

FARMASEUTTIIEN VALMIUDET LIIKUNTANEUVONNAN ANTAMISEEN
APTEEKEISSA

Ehdotuksia farmaseuteille suunnatun liikuntaneuvonnan täydennyskoulutuksen
toteutukseen

Elina Ahola
Liisa Koponen
Pro gradu -tutkielma
Jyväskylän yliopisto
Terveystieteiden laitos
Kevät 2013

TIIVISTELMÄ

Farmaseuttien valmiudet liikuntaneuvonnan antamiseen apteekeissa

Ehdotuksia farmaseuteille suunnatun liikuntaneuvonnan täydennyskoulutuksen toteutukseen

Elina Ahola, Liikuntalääketiede, Liisa Koponen, Terveyskasvatus. Jyväskylän yliopisto, Liikuntatieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden laitos. 2013. Sivumäärä 74+5.

Tutkimuksen tausta ja tarkoitus

Liikuntaneuvonta yhdessä lääkäreiden kirjoittaman liikkumisreseptin kanssa on todettu toimivaksi liikunnan edistämisen menetelmäksi. Ongelmaksi on kuitenkin muodostunut lääkäreiden ajan rajallisuus potilaiden liikuntatottumusten ohjauksessa. Fighting Low Activity by Business Creation (LA) –tutkimusprojekti luo palveluketjua, jossa farmaseutit toteuttavat liikuntaneuvontaa apteekeissa liikkumisreseptin avulla. Tutkimuksemme kartoittaa farmaseuttien valmiuksia liikuntaneuvonnan toteuttamisessa. Näiden pohjalta tarkoituksenamme on pohtia ehdotuksia farmaseuteille suunnatun liikuntaneuvontakoulutuksen toteutukseen.

Tutkimusaineisto ja –menetelmät

Haastattelimme kymmentä farmaseuttia kolmesta eri apteekista. Haastattelut toteutimme teemahaastatteluin, joissa tarkastelimme aihetta kuuden eri teeman kautta. Analysointimenetelmänä käytimme sisällönanalyysiä.

Keskeiset tulokset

Farmaseuttien suhtautuminen liikuntaneuvonnan antamiseen oli pääosin myönteistä. He myös pitivät lääkärin kirjoittamaa liikkumisreseptiä käyttökelpoisena liikuntaneuvonnan työvälineenä. Kuitenkin farmaseutit kokivat omat valmiutensa ja tieto-taitonsa antaa liikuntaneuvontaa heikoiksi. Lisäksi liikunnan puheeksi ottaminen koettiin erityisen haasteelliseksi. Farmaseuteilla ei myöskään ollut varmaa käsitystä liikuntasuosituksista eikä paikkakuntansa liikuntamahdollisuuksista. Farmaseutit kokivat roolinsa liikuntaneuvojana ristiriitaiseksi. Toisaalta he kokivat liikuntaneuvonnalla olevan vaikutusta sairauksien ennaltaehkäisyssä mutta toisaalta he kyseenalaistivat antamansa liikuntaneuvonnan merkityksellisyyden ja oman roolinsa liikuntaneuvojana.

Johtopäätökset

Tulokset vahvistavat sen, että mikäli liikuntaneuvontaa tullaan antamaan tulevaisuudessa apteekeissa, farmaseutit tarvitsevat lisäkoulutusta liikuntaneuvontaan. Koska farmaseuttien koulutukseen ja työnkuvaan ei kuulu liikuntaneuvonta, lisäkoulutuksen on lähdettävä liikkeelle liikunnan perusasioista. Koulutuksen tulisi keskittyä tieto-taidon laajentamiseen, jonka kautta myös koettu osaaminen lisääntyisi. Liikunnan puheeksiottamiseen neuvontatilanteessa tulisi kiinnittää huomiota. Pehdyttäminen liikkumisreseptin käyttöön ja paikkakunnan liikuntamahdollisuuksiin on ensisijaista. Farmaseutit tarvitsevat liikuntaneuvontaan tukea esimieheltä sekä muulta työyhteisöltä. Näin ollen koulutus olisi hyvä suunnata jokaiselle apteekissa työskentelevälle farmaseutille, joista yhden tulisi toimia apteekkinsa liikuntavastaavana. Lisäksi kommunikointi lääkäreiden sekä muiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa antaisi lisävalmiuksia liikuntaneuvonnan asiantuntevaan toteuttamiseen. Näin farmaseuttien merkityksellisyyden kokeminen antamaansa liikuntaneuvontaa kohtaan lisääntyisi.

Asiasanat: tyypin 2 diabetes, verenpaine, liikuntaneuvonta, liikkumisresepti

ABSTRACT

Pharmacists and their competence to give physical activity counseling in pharmacies

Suggestion for the content of a continuing education program for pharmacists on physical activity counseling

Elina Ahola, Sports Medicine, Liisa Koponen, Health Education. University of Jyväskylä, Faculty of Sports Sciences, Department of Health Sciences. 2013. Pages 74+5.

Background and aims of the study

Physical activity counseling together with physical activity on prescription prescribed by doctors has been shown to be a beneficial method to increase leisure time activity. However, this has shown to be problematic because of the restricted time doctors have to give counseling on physical activity to the patients. Fighting Low Activity by Business Creation (LA) –research project aims to create a service with pharmacists being prepared to offer counseling on physical activity with the help of the physical activity on prescription. The current study surveys the abilities of pharmacists to give counseling on physical activity. Our aim is to plan a training course on physical activity counseling for pharmacists based on the results.

Research data and methods

The data was gathered by interviewing ten pharmacists from three different pharmacies. The interviews were semi-structured interviews, in which we discussed the topic through six different themes. The analysis method used is content analysis.

Key results

The attitude of the pharmacists towards physical activity counseling is mainly positive. They also regard the physical activity on prescription to be a useful aid to offer counseling on physical activity. However, the pharmacists feel their knowledge and abilities to give counseling on physical activity is poor. Moreover, addressing physical activity with clients was experienced to be challenging. Also, the pharmacists did not have extensive knowledge on guidelines for physical activity, nor were they aware of local sports facilities. The pharmacists felt a conflict in their role as physical activity counselors. On the other hand they felt that physical activity counseling would have an impact on preventing illness, but they questioned the significance of counseling given by pharmacists, and their role as physical activity counselors.

Conclusion

The results show that if physical activity counseling is to be given in pharmacies, the pharmacists need more training. Because the studies and job description of the pharmacists do not include physical activity counseling, the training should start from the basics of exercising. The training should focus on increasing the know-how, which would support the experienced competence of the pharmacists. Bringing up physical activity with the customers should also be discussed. Introducing the physical activity on prescription and local sports facilities are of primary importance. The pharmacists require support from their supervisors and the whole work community. Thus, the training should be given to all the pharmacists working in one pharmacy, and one employee should be made the person in charge of exercising matters. In addition, cooperation with doctors and other health practitioners will support the successful carrying out of professionally given counseling. This will also increase the relevance of physical activity counseling in pharmacies experienced by the pharmacists.

Keywords: type 2 diabetes, hypertension, physical activity counseling, