan & Deci 2000). Sisäinen motivaatio voidaan saavuttaa esimerkiksi oppimisessa, kun henkilölle asetetut tavoitteet ja tehtävät ovat realistisia, todelliseen elämään liittyviä ja kiinnostavia. Ulkoisia motiiveja ovat esimerkiksi yhteisön arvostus ja hyväksyminen, maine ja kunnia sekä hyöty ja etu, kuten esimerkiksi liikuntaan liittyen terveys, kunto ja painonhallinta. Ulkoinen motivaatio on ulkoisen palkkion odotuksesta syntyvää toimintaa (Tynjälä 2002).

Sisäinen ja ulkoinen motivaatio eroavat toisistaan käyttäytymistä virittävillä ja suuntaavilla motiiveilla. Sisäsyntyinen motivaatio perustuu siihen, että liikunta itsessään on motivoivaa, kun taas ulkoisella motivaatiolla tarkoitetaan liikkumista palkinnon tai sanktion vuoksi (Ryan & Deci 2000). Säännöllinen liikkuminen edellyttää usein, että sisäsyntyinen motivaatio on ulkosyntyistä voimakkaampi (Buckworth ym. 2007). Nämä eivät ole kuitenkaan toistensa vastakohtia, sillä myönteisen kokemuksen kautta (Buckworth ym. 2007) ulkosyntyinen tavoite voi johtaa sisäsyntyiseen motivaatioon (Sansone & Thoman 2006). Sen sijaan ulkoisella motivaatiolla näyttää olevan eniten merkitystä silloin, kun se yhdistyy ihmisen sisäisen motivaatioon (Ryan ym. 2000).

Sisäisen motivaation korostaminen kuuluu myös itsemääräämisteoriaan, jonka mukaan yksilöllä on sisäisen kasvun ja kehittymisen tarve, joka on muun muassa motivaation kehittymisen perusta (Ryan & Deci 2000). Motivoiminen nähdään itsemääräämisen teoriassa vastaamisena ihmisen kolmeen psykologiseen perustarpeeseen: itsemääräämisen tunteen, kyvykkyyden tunteen ja yhteenkuuluvuuden tunteen tarpeisiin (Angle 2010). Itsemääräämisteorian (Ryan & Deci 2000) mukaan muutokselle suotuisia, sisäistä motivaatiota vahvistavia ympäristöjä voidaan luoda ottamalla huomioon autonomian, sosiaalisen yhteyden ja kompetenssin tarpeita.

3.3 Liikuntamotivaatio

Liikuntamotivaatiossa on olennaista, että ihminen kokee liikunnan hyödyt sen haittoja suurempana (Prochaska ym. 2008). Koetut hyödyt antavat syyn liikkumiselle ja tekevät liikunnasta tavoitteellista toimintaa (Buckworth & Dishman 2002). Tyypin 2 diabeetikoilla tai tyypin 2 korkean riskin henkilöillä liikuntaan motivoivat tekijät liittyvät hyvinvoinnin kokemukseen, elämänlaatuun ja sosiaaliseen tukeen (Vanrooijen ym. 2002, Donahue ym. 2006, Mier ym. 2007, Kirk & Leese 2009). Liikunta-aktiivisuudella on todettu olevan positiivinen yhteys terveystavoitteeseen elämänlaatuun myös tyypin 2 korkean riskin henkilöillä (Häkkinen ym. 2009).

Liikuntamotiivit vaihtelevat osittain myös iän mukaan, sillä liikunnan merkitys on erilainen eri elämänvaiheissa (Sansone & Thoman 2006, Biddle & Mutrie 2001). Nuorilla ja aikuisilla motiivit liittyvät useimmiten haasteisiin, taitojen kehittymiseen, kuntoon, terveyteen ja työkyvyn ylläpitoon. Iäkkäämmillä yleisimpiä motiiveja ovat terveys, rentoutuminen ja toimintakyvyn säilyminen (Biddle & Mutrie 2001, Gill 2000, Telama 1986). Työikäisillä liikunnan merkitykset painottuvat erityisesti terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen, toiminta- ja työkyvyn lisääntymiseen, liikunnallisen elämäntavan ja sosiaalisten kontaktien ylläpitämiseen (Vuolle 2000, Vuori 2003, Zacheus ym. 2003).

Myös monet muut tekijät, kuten aiempi liikuntahistoria (Sherwood ja Jeffery 2000) ja käsitys omasta pystyvyydestään liikkumiseen vaikuttavat liikuntamotivaatioon ja liikunta-aktiivisuuteen (Buckworth & Dishman 2002). Liikunnalliseen elämäntapaan motivoitumista on selvitetty myös minäpystyvyydellä: itseensä ja kykyihinsä luottava ihminen kykenee paremmin omaksumaan liikunnallisen elämäntavan (McAuley 2006). Minäpystyvyydellä tarkoitetaan henkilön uskomusta siitä, että hän selviytyy tietystä suorituksesta ja saavuttaa tietyn lopputuloksen (Bandura 1997).

Aikuisten liikunta-aktiivisuutta estäviä tekijöitä ovat muuan muassa ajankäyttöön, saatavuuteen, motivaatioon, emootioon ja fyysisiin tekijöihin liittyvät tekijät. Ajanpuutteen lisäksi motivaatioon liittyvät tekijät ovat merkittäviä, joita ovat laiskuus, mukavuudenhaluisuus, energian puute esimerkiksi työn rasittavuuden vuoksi ja kielteiset asenteet liikuntaa kohtaan (Leino 2002, Vuolle 2000, Zacheus ym. 2003).

Sallisen ym. (2007) tutkimuksessa selvitettiin liikunnan motiivien ja esteiden yhteyttä korkean painoindeksin omaavien iäkkäiden liikkumiseen. Tulosten perusteella huonompi terveys ja liikkumiseen liittyvät pelot yhdessä vähemmän positiivisen asenteen ja kokemusten sekä pienemmän koetun kompetenssin ja sosiaalisen vuorovaikutuksen kanssa selittivät merkittävän osan liikkumattomuudesta. Tämän riskiryhmän liikunta-aktiivisuutta voidaan edesauttaa aktiivisuutta tukevalla ilmapiirillä ja ympäristöllä sekä järjestämällä ryhmäliikuntaa ja sosiaalista kanssakäymistä. Lisäksi osa saattaisi hyötyä terveydenhuollon ammattilaisen rohkaisusta ja tuesta voittaakseen ennakkokäsityksiin ja pelkoihin liittyvät esteet liikkumista kohtaan (Sallinen ym. (2007).

Liikuntamotivaatiossa vaikuttavat myös tunnetilat, odotukset, uskomukset ja arvot ja liikunnan mielihyvää tuottavat tunnetekijät (Buckworth ja Dishman 2002). Motivoituminen liikunnan harrastamiseen liittyy tunteiden kokemiseen sekä toiminnan merkityksellisyyden kokemukseen (Eccles & Wigfield 2002). Resnickin ym. (2000) mukaan motivaatio liikunnan harrastamiseen liittyy ihmisen omiin kykyihinsä suoriutua liikunnasta sekä erityisistä ulkoisista odotuksista, että tietyt tulokset saadaan aikaan liikunnan avulla. Liikunnasta saatava ilo ja nautinto ovat myös tärkeä seikka motivaation kannalta. Mikäli liikunta tuottaa yksilölle mielihyvän tunnetta, on todennäköistä, että hän haluaa liikunnan sisältyvän elämäänsä (Heinonen 2009).

Korkiakangas ym. (2009) tutkivat liikuntamotivaatioon vaikuttavia tekijöitä eri-ikäisten naisvoimistelijoiden kuvaamina. Heillä voimakkaimmat liikuntamotivaatiotekijät muodostuivat liikuntakokemuksista, kunnon ja terveyden ylläpitämisestä ja parantamisesta sekä liikunnan myönteisestä vaikutuksesta mielialaan ja elämänlaatuun. Liikuntakokemukset vahvistivat myönteistä käsitystä itsestä liikkujana. Tutkimuksen mukaan liikuntamotivaatio rakentui liikunta-aktiivisuudesta, liikunnasta tottumuksena ja elämäntapana, liikunnan kokemisesta voimavarana sekä elämäntilanteen kokemisesta liikkumiselle suotuisana. Näiden voidaan katsoa muodostavan liikunnallisen pääoman (Korkiakangas ym. 2009). Naisvoimistelijoita motivoivat liikkumaan liikunnassa kehittyminen ja toisilta ihmisiltä saatu tuki, jotka ovat keskeisiä motivaatiotekijöitä myös aiempien tutkimusten mukaan (Allender ym. 2006). Liikuntamotivaatio voi löytyä omalle elämäntilanteelle ominaisimpien sisältöjen kautta. Hyvänolon tunne siitä, että saa itsensä liikkumaan, motivoi liikkumaan uudestaan (Korkiakangas ym. 2009).

4. MOTIVOIVA HAASTATTELU

4.1. Motivoiva haastattelu

Motivoiva haastattelu on asiakaslähtöinen, sisäisen motivaation kasvattamiseen keskittyvä neuvontamenetelmä, jonka tavoitteena on asiakkaan ambivalenssin tutkiminen ja ratkaiseminen. Ambivalenssi tarkoittaa samanaikaisesti ilmenevää muutosmyönteistä ja muutosvastaista ajattelua. Motivoiva haastattelu pyrkii siis ratkaisemaan ristiriitaa houkuttelemalla asiakasta puhumaan muutoksesta ja vahvistamaan tätä. Motivoiva haastattelu perustuu erityisesti keskusteluun ja vuorovaikutukseen eikä se ole pelkästään joukko tekniikoita (Miller & Rollnick 2002).

Motivoiva haastattelu on kehitetty alun alkaen päihdeongelmien hoitoon, mutta sen käyttö on levinnyt laajemmalle, esimerkiksi syömishäiriöiden hoitoon, tupakoinnin lopettamiseen, laihduttamiseen ja muihin elämäntapamuutoksiin (Burke, Arkowitz & Dunn 2002). Terveystieteiden edistämistyössä positiivisia tuloksia on saatu ruokavalio muutosten edistämiseksi (Resnicow ym. 2001), kariesin ennaltaehkäisyyn (Weistein ym. 2004) ja nuorten diabeetikkojen hyvinvoinnin edistämiseksi (Channon ym. 2003). Myös naisten painon ja diabeteksen hallintaan kohdistuneissa tutkimuksissa tulokset ovat olleet myönteisiä (Smith ym. 1997, West ym. 2007). On saatu viitteitä myös motivoivan haastattelun käytön rohkaisevasta vaikutuksesta liikunta-aktiivisuuteen minäpystyvyyttä lisäämällä fibromyalgiaa sairastavilla henkilöillä (Jones ym. 2004).

Pollackin ym. (2009) tutkimuksessa selvitettiin motivoivan haastattelun menetelmien käytön (yhteistyö, refleктоiva kuuntelu) vaikutusta painon alentamiseen liittyvän keskustelun yhteydessä lääkärin vastaanotolla. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että motivoivan haastattelun menetelmien käyttö painon alentamiseen liittyvien keskustelujen yhteydessä ennusti potilaiden painon alentumista. Tuloksellisuuteen näytti vaikuttavan myös se, kuinka johdonmukaisesti lääkäri käytti motivoivan haastattelun menetelmiä painon alentamiseen liittyvien keskustelujen yhteydessä. Potilaat, joiden lääkäri käytti johdonmukaisesti motivoivan haastattelun menetelmiä, pystyivät pudottamaan painoa kolmen kuukauden aikana. Vastaavasti ne potilaat, joilla lääkäri käytti vaihtelevasti tai epäjohdonmukaisesti motivoivan haastattelun menetelmiä painon alentamiseen liittyvien keskustelujen yhteydessä,

säilyttivät lähtöpainonsa tai kokivat painonnousua. Kun lääkärit keskustelevat potilaiden kanssa painon alentamiseen liittyen yhteistyöhengessä, tukemalla potilaiden autonomiaa ja sallimalla potilaiden itse toimia muutoksen tekijänä, potilaat pystyvät todennäköisimmin saavuttamaan muutoksen (Pollack ym. 2009).

Motivoivan haastattelun yksi tärkeimmistä tehtävistä on asiakkaan muutosmotivaation herättely ja kasvattaminen (Miller & Rollnick 2002). Asiakkaan puhe mahdollisesta muutoksesta motivoivan haastattelun aikana voi ennustaa käyttäytymisen todellista muutosta. Hoidon aikana tapahtuvalla vuorovaikutustyylillä on todettu olevan merkitystä asiakkaan muutosmotivaatioon ja sen myötä hoidon tulosten kannalta (Ackerman & Hilsenroth 2003). Motivoiva haastattelutyö voi vahvistaa motivaatiota kaikissa hoitoprosessin vaiheissa, vaikkakin on vaikea ennustaa, riittääkö motivoiva haastattelu käynnistämään muutoksen tietyissä yksittäistapauksissa.

Motivoivan haastattelun eräs tärkeimmistä ajatuksista on asiakkaan omien ajatusten, arvojen ja tavoitteiden tukeminen. Terapeutin ja ohjaajan tulee tukea ja vahvistaa asiakkaan kykyä ja oikeutta viedä muutos läpi omalla tavallaan (Miller & Rollnick 2002). Juuri autonomiaa ja ihmisen kykyä tukevat olosuhteet edistävät ihmisen kasvun ja kehittymisen taipumusta, kun taas käyttäytymistä kontrolloivat olosuhteet vähentävät sitä (Ryan & Deci 2000). Terveystieteissä ilmii usein esille siten, että potilaan oma kokemus voimien kohenemisesta ja aito halu voida paremmin eli sisäinen motivaatio, saa elintapamuutokset kestäväksi tai itsehoidon sujumaan todennäköisemmin kuin ulkoinen motivaatio (Angle 2010).

Motivoivassa haastattelussa on korostettu alun alkaen sisäisen motivaation merkitystä. Ulkoisen paineen ja pakon avulla saatu muutos jää helposti lyhytaikaiseksi (Markland ym. 2005). Myös itsemääräämisteorian periaatteet liittyvät läheisesti motivoivan haastattelun lähtökohtiin sisäisestä motivaatiosta ja autonomian tukemisesta. Marklandin ym. (2005) mukaan motivoivan haastattelun menetelmillä pyritään vastaamaan juuri näihin tarpeisiin. Sosiaalisen yhteyden tunnetta tuetaan osoittamalla asiakkaalle empatiaa, kunnioitusta ja kiinnostusta sekä välttämällä hänen syyllistämistään. Autonomiaa tuetaan korostamalla asiakkaan vapautta valita tavoitteensa ja pyrkimällä saamaan esille hänen henkilökohtaisia halujaan, tarpeitaan ja syytään muutokseen. Kompetenssia tuetaan puolestaan auttamalla asiakasta kehittämään selkeitä ja realistisia tavoitteita ja odotuksia muutoksen seurauksista,

antamalla myönteistä palautetta sekä vahvistamalla hänen uskoaan omaan kykyyn toteuttaa tarvittavat muutokset (Markland ym. 2005).

Millerin (2002) mukaan motivaatio ei ole vain asiakkaan ominaisuus vaan tila, joka voi vaihdella hetkestä toiseen ja johon myös terapeutin ja asiakkaan vuorovaikutuksella voidaan osaltaan vaikuttaa. Sen vuoksi empaattinen, aito ja asiakasta kunnioittava suhtautuminen luo luottamuksen ja turvallisuuden tunnetta, mikä avaa asiakkaalle mahdollisuuden pohtia avoimesti omaa elämäänsä, kun taas terapeutin kriittinen suhtautuminen asiakkaaseen tuo esille puolustusreaktioita ja varauksellisuutta.

Neuvontatilanteessa asiakas saattaa ilmaista myös vastarintaa elintapamuutosta kohtaan. Tällöin ohjaaja voi keskustellen auttaa asiakasta ajattelemaan elintapansa hyötyjä ja haittoja, jolloin asiakkaalla on mahdollisuus oivaltaa ristiriitaisuuksia nykyisen ja toivotun elintapansa välillä sekä kyseenalaistaa nykyisen elintapansa. Keskusteleva neuvontatapa tukee tällöin parhaiten asiakkaan yksilöllisiä tarpeita ja elintapamuutosta. Tasapuolisen vuorovaikutussuhteen muodostamisella ohjaaja pystyy huomioimaan ja tukemaan asiakasta yksilöllisesti. Tukemalla asiakkaan pystyvyyttä ja itseluottamusta haastattelija pyrkii vahvistamaan asiakkaan käsitystä siitä, että elintapamuutos on mahdollinen (Miller & Rollnick 2002, Shinitzky & Kub 2001). Mustajoki (2004) toteaa, että motivoiva haastattelu sopii erityisesti niille potilaille, jotka eivät keskusteluhetkellä ole halukkaita ryhtymään muutoksiin. Sen avulla potilaat voivat herätä ajattelemaan muutosten tekemistä. Päätös muutoksiin ryhtymisestä ei yleensä synny hetkessä, vaan asian kypsytys vaatii aikaa (Mustajoki 2004).

Miller ja Rollnick (2002) ovat esittäneet motivoivalle haastattelulle neljä perusperiaatetta, jotka ovat empatian ilmaiseminen, väittelevien neuvontamenetelmien välttäminen, asiakkaan nykyisen ja toivotun käyttäytymisen välisen ristiriidan esiin nostaminen ja asiakkaan pystyvyyden tunteen ja itseluottamuksen tukeminen (vahvistaminen). Ohjaajan tulee myös suhtautua asiakkaaseen aidossa, tasa-arvoisessa yhteistyöhengessä ja hänen itsemääräämisoikeuttaan kunnioittaen (Miller & Rollnick 2002). Motivoivan haastattelun perustana on tasapuolisen vuorovaikutussuhteen muodostuminen asiakkaan ja terveysneuvojan välille. Asiakkaan muutoksen edistäminen onnistuu parhaiten säilyttämällä empaattinen motivoiva tyyli (Koski-Jännes ym. 2008).

Boardmanin ym. (2006) tutkimuksessa selvitettiin, vaikuttiko motivoivan haastattelun käyttö työntekijän ja asiakkaan väliseen yhteistyöhön ja asiakkaan hoitoon osallistumiseen. Motivoivan haastattelun hengen mukaisella käyttäytymisellä kuten empatian osoittamisella, tasa-arvoisuuteen pyrkimisellä ja yhteistyöllä oli merkittävä positiivinen vaikutus yhteistyösuhteeseen sekä asiakkaan hoitoon sitoutumiseen. Tutkimus antoi viitteitä myös avointen kysymysten esittämisen, refleктоimisen, vahvistamisen sekä asiakkaan puheen tiivistämisen myönteisistä vaikutuksista (Boardman 2006).

4.2 Motivoivan haastattelun menetelmät

Motivoivan haastattelun hengen ja periaatteiden toteuttaminen edellyttää tietynlaisia vuorovaikutuksen perustaitoja. Miller ja Rollnick (2002) ovat esittäneet motivoivalle haastattelulle viisi tärkeää menetelmää, jotka voivat auttaa asiakasta tutkimaan käyttäytymisensä ristiriitaisuutta ja selventämään muutoksen merkitystä.

Ensimmäinen menetelmä on **avointen kysymysten** esittäminen suljettujen kysymysten sijasta. Avoimilla kysymyksillä tarkoitetaan kysymyksiä, joihin asiakas voi vastata kertomalla laajemmin tunteistaan, ajatuksistaan ja tilanteestaan sekä samalla ilmaisee myös ristiriitaisia ajatuksiaan. Avoimet kysymykset auttavat asiakasta ajattelemaan elintapamuutosten keskeisiä alueita ja pohtimaan tilannetta uudella tavalla. (Miller 2002, Mustajoki 2003,2004). Ne ovat myös kysymyksiä, joihin kysyjä itse ei ennalta tiedä vastausta. Kysymys voi kutsua asiakasta kertomaan asian omasta näkökulmastaan ja kannustaa itsetutkiskeluun (Moyers ym. 2009). Avointen kysymysten tehtävänä on saada esille asiakkaan, ei haastattelijan ajattelua. Avointen kysymysten esittämisellä tähdätään siihen, että asiakas puhuu mahdollisimman paljon käydyn keskustelun aikana. Suljettujakin kysymyksiä voi käyttää, kun valtaosa kysymyksistä on avoimia. Haastattelun aikana haastattelija saattaa kokea tarvetta yksityiskohtien lähempään tarkasteluun, mutta suljetuista kysymyksistä ei saisi muodostua tilannetta, jossa haastattelija kontrolloi keskustelua (Miller & Rollnick 2002).

Toinen menetelmä on **asiakkaan puheen heijastaminen eli reflektointi**, joka on keskeinen ja haastava motivoivan haastattelun menetelmä. Puhutaan myös heijastavasta kuuntelusta. Refleктоivan puheen tarkoitus on viestiä asiakkaalle, että työntekijä pyrkii ymmärtämään

asiakasta ja on hänen puolellaan. Samalla haastattelija myös tarkentaa ja vahvistaa kuulemaansa. Haastattelija toimii ikään kuin asiakkaan sisäisten ajatusten ja tuntojen peilinä. Haastattelija voi suunnata asiakkaan huomiota asioihin, jotka ovat merkityksellisiä juuri ongelmanratkaisun kannalta (Miller & Rollnick 2002).

Reflektioiden tekeminen edellyttää myös reflektoivaa ajattelua. Reflektioita voidaan tehdä yksinkertaisesti vahvistamalla asiakkaan merkityksellistä puhetta sanasta sanaan, ilmaisemalla asia toisin sanoin tai käyttämällä monimutkaisempaa reflektiota, kuten selventäviä tai yhteenvetäviä reflektioita (Miller & Rollnick 2002). Yksinkertaisilla reflektioilla tarkoitetaan sitä, että haastattelija toistaa samoin sanoin sen, mitä haastateltava edellä totesi. Tämä johtaa yleensä siihen, että haastateltava jatkaa ja täydentää kertomustaan. Monimuotoisissa reflektioissa haastattelija tuo mukanaan jonkin uuden perspektiivin, joka vie keskustelua eteenpäin. Taitavalla avointen kysymysten ja reflektioiden käytöllä haastattelija pystyy suuntaamaan asiakkaan huomion niihin asioihin, jotka voisivat olla merkityksellisiä asiakkaan ongelman ratkaisun kannalta. Tässä mielessä asiakkaan puheen heijastaminen edustaa motivoivan haastattelun ohjaavaa puolta (Koski-Jännes 2008).

Millerin ym. (2002) mukaan suurin este käyttäytymisen muutokselle on samanaikaisesti ilmenevä muutosmyönteinen ja muutosvastainen ajattelu, ambivalenssi. Elintapoihin liittyvissä kysymyksissä ambivalenssia on usein erityisen vaikea käsitellä. Ambivalenssi synnyttääkin emotionaalista epämukavuutta, ahdistusta ja stressiä ja siksi päätöstä pyritään usein välttelemään ja siirtämään mahdollisimman kauas. Motivoivan haastattelun tavoite, asiakkaan muutokseen motivointi tapahtuu työstämällä asiakkaan ambivalenssia ja tästä sisäisestä ristiriidasta syntyvää muutosvastaisuutta. Ambivalenssia käsitellään niin, että asiakkaan ristiriitaiset ajatukset nostetaan asiakkaan puheesta esille reflektoiden ja ambivalenssin muutosmyönteisiä ajatuksia vahvistetaan. Asiakkaan puhe toimii motivoivassa haastattelussa myös itseään motivoivasti, mikäli hänet saadaan argumentoimaan muutoksen puolesta (Miller & Rollnick 2002).

Kolmas menetelmä on asiakkaan muutosvalmiuksien **vahvistaminen ja tukeminen**, jonka avulla voidaan tukea asiakkaan itsetuntoa ja asiantuntemusta. Vahvistaminen tarkoittaa asiakkaan suoraa tukemista, ymmärryksen osoittamista, hänen vahvuuksiensa tunnistamista ja vahvistamista. Aidon kiinnostuksen osoittaminen vahvistaa asiakkaan itseluottamusta, se viestittää hänelle arvostuksesta. Esimerkiksi myönteiset kommentit asiakkaan toiminnasta tai

hänen esittämistään ajatuksista ovat hyviä tapoja ilmaista arvostusta. Muutosoptimismia voidaan lisätä esimerkiksi asiakkaan näkemyksiä vahvistavilla kommentteilla ja kartoittamalla tilanteita, joissa hän on onnistunut toimimaan tavoitteidensa suuntaisesti (Miller & Rollnick 2002).

Neljäs menetelmä on kuullun **yhteenvetäminen tai tiivistäminen**. Yhteenvetojen kautta ohjaaja voi vetää yhteen asiakkaan puheesta muutospuhetta neuvonnan aikana. Ohjaaja voi esimerkiksi koota asiakkaan puheesta merkittävimmät teemat ja yhdistellä asiakkaan puheesta merkittäviä aihealueita myös edellisten haastattelukertojen puheisiin. Yhteenveto voidaan tehdä myös yhdessä tai ohjaaja voi pyytää asiakasta tekemään yhteenvedon. Asiakas kuulee näin omaa muutospuhettaan keskustelussa useampaan kertaan (Miller & Rollnick 2002).

Motivoivassa haastattelussa yhteenvetojen tekeminen asiakkaan puheesta on yhtä keskeinen menetelmä kuin yksinkertaisten reflektioiden käyttö. Yhteenveto antaa asiakkaalle mahdollisuuden kuulla omaa tarinaansa ikään kuin ulkopuolisena, joka voi virittää asiakasta ajattelemaan omia muutostarpeitaan uudesta näkökulmasta (Miller & Rollnick 2002).

Edellä kuvattujen asiakaskeskeisen motivoivan haastattelun perusmenetelmien lisäksi motivoivassa haastattelussa on myös viides, ohjaava menetelmä, joka on **asiakkaan muutospuheen tukeminen ja herättely** (houkuttelu). Muutospuhe on asiakkaan puhetta vallitsevan tilanteen haitoista ja muutoksen eduista (Koski-Jännes 2008). Haastattelijan tulee vahvistaa asiakkaan muutospuhetta siten, että asiakas voisi vapautua ambivalenssistaan. Muutospuheen vahvistaminen ei tarkoita asiakkaan manipuloimista muutokseen, vaan hänen todellisen muutostoiveensa vahvistamista selventämällä yhdessä muutokseen liittyviä ajatuksia, arvoja ja tavoitteita. Tavoitteena on auttaa asiakasta artikuloimaan omia syitä muutokselle ja näin vahvistaa hänen aikomustaan muutokseen (Rollnick ym. 2008).

Alahuhtan (2010) tyyppin 2 riskiryhmään kuuluvien työikäisten henkilöiden painonhallintaa ja elintapamuutoksen tunnuspiirteitä koskevassa väitöskirjassa tuotiin esille, että asiakkaiden kertomuksissa ilmenevää muutoshalua voidaan vahvistaa motivoivan haastattelun keinoin erityisesti muutosprosessin alkuvaiheissa, jotta muutosprosessi käynnistyisi. Ohjauksessa tulee korostaa asiakkaiden nimeämiä elintapamuutoksen hyötyjä ja yrittää auttaa poistamaan mahdollisia elintapamuutoksen esteitä (Alahuhta 2010).

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella motivoivan haastattelun menetelmien ilmenemistä diabeteshoitajan liikuntaneuvonnassa ja arvioida tyypin 2 diabetesasiakkaan liikuntaan motivoitumiseen ja sitoutumiseen yhteydessä olevia tekijöitä kahden vuoden seuranta-aikana.

Tutkimustehtävät

1. Miten motivoivan haastattelun menetelmät ilmenevät diabeteshoitajan liikuntaneuvonnassa?
2. Miten tyypin 2 diabetesasiakas kuvaa liikuntaan motivoitumista ja sitoutumista kahden vuoden seuranta-aikana?

6 TUTKIMUSAINEISTO JA ANALYYSI

6.1 Tutkimusaineisto

Tässä tutkimuksessa tarkastelen tyypin 2 diabetekseen vasta sairastuneen keski-ikäisen, liikunnallisesti passiivisen miehen diabeteshoitajan vastaanotolla käytyjä liikuntaneuvontakeskusteluja. Tutkimuksen kohteena oleva tapaus on saatu aineistosta, joka on kerätty haastattelemalla ja videoimalla vuosina 2000 - 2002 neljästä väestövastuuperiaatteella toimivasta terveyskeskuksesta. Aineisto on osa Jyväskylän yliopiston Terveystieteiden laitoksen toimesta kerättyä laajempaa diabetespotilaiden neuvontatyötä käsittelevää seurantatutkimusta perusterveydenhuollossa. Aineisto on analysoitu litteroitujen tekstien avulla, ja videoidut keskustelut on katsottu ja käytetty analyysin tukena. Tässä tutkimuksessa käytetty aineisto on tapaustutkimus, joka koostui yhden asiakkaan ja diabeteshoitajan videoiduista ja litteroiduista neuvontatilanteista (n=9) kahden vuoden seuranta-aikana. Liikuntaan liittyvät episodit irrotettiin tutkimuksen kohteeksi ja aineisto analysoitiin deduktiivisen ja induktiivisen sisällönanalyysin avulla.

6.2. Tutkimusaineiston analyysi

Sisällönanalyysi on menetelmä, jolla voidaan analysoida kirjoitettua ja suullista viestintää ja jonka avulla voidaan tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. Sisällönanalyysissä kerättyä tietoaineistoa tiivistetään niin, että tutkittavaa ilmiötä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla tai tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeinä esille (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001). Sisällönanalyysi voidaan toteuttaa joko induktiivisesti eli aineistolähtöisesti tai deduktiivisesti, jolloin analyysia ohjaa aikaisempaan teoriaan tai tutkimukseen perustuva luokitusrunko (Eskola & Suoranta 1998, Kyngäs & Vanhanen 1999). Sekä induktiivisen että deduktiivisen sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe on analyysiyksikön määrittäminen. Analyysiyksikön valintaa ohjaavat tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Analyysiyksikkö voi olla lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus (Kyngäs & Vanhanen 1999).

Sisällönanalyysin avulla pyritään tiivistämään tutkittavaa ilmiötä, tässä tapauksessa liikuntaneuvontatilanteita, jotka voidaan siten helpommin käsitteellistää ja analysoida tutkimuksen tavoitteiden mukaisesti (Tuomi & Sarajärvi ym. 2006). Liikuntaneuvontakeskustelut olivat osa muuta neuvontakeskustelua. Tässä tutkimuksessa on analysoitu ainoastaan liikuntaa koskevat osuudet. Hoitajan ja asiakkaan puheenvuorot toimivat tutkimuksen analyysiyksikköinä (Tuomi & Sarajärvi 2006). Lausumien pituus vaihteli muutamasta sanasta useiden lauseiden mittaisiin ajatuskokonaisuuksiin (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001).

Deduktiivinen sisällönanalyysi soveltuu hyvin vuorovaikutuksen systemaattiseen ja objektiiviseen kuvaamiseen (Kyngäs ja Vanhanen ym. 1999). Tässä tutkimuksessa aineistoa lähestyttiin aluksi deduktiivisesti. Analyysirunko hoitajan osalta muodostettiin motivoivan haastattelun menetelmien mukaisesti, jossa tarkastelen motivoivan haastattelun menetelmien ilmenemistä diabeteshoitajan vastaanotolla. Analyysinrunon muodostivat avointen kysymysten esittäminen, asiakkaan puheen heijastaminen ja reflektointi, yhteenvedojen tekeminen sekä asiakkaan muutosvalmiuksien vahvistaminen ja tukeminen. Lisäksi tarkasteltiin, ilmentykö asiakkaan muutospuheen tukemista ja houkuttelua.

Tässä tutkimuksessa avoimiksi kysymyksiksi on katsottu kaikki diabeteshoitajan esittämät kysymykset, joihin asiakas voi vastata laajemmin kuin sanoilla kyllä tai ei. Asiakkaan puheen heijastamiseksi ja reflektoinniksi katsottiin hoitajan tekemät yksinkertaiset reflektiot, joissa hän toisti samoin sanoin asiakkaan merkityksellistä liikuntapuhetta sekä monimuotoiset reflektiot, joilla hän pyrki tuomaan keskusteluun uutta perspektiiviä. Yhteenvedojen tekemiseksi katsottiin hoitajan kokoamat yhteenvedot asiakkaan liikuntapuheesta ja liikuntakäyttäytymisestä. Asiakkaan muutosvalmiuksien vahvistamiseksi ja tukemiseksi katsottiin hoitajan myönteiset kommentit ja positiivinen palaute asiakkaan liikuntaan ja omahoitoon liittyvästä toiminnasta ja ajatuksista. Asiakkaan muutospuheen tukemiseksi katsottiin reflektoinnin kautta tapahtuva asiakkaan muutospuheen vahvistaminen.

Deduktiivista analyysia jatkettiin induktiivisella analyysillä yhdistämällä samaa tarkoittavat pelkistetyt ilmaukset samaan luokkaan, jolle annettiin sen sisältöä kuvaava nimi (Kyngäs & Vanhanen 1999). Seuraavaksi yhdistin samansisältöisiä alaluokkia toisiinsa ja muodostin yläluokat. Yläluokille annettiin niiden sisältöä kuvaavat nimet.

Asiakkaan osalta induktiivisella sisällönanalyysillä selvitettiin asiakkaan liikuntaan motivoitumista ja sitoutumista kuvaavat lausumat. Induktiiviseen analyysiin poimitut alkuperäiset ilmaisut pelkistettiin ja ryhmiteltiin vastaavalla tavalla kuin hoitajan lausumat. Esimerkit luokituksesta on esitetty liitetaulukoissa 1 - 6.

Kaikkien analyysivaiheiden aikana alkuperäistä aineistoa on luettu useaan kertaan läpi kokonaiskuvan muodostamiseksi (Eskola & Suoranta 1998) ja jotta alkuperäisen aineiston merkityssisällöt säilyisivät (Kynäs & Vanhanen 1999). Tutkimusraportissa esitetään useita alkuperäisiä lainauksia diabeteshoitajan ja asiakkaan puheesta. Lainauksissa käytetty H tarkoittaa hoitajaa ja A asiakasta.

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tulokset motivoivan haastattelun menetelmien ilmenemisestä diabeteshoitajan liikuntaneuvonnassa sekä asiakkaan liikuntaan motivoitumiseen ja sitoutumiseen yhteydessä olevista tekijöistä esitetään seuraavissa kappaleissa luokitusrunkojen mukaisesti sekä havainnollistamalla esimerkein luokkien muodostuminen liitteinä olevien taulukoiden 1- 6 avulla. Esimerkeissä on nähtävissä aineiston käsitteellistäminen aina alkuperäisilmaisuuksista lähtien. Jokaisen kappaleen lopussa pohdintaosuudessa tuloksia on tarkasteltu suhteessa aikaisempiin tutkimuksiin.

7.1 Motivoivan haastattelun menetelmät diabeteshoitajan liikuntaneuvonnassa

7.1.1 Avoimet kysymykset

Avoimiksi kysymyksiksi luokitelluissa hoitajan puheenvuoroissa hän kartoitti asiakkaan liikuntatottumuksia, liikuntahistoriaa ja motivaatiota liikuntaan ja omahoitoon. Ensimmäisellä kerralla hoitaja kartoitti asiakkaan nykyistä liikunnan määrää (liite 1) kysymällä, minkä verran asiakas harrastaa liikuntaa. Asiakas totesi olevansa laiskan sutjakka, jolloin hoitaja kysyi mahdollisesta työn fyysisestä rasittavuudesta. Asiakas kertoi työn olevan enimmäkseen seisomista, jossa tulee vähän istumista. Hän myös kertoi harrastavansa vähän ”keinotekoista liikuntaa, vaan mieluummin tekisi hyötysemmosta”.

Avoimilla kysymyksillä hoitaja pyrki selvittämään asiakkaan hyötyliikunnan mahdollisuuksia ja toteutumista (liite 1). Hoitaja viittasi asiakkaan esille tuomaan hyötyliikuntaan ja kysyi asiakkaan työmatkan pituudesta ja asuinpaikasta. Keskustelun aikana hoitaja käytti välillä myös tarkentavia suljettuja kysymyksiä kuten esimerkiksi tiedustelemalla, käveleekö asiakas työmatkat. Tällöin keskustelua käytiin siitä, onko kaksi kilometriä liian pitkä (asiakas) vai liian lyhyt (hoitaja) matka käveltäväksi. Asiakas kertoi ajavansa kahden kilometrin työmatkan pyörällä lähinnä keväisin ja syksyisin, kun on sulat kelit.

Liikuntataustan ja elämänkaaren liikunnan kartoituksessa (liite 1) hoitaja selvitteli ensimmäisellä ja toisella kerralla avoimilla kysymyksillä asiakkaan lapsuudesta ja

nuoruudesta mahdollisesti mieleen jääneitä liikuntamuotoja, sellaisia, joista potilas on pitänyt. Samalla hoitaja pyrki selvittämään asiakkaan mieluisia liikuntalajeja, (liite 1) joita asiakkaalle olisi jäänyt mieleen. Keskustelu mieluisista liikuntalajeista sai asiakkaan pohtimaan omaa liikkumistaan, sen määrää ja tiheyttä, joka metsästyksen osalta rajoittuu syksyn aikaan.

H: Mistä sää tykkäsit?

A: Metällä tässä oon ahkeraan käynyt ja viimeks olin viikko sitten.

H: Niin anteeksi.

A: Niin kun toi loma alko, niin metsästettiin...

A: Sitähän minä tein koko syksyn ja välillä kävelemässä muuten vaan siellä.

Avoimella kysymyksellä hoitaja pyrki myös olosuhteiden selvittelyyn (liite 1), jossa hän viittasi asiakkaan vuorotteluvapaan tarjoamiin mahdollisuuksiin liikunnan harrastamiseen. Keskustelu käynnistyi kuudennella kerralla nimenomaan asiakkaan kertoessa juuri alkaneen vuorotteluvapaan tekemisistään, kuten remontin aloittamisesta kotona sekä aktiivisemmän hiihtämisen harrastamisesta. Asiakas kertoi käyneensä hiihtämässä muutamana päivänä viikossa. Hoitaja osoitti kiinnostusta asiakkaan hiihtoharrastukseen ja esitti tarkentavia kysymyksiä siitä, missä hiihto tapahtuu, hiihtolenkkien pituudesta sekä millä tyylillä asiakas hiihtää. Keskustelu aiheesta eteni dialogisesti samalla sekä asiakkaan että hoitajan kertoessa omista hiihtokokemuksistaan. Vuorovaikutus tilanteessa oli tasa-arvoista ja keskustelevaa.

A: Niin ja oon minä hiihtänyt.

H: Hiihtänyt oot? Joo, ootsä niinku tän liikunnan suhteen aatellut sitten, että nyt kun on vuos aikaa..

A: Minä oon nyt käynyt muutamana päivänä viikossa.

H: Joo.

A: Siis nyt tämän vuoden aikana.

H: Joo. Missä päin sä oot käynyt hiihtämässä?

Kahdeksannella kerralla hoitaja kartoitti avoimilla kysymyksillä (liite 1) asiakkaan motivaatiota jatkossa liikuntaan ja omahoitoon. Kysymyksillä käsiteltiin asiakkaan

toteuttamaa omahoitoa, liikuntaa sekä liikuntainspiraation jatkuvuutta. Vastauksissa asiakas vähätteli aluksi omahoidon osuuttaan, mutta kertoi kuitenkin ajaneensa pyörällä kesän mittaan useita kertoja. Keskustelu liikunnasta jäi yleiselle, toteavalle tasolle eikä hoitaja esittänyt tarkentavia kysymyksiä pyöräilyjen määrästä tai matkojen pituuksista. Kysymys liikuntamotivaation jatkuvuudesta sai asiakkaan pohtimaan omaa halukkuuttaan liikunnan jatkamiseen. Asiakas kertoi inspiraatiota liikuntaan periaatteessa olevan, mutta myönsi laiskuuden vaivaavan. Hän kertoi ymmärtävänsä liikunnan merkityksen, mutta koki, että oma liikkuminen liikkumisen vuoksi jää helposti tekemättä.

Hoitaja käytti avoimia kysymyksiä eniten haastattelujen alkuvaiheessa, ensimmäisellä ja toisella kerralla kun hän kartoitti asiakkaan liikuntatottumuksia ja liikuntahistoriaa. Hän esitti avoimia kysymyksiä myös kuudennella ja kahdeksannella kerralla, jolloin hän kartoitti asiakkaan omaa motivaatiota liikuntaan ja omahoitoon. Avoimet kysymykset toimivat keskustelun avaajana liikuntateemaan ja liikuntaneuvontaan. Kysymykset saivat asiakkaan pohdiskelemaan omia elintapojaan ja motiiveja liikkumiseen ja omahoitoon. Asiakkaan vastaukset olivat pääosin aluksi lyhyitä toteamuksia, mutta keskustelun edetessä hän pohti tarkemmin omia tunteuksiaan ja ilmaisi usein myös ristiriitaisia ajatuksiaan liikuntaan liittyen sekä pohti liikunnan hyötyä ja haittoja sekä kokemaansa lähtemisen vaikeutta. Hoitajan avointen kysymysten käyttö näyttäisi tukevan Millerin ja Rollnickin (2002) näkemystä, jonka mukaan motivoivassa haastattelussa ristiriidan esiin nostaminen on keskeinen keino saada asiakas puhumaan muutoksesta ja vahvistamaan tätä. Avoimet kysymykset saivat tässä tapauksessa asiakkaan myös osallistumaan ja puhumaan ajoittain aktiivisesti keskustelun aikana, vaikka ajatukset liikuntaan liittyen olivat usein ristiriitaisia.

Asiakas toi toisella kerralla esille kokemiaan liikkumisen esteitä, kuten liikunnan järjettömyys ja lähtemisen kynnys. Näissä tilanteissa hoitaja ehdotti asiakkaalle työmatkan hyödyntämistä kävellen, pyöräilylenkkiä ja suositusten mukaista säännöllistä liikuntalenkkiä neljänä päivänä viikossa. Hoitaja osoitti näin pyrkivänsä madaltamaan asiakkaan kokemaa liikkumaan lähtemisen kynnystä esittämällä mahdollisuuksia soveltaa liikuntaa asiakkaan arkipäivään sopivaksi. Hoitaja ei kuitenkaan jatkanut asiakkaan kanssa esteiden käsittelyä tarkemmin, vaan keskustelu jäi yleiselle, toteavalle tasolle. Myös tarkempi asiakkaan liikunnan määrän suunnittelu, tavoitteiden asettaminen ja arviointi jäivät vähäiseksi.

Avoimet kysymykset kutsuvat haastateltavaa kertomaan tarkemmin omasta tilanteestaan, tunteistaan ja ajatuksistaan (Koski-Jännes 2008). Tässä mielessä hoitajan esittämät avoimet kysymykset toimivat motivoivan haastattelun tavoitteiden mukaisesti, mutta asiakkaan ilmaiseman liikuntaan liittyvä ristiriidan käsittelyssä jäätin kuitenkin hyvin yleiselle tasolle. Tämä tuli esille myös Poskiparran ym. (2004) tyypin 2 diabeetikkojen liikuntaneuvontaa koskevassa laajemmassa tutkimuksessa, jossa potilaiden ilmaisemien liikuntaa rajoittavien tekijöiden käsittely yhdessä terveydenhuoltohenkilökunnan kanssa oli vähäistä.

Tässä tutkimuksessa liikuntaa rajoittavien tekijöiden vähäinen käsittely voi kertoa myös siitä, että hoitaja ei kaikissa tilanteissa kokenut omaavansa keinoja jatkaa liikuntaneuvontakeskustelua eteenpäin. Toisaalta asiakkaan ajoittain osoittama haluttomuus jatkaa keskustelua aiheesta saattoi tyrehtyttää ristiriidan tai esteiden tarkemman käsittelyn. Tällöin hoitajan esittämät liikuntaehdotukset saattoivat pikemminkin herättää asiakkaassa vastarintaa tai vähättelyä liikunnan tarpeellisuudesta. Myös Mustajoki (2003) toteaa, että potilaiden lyhyet vastaukset voivat kertoa myös heidän haluttomuudestaan liikuntakäyttäytymisen muutoksiin juuri sillä hetkellä. Koski-Jänneksen (2008) mukaan asiantuntijaroolin ottaminen aiheuttaa helposti asiakkaassa vastarintaa tai passivoitumista ja hoidettavaksi asettumista. Yhtä lailla on syytä varoa kiirehtimistä asiakkaan edelle esimerkiksi tarjoilemalla muutosmenetelmiä jo ennen kuin asiakas on selvittänyt itselleen muutoksen tarpeellisuuden (Koski-Jännes 2008).

Keskustelujen aikana hoitaja käytti myös tarkentavia suljettuja kysymyksiä, joilla hän pyrki tarkentamaan yksityiskohtia lähemmin, kuten esimerkiksi asiakkaan liikuntapaikkoja ja liikuntamääriä koskien. Tämän tutkimuksen perusteella näyttääkin siltä, että suljetut kysymykset avoimen kysymyksen jatkona saivat asiakkaan täydentämään ja tarkentamaan omaa kertomustaan ja kokemuksiaan liikunnasta sekä pohtimaan omia motiivejaan.

Tulos on yhteneväinen Ruusuvuoren ym. (2004) tutkimuksen kanssa avointen ja suljettujen kysymysten käytöstä lääkärin vastaanotolla, jossa tulokset toivat uuden näkökulman ammattilaisten käyttämistä haastattelutekniikoista. Niiden perusteella kysymysten rakenteelliset ominaisuudet, avoin vai suljettu kysymys, eivät kerro koko totuutta siitä, millaisia vastauksia voidaan antaa. Se, miten avoimeen tai suljettuun kysymykseen vastataan, riippuu kysymyksen kontekstista. Kehitettäessä ammattilaisen ja asiakkaan välistä vuorovaikutusta käytetyn kielen rakenteellisten ominaisuuksien lisäksi olisikin kiinnitettävä

huomiota koko tilannetta ohjaavaan toimintalogiikkaan, osallistujien odotuksiin ja oletuksiin toistensa tiedon tasosta sekä meneillään olevan toiminnan luonteesta (Ruusu vuori ym. 2004).

7.1.2 Asiakkaan puheen heijastaminen ja reflektointi

Tässä tutkimuksessa hoitaja käytti asiakkaan puheen heijastamista ja reflektointia liikunnan merkityksestä puhumisen, asiakkaan liikuntakokemusten ja nykyisen liikunnan kartoituksen yhteydessä. Hoitaja rohkaisi ja tuki asiakasta liikunnasta puhumiseen ja liikuntakokemusten arviointiin sekä tuki ja kannusti asiakasta nykyisiin liikuntaharrastuksiin (liite 2).

Toisella kerralla hoitaja kysyi asiakkaalta lapsuudesta tai nuoruudesta mieleen jääneitä mieluisia liikuntalajeja (liite 2). Asiakas kertoi, ettei silloin, lapsuudessa ja nuoruudessa puhuttu mistään liikunnasta, silloin vaan liikuttiin. Keskustelun aikana hoitaja käytti selventäviä ja yhteenvetäviä reflektioita, joissa hän vahvisti asiakkaan puhetta puheen pääkohdista (hoitajan toteamukset: ”Liikuttiin, joo”. ”Ja töitä tehtiin”). Keskustelu sai asiakkaan pohdiskelemaan liikuntaa ja liikunnasta puhumisen merkitystä:

*A: Ja nyt puhutaan liikunnasta, tietysti on syytäkin
ku ei tule normaalityöstä sitä liikuntaa.*

Keskustelu aiheesta jatkui hoitajan tuodessa esille nykyisen liikunnan vaikuttavan vanhana myös muun muassa tasapainoon. Hoitaja osoitti ymmärtävänsä, että on ehkä hankalaa ajatella niin pitkälle.

A: Siinähan se justiin on, että ei se tänä päivänä.

H: Se ei tunnu tänä päivänä.

A: Hyvinhän sitä voi aloittaa huomenna. Mutta koitan suhtautua siitä huolimatta.

*H: Tänä päivänähan jos ihan tätä päivää ajatellaan, niin liikunnalla saisit
tota kolesterolia paremmaks, HDL:ia saisit nostettua ja verenpainetta..*

A: Kaikkiahan noita sais, senkin mä tiään, että..

Keskustelussa tuli esille asiakkaan kokema ambivalenssi eli muutosvastainen ja muutosmyönteinen ajattelu oman liikunnan harrastamisen suhteen. Toisaalta hän korosti ymmärtävänsä liikunnan vaikutuksen omaan terveyteen ja sairauden hoitoon, mutta oma aktiivisuus liikunnan harrastamiseen ja muutoshalukkuus elintapamuutokseen oli vähäistä.

Ensimmäisellä kerralla hoitajan kartoittaessa asiakkaan liikuntakokemuksia (liite 2), asiakas kertoi loman aikana metsästäneensä, johon hoitaja totesi: ”Niin metsästys?” Asiakas kertoi tarkemmin syksyn metsästyksestä ja kävelystä metsässä ja puiden savotoinnista. Mieluisasta liikuntalajista kertoessa asiakas pohti myös, että ”siinä tulee kyllä liikuttua eikä laske kilometrejä sillä lailla”. Toisaalta hän myönsi, että harrastus ajoittuu vain syksyn aikaan ja osoitti näin tiedostavansa liikunnan vähäisyyden. Hoitaja reflektoi neutraalisti asiakkaan pohdiskelua ja vei lopuksi keskustelua eteenpäin kartoittamalla samalla asiakkaan muita nykyisiä mahdollisuuksia hyötyliikuntaan.

A: Mutta se on vaan sitten, että..se on sitten syksyn aikaa.

H: Joo.

A: Se on vähän näin talvella ja tein minä nyt kymmenen kuutiota, savotoin puuta, kaks päivää siinä meni. Se ois niinku hyvää liikuntaa, mutta se ei oo täällä kaupungissa.

H. Mites sulla on pitkä kesäloma opettajana, niin, onks sulla joku semmonen vanha maalaistalo tai mökki, missä sää, touhuat sää kesällä sitten kaikenlaista?

Kolmannella kerralla hoitajan kartoittaessa asiakkaan nykyistä liikuntaa (liite 2), asiakas kertoi polkeneensa kuntopyörää muutaman kerran enemmän. Hoitaja toisti kuntopyöräilyä ja samalla esitti tarkentavan kysymyksen: ”Sullon kotona ihan vai? Tällöin asiakas tarkensi liikuntakokemustaan ja liikunnan määrää kuntopyöräilyn suhteen: ”Mitähän tuossa, oisko kolme kertaa viikossa puoli tuntia. Oon kiristänyt tahtia ja”.. Hoitaja esitti kannustavan kommentin ja toi esille itsestä huolehtimisen merkityksen myös iän myötä. Hoitaja osoitti näin pyrkivänsä kannustamaan ja tukemaan asiakasta nykyisiin liikuntaharrastuksiin.

Nykyisen liikunnan kartoituksessa (liite 2) neljännellä kerralla hoitaja ja asiakas keskustelivat pyöräilystä hoitajan kysyessä, onko asiakas saanut kuntopyöräilyn lisäksi oikean pyörän kaivettua esiin. Asiakas kertoi ajaneensa pyörällä noin kerran viikossa pidemmän lenkin ja pyöräillyt myös töihin hyvillä ilmoilla. Keskustelu pyöräilystä eteni dialogisesti asiakkaan kertoessa pyöräilykokemuksistaan ja määristä. Hoitaja heijasti asiakkaan puhetta neutraalisti

ja kannustavasti sekä toi esille myös omia kokemuksiaan. He keskustelivat paikallisista pyöräilyreiteistä, joka sai asiakkaan arvioimaan aktiivisesti omia kokemuksiaan.

A: Pyörällä kävin tässä ja onhan näitä tullut aika paljon näköjään.

H: Joo. Ootpa sinä pyöräillyt, sä vähättelet.

A: No ei se paljon oo, jos yhen kerran viikossa käy.

H: Joo, no sekin on parempi ku..

A: On joinakin viikkoina tullut kaks kertaa.

H: Joo ja sitten vielä polkaset vähän siellä kotona kuntopyörällä?

Asiakkaan puheen heijastamista kuvaavissa puheenvuoroissa hoitaja käytti usein aluksi yksinkertaisia reflektioita eli hän toisti samoin sanoin asiakkaan merkityksellistä puhetta. Näissä tapauksissa puheen heijastaminen johti siihen, että asiakas jatkoi ja tarkensi omaa kertomustaan ja arvioi omia kokemuksiaan. Moyersin ym. (2009) mukaan yksinkertainen reflektio voi viestiä työntekijän ymmärrystä ja helpottaa asiakkaan ja työntekijän välistä keskustelua. Se ei tyypillisesti lisää tai painota sitä mitä asiakas on sanonut. Reflektion kautta potilas voi jäsentää muutostyöskentelyään ja saavuttaa uudenlaista sisäistä ymmärrystä omasta käyttäytymisestään (Miller & Rollnick 2002).

Hoitaja käytti joidenkin puheenvuorojen lopuksi myös monimuotoisempia reflektioita, joissa hän pyrki tuomaan keskusteluun uutta perspektiiviä, jolla voi viedä asian käsittelyä eteenpäin. Näin kävi esimerkiksi hoitajan kysyessä asiakkaan muita nykyisiä mahdollisuuksia hyötyliikuntaan, jolloin hän pyrki suuntaamaan asiakkaan huomion asian ratkaisun kannalta mahdollisesti merkityksellisiin asioihin. Keskusteluissa aiheen tarkempi käsittely ei kuitenkaan yleensä edennyt, vaan keskustelun aihe vaihtui esimerkiksi ravitsemukseen liittyen.

Monimuotoisia reflektioita pidetään kuitenkin tärkeinä, sillä niiden avulla voidaan herätellä muutospuhetta ja syventää asiakkaan ajatuksia sekä tuoda esille muutokseen liittyvää ambivalenssia (Moyers ym. 2009). Tässä tutkimuksessa hoitajan liikuntaneuvonnassa

ilmenneiden monimuotoisten reflektioiden vähäisemmällä osuudella yksinkertaisiin reflektioihin verrattuna saattoi olla vaikutusta asiakkaan oman muutospuheen vähäisyyteen.

Myös Turku (2007) toteaa, että refleктоivan kuuntelun ja toiston avulla keskustelua voidaan syventää selkiyttävään suuntaan. Kun ohjattavalle annetaan mahdollisuus asioiden pohdiskeluun eri puolilta, hän kokee tullessa kuulluksi ja rohkaistuu jatkamaan psyykkistä työskentelyä asian parissa. Myös ohjaaja saa näin paremman kokonaiskäsityksen ohjattavan motivaatioon vaikuttavista taustatekijöistä (Turku 2007).

7.1.3 Asiakkaan muutosvalmiuksien vahvistaminen ja tukeminen

Diabeteshoitaja pyrki vahvistamaan ja tukemaan asiakkaan muutosvalmiuksia liikunnan mahdollistavien tekijöiden kartoittamisella, pysyviin liikuntaharrastuksiin motivoinnilla, asiakkaan muutospuheen tukemisella sekä omahoitoon ja liikunnalliseen elintapaan tukemisella (liite 3).

Motivointia pysyviin liikuntaharrastuksiin hoitaja pyrki tekemään liikuntatottumusten tukemisen kautta, kuten informoimalla päivittäisen liikunnan merkityksestä, liikunnan merkityksestä yleiskuntoon ja mielenterveyteen myös eläkkeelle jäädessä. Liikunnan mahdollistavia tekijöitä hoitaja kartoitti kysymällä työmatkaliikunnan, vuorotteluvapaan ja stressin helpottamisen mahdollisuuksista asiakkaan liikkumiseen sekä tiedustelemalla vaimon tukea liikkumiseen. Hoitaja vahvisti ja tuki asiakkaan muutosvalmiuksia myös kannustamalla asiakasta omahoitoon ja liikuntaan, joilla asiakas oli jo pystynytkin vaikuttamaan esimerkiksi veren rasva-arvoihin.

Asiakkaan liikunnan mahdollistavia tekijöitä diabeteshoitaja pyrki kartoittamaan tiedustelemalla viidennellä kerralla asiakkaan vuorotteluvapaan mahdollisuuksista sekä mahdollisesta stressin helpottamisesta eläkkeelle jäädessä (liite 3). Myös toisella neuvontakerralla asiasta keskusteltiin kun hoitaja esitti työmatkan hyödyntämistä kävellen sekä tiedustelemalla vaimon tukea liikkumiseen. Keskustelu jäi kaikilla kerroilla kuitenkin yleiselle tasolle eikä tilanteissa päästy yksityiskohtaisempaan keskusteluun tai asiakkaan liikunnan mahdollistavien tekijöiden syvempään pohdiskeluun.

H: Miten sä oot ajatellu, että helpottaako jonkinmoinen stressi, kun sä jääät eläkkeelle tai onko tää työ, aiheuttaa stressiä?

A: Kyllä todennäköisesti aiheuttaa tai se on varmaan semmosta stressiä, jota ei niinku aistikkaan.

H: Joo.

A: Niin niin.

H: Et seki voi sitten ihan luonnostaan sitä tilannetta korjata.

Omahoitoon ja liikunnalliseen elämäntapaan tukemista tuli esille hoitajan kertoessa seitsemännellä kerralla asiakkaalle hänen liikkumisensa ja ruokavalion vaikutuksista sokeriarvoihin, jotka olivat normalisoituneet. Asiakas pyrki vähättelemään omaa osuuttaan ja keskustelu jatkui asiakkaan painoon liittyen, joka oli alentunut 1 – 2 kiloa.

H: Mutta liikunta on sulla varmaan semmonen, mikä on näihin veren rasva-arvoihinkin vaikuttanut ja..

A: En tiää, miten äkkiä se vaikuttaa..

Hoitaja käytti useissa puheenvuoroissa kuudennella ja seitsemännellä kerralla asiakasta kannustavaa ja tukevaa argumentointia, joissa hän kertoi asiakkaan aktiivisemmän liikunnan, ruokavalion ja omahoidon vaikuttaneen diabeteksen hoitotasapainoon. Tämä sai asiakkaan pohtimaan omaa osuuttaan hoidossa. Asiakkaalla oli usein tapana vähätellä aluksi omaa osuuttaan, mutta keskustelun edetessä hän myös analysoi tarkemmin omia tuntemuksiaan ja liikuntakokemuksiaan:

H: Mutta sillä liikunnalla ja ruokavaliolla ja kaikella sä oot saanut, nämä on täällä ollut himpun verran yläkantissa, niin sä oot saanut nyt nämä täältä jo ihan, ne on normaalit (sokeriarvot)

A: No ei se kyllä tässä ole, kun se vaihtelee tuossa..

H: ..Jos tosiaan jaksat eteenkinpäin näin porskuttaa, niin hyvin menee.

A: Ei se nyt vaikeeta ollu yhtään, että..

Asiakas toi esille muutosvastaisuuttaan ja vähätteli omaa osuuttaan myös yhdeksännellä kerralla hoitajan kannustaessa häntä omahoitoon panostamisessa:

H: Ihan siihen omaan hoitoonhan sä nyt oot jo, ihan näyttänytkin, et sä oot panostanut enemmän tässä.

A: No en oo tehnyt mitään siinä.

H: Kyllä sinä oot tehnyt.

A: No en, kyllä minä oon ajatellu, että minä tekisin.

H: Sä oot ajatellut.

Asiakkaan muutospuheen tukemista tuli esille toisella kerralla keskustelussa, jossa hoitaja ehdotti asiakkaalle liikuntasuosittelun mukaista reippaampaa liikuntalenkkiä neljänä päivänä viikossa kuukauden ajan.

H: Sitte mietittäis tässä uudelleen, että onko siinä järkeä.

A: En minä sitä kiellä, siinä on järkeä, siis on varma järki siinä, ei yhtään oo siitä kysymys, mutta se kynnys, että siihen lähet.

H: Mutta se kynnys vois sulla jo madaltua sitten.

A: No jos madaltuis, niin ois hyvä...

Hoitaja toi esille asiakkaan jo tekemiä muutoksia elintapoihin sekä asiakkaan omahoidon ja liikunnan merkitystä. Tämä sai asiakkaan pohtimaan omaa toimintaansa ja motiivejaan liikuntaan ja omahoitoon. Tässä vaiheessa asiakkaan osoittama muutosaike ja toimintaan ryhtyminen vaihtelivat hänen oman elämäntilanteensa mukaan. Vastaavanlaisia tuloksia tuli esille Alahuhdan ym. (2009) tutkimuksessa, jossa tyyppin 2 diabetes-riskin omaavat henkilöt kuvailivat painonhallintaansa muutosvaiheen alkupäässä toiminnan ilmaisuina, kuten ”pitäisi lisätä liikuntaa”, joka osoittaa muutosaietta. Tutkimusten mukaan muutosaike voi ennustaa käyttäytymisen muutosta (Ajzen 2005), vaikkakin muutosaike saattaa olla vielä valmistautumisvaiheessa voimakkaampi kuin toimintaan ryhtyminen (Webb & Sheeran 2006).

Asiakkaan kohdalla liikunnan lisääntyminen ja stressin vähentyminen vuorotteluvapaan aikana vaikutti selvästi diabeteksen hoitotasapainoon. Hoitaja antoi positiivista palautetta

asiakkaan toiminnasta ja aktiivisesta liikkumisesta ja kannusti asiakasta näin jatkamaan toimintaansa. Tukeminen ja kannustaminen osoittautuivat hoitajan käyttämiksi menetelmiksi erityisesti silloin, kun asiakas oli vuorotteluvapaan aikana jo tehnyt muutoksia omiin elintapoihinsa ja lisännyt liikuntaa hiihtämällä säännöllisesti talvikuukausina. Keskustelemalla tilanteista, joissa asiakas oli toiminut tavoitteiden suuntaisesti, hoitaja pystyi lisäämään asiakkaan omaa muutosoptimismia (ks. Miller & Rollnick 2002).

Useimmissa keskusteluissa vallitseva myönteinen ja kannustava ilmapiiri näyttäisi vahvistavan myös asiakkaan omaa uskoa elintapojen muutokseen, vaikka tilanteissa hän jäikin usein vasta pohdiskelemaan asiaa ja omaa motivaatiota liikuntatottumusten muutoksiin. Samansuuntaisia päätelmiä ovat esittäneet Marteau ja Lerman (2001), joiden mukaan käyttäytymisen muutosta voidaan edistää vahvistamalla yksilön uskoa uuden käyttäytymisen positiivisiin vaikutuksiin sekä hänen omiin kykyihinsä muutoksen toteuttajana. Myös Marklandin ym. (2005) mukaan asiakkaan kompetenssia tuetaan antamalla myönteistä palautetta ja vahvistamalla hänen uskoaan omaan kykyyn toteuttaa tarvittavat muutokset.

Asiakkaan puheenvuoroissa tuli esille samanaikaisesti ilmenevä muutosvastainen ja muutosmyönteinen ajattelu. Asiakkaan esille tuomaan liikuntaan liittyvän kynnyksen alentumiseen ei keskusteluissa enää palattu. Toisaalta voisi ajatella, että hoitaja halusi näin jättää asian jatkokäsittelyn asiakkaan omaan harkintaan ja vastuuseen luottaen. Millerin & Rollnickin (2002) mukaan asiakkaan sisäisen motivaation löytämisen ja herättelyn ajatellaan johtavan muutokseen. Motivoivan haastattelun mukaan muutoksen idut piilevät asiakkaassa itsessään, jonka vuoksi asiakkaan autonomian vahvistaminen on tärkeää niin, että muutoksen tavoitteet ja arvot nousevat hänestä itsestään (Miller & Rollnick 2002). Tätä näkemystä tukee myös painonhallinnan ohjausta koskeva Anglen (2010) tutkimuskatsaus, jonka mukaan elintapaohjauksessa tulisi auttaa potilaita löytämään ja hyödyntämään yksilölliset voimavaransa.

Asiakkaan muutospuheen tukemista tuli liikuntaneuvonta-aineistossa vain vähän esille. Tämän voi nähdä merkittävänä puutteena, sillä diabeteshoitajalla on Kettusen ym. (2004) mukaan ratkaiseva rooli diabetespotilaan elintapamuutosten käsittelyssä. Muutospuheen salliminen ja houkuttelu esimerkiksi motivoivan haastattelun keinoin ohjaustilanteessa voi käynnistää muutosprosessin (Alahuhta ym. 2009). Toisaalta Prochaskan ja Norcrossin (2003) mukaan käyttäytyminen muuttuu vasta sitten, kun henkilö on valmis muutokseen ja kokee

muutoksen myönteisenä. Sen vuoksi elintapojen muutoksiin liittyvässä keskustelussa keskeistä on potilaan kokemusten ja ajatusten esille pääsy ja ensisijaisuus (Kettunen ym. 2004).

7.1. Yhteenvetojen tekeminen

Tässä tutkimuksessa yhteenvetojen tekeminen asiakkaan puheesta osoittautui vähäiseksi. Hoitaja teki kolmannen, neljännen ja kahdeksannen neuvontakerran alussa yhteenvetoja edellisen neuvonnan teemoista ja asiakkaan liikuntapuheesta (liite 4). Hoitajan kokoamat yhteenvedot olivat asiakkaan liikunnasta puhuminen, liikunnan jatkuvuus ja liikuntatottumukset. Puheenvuorot koskivat liikunnan aloitusta, kuntopyöräilyn säännöllisyyttä sekä hyötyliikuntaa ja pyöräilyä. Pyöräilyä koskien hoitaja esitti myös jatkokysymyksen pyöräilyn jatkumisesta edelleen, josta keskustelu eteni asiakkaan kuvaukseen pyöräilyn jatkumisesta ja lisääntymisestä työmatkoilla hyvillä ilmoilla sekä vapaa-aikana.

H: Kuntopyörällä, mä oon kirjottanu, että on ruvennu polkemaan kolme kertaa viikossa puolen tunnin verran kerrallaan, niin tota ootko pannu edelleen?

A: Minä oon pitänyt taukoo välillä.

H: Ootko saanu sen oikeen pyörän kaivettua?

Asiakas nyökkää myöntävästi.

H: Hyvä.

A: No, ei siinä nyt paljon, mutta siinä se semmonen viikossa..

H: Joo, saman verran suunnilleen tulee, joo.

A: Matkaa tulee paljon enemmän...

H: Joo.

A: Ja sitten käynyt töissäkin, ku on hyviä ilmoja.

Keskustelun jatkuminen sai asiakkaan selkiyttämään omia ajatuksiaan ja kokemuksiaan pyöräilystä sekä pyöräilyn määrää ja tiheyttä. Kyseisellä kerralla yhteenveto toimi liikuntaan liittyvän keskustelun avaajana ja hoitaja osoitti näin kuunnelleensa asiakasta. Tilanteessa

asiakas vastaili aluksi lyhytsanaisesti (passiivinen rooli) hoitajan kysymyksiin, mutta keskustelun edetessä hän pohti aktiivisemmin pyöräilykokemuksiaan huomaten itsekin edistyneensä säännöllisemmän liikunnan harrastajana. Tässä tutkimuksessa hoitajan tekemien yhteenvedojen määrä oli kuitenkin kokonaisuudessaan vähäinen ja muilla kerroilla keskustelu jäi lähinnä toteamuksen tasolle. Myöskään asiakas ei tehnyt itse aloitetta liikuntaan liittyvien keskustelujen yhteen vetäjänä eikä hoitaja häntä siihen pyytänyt.

Hoitajan tekemillä lyhyilläkin yhteenvedoilla hän osoitti, että on kuunnellut asiakasta ja yhteenvedot toimivat samalla keskustelun aloituksena asiakkaan liikuntaan liittyen. Muutoin hoitajan tekemät asiakkaan liikuntaa koskevat yhteenvedot jäivät toteamuksen tasolle, josta keskustelu jatkui muihin asioihin, kuten ravitsemukseen ja painonhallintaan liittyen. Yhteenvedojen vähäisyys saattoi johtaa siihen, että keskustelun suuntaaminen tulevaan ja jatkosuunnitelmien teko asiakkaan liikunnan suhteen jäivät myös puutteellisiksi. Varsinaisia toimintasuunnitelmia asiakkaan liikunnan edistämiseksi yhdessä asiakkaan kanssa ei aineistossa tehty.

Yhteenvedojen vähäisyyden voi nähdä puutteena, sillä Mustajoen (2003) mukaan asiantuntijan tulisi tehdä yhteenvedoa keskustelun kulusta, joka auttaa liikuntaneuvojaa ja asiakasta hahmottamaan kokonaistilannetta ja toimintasuunnitelman tekemistä. Tutkittaessa hoitajien ja tyypin 2 diabetesta sairastavien potilaiden neuvontaa on käynyt ilmi, että elintapoihin liittyvä tavoitteenasettelu ja yhteisten suunnitelmien tekeminen on riittämätöntä, eikä potilaille ole juuri jäänyt tilaa kertoa omista muutosehdotuksistaan (Karhila ym. 2003).

Vastaavanlaisia tuloksia tuli esille Javanainen-Levosen ym. (2007) tutkimuksessa terveydenhoitajien mahdollisuuksista liikunnan edistämiseen lastenneuvolatyössä, jonka mukaan liikuntaneuvontaa rajoittivat puutteellinen tieto liikunnasta ja liikunnan palvelutarjonnasta sekä epävarmuus neuvonnan vaikuttavuudesta. Toisaalta myös aika- ja materiaaliresurssit koettiin liikuntaneuvontaa rajoittavina tekijöinä (Javanainen-Levonen ym. 2007). Tässä tutkimuksessa tulos saattaa kertoa myös hoitajan koulutuksen puutteesta liikuntaohjelmien laadintaan, sillä liikuntaneuvonta oli enemmän yleisiä kehotuksia liikunnan kokeiluun ja ohjeita liikunnan lisäämiseen. Kuitenkin henkilökohtaisen liikuntaohjelman laatiminen on todettu vaikuttavaksi keinoksi lisätä fyysistä aktiivisuutta aikuisväestössä. Toisaalta myös terveydenhuollossa annettu kehoitus ja ohje liikunnan lisäämiseksi näyttävät olevan tutkimusten mukaan kustannusvaikuttava vaihtoehto (Kiiskinen ym. 2008).

7.2 Asiakkaan motivoituminen liikuntaan

Asiakkaan liikuntaan motivoitumista ilmaisevista lausumista induktiivisen analyysin perusteella tulivat esille hyötyliikunnan arvostaminen, oman liikuntamotivaation arviointi ja pohdiskelu, omien periaatteiden kyseenalaistaminen sekä omahoidon tarpeen arviointi ja pohdiskelu (liite 5 ja 6).

7.2.1 Hyötyliikunnan arvostaminen

Asiakkaan motivoituminen liikuntaan näytti liikuntaneuvontojen aikana esiintyvän erityisesti hyötyliikunnan pitämisenä mielekkäänä. Ensimmäisellä kerralla hoitajan kysyessä asiakkaan liikuntatottumuksista ja työn mahdollisesta fyysisestä rasittavuudesta, asiakas totesi olevansa laiskan sutjakka:

A: No ei sitä paljon tule, että kyllähän mä jaloillani olen sen päivän, että mä vähän istun. Mutta sitten vähän puoleisesti näin muuten tätä keinotekoista liikuntaa, että kyllä minä hyötysemmosta, minä tekisin mieluummin.

Keskustelu jatkui asiakkaan mahdollisuuksista nykyisessä elämässään hyötyliikuntaan ja esimerkiksi työmatkojen hyödyntämisestä kävellen tai pyöräillen. Aihe oli asiakkaalle mieluinen ja hän kertoi syksyn ajan tapahtuvasta metsästyksestä, kävelystä metsässä sekä puiden savotoinnista.

A: Sen kanssa tulee kyllä liikuttua, siinä ei laske, laske niitä kilometrejä sillä lailla.

H: Joo.

A: Mutta se on vaan sitten sitä syksyn aikaa.

H: Joo.

A: Se on vähä näin talvella ja tein minä nyt savotoin puuta, kaks päivää siinä meni. Se ois niinku hyvää liikuntaa, mutta se ei oo täällä kaupungissa.

Toisella kerralla keskusteltiin asiakkaan lapsuudesta mahdollisesti mieleen jääneistä liikuntalajeista, joista hän on pitänyt. Asiakas totesi silloisen liikunnan tulleen luontaisesti töitä tekemällä ja muun muassa hiihtämällä ja juoksemalla. Myös viidennellä ja

kahdeksannella kerralla keskusteluissa käsiteltiin hyötyliikuntaa, jolloin asiakas kertoi lapsuudessa ja nuoruudessa liikuntaa tulleen normaalielämässä ja työn tekemisessä sekä koulumatkoilla. Hän totesi, ettei silloin tarvinnut erikseen liikkumisen takia lähteä liikkumaan, koska liikuntaa tuli töitä tekemällä.

A: Niin ja siis liikuntaa tuli ihan kaikenlaista, ettei sitä jouten saanut ollakaan.

A: Ei tullut sitä tarvetta liikkumiselle.

A: Mut nyt sitten tää aika on tämmönen..

A: Että nyt kun ei tule luontaisesti sitä liikuntaa.

A: ..sitä hyötyliikuntaa. Pitäs sitten ruveta liikkumaan ja... siinä on se kynnys sitten.

Asiakas oli tottunut lapsuudessa ja nuoruudessa kaikenlaiseen työliikuntaan ja ilmaisi nykyäänkin arvostavansa eniten hyötyliikuntaa sekä luonnossa liikkumista. Asiakas koki kuitenkin kaupungissa asuvana nykyiset hyötyliikunta mahdollisuudet vähäisiksi ja siksi harrastaminen oli satunnaista. Myös luonnossa liikkumisen kuten metsästyksen ja hiihtämisen asiakas koki mieleisiksi liikuntalajeiksi.

Tulos on yhteneväinen aiempien tutkimusten kanssa, joiden mukaan luonnossa liikkuminen on erityisesti suomalaiselle aikuisväestölle mieluista (vrt. Zacheus 2003, Vuori 2000). Zacheuksen ym. (2003) tutkimuksessa tarkasteltiin liikuntakäyttäytymistä erityisesti ikäpolvien ja elämäntapa- ja elämäntilanteiden näkökulmasta. Vanhempien ikäpolvien liikunnan todettiin olevan nuoria ikäpolvia yleisemmin luonnossa tapahtuvaa halpaa perusliikuntaa, jossa apuvälineiksi ei tarvita liikuntahalleja eikä teknisiä apuvälineitä. Asiaan katsottiin vaikuttavan suomalaisen yhteiskunnan voimakkaan muutoksen ja harrastettujen liikuntalajien erojen voitiin olettaa ainakin osittain johtuvan vanhempien ja nuorempien ikäpolvien erilaisista elämäkokemuksista. Vanhempien ikäpolvien liikunta oli kuitenkin teholtaan matalampaa kuin nuorempien (Zacheus ym. 2003).

Kansallisen liikuntatutkimuksen (2005 - 2006) mukaan verkkainen ja rauhallinen kuntoilu yleistyy ikääntymisen mukana, jopa 29 % 50-vuotta täyttäneistä ilmoitti liikkuvansa rauhallisesti. Arki- ja hyötyliikkujien osalta terveyden kannalta riittävästi liikkujia oli 36 % ja riittämättömästi liikkujia 64 % 19 - 65-vuotiaista suomalaisista (Kansallinen liikuntatutkimus

2005-2006). Hyötyliikunta onkin todettu merkittäväksi osaksi suomalaisen aikuisväestön liikuntaa, joka vaihtelee paljon vuodenaikojen mukaan (vrt. Borodulin 2006).

Rovion (2011) mukaan vallitseva liikuntakulttuuri ja tarjolla olevat liikkumisen mahdollisuudet eivät puhuttele kaikkia. Fyysisen aktiivisuuden tulisi kiinnittyä luontevasti ihmisen arkielämään ja liikunnan tulisi tuottaa hyötyä (itsensä toteuttaminen), iloa (yhdessä koettua) ja pätevyyttä (osaaminen) (Rovio 2011).

7.2.2 Oman liikuntamotivaation arviointi ja pohdiskelu

Asiakas pohdiskeli useilla kerroilla omaa motivaatiotaan liikuntaan ja omien tottumustensa muuttamisen vaikeutta. Asiakas toi keskusteluissa esille, että hän kyllä ymmärtää liikunnan merkityksen. Toisella kerralla keskustelua käytiin asiakkaan painon alentamiseen liittyen, jolloin asiakas itse otti puheeksi liikunnan.

A: Liikkusin esimerkiksi..

H: Niin, mä meinasin seuraavaks kiekasta siitä liikkumisesta, että kaikki..

A: Kyllä se siellä niinku taustalla on, että pitäis. Mutta ku tulee hiki.

H: Liikunnassa erittyy tosiaan hyviä näitä endorfiinejako ne nyt on, näitä morfiinin sukulaisia.

A: Kyllä minä en pane yhtään vastaan ja kyllä joskus tulee mieleen, että pitäis.

Viidennellä kerralla asiakas pohdiskeli liikunnan hyötyä ja haittoja:

A: Se liikunta auttaa kyllä. Mutta sitten kun liikut niin sitten käy niin että alkaa tehdä mieli kaikkee hyvääkin, ja se menee niinku siihen. Mut ei liian hyvää, jäähän se siitä huolimatta.

H: Se jäis ja se näkyis näissä sun kolesteriarvoissa, verenpaineissas, sokereissais ja näkyis, vaikka paino ei mihinkään inahtaisikaan, sehän näkys kyllä kuitenkin siellä.

A: Mää koitan nyt kevättalvella tuossa.

Kahdeksannella kerralla neuvontakeskustelu käsitteli asiakkaan liikuntainspiraatiota jatkossa, joka sai asiakkaan pohdiskelemaan omaa halukkuuttaan liikuntaan. Hän myönsi liikunnan hyvää tekevän vaikutuksen ja periaatteessa omankin inspiraation liikuntaan, mutta samalla määritteli sitä omaksi vaivakseen. Asiakas koki, että liikkuminen liikkumisen vuoksi tahtoo jäädä helposti tekemättä, vaikka varsinaista estettä asialle ei löydykään. Keskustelu eteni asiakkaan pyöräilyyn nyt joitakin matkoja aikaisemman autolla menemisen sijasta eli hyötyliikunnan mahdollisuuden käytöstä. Asiakas myönsi ajaneensa pyörällä kaupunkiin useammin, koska pyörä on hänen mielestään helpompi jättää kuin etsiä autolle paikkaa. Myös toisella kerralla asiakas kertoi ajavansa työmatkat pyörällä keväisin ja syksyisin.

Liikunnan merkityksen sisäistäminen ja kohdentaminen itseän sekä oman sairauden hoitoon näyttäisi tuntuvan asiakkaasta kuitenkin osin vieraalta. Toisella kerralla hoitajan kertoessa omasta työpäivän jälkeisestä liikkumaan lähtemisestään, asiakas arvioi, että hänenkin pitäisi saada jonkinlainen kipinä siihen liikkumaan lähtemiseen. Asiakas pohdiskeli omaa liikuntamotivaation löytymistä / motivoitumista:

A: En yhtään minä sitä kiellä, siihen pitäis saada joku kipinä jostain.

H: Mites sun vaimo, oisko se innokas?

Asiakas kertoi vaimon harrastavan hiihtoa ja kävelyä, esimerkiksi koira ulkoiluttaessaan. Samalla hän kuitenkin totesi koiran kanssa kävelyn olevan lähinnä ulkoilua, ei varsinaista liikuntaa. Toisella kerralla asiakas arvioi myös hiihtämisen mielekkyyttä. Hän kertoi laskevansa kilometrejä esimerkiksi kymppien lenkillä kilometri kerrallaan.

A: Niin siinä on se miele-, ku mä lähen hiihtämään kymppien lenkkiä, oon hiihtänyt montakin kertaa. Mutta mä lasken, että nyt on yhdeksän kilometriä vähemmän, kahdeksan kilometriä, niin edelleen. Ruumis kyllä kärsii tässä systeemissä, sielullakin on epävarmaa.

Viidennellä neuvontakerralla keskustelu käsitteli motiivin merkitystä elintapojen muutokseen. Hoitaja toi esille, että asiakkaiden taholta positiivisia yllätyksiä elämäntapamuutosten suhteen on saattanut tulla silloin kun muutosta ei ole osattu odottaakaan. Asiakas pohdiskeli motiivin merkitystä tottumusten muuttamiseen ja omien tottumustensa muuttamisen vaikeutta:

A: Sitten jossain vaiheessa, kun sen ite hoksa.

A: Siihen pitää olla tosi isot motiivit olemassa, että tottumuksiaan pystyy muuttamaan.

A: Se on, omien tottumustensa muuttaminen on, on tosi vaikeaa.

Arvioidessaan omaa motivaatiotaan liikuntaan asiakas näyttäisi ikään kuin odottavan hetkeä, jolloin hänellä on syytä aloittaa aktiivisemmän liikunnan harrastaminen. Tässä vaiheessa asiakkaan toiminta liikuntaan liittyen oli enemmän liikunnan aloittamisen miettimistä ja toimintaan ryhtymisen harkintaa. Keskusteluissa hän totesi ymmärtävänsä asian merkityksen, mutta oma aktiivisuus liikunnan suhteen oli satunnaista.

Oman liikuntamotivaation arvioinnissa ja pohdiskelussa tuli esille myös asiakkaan kokemia liikkumisen esteitä. Samalla hän pohti kynnystä yleensäkin omaan liikkumiseensa. Oman liikkumisen esteinä asiakas koki liikunnan järjettömyyden ja lähtemisen kynnyksen liikuntaan.

A: Ja sitte se järjettömyys siinä liikkumisessa, että hiihdät ympyrää. Siis hiihdät vaan sen takia, että pääset samaan paikkaan mistä oot lähtenyt.

H: Mutta sitte palataan taas näihin endorfineihin.

A: Niin joo, se pitäis saada jotenki motivoitua se.

Keskustelussa asiakas toi esille, että hän kyllä ymmärtää liikunnan merkityksen ja ilmaisi näin tiedostavansa asian. Asiakkaan kokema ristiriita liikunnan hyödyn ja haittojen välillä kuitenkin nousi toistuvasti esiin ja hän pohti omaa motivaation puutettaan. Asiakkaalla oli vaikeuksia löytää ”järkeä” ympyrää hiihdettäessä.

Toisella ja viidennellä kerralla asiakas toi esille, että hän kokee jaksavansa tehdä sen mitä tarvitseekin eikä sen vuoksi tarvitse kuntoa nostaa. Hän perusteli vähäistä liikunnan harrastamistaan oman kunnan ja jaksamisen arvioinnilla:

A: Se minulle niinku kuntoilusta käy, että jos pitää kävellä tai juosta nii minä teen sen siinä ku muutki. Ei siinä mielessä minun tarvi niinku kuntoa nostaa, että minä en pystys..

A: En minä koe millään lailla, että mulla ois huono vointi tai kunto..

Asiakkaan puheenvuoroista tuli tässä vaiheessa esille oman motivaation puute liikunnan harrastamiseen. Asiakas koki itsensä täysin toimintakykyiseksi ja terveeksi, jonka vuoksi hänen oli vaikea nähdä tarvetta liikunnan lisäykseen. Myös Prochaskan ym. (1992) mukaan potilaiden on havaittu kuvaavan motivaation puutetta siten, että heidän ei tarvitse laihtua. Keskustelu liikuntaan liittyvän elintapamuutoksen hyödyistä ja haitoista on kuitenkin ohjaustilanteissa tarpeen, jotta asiakas tulee tietoiseksi omasta vastarinnastaan ja kykenee jatkossa siirtymään asian käsittelyssä eteenpäin (Prochaska ja Norcross 2003).

Liikkumista estävien tekijöiden tunnistaminen, keinojen etsiminen niiden ratkaisemiseksi ja ohjaajan kannustus ovat asiakkaalle tärkeitä, jotta hän pystyy tekemään liikkumisen kannalta tärkeitä omaa elämäänsä koskevia päätöksiä (Nagelkerk 2006). Carpenterin (2008) mukaan ratkaisujen etsiminen niihin tekijöihin, jotka itsestä, sosiaalisista suhteista, terveydentilasta tai esimerkiksi ympäristöstä johtuen koetaan liikkumista rajoittaviksi tekijöiksi, on edellytys aikomuksen muuttamiseksi toiminnaksi.

Oman liikuntamotivaation arviointia ja pohdiskelua tuli asiakkaan puheenvuoroissa useilla kerroilla esille. Seurantajakson alkuvaiheessa asiakkaan toiminta liikuntaan liittyen oli enemmän liikunnan aloittamisen miettimistä sekä hyötyjen ja haittojen pohtimista. Muutosta ajatustasolla kuitenkin tapahtui ja seurantajakson aikana asiakas osoitti myös aktiivisempaa liikunnan harrastamista ja sitoutumista mielekkäiksi kokemiinsa lajeihin. Tutkimuksen tulokset viittaavat siihen, että asiakkaan oma mielenkiinto tiettyihin liikuntalajeihin sopivan elämäntilanteen lisäksi näyttävät tukevan hänen päätöstään liikunnan aktiivisemmasta harrastamisesta.

Tulos on samansuuntainen Alahuhan (2010) tutkimuksen kanssa, jonka mukaan muutos vaatii tietojen ja taitojen lisäksi myös ajattelun ja asenteen muutosta, jotka vaativat pohdinta-aikaa. Tämän vuoksi ohjauksessa on syytä välttää kiirehtimistä erityisesti alkuvaiheessa (Alahuhta 2010). Myös Vuorenmaan ym. (2010) tyypin 2 diabeteksen riskihenkilöiden mini-intervention vaikutusta liikunta-aktiivisuuteen tai elämänlaatuun koskevassa tutkimuksessa henkilöiden asenteet liikkumista kohtaan muuttuivat positiivisemmiksi, vaikka liikunta-aktiivisuus ei lisääntynyt. Asenteen muutos voi kuitenkin olla orastava merkki muutoksesta (Vuorenmaa ym. 2011), joka tuli ilmi myös tästä tutkimuksesta.

Asiakas ilmaisi keskusteluissa tiedostavansa liikunnan merkityksen oman terveyden ylläpitämisessä ja myös sitoutumista erityisesti talvella hiihtämisen muodossa. Hän pohti kuitenkin liikunnan hyötyjä ja haittoja, kuten esimerkiksi, että tulee hiki. Asiakas oli jäämässä vuorotteluvapaalle vuoden alusta, jolloin hänellä oli mahdollisuus erilaiseen ajankäyttöön. Tässä tilanteessa liikunnan hyötyjen ja haittojen pohtimisen voisi nähdä orastavana merkinä liikunnan motivaation hakemisessa. Alahuhdan ym. (2009) mukaan hyötyjen ja haittojen pohtimisella tavoitellaan ohjauksessa juuri motivaation rakentumista. Elintapamuutosten hyötyjen ja haittojen pohtiminen voi edistää ratkaisujen löytymistä itselle, omaan elämäntilanteeseen sopivalla tavalla (Korkiakangas ym. 2010).

Oman liikuntamotivaation pohdiskelussa ja arvioinnissa tuli esille myös asiakkaan kokemia liikunnan mahdollistavia tekijöitä. Asiakkaan mielestä hyvä sää oli sopiva kannustin lähteä esimerkiksi pyöräilemään vaikkapa kaupunkiin. Myös vuodenaika vaikutti eli kevästä syksyyn hän koki mieleiseksi lähteä pyörällä liikkeelle. Kaupungille pyöräillessä myös helppous jättää pyörä kuin etsiä autolle paikkaa toimi motiivina lähteä pyörällä liikkeelle. Keskusteluissa asiakas toi itse esille arkielämässä kokemiaan liikunnan mahdollisuuksia, jolloin hoitaja osoitti kiinnostusta kysymällä ja tekemällä ehdotuksia liikunnan mahdollisuuksien hyödyntämisestä esimerkiksi työmatkoja koskien.

Jo olemassa olevien liikuntamahdollisuuksien hyödyntämistä tukee myös Rovion ym. (2009) näkemys, jonka mukaan fyysisen aktiivisuuden idea voisi olla arkielämään luontevasti sopivat liikunnan mahdollisuudet ja houkutukset. Tässä ympäristössä tulisi tukea liikkujan omia valintoja heidän lähtökohdistaan ja kokemusmaailmastaan (Rovio ym. 2009). Myös Anglen (2010) ratkaisukeskeisen elämäntapojen ja painonhallinnan ohjausta käsittelevässä katsauksessa tuotiin esille näkemys muutoksesta jo olemassa olevan hyvän vahvistamisena. Suotuisa muutos rakennetaan pienin askelin sille, mikä jo toimii tai on tavoitteen mukaista. Esimerkiksi liikuntaa harrastamattoman arkeen kuuluu joskus hyötyliikuntaa – toisin sanoen ”piilevä liikunnallisuus” on jo olemassa. Ammatillaisen tehtävänä on tällöin etsiä, tehdä näkyvämmäksi ja vahvistaa potilaassa jo olemassa olevaa hyvää (Angle 2010).

7.2.3 Omien periaatteiden kyseenalaistaminen

Toisella käyntikerralla keskustelua käytiin liikunnan merkityksestä sairauden hoitoon ja vaikutuksesta lääkkeiden määrään. Asiakas asetti omien periaatteidensa oikeellisuuden kyseenalaiseksi liikkumaan lähtemisessä ja lähtemisen siirtämisessä esimerkiksi huomiseen. Hän ei kuitenkaan ollut löytänyt keinoa, jolla saisi itsensä liikkeelle välittömästi, vaan asia usein lykkääntyi. Asiakas arvioi olevansa väärässä periaatteensa suhteen, mutta totesi jostain syystä kynnyksen olevan liikkumaan lähtemiseen.

A: Että ku sitä mieltii tässä näin, että nyt ois just semmonen hetki, että lähtiskö. Siihen löytyy hyvin helposti jotain muuta niinku tilalle, että minä lähen vasta huomenna. Ja tiedän kyllä, että ei sekään se oikea periaate oo, mutta se vaan helposti lykkääntyy.

A: Mä oon siis ihan siinä kyllä väärässä, mutta se kynnys on jostakin syystä, että mun pitäis saada siihen jonkunlainen kipinä, että se lähtis niinku liikkeelle.

Liikkumisen esteinä asiakkaan kohdalla tulivat esille lähtemisen kynnys sekä asiakkaan kokemana liikunnan järjettömyys. Perusteina vähäiseen liikkumiseen hän arvioi laiskuuden ja oman sukupolvensa, joka on tottunut lapsuudessa ja nuoruudessa lähinnä työssä tapahtuvaan hyötyliikuntaan sekä luonnossa liikkumiseen (vrt. Zacheus ym. 2003). Vastaavanlaisia päätelmiä on esittänyt myös Törne ym. (2008), jonka mukaan työikäisillä liikkumattomuuden syyt ovat muun muassa koettu suuri kynnys liikunnan aloittamiseen, tietämättömyys liikunnan hyödyistä, pelko liikunnan riskeistä ja kokemukset liikunnan epämiellyttävyydestä, vaikka tietoa liikunnan positiivisista vaikutuksista on nykyään paljon saatavilla. Myös laiskuus raportoitiin FINRISKI 2002 - tutkimuksessa tärkeäksi syyksi riittämättömään liikuntaan aikuisilla, vaikka liikunnan tiedetään olevan hyväksi terveydelle. Tämä vahvistaa käsitystä siitä, että todelliset syyt passiiviseen elämäntapaan löytyvät enemmänkin ihmisten omasta käyttäytymisestä kuin ulkoisista tekijöistä (Borodulin 2006).

Liikkumisen esteiden käsittely jäi neuvontatilanteissa vähäiseksi ja yleiselle tasolle jääviksi kehotuksiksi kokeilla liikuntaa. Esteiden käsittelemättömyyden voi nähdä merkittävänä puutteena, sillä Nagelkerkin ym. (2006) mukaan koetut esteet liikkumiselle on olennaista huomioida, jotta tyypin 2 diabeetikko tai korkean riskin henkilö voi etsiä niihin ratkaisuja ja

kohdistaa huomiotaan yhä enemmän liikunnan etuihin. Sen myötä motivoituminen ja sitoutuminen liikkumiseen osana omahoitoa voi mahdollistua (Koch 2002, Cox ym. 2006).

Liikunnan mahdollistavina tekijöinä asiakkaan kohdalla tulivat esille luonnossa liikkumisen lisäksi vuodenajat keväästä syksyyn pyöräilyn suhteen, syksyisin metsästys ja kävely metsässä sekä talviaika hiihtämisen suhteen. Aktiivisemmän liikunnan mahdollistavana tekijänä asiakkaan kohdalla toimi myös vuoden mittainen vuorotteluvapaa, jonka aikana hän motivoitui ja sitoutui hiihtämiseen talviaikaan useita kertoja viikossa. Näihin tilanteisiin liittyen hän toi keskusteluissa esille myönteisiä kokemuksiaan liikunnasta sekä omaa pystyvyyttään liikuntalajien harrastamiseen. Tämä viittaa siihen, että motivoituminen liikuntatottumusten muutokseen ja liikunnan lisäämiseen edellyttää omaa halua muutokseen ja koettujen rajoitteiden ratkaisua ja esteiden voittamista (ks. Mustajoki 2003). Tällöin ohjauksen tulee lähteä ihmisen elämänvaiheesta käsin, tukea ihmisen omaa ratkaisujen löytämistä ja päätöksentekoa sekä johdatella pohtimaan muutostarvetta ja omia tottumuksiaan (Mustajoki 2003).

Myös Alahuhta (2010) on havainnut tutkimuksessaan, että elintapamuutos vaatii ongelmanratkaisutaitoja, jotta henkilö kykenee toimimaan myös uusissa ja yllättävissä tilanteissa terveyttä tukevalla tavalla. Painonhallinnan onnistumisen edellytyksiä tyyppin 2 diabeteksen riskihenkilöillä olivat yksilön tietoisuus omasta tilanteesta ja toiminnasta. Omaseuranta, tavoitteet, motivaatio, luottaminen omiin kykyihin, positiivisuus ja sosiaalinen tuki auttoivat painonhallintaa, sen sijaan sitoutumisen, itsekurin ja tuen puute olivat painonhallinnan riskitekijöitä (Alahuhta ym. 2010).

7.2.4 Omahoidon tarpeen arviointi ja pohdiskelu

Kuudennella kerralla asiakas ja hoitaja keskustelivat asiakkaan juuri alkaneen vuorotteluvapaan tarjoamista mahdollisuuksista liikuntaan ja vapaa-ajan viettoon. Asiakas kertoi hiihtäneensä nyt paljon sekä tekevänsä kotona remonttia. Hoitaja antoi tällöin kannustavaa palautetta asiakkaalle ja kehui hänen itsestä huolehtimistaan. Tämä sai asiakkaan pohtimaan itsestä huolehtimisen tarvetta ja merkitystä. Asiakas ilmaisi kokevansa itsensä terveeksi eikä sen vuoksi erityistä huolehtimisen tarvetta hänen mielestään ollut. Toisaalta hän

kertoi ymmärtävänsä itsestä huolehtimisen merkityksen ja myönsi, että siihen olisi syytä esimerkiksi liikunnan harrastamisen muodossa.

A: Miten minä nyt osaan huolehtia itsestäni? Minusta kun ei oo mitään huolehtimista. Minä oon mielestäni terve.

H: Mmm, kyllä tällä linjalla kun aattelee..

A: Mutta ymmärrän sen, että kyllä siihen ois syytä..

Keskustelussa asiakas pyrki vähättelemään aluksi omaa osuuttaan hoidossa, mutta toi myös esille ymmärtävänsä asian merkityksen. Hän osoitti seurantajakson aikana myös toiminnallaan panostavansa omahoitoon ja liikuntaan, vaikka ei mielellään omaa osuuttaan korostanutkaan. Tutkimuksen perusteella näyttäisi siltä, että asiakas oli seurantajakson aikana tiedostanut oman osuutensa merkityksen omahoidossa ja liikunnan lisäämisessä. Pohdiskeluissa tuli kuitenkin esille sekä myönteinen että kielteinen asenne elintapamuutosta kohtaan.

Liikunnan merkityksen pohtiminen omalla kohdalla, juuri omassa elämäntilanteessa, sekä liikkumisen tavoitteiden asettaminen on tärkeää (Buckworth & Dishman 2002). Nämä tarjoavat mahdollisuuden löytää itselle sopiva liikuntamuoto, joka sopii käsitykseen itsestä liikkujana (Korkiakoski 2010). Korkiakosken (2010) mukaan innostus voi synnyttää myönteisen kokemuksen kautta motivaation liikuntaharrastuksen jatkamiseen. Usein liikunnan hyötyjen tiedostaminen ja liikunnan merkityksen löytäminen itselle on merkki muutoksen alkamisesta ja tärkeä tekijä pysyvään muutokseen pyrittäessä (Ojanen 2001).

Aktiivisemmän liikunnan harrastamisen vaikutus tuli kuitenkin selvästi esille myös asiakkaan diabeteksen hoitotasapainossa, josta hän sai hoitajalta runsaasti positiivista palautetta ja kannustusta. Myös Alahuhdan (2010) mukaan ohjauksessa tulee korostaa onnistumiseen liittyviä tekijöitä. Elintapaohjauksessa olisi hyvä keskustella tavoitteista myös motivaation, pystyvyyden ja asenteen näkökulmasta (Alahuhta 2010). Sörensenin (2008) fyysisen kunnon ja fyysisen aktiivisuuden yhteyttä työkykyyn ja elämänlaatuun keski-ikäisillä miehillä koskevassa väitöskirjassa tuotiin esille, että erityisesti liikuntaan liittyviä myönteisiä tunteita tulisi korostaa, kun työkykyä, terveyttä ja elämänlaatua halutaan edistää.

7.3 Asiakkaan sitoutuminen liikuntaan

Asiakkaan liikuntaan sitoutumista ilmaisevista lausumista induktiivisen analyysin perusteella tulivat esille omaa liikuntaan sitoutumisen pohdintaa ja mieluisten liikuntalajien arviointia (liite 6).

7.3.1 Omaa liikuntaan sitoutumisen pohdintaa

Asiakkaan puheenvuoroissa omaan liikuntaan sitoutumisessa liikunnan mahdollistavina tekijöinä tulivat esille työmatka, hyvä sää, vuodenajat keväästä syksyyn pyöräilyn suhteen sekä talvi hiihdon osalta sekä työpaikka. Asiakkaan työmatka oli 2 km, jonka hän oli ryhtynyt pyöräilemään keväisin ja syksyisin. Pyöräily oli kuitenkin ollut epäsäännöllistä ja tapahtunut erityisesti hyvillä ilmoilla.

A: Kyllä mää nyt sitten keväällä oon ajanut ja syksyllä kun on sulat kelit, niin pyörällä ajan.

A: Mä ajelin sitten (kesällä) pyörällä. Mut ei nyt kymmeniä kilometrejä enempää.

Kahden vuoden seuranta-ajasta asiakas oli vuorotteluvapaalla vuoden ajan, joka mahdollisti aktiivisemmän liikunnan harrastamisen ja muun muassa remontin tekemisen. Tällöin asiakas sitoutui hiihtämiseen kolmen kuukauden ajan kolme neljä kertaa viikossa.

A: En minä nyt, no talvella mä hiihdin paljon. Mä hiihdin 25:ttä kilometriä ja silleen.

A: Mutta tuota, nyt on semmosia kelejä, että tuntuu ihan mukavalta.

H: Mmm. Keväällä kaivat sitten polkupyörän esille.

A: Aikaahan on...

Viidennellä kerralla hoitaja mainitsi miesten kuntosaliryhmästä, johon tarvittaisiin lisää osallistujia. Asiakas ei kuitenkaan osoittanut kiinnostusta koululla toimivaan ryhmään. Hänellä oli työpaikalla mahdollisuus harrastaa liikuntaa kuntosalilla, sulkapalloa pelaten sekä kuntopyöräillen. Asiakas kertoi käyttäneensä työpaikan tarjoamista mahdollisuuksista ainoastaan kuntopyöräilyä, noin kerran viikossa.

A: On koulullakin niitä semmosia mahdollisuuksia liikkua, on omassa käytössä sali siellä on sulkapalloa, ja kuntosali siellä, ja kuntopyöräkin on. Ei tule paljon poljettua, että vois sanoo että kerta viikossa puol tuntia. Se on aika vähän.

Viidennellä kerralla asiakas arvioi omia liikuntatottumuksia ja omaa liikuntahistoriaansa. Vähäisen kokonaisliikkumisen syyksi hän arvioi laiskuuden sekä oman sukupolvensa. Asiakkaan mukaan liikkuminen liikkumisen vuoksi on tavallaan uutta hänen ikäisille ihmisille.

A: Vois sen nyt jotenki ajatella syyksi, että siis kun minä oon sitä ikäpolvea, ku minä olin lapsi ja nuori, niin ei silloin puhuttu mistään liikunnasta ja sen tarpeellisuudesta, koska se liikunta tuli normaalielämässä eli maalta ni siis se tuli siinä työn tekemisessä se liikunta..

A: Kyllä mä vähäsen liikun. Mutta se ei oo niin paljon ku se vois olla. Nii että kyllä en liikkumatta oo..

Keskustelussa asiakas arvioi vähäisen liikkumisensa syyksi oman ikäpolvensa ja taustansa maalla kasvaneena. Hän ilmaisi ”keinotekoisien” liikkumisen olevan uutta hänen ikäisille ihmisille. Myös Zacheus ym. (2003) toteaa, että kunkin ikävaiheen liikuntakäyttäytymisen piirteet ovat kytköksissä yhteiskuntaan ja sen muutoksiin. Kun vielä muutama vuosikymmen sitten liikuttiin pelkästään yksinkertaisesti ulkoilmassa ja luonnossa, on nykyään liikunnan kenttä ja lajivalikoima monipuolistunut huomasti. Ikäpolvien täysin erilaisista kokemusmaailmoista johtuen saattavat heidän liikuntakäyttäytymisen piirteet olla hyvin erilaisia (Zacheus ym. 2003). Iän on todettu vaikuttavan sekä yksilön liikuntasuhteeseen että liikuntamotivaatioon (Zacheus 2009). Rasinahon ym. (2007) mukaan iäkkäämpien henkilöiden liikunnan harrastamista edistävät aikaisempi liikunnan harrastus, pitkä koulutus ja koettu terveys.

Tässä tutkimuksessa asiakas toi esille omia näkemyksiään keskustelujen aikana ja pohti omia motiivejaan liikkumiseen sekä kokemiaan liikunnan esteitä ja mahdollistavia tekijöitä sekä myös myönteisiä kokemuksia liikunnasta. Tämän voi nähdä liikuntaneuvontakeskustelujen myönteisenä asiana, vaikka keskusteluissa ei edetty esimerkiksi esteiden tarkempaan käsittelyyn. Deanin ym. (2005) mukaan liikuntaneuvonnassa ja fysioterapiassa tavoitteisiin sitoutumista on todettu lisäävän asiakkaan myönteinen kuva tulevaisuudestaan ja harjoittelun positiivisista seurauksista elämässään. Tavoitteisiin sitouttamiseksi tarvitaan kuitenkin

asiakaslähtöistä lähestymistapaa, jolloin asiakkaan arvot ja päämäärät kuullaan ja otetaan huomioon harjoitteluohjelman laadinnassa. Harjoitteluun sitoutumisen kulmakivenä nähdään asiakkaan omien näkemysten esiin saattaminen ja muuntuminen dialogisen keskustelun kautta (Dean ym. 2005).

Liikuntaneuvontakeskustelujen aikana ei tehty varsinaisia toimintasuunnitelmia eikä tavoitteita laadittu asiakkaan liikunnan suhteen. Rovio (2003) toteaa, että täsmälliset ja selkeät tavoitteet johtavat todennäköisemmin niihin sitoutumiseen kuin tavoitteet, jotka jäävät yleiselle tasolle. Täsmällisyyttä ja yksilöllisyyttä lisätään ottamalla huomioon henkilön aikaisemmat taidot ja hänen oma arvionsa taidoistaan kokemustensa perusteella (Rovio 2003).

Alahuhtanen ym. (2009) tutkimuksessa tyypin 2 diabetes riskin omaavilla henkilöillä elintapamuutoksissa edistyneiden kuvaukset painonhallinnasta viittasivat siihen, että ohjauksessa on tarpeen keskustella konkreettisista elintapamuutoksista, tavoitteiden asettamisesta ja voimavaroista. Ohjauksessa olisikin kannustettava sellaisiin elintapamuutoksiin, joihin henkilö voi sitoutua loppuiäkseen, koska vastuunotto ja jatkuva ponnistelu ovat myös painonhallinnan onnistumisen edellytyksiä (Alahuhta 2010).

Samansuuntaisia päätelmiä tuo esille Kettunen (2001), jonka mukaan potilaalla tulee olla ohjaustilanteen aikana mahdollisuus tunnistaa omia tarpeitaan ja voimavarojaan, saavuttaa tavoitteitaan ja luoda omia ratkaisuja. Myös Fogelholmin (2007) mukaan elintapaohjaus vastavuoroisena keskusteluna, yhteisten sopimusten tekemisenä, edistää sitoutumista tavoitteisiin. Itse asetetut tavoitteet lisäävät henkilön sitoutumista (Vuorenmaa ym. 2011).

Hankosen (2011) terveystietämisen muutoksen psykososiaalisia prosesseja elämäntapainterventiossa käsittelevässä väitöskirjassa tuotiin esille, että pystyvyyden lisääntyminen ohjauksen aikana ennusti liikunnan lisääntymistä kolmen kuukauden ja vuoden ajalla. Liikunnan suunnittelun lisääminen oli yhteydessä lisääntyneeseen liikuntaan heti ohjauksen päätyttyä ja toimintasuunnitelmien teko edesauttoivat omiin terveystavoitteisiin keskittymistä (Hankonen 2011).

7.3.2 Mieluisten liikuntalajien arviointia

Mieluisia liikuntalajeja, joihin asiakas ilmaisi sitoutumista ja liikunnan aktiivisempaa harrastamista olivat metsästys ja kävely metsässä syksyisin, puiden savotointi, hiihtäminen, kuntopyöräily, pyöräily kevästä syksyyn epäsäännöllisesti. Vuorotteluvapaan aikana asiakas sitoutui talviaikaan hiihtämiseen säännöllisesti, kolmesta neljään kertaa viikossa.

A: Mä ihan urakalla ku tuli aikaa, niin mä hiihdin.

H: Joo.

A: Oisko sitä nyt 300 kilometriäköhän sitä tuli.

H: Jos jaksat eteenkipäin näin porskuttaa, niin hyvin menee..

A: Ei se nyt vaikeeta ollu yhtään, että...

Kahdeksannella kerralla asiakas arvioi pyydettäessä kokemuksiaan hiihtoharrastuksestaan:

A: Ihan niinku kokeilin vaan. Satoja kilometrejä hiihin.

Ei se nyt ainakaan parempi olo siinä sen päälle.

Keskustelu jatkui liikunnan vaikutuksesta diabeteksen hoitotasapainoon ja omahoidon merkityksestä. Asiakas osoitti ymmärtävänsä asian merkityksen ja oman osuutensa hoidossa ja ilmaisi sitoutumista mieleisiksi kokemiinsa liikuntalajeihin ja omahoitoon.

A: Mä teen sen, esimerkiks talvella sitä hiihtämistä.

A: Ulkonaolo alkaa nyt, kun tää metästyskausi on menossa.

H: Loppuiän projekti tämä. Jollakin on jotakin muuta ja sinulla on tämmönen projekti..

A: Ei tämä iso...

Asiakkaan puheenvuorojen perusteella voisi arvioida, että hän koki omaavansa tietoa ja taitoa omahoitoon ja liikunnan jatkamiseen, sekä osoitti myös tiedostavansa oman osuutensa merkityksen, joskin sitoutuminen säännölliseen liikunnan harrastamiseen näyttäisi olevan vielä osittain harkinnan asteella. Toisaalta asiakas oli seurantajakson aikana osoittanut aktiivista liikunnan harrastusta mielekkääksi kokemiinsa lajeihin sekä pohtinut useilla neuvontakerroilla omia motiivejaan ja vaikuttimiaan. Erityisesti vuorotteluvapaan aikana hän osoitti sitoutumista säännölliseen hiihtämiseen ja aktiivisempaan elämäntapaan. Viimeisellä

kerralla hoitajan tuodessa esille asiakkaan oman vastuun ”loppuiän projektiin” liittyen, asiakas ilmaisi sitoutumista asiaan hänelle ominaiseen tyyliin.

Seurantajakson päättyessä asiakas oli jäämässä eläkkeelle jo saman kuukauden lopussa. Lisääntyvän vapaa-ajan voisi olettaa vaikuttavan myönteisesti asiakkaan liikunta-aktiivisuuteen jatkossa, sillä hän oli seurantajakson aikana osoittanut aktiivista liikunnan harrastusta ja sitoutumista mieleisiksi kokemiinsa lajeihin erityisesti vuorotteluvapaan aikana. Samansuuntaisia viitteitä tuli esille Lahden ym. (2010) seurantatutkimuksessa, jossa tarkasteltiin eläkkeelle siirtymisen vaikutusta suomalaisten liikunta-aktiivisuuteen. Tutkimuksen mukaan kohtuullisesti rasittavan liikunnan harrastamisen todettiin lisääntyvän keskimäärin noin puoli tuntia viikossa. Liikunta lisääntyi erityisesti aiemmin passiivisten henkilöiden joukossa, jonka vuoksi tulokset liikunnan ja kansanterveyden näkökulmasta olivat myönteisiä (Lahti ym. 2010). Vastaavanlaisia tuloksia on esittänyt myös Gauthier ja Smeeding (2003), joiden mukaan liikuntaharrastus lisääntyy 74-vuotiaaksi.

Seurantajakson lopussa asiakas ilmaisi tyytyväisyyttä tulevaan elämäntilanteeseensa eläkkeelle jäädessä muun muassa stressin vähentymisen ja oman ajan lisääntymisen myötä. Asiakkaan kohdalla diabeteksen hoito ja seuranta olivat siirtymässä työterveyden piiristä toisalle, jossa hän toi esille halukkuutensa jatkaa. Hän ilmaisi myös ymmärtävänsä omahoidon merkityksen sekä oman vastuunsa liikunnan jatkamisessa.

Alahuhdan (2010) mukaan elintapamuutosten toteuttamiseksi tarvitaan oman toiminnan ja motivaation lisäksi voimavaroja, joita ovat sosiaalinen tuki, positiivinen mieliala ja sopiva elämäntilanne. Myös Korkiakosken (2010) mukaan oman elämäntilanteen pohtiminen on yksi konkreettinen keino tulla tietoiseksi omista liikkumista rajoittavista tai liikkumiseen motivoivista tekijöistä. Motivaatioon vaikuttavien tekijöiden vahvistaminen kannustaa yksilöä lisäämään liikuntaa samalla, kun elämäntilanteen kokeminen suotuisana lisääntyy. Liikunnallisen pääoman kartuttaminen on mahdollista myös vähän liikkuvilla tavoitteiden, myönteisen palautteen ja pystyvyyden tunteen lisääntymisen kautta. (Korkiakoski 2010).

8 POHDINTA

8.1 Luotettavuuden arviointia

Tarkasteltaessa objektiivisuutta laadullisessa tutkimuksessa on syytä erottaa toisistaan havaintojen luotettavuus ja toisaalta niiden puolueettomuus (Tuomi & Sarajärvi 2009). Puolueettomuus nousee kysymykseksi esimerkiksi siinä, pyrkiikö tutkija ymmärtämään ja kuulemaan tiedonantajaa itseään vai suodattuuko heidän kertomuksensa tutkijan oman kehyksen läpi. Koska laadullisessa tutkimuksessa tutkija on tutkimusasetelman luoja ja tulkitsija, tutkijan vaikutus myönnetään väistämättömänä tosiasiana (Tuomi & Sarajärvi 2009).

Oman mielenkiintoni lähtökohtana oli motivoivan haastattelun vähäinen käyttö aiemmissa liikuntaneuvontaa koskevissa tutkimuksissa sekä kiinnostus asiakkaiden motivaatioon vaikuttaviin tekijöihin fyysisen aktiivisuuden edistämisessä. Pyrkimyksenä oli tuoda esille asiakkaan omia näkökulmia ja ajatuksia hänen liikuntaan liittyvistä motivaatioon ja sitoutumiseen yhteydessä olevista tekijöistä sekä diabeteshoitajan puheenvuorojen osalta motivoivan haastattelun menetelmien käytön ilmenemisestä liikuntaneuvonnassa. Aihetta käsittelevään kirjallisuuteen perehtyminen on tuonut uusia näkökulmia aiheeseen, toisaalta vahvistanut aiempia käsityksiä motivaatioon ja sen tukemiseen liittyvistä tekijöistä. Tutkimuksen teoreettisilla lähtökohdilla on saattanut olla vaikutusta tutkimustuloksiin. Laadullisella tutkimuksella ei kuitenkaan pyritä vain yhteen ainoaan totuuteen, vaan siinä hyväksytään myös useampien totuuksien olemassa olo (Eskola & Suoranta 1998).

Tämän tutkimuksen aineiston luotettavuutta lisää se, että aineisto on kerätty luonnollisissa diabetesneuvontatilanteissa, joissa keskustelun aiheita ei etukäteen tarkemmin rajattu (ks. Eskola & Suoranta 1998). Näin ollen motivoivan haastattelun menetelmien ilmenemistä eikä asiakkaan liikuntaan motivoitumista ja sitoutumista kuvaamia lausumia ole tarkoituksellisesti pyritty saamaan esille. Tutkija ei myöskään ollut läsnä neuvontatilanteissa, mikä mahdollisti tekstien tarkastelun ulkopuolisen silmin. Videoidut terveysneuvontatilanteet on katsottu läpi ja käytetty analyysin tukena. Näin pystyttiin paremmin havainnoimaan terveysneuvontatilanteiden vuorovaikutusta ja tunnelmaa, kuten esimerkiksi huumorin käyttöä. Lisäksi litteroinnissa paikoitellen olleita puheen epäselvyyksiä pystyttiin

tarkistamaan oikeiksi. Videoinnin vaikutusta tilanteeseen sekä asiakkaan että hoitajan toimintaan on tämän tutkimuksen perusteella vaikea arvioida.

Liikuntaneuvontakeskustelut olivat osa muuta terveysterveystakeskustelua. Tutkimusaineistona käytettiin videoituista terveysterveystakeskustelusta tehtyjä litterointeja. Tässä tutkimuksessa olen analysoinut ainoastaan liikuntaa koskevat osuudet, joista käsin tulokset ovat tulkittuja. Aikaisemmat diabeteksen ohjausta ja neuvontaa koskevat tutkimukset ovat osoittaneet, että liikuntaosuudet ovat vähäisiä verrattuna muuhun ohjaukseen (Poskiparta ym. 2004, 2006). Toisaalta muu terveysterveystakeskustelu kuten ravitsemukseen ja painonhallintaan liittyvät osuudet saattavat vaikuttaa myös liikuntaneuvonnan osuuteen, jota tämän tutkimuksen puitteissa ei ole arvioitu. Seurantajakson aikana asiakas ei käynyt muiden asiantuntijoiden vastaanotolla.

Sisällönanalyysi mahdollistaa toistettavien ja validien tulkintojen tekemisen aineistosta. Lisäksi se tarjoaa tutkijalle mahdollisuuden uusiin tulkintoihin ja parempaan ymmärrykseen tutkittavasta ilmiöstä (Krippendorf 2004). Sisällönanalyysin luotettavuuden tarkastelussa on keskeistä se, miten tutkija pystyy pelkistämään aineistonsa niin, että se kuvaa mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Tällöin luokittelun luotettavuus muodostuu olennaiseksi kysymykseksi, jotta tekstistä voidaan tehdä valideja päätelmiä (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001). Tässä tutkimuksessa aineiston pelkistäminen ja luokittelu on pyritty esittämään havainnollistamalla esimerkein luokkien muodostuminen liitteenä olevien taulukoiden avulla. Esimerkeissä on nähtävissä aineiston käsitteellistäminen aina alkuperäisilmaisista lähtien. Lisäksi tutkimusraporttiin on liitetty runsaasti alkuperäisiä ilmaisuja, jotta alkuperäisen tekstin rikkaus voidaan välittää lukijalle (Tuomi & Sarajärvi 2009). Aineiston analyysin eri vaiheissa alkuperäisiä tekstejä on luettu yhä uudelleen lausumien merkityssisällön säilyttämiseksi.

Motivoivaa haastattelua on analysoitu päihdetyöhön liittyen koodauksella ja keskusteluanalyysillä. Kummassakin menetelmässä käytetään aineistona vuorovaikutustilanteen nauhoituksia ja niiden tekstimuotoisia litterointeja, yhteistä niille on kiinnostus vuorovaikutuksen ja puheenvuorojen eri tehtäviin (Rakkolainen & Ehrling 2010). Koodausta on kritisoitu siitä, että se jättää huomiotta keskustelun kontekstissa ilmenevän sosio-emotionaalisen ulottuvuuden, kuten samanmielisyyden. Sen sijaan keskustelun

analyysissä yhden yksittäisen puheenvuoron merkitys tulee näkyviin sitä ympäröivässä keskustelussa (Peräkylä 2003, Rakkolaisen & Ehrling 2010 mukaan).

Tässä tutkimuksessa analyysimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysia, sillä se soveltuu pienten aineistojen analyysiin ja vuorovaikutus sekä konteksti haluttiin erityisesti ottaa huomioon (Krippendorff 2004). Lisäksi tässä tutkimuksessa tarkoituksena oli myös asiakkaan näkökulman esiintuominen ja tarkastelu. Asiakkaan puhetta tarkasteltiin hänen liikuntaan motivoitumisen ja sitoutumisen näkökulmasta, jolloin asiakkaan ”vähäisemmät” muutospuhe - ilmaisut jätettiin ulkopuolelle. Esimerkiksi päihdetyöhön liittyen koodauksessa käytettävät muutospuhetta koskevat luokittelukriteerit saattavat olla herkemmat. Koodauksessa puheen vastavuoroisuus eli ohjaajan puheenvuoron suhde asiakkaan puheenvuoroon huomioidaan vain tilanteissa, joissa ohjaaja reflektoi asiakkaan puhetta tai konfrontoi häntä (Rakkolainen & Ehrling 2010).

Tämän tutkimuksen aineisto oli osa Jyväskylän yliopiston terveystieteen laitoksella toteutettua seurantatutkimusta, jossa tutkimuslupa oli hyväksytty asianmukaisesti sairaanhoitopiirin eettisessä toimikunnassa. Sekä hoitaja että asiakas ovat osallistuneet tutkimukseen vapaaehtoisesti ja antaneet kirjallisen suostumuksen aineiston tutkimuskäyttöön. Laadullisen tutkimuksen eettiset periaatteet on huomioitu myös tämän tutkimuksen kaikissa vaiheissa (Tuomi & Sarajärvi 2002).

Laadullisessa tutkimuksessa puhutaankin yleistettävyyden sijaan siirrettävyydestä (Kylmä ym. 2007). Tutkimusraportissa on pyritty esittämään analyysin eri vaiheet ja tehdyt päätelmät tutkimuksen konteksti huomioiden, jotta lukija voi arvioida tutkijan lisäksi tulosten siirrettävyyttä. Tulokset ovat hyödynnettävissä diabetesasiakkaiden terveysneuvonnassa, jossa liikuntaneuvonnan lisäksi myös ravitsemus- ja painonhallintaohjaus ovat erittäin oleellisia asioita sekä yleisemmin liikuntaneuvonnassa.

8.2 Yhteenveto ja Johtopäätökset

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella motivoivan haastattelun menetelmien ilmenemistä diabeteshoitajan liikuntaneuvontatilanteissa sekä arvioida diabetesasiakkaan liikuntaan motivoitumiseen ja sitoutumiseen yhteydessä olevia tekijöitä kahden vuoden seuranta-aikana. Huomioitavaa on, että diabeteshoitaja ei ollut saanut koulutusta motivoivan haastattelun käyttöön, vaan motivoivaa haastattelua on käytetty tämän tutkimuksen teoreettisena lähtökohtana diabeteshoitajan liikuntaneuvontaa tarkasteltaessa.

Motivoivan haastattelun menetelmistä diabeteshoitajan liikuntaneuvonnassa ilmenivät hyvin avointen kysymysten käyttö, asiakkaan puheen heijastaminen ja yksinkertaiset reflektiot sekä asiakkaan muutosvalmiuksien vahvistaminen ja tukeminen. Sen sijaan yhteenvetojen tekeminen ja asiakkaan muutospuheen tukeminen jäivät vähäisiksi. Asiakas toi esille kokemiaan liikkumisen esteitä, joiden käsittelyssä ei kuitenkaan edistytty. Esteiden käsittelemättömyyteen ja asiakkaan muutospuheen vähäisyyteen saattoivat vaikuttaa hoitajan monimuotoisten reflektioiden vähäisempi osuus, jolloin keskustelun syventäminen ja asiakkaan kokeman ambivalenssin käsittely jäivät puutteelliseksi. Asiakkaan motivoituminen liikuntaan tuli esille hyötyliikunnan arvostamisena sekä luonnossa liikkumisena, joihin hän osoitti myös sitoutumista seurantajakson aikana. Asiakas toi esille myös liikunnan mahdollistavia tekijöitä, joita hän pystyi seurantajakson aikana hyödyntämään.

Useimmiten keskusteluissa hoitajan ja asiakkaan välinen vuorovaikutus oli tasa-arvoista ja keskustelevaa, ajoittain myös huumoripitoista, joka tuli esille erityisesti neuvontatilanteiden videoinneista. Hoitaja ilmaisi näin asiakkaalle empatiaa ja ymmärrystä, vaikka asiakkaan kokema ristiriita liikuntaa kohtaan tuli usein esille. Hoitaja antoi myös paljon positiivista palautetta asiakkaan liikunnan lisääntymisestä erityisesti vuorotteluvapaan aikana sekä kannusti asiakasta jatkamaan hyvin sujunutta omahoitoa ja liikunnallisempaa elämäntapaa. Keskustelujen aikana hoitaja kertoi myös omista kokemuksistaan liikkumiseen liittyen sekä usein keskustelu jatkui molempien tuntemiin paikallisiin pyöräily- ja hiihtoreitteihin, mikä lisäsi vuorovaikutuksen tasa-arvoisuutta liikuntaneuvontatilanteissa.

Terveysneuvontakeskustelua on perinteisesti pidetty esimerkkinä institutionaalisesta vuorovaikutuksesta, jossa terveydenhuollon ammattilaisella ja potilaalla on omat roolinsa (mm. Kettunen 2001, Ruusuvuori 2003). Myös tässä aineistossa liikuntaneuvontatilanteissa

ilmeni asiantuntijajohtoisuutta, erityisesti tilanteissa, joissa hoitaja suositteli asiakkaalle aktiivisemmän liikunnan kokeilua ja ajoittain jopa suostuttelua aktiivisemmän liikunnan aloittamiseen. Toisaalta asiantuntijan tehtävä on tiedon ja liikuntaneuvonnan anto ja haasteena on kunkin potilaan yksilölliseen tiedontarpeeseen vastaaminen sekä kyky tarjota potilaan elämäntilanteeseen soveltuvia käytännön neuvoja (Poskiparta ym. 2006). Asiantuntijatietaoa voi käyttää vuorovaikutuksessa yhdistämällä sitä asiakkaan arkielämän asiantuntijuuteen, jolloin ymmärrys rakentuu vastavuoroisena dialogina. Potilastyössä ei ole kyse pelkästään ammattilaisen taidosta toimia vuorovaikutuksessa oikein, vaan potilas vaikuttaa vuorovaikutuksen onnistumiseen omalta osaltaan (Mönkkönen 2007).

Tässä tutkimuksessa hoitaja pyrki tuomaan asiakkaan näkökulmaa esille kartoittamalla asiakkaan elämäntilannetta ja mahdollisuuksia soveltaa liikuntaa asiakkaan arkeen sopivaksi. Liikunnan mahdollisuuksien ja esteiden käsittelyssä ei usein kuitenkaan edistytty, mikä voi kertoa myös asiakkaan haluttomuudesta elintapamuutosten käsittelyyn. Hoitajan pyrkimystä asiakkaan arjen ja elämäntilanteen huomioimiseen ja ymmärtämiseen voisi pitää kuitenkin oikean suuntaisena, sillä ohjattavan asian sulauttamista asiakkaan arkeen voi Kukkohovin (2004) mukaan edistää kohdentamisen avulla. Kohdentaessa ohjaajan on kuunneltava ja havainnoitava asiakasta saadakseen selville, mikä on asiakkaan elämäntilanne, voimavarat, motivaatio, mielenkiinnon kohteet, arjen toiminnot ja tiedon taso sekä näiden tietojen perusteella miettiä, miten toimia juuri tämän asiakkaan kanssa. Lisäksi on oltava selvillä siitä, miten paljon asiakas pystyy ja jaksaa itse vaikuttaa ongelmiinsa (ks. Kukkohovi 2004).

Hoitajan tulisi olla tietoinen omista neuvontatavoistaan, jotta hän pystyisi ohjaamaan asiakasta ottamaan vastuuta liikuntaneuvonnan sujumisesta ja asettamaan tavoitteita oman liikunta-aktiivisuuden suhteen. Hoitaja voisi korostaa enemmän asiakkaan omaa vastuuta omahoitoon sekä liikunnan jatkuvuuteen liittyen, jolloin tavoitteita mietittäisiin realistisiksi siten, mihin juuri tämä asiakas on valmis sitoutumaan. Myös liikunnan esteiden syvällisempi käsittely voisi tuoda asiakkaalle uusia näkökulmia oman liikunnan suunnitteluun ja toteutukseen.

Hoitaja olisi voinut kysyä asiakkaan halukkuudesta liikuntaneuvontaan esimerkiksi fysioterapeutin vastaanotolle tarkemman liikuntasuunnitelman laatimiseksi. Valtakunnallisen diabetesohjelman, Dehkon laatumittauksissa selvitettiin, kuinka usein diabetesta sairastavat aikuiset lähetetään fysioterapeutin tai liikunnanohjaajan vastaanotolle liikunnan ohjausta

varten. Tutkimuksessa kolmanneksessa terveyskeskuksista ei diabetesta sairastavia lähetetty liikuntaohjaukseen lainkaan (Winell 2009b). Terveystieteiden liikunnan ohjauksen ammattilaiset osallistuvat edelleen vain harvoin diabetesta sairastavien ohjaukseen, vaikka liikunta on todettu tärkeäksi osaksi diabeteksen hoitoa (Koski 2011).

Tässä tutkimuksessa asiakkaan oma mielenkiinto tiettyihin liikuntalajeihin yhdistettynä sopivaan elämäntilanteeseen sai hänet tekemään päätöksen liikunnan aktiivisemmasta harrastamisesta. Näihin tilanteisiin liittyen asiakas toi esille myönteisiä kokemuksia liikunnasta sekä omaa pystyvyyttään liikuntalajien harrastamiseen. Tutkimuksen tulokset viittaavat siihen, että asiakas on tärkeää saada pohtimaan omaa osuuttaan muutoksessa ja arvioimaan liikuntaan motivoitumiseen ja sitoutumiseen yhteydessä olevia tekijöitä, sillä motivaatio liikunnan lisäämiseen näyttäisi syntyvän oman muutostarpeen kautta (ks. Miller & Rollnick 2002).

Tässä tutkimuksessa asiakas osallistui keskusteluun pääosin aktiivisesti, mikä on motivoivan haastattelun tavoitteiden mukaista. Varsinaista muutospuhetta tuli kuitenkin aineistossa vain vähän esille, sen sijaan seurantajakson lopussa asiakkaan puheenvuoroissa hän ilmaisi sitoutumista mielekkäiksi kokemiinsa liikuntalajeihin sekä omahoitoon. Sitoutumispuheen voimakkuudella on todettu olevan merkitystä erityisesti neuvonnan loppuvaiheessa, joka saattaa ennustaa käyttäytymisen muutosta (Armhein ym. 2003). Muutoksen kannalta näyttäisi olevan tärkeää asiakkaan oma sitoutumispuhe ja usko omaan muutostietoisuuteen.

Tutkimuksen tulokset viittaavat siihen, asiakkaan ja hoitajan / ohjaajan välisellä vuorovaikutuksella on merkittävä vaikutus asiakkaan osallistumiseen liikuntaneuvonnassa, vastuun ottamiseen omahoidossa ja liikunnan jatkamisessa. Motivoivan haastattelun periaatteiden mukainen asiakkaan kuunteleminen, motivointi omien voimavarojen hyödyntämiseen sekä pystyvyyden tunteen vahvistaminen voivat toimia avaimina elintapamuutoksen tukemisessa myös liikuntaneuvonnassa.

8.3 Jatkotutkimusehdotuksia

Diabeetikkojen liikuntaneuvontaa olisi hyvä tutkia jatkossa asiakkaiden näkökulmasta esimerkiksi haastattelututkimuksena, jolloin kysymykset voitaisiin suunnata tarkemmin asiakkaiden kokemuksiin neuvonnan laadusta ja vaikuttavuudesta ja saada sitä kautta arvokasta tietoa liikuntaneuvonnan kehittämiseen.

Jatkotutkimuksena voitaisiin toteuttaa seuranta asiakkaan liikuntaharrastuksen jatkuvuudesta tulevaisuudessa, esimerkiksi puolen vuoden/vuoden ja useamman vuoden kuluttua liikuntaneuvonnan päättymisestä, jolloin pystyttäisiin arvioimaan paremmin liikuntaneuvonnan vaikuttavuutta. Jatkossa olisi myös mielenkiintoista tutkia, miten asiakas ja hoitaja itse arvioivat liikuntaneuvonnan sujumista ja millaisia tekijöitä he nostaisivat esille.

Liikuntaneuvonnan eri menetelmien, kuten esimerkiksi motivoivan haastattelun koulutuksen vaikutusta hoitajan / ohjaajan liikuntaneuvontataitoihin olisi hyödyllistä tutkia. Myös ohjaajan syvällisemmän liikuntaneuvonnan koulutuksen sekä tiedon lisääntymisen liikunnan vaikuttavuudesta merkityksen tutkiminen antaisi lisäinformaatiota liikuntaneuvonnan suunnitteluun ja toteutukseen.

Asiakkaan ja ohjaajan välisen vuorovaikutussuhteen tutkiminen erilaisissa konteksteissa voisi antaa palautetta vuorovaikutuksen parantamisesta terveydenhuollon ammattilaisille. Esimerkiksi tieto siitä, kuinka liikuntaneuvonta-asiakkaita pystyttäisiin ohjaamaan ja tukemaan itsenäisiin valintoihin ja ratkaisuihin oman liikunnan suunnittelussa, tavoitteiden asettamisessa ja toteuttamisessa, voisi jatkossa parantaa liikuntaneuvonnan laatua ja vaikuttavuutta.

LÄHTEET:

Ackerman SJ, Hilsenroth MJ. A review of therapist and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review* 2003;23:1-33.

Aittasalo M. Liikuntaneuvonta osaksi käytäntöä – työkaluja yksilölliseen liikuntaneuvontaan. *Liikunta ja Tiede* 2007;44(5):9-13.

Ajzen I. Attitudes, personality and behavior. Open University Press. England 2005.

Alahuhta M, Korkiakangas E, Jokelainen T, Husman P, Kyngäs H, Laitinen J. Miten henkilöt, joilla on kohonnut tyyppin 2 diabeteksen riski kuvaavat elintapamuutostaan ja painonhallintaansa? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2009;46(3):148-158.

Alahuhta M. Tyyppin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvien työikäisten henkilöiden painonhallinnan ja elintapamuutosten tunnuspiirteitä. Väitöskirja. Oulun Yliopisto, 2010.

Alahuhta M, Ukkola T, Korkiakangas E, Jokelainen T, Keränen A-M, Kyngäs H, Laitinen E. Elintapamuutosvaihe sekä painonhallinnan onnistumisen edellytykset ja riskitekijät tyyppin 2 diabeteksen riskihenkilöillä. *Tutkiva Hoitotyö* 2010;8(2):4-12.

Allender S, Cowburn G, Foster C. Understanding participation in sport and physical activity among children and adults: A Review of qualitative studies. *Health Education Results* 2006;21(6):826-835.

Angle S. Piilevän motivaation jäljillä. Ratkaisukeskeinen elämäntapojen ja painonhallinnan ohjaus. *Suomen Lääkärilehti* 2010;34(65):2691-2696.

Armhein PC, Miller W, Yahne C, Palmer M, Fulcher L. Client Commitment Language During Motivational Interviewing Predicts Drug Use Outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2003;71:5:862-878.

Bandura A: Self-Efficacy: The Exercise of control. Stanford University. New York, 1997.

Bennet JA, Lyons KS, Winter-Stone K, Nail LM, Scherer J. Motivational Interviewing to Increase Physical Activity in Long-Term Cancer Survivors. A Randomized Controlled Trial. *Nursing Research* 2007;56(1):18-27.

Biddle S. Enhancing motivation in physical education. Teoksessa Roberts G.C.(toim.) *Advances in motivation in sport and exercise*. Champaign, IL:Human Kinetics 2001:101-127.

Biddle S, Mutrie N. Psychology of physical activity. Determinants, well-being and interventions. 2 painos. Trowbridge: The Cromwell Press, 2008.

Boardman G, Catley D, Grobe J, James E, Little TD, T Ahluwalia JS. Using motivational interviewing with smokers: Do therapist behaviors relate to engagement and therapeutic alliance? *Journal of Substance Abuse Treatment* 2006;31:329-339.

Borodulin K. Hyötyliikunta on merkittävä osa Suomalaisten aikuisten arkea. *Liikunta ja Tiede* 2006 (4):43:5-9.

- Britt E, Hudson SM, Blampied NM. Motivational interviewing in health settings: a review. *Patient Education and Counseling* 2004;53(2):147-155.
- Buckworth J & Dishman RK. *Exercise Psychology*. Human Kinetics. Champaign, 2002.
- Buckworth J, Lee RE, Regan G, Schneider LK, DiClemente CC. Decomposing intrinsic and extrinsic motivation for exercise: application to stages of motivational readiness. *Psychology of Sport and Exercise* 2007;8:441-461.
- Burke BL, Arkowitz H, Menchola M. The Efficacy of motivational Interviewing: A Meta-Analysis of Controlled Clinical Trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2003;71:5:843-861.
- Carpenter CL. Motivation to exercise: translation our best intentions into action. *Obesity management* 2008;4(6):329-332.
- Channon S, Smith VA, Gregory JW. A pilot study of motivational interviewing in adolescents with diabetes. *Archives of Disease in Childhood* 2003;88:680-683.
- Cox RH, Carpenter JP, Bruce FA, Poole KP, Gaylord CK. Characteristics of low-income African-American and Caucasian adults that are important in self-management of type 2 diabetes. *Journal of Community Health* 2004;29(2):155-170.
- Dean SG, Smith JA, Payne S, Weinman J. Managing time: An interpretative phenomenological analysis of patients and physiotherapist perceptions of adherence to therapeutic exercise for low back pain. *Disability and Rehabilitation* 2005;27(11):625-636.
- DiClemente C, Velasquez M. Motivational Interviewing and the Stages of Change. Teoksessa Miller W, Rollnick S. (eds.) *Motivational Interviewing Preparing People for change*. New York. The Guilford Press, 2002.
- Donahue KE, Mielenz TJ, Sloane PD, Callahan LF, Devellis RF. Identifying support and barriers to physical activity in patients at risk for diabetes. *Prev Chronic Dis* 2006;3(4):3-12.
- Eccles JS, Wigfield A. Motivational beliefs, values, and goals. *Annual Review of Psychology* 2002;53:109-132.
- Eskola J, Suoranta J. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Vastapaino. Tampere. 1998.
- Fogelholm M, Oja P. *Terveysliikuntasuositukset*. Teoksessa Fogelholm M, Vuori I. (toim.) *Terveysliikunta*. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino, 2005.
- Fogelholm M. Miten sohvaperuna muuttuu vieriväksi kiveksi? *Työterveyslääkäri* 2007;24(2):12-16.
- Fogelholm M, Ojala P, Rinne M, Suni J, Vuori I. Riittääkö kävelyä puoli tuntia päivässä? *Suomen Lääkärilehti* 2004;54(19):2040-2042.
- Gauthier AH, Smeeding TM. Time use at older ages. Gross-national differences. *Research on Aging* 2003;25:247-274.

Gill DL. Psychological dynamics of sport and exercise. 2. painos. Champaign, IL: Human Kinetics, 2000.

Hankonen N. Psychosocial processes of health behavior change in a lifestyle intervention. Influences of gender, socioeconomic status and personality. Sosiaalipsykologian alan väitöskirja. Helsingin yliopisto, 2011.

Harno K, Tolppanen E-M, Ranta S, Suominen L. Diabetesrekisteri alueellisena hoidonhallintajärjestelmänä. Suomen Lääkärilehti 2010;26-31(65):2393-2398.

Haskell WL, Lee I-M, Pate RP, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, Macera CA, Heath GW, Thompson PD, Bauman A. Physical activity and Public Health. Updated recommendations for adults from the American college of sports medicine and the American Heart association. Circulation 2007;116:1081-93.

Heinonen K. Liikuntamotivaation moninaisuus. Teoksessa Ilanne-Parikka P, Rönnemaa T, Saha M-T, Sane T (toim.) Diabetes. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki, 2009: 180-181.

Helakorpi S, Laitalainen E, Uutela A. Suomalaisten aikuisväestön terveystyytyminen ja terveys, kevät 2009. Terveystyön ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 7 / 2010. Yliopistopaino. Helsinki 2010.

Hussain A, Claussen B, Ramachandran A, Williams R. Prevention of type 2 diabetes: A review. Diabetes Res Clin Prac 2007;76:317-326.

Häkkinen A, Kukka A, Onatsu T, Järvenpää S, Heinonen A, Kyröläinen H, Carus TP, Kallinen M. Health – related quality of life and physical activity in persons at high risk for type 2 diabetes. Disability and rehabilitation 2009;31(10):799-805.

Hänninen S, Kaukua J, Sarlio-Lähteenkorva S. Vaikeasti lihavat selittävät lihavuuttaan eniten elintavoilla. Duodecim 2006;122:1625-1630.

Illanne-Parikka P, Rönnemaa T, Saha M-T, Sane T. (toim.) Diabetes. Duodecim. Kariston Kirjapaino Oy. Hämeenlinna, 2009.

Javanainen-Levonen T, Poskiparta M, Rintala P. Terveystyöntekijöiden mahdollisuudet liikunnan edistämiseen lastenneuvolatyössä, Liikunta ja Tiede, tutkimusartikkeli 2007;44(1):22-30.

Jeon CY, Lokken RP, Hu FB, Van Dam RM. Physical activity of moderate intensity and risk of type 2 diabetes. Diabetes care 2007;30:744-52.

Jones KD, Burkhardt CS, Bennet JA. Motivational Interviewing May Encourage Exercise in Persons With Fibromyalgia by Enhancing Self Efficacy. Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research) 2004;51:5:864-867.

Kahn E, Ramsey I, Browson R, Heath G, Howze E, Powell K, Stone E, Rajab M & Chorso P. The Effectiveness of Interventions to Increase Physical Activity. A Systematic Review. American Journal of Preventive Medicine 2002; 22(4):73-107.

Kansallinen liikuntatutkimus 2005-2006: Aikuiset 19-65-vuotiaat. SLU:n julkaisusarja 4/06. Suomen Kuntourheiluliitto, Kunto ry. Helsinki, 2006.

Karhila P, Kettunen T, Poskiparta M, Kasila K. Negotiation in type 2 diabetes counseling: From problem recognition to mutual acceptance during lifestyle counseling. *Qualitative Health Research* 2003;13(9):1205-1224.

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

Kettunen T, Poskiparta M, Kasila K. Lifestyle counseling in type 2 diabetes prevention: A case study of a nurse's communication activity to produce change talk. *Communication and Medicine* 2006;1:3-14.

Kettunen T, Poskiparta M, Kiuru p, Kasila K. Muutospuhe tyyppin 2 diabetesneuvonnassa. Tapaustudkimus diabeteshoitajan ja potilaan välisestä neuvontakeskustelusta. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 2004;41:352-365.

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

Kiiskinen U, Vehko T, Matikainen K, Natunen S & Aromaa A. Terveyden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. *Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja* 2008: 1. Helsinki. Yliopistopaino, 2008.

Kirk A, Barnett J, Mutrie N. Physical activity consultation for people type 2 diabetes. Evidence and guidelines. *Review Diabet Med* 2007;24:809-816.

Kirk A, Leese G. Encouraging physical activity interventions among people with type 2 diabetes. *Journal of Diabetes Nursing* 2009;13(1):26-31.

Kivelä R. Liikunta vähentää diabeteksen haittoja lihasten verisuonissa. *Liikuntafysiologian alan väitöskirja*. Jyväskylän yliopisto, 2008.

Koski S. *Diabetesbarometri 2010*. Suomen Diabetesliitto ry, 2011.

Knowler WC, Barret-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachim JM, Walker EA. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention of metformin. *The New England of Journal Medicine* 2002;346:393-403.

Knowler WC, Fowler SE, Hamman RF, Christophi CA, Hoffman HJ, Brenneman AT. 10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the diabetes Prevention Program Outcomes Study. *Lancet* 2009;374:1677-86.

Koch J. The role of exercise in the African-American woman with type 2 diabetes mellitus: applications of the health belief model. *JAANP* 2002;14(3):126-129.

Korkiakangas E, Taanila A, Jokelainen J, Keinänen-Kiukaanniemi S. Liikuntamotivaatioon vaikuttavat tekijät eri-ikäisten naisvoimistelijoitten kuvaamina. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2009;46:95-108.

Korkiakangas E. Liikunnallinen pääoma antaa motivaation liikuntaharrastukseen. *Kansanterveystieteen alan väitöskirja*. Oulun Yliopisto, 2010.

Koski S. *Diabetesbarometri 2010*. Suomen Diabetesliitto ry. Kehitys Oy, 2011.

Koski-Jännes A. Motivoivan haastattelun periaatteet ja menetelmät. Teoksessa Koski-Jännes A, Riittinen L, Saarnio P. (toim.) Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Helsinki. Tammi, 2008: 50-55.

Kosunen E. Perusterveydenhuolto terveyden edistäjänä – visioita tulevaisuuteen. Suomen Lääkärilehti 2007:62(1):69-73.

Krippendorff K. Content analysis. An Introduction to Its methodology. Thousand Oaks, CA:SAGE, 2004.

Kukkohovi K. Fysioterapian ohjaustilanteen vuorovaikutus. Fysioterapeuttien ja asiakkaiden käsityksiä vuorovaikutuksesta ja sen kohdentamisesta ja mukauttamisesta ohjaustilanteessa. Puheviestinnän Pro gradu - tutkielma. Jyväskylän yliopisto, 2004.

Kukkonen-Harjula K. Metabolinen oireyhtymä ja tyypin 2 diabetes. Teoksessa Fogelholm M, Vuori I, Vasankari T. (toim.) Terveysliikunta. 2. uudistettu painos. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim, 2011.

Kylmä J, Juvakka T. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita Prima Oy, 2007.

Kyngäs H, Vanhanen L. Sisällön analyysi. Hoitotiede. 1999.

Laakso M, Uusitupa M. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy. Duodecim 2007:123:1439-1447.

Laaksonen D, Lakka T. Liikunta tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä ja hoidossa. Liikunta on tehokasta täsmälääkettä. Diabetes ja Lääkäri joulukuu 2007:18-23

Laaksonen D, Lindström J, Lakka T, Eriksson J, Niskanen L, Wikström K. Physical activity in the prevention of type 2 diabetes: the Finnish diabetes prevention study. Diabetes 2005:54:158-165.

Laatikainen T, Tapanainen H, Arfman G, Salminen I, Sundvall J, Leiviskä J, Harald K, Jousilahti P, Salomaa V, Vartiainen E. Finriski 2002. Tutkimus kroonisten kansantautien riskitekijöistä, niihin liittyvistä elintavoista, oireista, psykososiaalisista tekijöistä ja terveystieteiden käytöstä. Kansanterveyden julkaisuja B7/2003.

Lahti J, Laaksonen M, Lahelma E, Rahkonen O. Eläkkeelle siirtyminen tuo liikunnan yhä useamman arkeen. Liikunta ja Tiede 2010(5):47:12- 16.

Latvala E, Vanhanen-Nuutinen L. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa: Janhonen S, Nikkonen M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva. WSOY, 2001.

Leino K. Työikäisten käsityksiä liikkumisesta ja liikunnan harrastamisesta. Pro-gradu-tutkielma. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto, 2002.

Lindström J, Ilanne-Parikka P, Peltonen M, Aunola S, Eriksson JG, Hemiö K. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. Lancet 2006:368:1673-9.

- Lindström J, Louheranta A, Mannelin M, Rastas M, Salminen V, Eriksson J. The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS): Lifestyle intervention and 3-year results on diet and physical activity. *Diabetes Care* 2003; 26:3230-6.
- Lindström J, Pajunen P, Rissanen A, Pölonen A, Saaristo T, Peltonen M, Tuomilehto J. Eurooppalainen suositus diabeteksen ehkäisystä. IMAGE-hankkeen tulokset hyötykäyttöön myös Suomessa. *Suomen Lääkärilehti* 2010;66(1-2):49-53.
- Markland D, Ryan R, Tobin V, Rollnick S. Motivational Interviewing and Self-Determination Theory. *Journal of Social and Clinical Psychology* 2005;24:6:811-831.
- Marteau TM, Lerman C. Genetic risk and behavioral change. *British Medical Journal* 2001;322:1056-1059.
- McAuley E, Konopack JF, Motl RW, Morris KS, Doerksen SE, Rosengren KR. Physical activity and quality of life in older adults: Influence of health status and self-efficacy. *Annals of Behavioral Medicine* 2006;31(1):99-103.
- Mier N, Medina A, Ory MG. Mexican Americans with type 2 diabetes: Perceptives on Definitions, Motivators, and Programs of Physical Activity. *Preventing Chronic Disease* 2007;4:(2):1-8.
- Miilunpalo S. Fyysinen aktiivisuus ja tyypin 2 diabeteksen ehkäisy. *Diabetes ja Lääkäri* 2002;2:27-31.
- Miller W. Motivaation ja muutoksen käsitteellistäminen. Teoksessa: Koski-Jännes A, Riittinen L, Saarnio P. (toim.) Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä, 2008.
- Miller ST, Beech BM. Rural healthcare providers question the practicality of motivational interviewing and report varied physical activity counseling experience. *Patient Education and Counseling* 2009;76:279-282.
- Miller W, Rollnick S. *Motivational Interviewing. Preparing People for Change*. 2.painos. New York. Guilford Press, 2002.
- Moyers T.B, Martin T, Manuel J.K, Miller W.R & Ernst D. Revised Global Scales: Motivational Interviewing Treatment Integrity 3.1.1. University of New Mexico. Center on Alcoholism, Substance Abuse and Addictions (CASAA) 2009 (haettu 14.4.2011.)
<http://casaa.unm.edu/codingsinst.html>.
- Mönkkönen K. Vuorovaikutus – dialoginen asiakastyö. Helsinki. Edita, 2007.
- Mustajoki P. Miten potilas motivoituu hoitoonsa aktiiviseksi osapuoleksi. *Suomen Lääkärilehti* 2003;58:(42):4235-4237.
- Mustajoki P. Motivoiva haastattelu. *Diabetes ja Lääkäri* 2004;10:12-15.
- Nagelkerk J, Reick K, Meengs L. Perceived barriers and effective strategies to self-management. *Journal of Advanced Nursing* 2006;54:(2):151-158.

- Niitamo P. Tunneperäinen ja tietoperäinen motivaatio. Teoksessa Salmela- Aro K & Nurmi J-E (toim.) Mikä meitä liikuttaa? Modernin motivaatiopsykologian perusteet. Jyväskylä. PK-kustannus, 2002:40-43.
- Nupponen R, Suni J. Henkilökohtainen liikuntaneuvonta. Teoksessa Fogelholm M, Vuori I (toim.) Terveysliikunta. Helsinki. Duodecim, 2005:216-228.
- Nupponen R, Suni J. Henkilökohtainen liikuntaneuvonta. Teoksessa Fogelholm M, Vuori I, Vasankari T. (toim.) Terveysliikunta. 2. uudistettu painos. Helsinki. Duodecim, 2011:212-226.
- Nurmi J-E & Salmela- Aro K. Mikä meitä liikuttaa? Modernin motivaatiopsykologian perusteet. Jyväskylä. PK- kustannus, 2002.
- Ojanen M. Liiku oikein – voi hyvin: Liikunnan merkitys hyvinvoinnille. Liikuntatieteellisen seuran julkaisu 153. Liikuntatieteellinen seura. Helsinki, 2001.
- Polit DF, Hungler BP. Nursing Research. Principles and Methods. JB Lippincott Company, Philadelphia, 1997.
- Pollack KI, Alexander SC, Coffman CJ, Tulsy JA, Lyna P, Dolor RJ, James IE, Brouwer RJN, Manusov JRE, Qstby T. Physician Communication Techniques and Weight Loss in Adults. Project CHAT. American Journal of Preventive Medicine 2010;39(4):321-328.
- Poskiparta M, Kasila K, Kettunen T & Kiuru P. Tyypin 2 diabeetikkojen liikuntaneuvonta perusterveydenhuollon lääkäreiden ja hoitajien vastaanotolla. Suomen Lääkärilehti 2004; 59(14):1491-1495.
- Prochaska J, DiClemente CC, Norcross J. In search of how people change. American Psychologist 1992;47(9):1102-1114.
- Prochaska J, Norcross J. Systems of Psychotherapy. A Transtheoretical Analysis. 5 th edition. Thomason learning, California 2003.
- Prochaska J, Wright JA, Velicer WF. Evaluating theories of health behavior change: A hierarchy of criteria applied to the transtheoretical model. App Psych 2008;57(4):561-588.
- Rakkolainen M, Ehrling L. Motivoivan haastattelun analyysi kahdella eri menetelmällä. Teoksessa Ruusuvaori J, Nikander P, Hyvärinen M. (toim.) Haastattelun analyysi. Vastapaino. Tampere 2010: 325-350.
- Rasinaho M, Hirvensalo M, Leinonen R, Lintunen T, Rantanen T. Motives for and barriers to physical activity among older adults with mobility limitation. Journal of Aging and Physical Activity 2007;15(1):90-102.
- Reunanen A, Virta L, Klaukka T. Tyypin 2 diabeetikkoja on jo yli puoli miljoonaa. Suomen Lääkärilehti 2008;63(21):1952-1955.
- Resnick B, Spellbring AM. Understanding what motivates older adults to exercise. Journal of Gerontological Nursing 2000;26(3):34-42.

- Roberts GS. Understanding the dynamics of motivation in physical activity: The influence of achievement goals, personal agency beliefs, and the motivational climate. Teoksessa Roberts GS. (toim.) *Advances in motivation in sport and exercise*. Champaign, IL: Human Kinetics 2001:1-50.
- Rollnick S, Miller WR, Butler CB. *Motivational Interviewing in Health Care – Helping Patients Change Behavioral*. The Guilford Press. New York. 2008.
- Rovio E, Eskola J, Silvennoinen M, Lintunen T. Tavoitteenasettelu tutkimuskohteena liikunnassa ja työyhteisössä. *Liikunta ja Tiede* 2003;5-6:16-25.
- Rovio E, Hakonen H, Kankaanpää A, Eskola J, Hakamäki M, Tammelin T, Helakorpi S, Uutela A, Havas E. Vähän liikkuvat nuoret aikuiset – alaryhmien tunnistaminen. Tutkimusartikkeli. *Liikunta ja Tiede* 2009(6):46:26-33.
- Rovio E, Hakonen H, Laine K, Helakorpi S, Uutela A, Havas E, Tammelin T. Perherakenteen yhteys Suomalaisten liikunta-aktiivisuuteen. Tutkimusartikkeli. *Liikunta ja Tiede* 2011(1):48:36-41.
- Ruusuvuori J. Sairaudesta puhumisen tilannesidonnaisuus. Teoksessa Honkasalo M-L, Kangas I, Seppälä U. (toim.) *Sairas, potilas, omainen – näkökulmia sairauden kokemiseen*. Tampere. Tammer-Paino Oy, 2003:256-289.
- Ruusuvuori J, Lindholm C, Korpela E. Avoimet vai suljetut kysymykset? Haastattelu lääkärin vastaanotolla. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2004:41:336-351.
- Ruusuvuori J, Nikander P, Hyvärinen M. (toim.). *Haastattelun analyysi*. Tampere. Vastapaino, 2010.
- Ryan R, Deci E. Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation. *Social Development and Well-being*. *American Psychologist* 2000:55:68-78.
- Saaristo T, Moilanen L, Jokelainen J, Oksa H, Korpi-Hyövälti E, Saltevuori J, Vanhala M, Niskanen L, Peltonen M, Tuomilehto J, Uusitupa M, Keinänen-Kiukaanniemi S. Diabetesriskiä voidaan vähentää perusterveydenhuollon keinoin. Taudin ilmaantuvuus pieneni D2D-hankkeessa. *Suomalainen Lääkärilehti* 2010:65:2369-2379.
- Sallinen J, Leinonen R, Lyyra T-M, Heikkinen E, Rantanen T. Liikunnan motiivit ja esteet korkean painoindeksin omaavilla iäkkäillä. *Liikunta ja Tiede* 2008:5:45-59.
- Salopuro T, Saaristo T, Korpi-Hyövälti E, Oksa H, Keinänen-Kiukaanniemi S, Saltevuori J. Lihavuuden ja glukoosiaineenvaihdunnan häiriöiden esiintyvyydessä on alueellisia eroja Suomessa – D2D-hankkeen tuloksia. *Suomen Lääkärilehti* 2010:65:2381-8.
- Sandelowski M. Focus on qualitative methods. *Qualitative analysis: What it is and how to begin*. *Research in Nursing & Health* 1995:18:371-375.
- Sansone C, Thoman DB. Maintaining activity engagement: individual differences in the process of self-regulation motivation. *Journal of Personality* 2006: 74(6):1697-1720.
- Saraheimo M. Tyypin 2 Diabetes. Teoksessa Ilanne-Parikka P, Rönnemaa T, Saha M-T, Sane T (toim.) *Diabetes*. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim, 2009:30-32.

Sherwood NE, Jeffery RW. The behavioral determinants of exercises: implications for physical activity interventions. *Ann Rev Nutr* 2000;20:21-40.

Shinitzky H, Kub J. The Art of Motivating Behavioral Change: The Use of Motivational Interviewing to Promote Health. *Public Health Nursing* 2001;18:178-185.

Sigal RJ, Kenny GP, Boule NG, Wells GA, Prud'homme D, Fortier M, Reid RD, Tullock H, Coyle D, Phillips P, Jennings A, Jaffey J. Effects of aerobic training, resistance training, or both on glycemic control in type 2 diabetes: a randomized trial. *Annals of Internal Medicine* 2007;147:357-69.

Strang J, McCampridge J. Can the practitioner correctly predict outcome in motivational interviewing? *Journal of Substance Abuse Treatment* 2004;27:83-88.

Sörensen L. Työkyky ja elämänlaatu keski-ikäisillä miehillä: fyysisen kunnon ja fyysisen aktiivisuuden merkitys. Väitöskirja. Kuopion yliopisto, 2008.

Telama R. Mikä liikunnassa kiinnostaa – liikuntamotivaatio. Teoksessa Vuolle P, Telama R, Laakso L. (toim.) Näin Suomalaiset liikkuvat. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 50. Helsinki: Valtion painatuskeskus, 1986.

Tuomi J, Sarajärvi A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy, 2006.

Tuomi J, Sarajärvi A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu laitos. Jyväskylä. Tammi, 2009.

Tuomilehto J, Lindström J, Erikson JG, Valle TT, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, Keinänen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Rastas M, Salminen V, Uusitupa M. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Eng J Med* 2001;344:1343-50.

Tuomilehto J, Uusitupa M. Tyypin 2 diabetes – vakava paikka. *Suomen Lääkärilehti* 2010;26-31(65):2345.

Turku R. Muutosta tukemassa. Valmentava elämäntapaohjaus. Helsinki. Edita Publishing Oy, 2007.

Tynjälä P. Oppiminen tiedon rakentamisena. Konstruktivistisen oppimiskäsityksen perusteita. Tampere. Tammi, 2002.

Törne M, Tuominen H, Keckman H. Terveysliikunnan palveluketju liikuntakäyttäjätymisen muutosta tukemaan. *Liikunta ja Tiede* 2008;45(5):62.

UKK-instituutti. Viikoittainen Liikuntapiirakka. Terveysliikunnan suositus 18 - 64-vuotiaille. 2009. (www-dokumentti) (haettu 14.4.2011) <http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka>

Valle T, Lindström J, Erikson J, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, Keinänen-Kiukaanniemi S, Louheranta A, Laakso M, Martikkala V, Rastas M, Salminen V, Aunola S, Hakumäki M, Mannelin M, Sundvall J, Uusitupa M, Tuomilehto J. Elämäntapamuutokset tehokkaita tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä. Diabetes Prevention Study, DPS. *Suomen Lääkärilehti* 2002;12:57:1369-1377.

- Van den Arend IJM, Stolk RP, Krans HMJ, Grobbee DE, Schrijvers AJP. Management of type 2 diabetes: a challenge for patients and physician. *Patient Education and Counseling* 2000;40:187-194.
- Van Rooijen AJ, Rheeder P, Eales CJ, Molatoli HM. Barriers to and Expectations of performing physical activity in female subjects with type 2 diabetes. *SA Journal of Physiotherapy* 2002;58(1):3-10.
- Wanko NS, Braxler CW, Young-Rogers D, Dunbar VG, Boud B, George CD, Rhee IM, Cook CB. Exercise preferences and barriers in urban African American with type 2 diabetes. *The Diabetes Educator* 2004;30(3):502-512.
- Webb T, Sheeran P. Does changing behavioral intentions engender change? A meta - analysis of the experimental evidence. *Psychological Bulletin* 2006;132(2):249-268.
- Weinstein P, Harrison R, Benton T. Motivating parents to prevent caries in their young children: one year findings. *The Journal of the American Dental Association* 2004;135:731-738.
- West DS, DiLillo V, Bursac Z, Gore SA, Greene PG. Motivational Interviewing Improves Weight Loss in Women With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care* 2007;30:5:1081-1087.
- Winell K. 2009b. Aikuisten diabeteksen hoidon laatu ja vaikuttavuus 2008. Dehko-raportti 2009:3. Suomen Diabetesliitto ry. Tampere.
- Vuolle P. Liikunnan merkitys rakentuu elämäntavalla. Teoksessa Miettinen M. (toim.) Haasteena huomisen hyvinvointi - Miten liikunta lisää mahdollisuuksia? Liikunnan yhteiskunnallinen perustelu II, tutkimuskatsaus. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 124. Jyväskylä. PainoPorras Oy. 2000:23-47.
- Vuorenmaa M, Kallinen M, Ylinen J, Kautiainen H, Heinonen A, Häkkinen A. Mini-interventiolla ei vaikutusta 2 tyypin diabeteksen riskihenkilöiden liikunta-aktiivisuuteen tai elämänlaatuun. *Fysioterapia* 2011;1(58):27-31.
- Vuori I. Lisää liikuntaa. Helsinki. Edita Prima Oy, 2003.
- Vähäsarja K, Poskiparta M, Kettunen T, Kasila K. Transteoreettinen muutosvaihemalli perusterveydenhuollon liikuntaneuvonnassa. *Liikunta ja Tiede* 2004;6:81-88.
- Zacheus T, Tähtinen J, Koski P, Rinne R, Heinonen OJ. Miten elämäntavalla jäsentää liikuntakäyttäytymistä. *Liikunta ja Tiede* 2003;5-6:33-38.

LIITTEET

Liite 1. Esimerkki muodostuneista luokituksista hoitajan avoimista kysymyksistä.

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Liikuntatottumukset, miten sulla, minkä verran sää harrastat liikuntaa?	Liikuntatottumusten kartoitus	Nykyisten liikuntatottumusten ja liikuntaharrastusten kartoitus	Liikuntatottumukset
Miten se sun liikuntas?	Liikunnan harrastamisen kartoitus		
Hyötyliikunta, missä sää asut, onks sulla kuin pitkä työmatka?	Hyötyliikunnan kartoitus	Hyötyliikunnan mahdollisuuksien kartoitus	
Onko sulla semmonen vanha maalaistalo tai mökki, missä sää, touhuat sää kesällä sitten kaikenlaista?	Hyötyliikunnan mahdollisuudet		
Onko sulla jäänyt lapsuudesta mitään mukavia liikuntalajeja mieleen, mistä sää tykkäsit?	Lapsuuden liikunta Mieluisat liikuntalajit	Mieluisten liikuntalajien kartoitus	Liikuntahistoria
Nuoruudesta jäänyt joku mukava liikuntamuoto, mistä sää tykkäsit?	Nuoruuden liikunta Mieluisat liikuntamuodot	Liikuntataustan kartoitus	
Hiihtänyt oot? Ootsä tän liikunnan suhteen aatellut sitten, että nyt kun on vuos aikaa?	Liikunnan kartoitus Vuorotteluvapaan mahdollisuudet	Olosuhteiden kartoitus	Motivaatio liikuntaan ja omahoitoon
Mites sinusta tuntuu niinku jatkossa, että onko inspis (liikuntaan) päällä?	Liikuntamotivaation jatkuvuus	Jatkossa liikuntamotivaation kartoitus	
Ootsä nytten miten, oot, tietysti varmaan hoitanut ittees? Liikkunut ja?	Omahoito Liikunta	Omahoidon kartoitus	

Liite 2. Esimerkki muodostuneista luokituksista hoitajan tekemistä asiakkaan puheen heijastamisesta ja reflektoinnista.

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
<p>A :Ei siihen aikaan puhuttu, kun minä olin lapsi ja nuori. Sillon vaan liikuttiin. H: Liikuttiin joo. A: Hiihrettiin, juostiin, sehän oli tätä kaikkea, tietysti nuoret tekee vieläkin. H: Ja töitä tehtiin. A: Pelaa ja se tuli se liikunta, ei liikunnasta puhuttu yhtään mitään. Ja nyt puhutaan liikunnasta, tietysti on syytäkin ku ei tule normalityöstä sitä liikuntaa.</p>	<p>Liikunnasta puhuminen Työliikunta</p>	<p>Liikunnasta puhumisen merkitys</p>	<p>Rohkaisu ja tukeminen liikunnasta puhumiseen ja liikunta-kokemusten arviointiin</p>
<p>A: Niin kun toi loma alko, niin metsästettiin. H: Niin metsästys? A: Sitähän minä tein koko syksyn ja välillä kävelemässä muuten vaan siellä. H: Joo. A: Sen kanssa tulee kyllä liikuttua, siinä ei laske niitä kilometrejä silla lailla.</p>	<p>Metsästys Kävely metsässä</p>	<p>Liikunta-kokemusten kartoitus</p>	<p>Tukeminen ja kannustaminen nykyisiin liikunta-harrastuksiin</p>
<p>A: No, kuntopyörällä on tullut muutaman kerran enemmän polastua, että.. H: Niin, kuntopyörää oot kuitenkin. Sullon kotona ihan vai? A: Niin, sitä on tullut nyt vähän. H: Joo. A: Oisko kolme kertaa viikossa puoli tuntia. Oon kiristänyt tahtia ja... H: Hyvä, kyllä sitä rupee ihminen rapistumaan, niin kyllä sitä kannattaa vähän huolehtia.</p>	<p>Kuntopyöräilyn harrastaminen Itsestä huolehtimisen merkitys</p>	<p>Nykyisen liikunnan kartoitus</p>	<p>Tukeminen ja kannustaminen nykyisiin liikunta-harrastuksiin</p>
<p>A: Pyörällä kävi tässä ja onhan näitä tullu aika paljon näköjään. H: Joo. Ootpa sinä pyöräillyt, sä vähättelet. A: No ei se nyt paljon oo, jos yhen kerran viikossa käy. H: Joo, no sekin on parempi ku.. A: On joinakin viikkoina tullut kaks kertaa. H: Joo ja sitten vielä polkaset vähän siellä kotona kuntopyörällä?</p>	<p>Pyöräilyn lisääntyminen Kuntopyöräily</p>	<p>Nykyiseen liikuntaan kannustaminen</p>	<p>Tukeminen ja kannustaminen nykyisiin liikunta-harrastuksiin</p>

Liite 3. Esimerkki muodostuneista luokituksista hoitajan tekemistä asiakkaan muutosvalmiuksien vahvistamisesta ja tukemisesta.

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Mites ne on niitä vuorotteluvapaa- rahoja käytössä?	Vuorotteluvapaan mahdollisuus	Olosuhteiden merkitys	Mahdollistavien tekijöiden kartoittaminen
Sulla on kaks kilometriä työmatka, että jos sen nyt rupeaisit reippaasti, aamusella kävelisit ja reippaasti iltasella, niin sekin ois.	Työmatkaliikunnan mahdollisuus		
H: Helpottaako jonkinmoinen stressi, kun sää jää eläkkeelle tai onko tää työ, aiheuttaa stressiä? A: Kyllä todennäköisesti aiheuttaa, se on varmaan semmosta stressiä, jota ei niinku aistikkaa. H: Et sekin voi sitten ihan luonnostaan sitä tilannetta korjata.	Stressin helpottamisen vaikutus		
Mites sun vaimo, oisko se innokas?	Vaimon tuki		
H: Että kun löytäs semmosia itelleen mieluisia liikuntaharrastuksia, jotka ois pysyviä, et siitä tulis sulle jonkin- lainen intohimo melkein, niin sit kun sää jää eläkkeelle, nii sitä tarvittas varmaan siinä vaiheessa. A: Joo, jos mä vähän kehitteisin.	Mieluisten ja pysyvien liikunta- harrastusten löytäminen	Pysyviin liikunta- tottumuksiin kannustaminen	Pysyviin liikunta- harrastuksiin motivointi
Liikuntahan on semmonen, että se ihan mielenterveyttäkin palvelee. Ja se oma hyvä ku on yleiskunto hyvä, niin miten ihanalta se tuntuu, ku jaksaa ajaa pyörällä.	Liikunnan merkitys mielenterveyteen ja yleiskuntoon	Liikunnan merkityksen ymmärtäminen	
Nythän tää kaikki liikunta ja tämä, sä teet siellä remonttia on niiku kaikin- puolin stressi vähentynyt ja muuta, niin sun insuliini rupee pelaamaan siellä entistä paremmin.	Liikunnallisen elämäntavan vaikutus Stressin vähentyminen	Liikuntaan tukeminen	
Sehän on hyvin alkanut tää vuosi. Aina väläyttelet. Kuka näin paljon käy hiihtämässä. Ja vielä teet keittiöremonttia.	Hiihtämiseen panostaminen	Omahoitoon tukeminen ja kannustaminen	Omahoitoon ja liikunnalliseen elämäntapaan tukeminen
Tää on tosi, tosi hienosti saat aikaa itsellesi, niin huolehdit ihan itsestäsi.	Itsestä huolehtiminen		
H: Se (liikunta) jäis ja näkyis näissä sun kolesteroliarvoissa, sokereissas, vaikka paino ei mihinkään inahtaiskaan, sehän näkyis kuitenkin siellä. A: Mää koitan nyt kevättalvella tuossa.	Liikunnan merkitys terveyteen		

Liite 4. Esimerkki muodostuneista luokituksista hoitajan yhteenvetojen tekemisestä.

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Liikunnasta puhuttiin silloin, että saisit siihen sen päänavauksen.	Liikunnan aloitus	Liikunnasta puhuminen	Liikunta- neuvonta
Kuntopyörällä, mä oon kirjottanu, että on ruvennu polkemaan kolme kertaa viikossa puoli tuntia kerrallaan, nii tota ootko pannu edelleen?	Kuntopyöräilyn säännöllisyys	Liikunnan jatkuvuus	
Sä oot ennen menny autolla ehkä jonkun matkan, niin sä meetkin nyt pyörällä eli tää hyötyliikunta.	Pyöräily hyötyliikuntana	Liikuntatottumukset	

Liite 5. Esimerkki muodostuneista luokituksista asiakkaan liikuntaan motivoitumisesta.

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Sen (metsästys) kanssa tulee kyllä liikuttua, siinä ei laske niitä kilometrejä sillä lailla.	Metsästys hyvänä liikuntana	Hyötyliikunnan pitäminen mielekkäänä	Hyötyliikunnan arvostaminen	Liikuntaan motivoituminen
Se (puiden savotointi) ois niinku hyvää liikuntaa, mutta se ei oo täällä kaupungissa.	Puiden savotointi hyvää liikuntaa			
Niin ja siis liikuntaa ihan kaikenlaista sitä tuli, ettei sitä niinku jouten saanu ollakaan.	Ennen tuli kaikenlaista työliikuntaa			
Mut nyt kun ei tule luontaisesti sitä liikuntaa, sitä hyötyliikuntaa.	Hyötyliikunnan vähäisyys nykyisin			
Kyllä periaatteessa (inspiraatio liikuntaan), mutta se on vaan niin oma vaivansa. Ei sitä voi kieltää, ettei se hyvä oo.	Liikunta-inspiraatio Oma vaiva	Liikunnan hyödyn ja haittojen pohdinta	Oman liikuntamotivaation arviointi ja pohdiskelu	
Siihen pitää olla tosi isot motiivit olemassa, että tottumuksiaan pystyy muuttamaan.	Omien tottumuksensa muuttaminen vaikeus	Motiivin merkitys		
Joku sellanen täytyy olla, niin sit se, sit se muuttuu.				
Kun menee pyörällä kaupunkiin, niin on yksinkertaisempaa jättää se pyörä kun etsiä autolle paikkaa.	Pyöräilyn hyödyn pohdiskelu	Liikunnan mahdollistavat tekijät		
Minä pidän sitä niin järjettömänä.	Liikunnan järjettömyys	Liikkumisen esteet		
Se on se lähtemisen kynnyks, mikä aina sitten on.	Lähtemisen kynnyks liikuntaan			
No, jos madaltuis, niin ois hyvä.	Liikunnan kynnyksen madaltuminen	Kynnyksen madaltamisen pohdiskelu		
Mutta kun minä jaksan ihan sen mitä minä tarvinki.	Oma jaksaminen	Oman jaksamisen arviointia		

Liite 6. Esimerkki muodostuneista luokituksista asiakkaan liikuntaan motivoitumisesta ja sitoutumisesta.

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Mä oon siis ihan siinä kyllä väärässä, mutta se kynnys on jostakin syystä, että mun pitäs saada siihen jonkunlainen kipinä, että se lähtis niinku liikkkeelle.	Kynnys liikuntaan lähtemisessä.	Liikkumaan lähtemisen vaikeus	Omien periaatteiden kyseenalaistaminen	Liikuntaan motivoituminen
Mutta ymmärrän sen, että kyllä siihen ois syytä.	Itsestä huolehtiminen.	Itsestä huolehtimisen tarpeen pohdiskelu	Omahoidon tarpeen arviointia ja pohdiskelua	
Joo, eihän tämmöstä ei, siis minunkin lapsuudessa, niin, eihän liikkumisesta puhuttu yhtään mitään.	Liikunnasta puhuminen lapsuudessa.	Liikunnan merkityksestä puhuminen		
Kyllä mä nyt sitten keväällä oon ajanut ja syksyllä kun on sulat kelit, niin pyörällä ajan.	Pyöräily keväisin ja syksyisin.	Liikunnan mahdollistavat tekijät	Omaa liikuntaan sitoutumisen pohdintaa	Liikuntaan sitoutuminen
Ja sitten käynyt töissäkin, kun on hyviä ilmoja (pyöräily).	Pyöräily töihin.			
Aikaahan on..(vuorotteluvapaa)	Ajankäyttö liikuntaan.			
Niin, siis lähteä liikkumaan liikkuaakseen ku se on niinku uutta tavallaan tämän ikäsille ihmisille.	Liikkuminen ikäkysymys.	Oma liikuntahistoria		
Sitähän (metsästys) minä tein koko syksyn ja välillä kävelemässä muuten vaan siellä.	Metsästys ja kävely metsässä.			
No, kuntopyörällä on tullut muutaman kerran enemmän polastua, että..	Kuntopyöräily.	Liikunnan harrastaminen	Mieluisten liikuntalajien arviointia	
Mä ihan urakalla ku tuli aikaa, niin mä hiihdin.	Säännöllistä hiihtämistä.	Hiihtämisen arviointia		
Minä oon käynyt muutamana päivänä viikossa.				
Ihan niinku kokeilin vaan. Satoja kilometrejä hiihdin. Ei se nyt ainakaan parempi olo siinä sen päälle.				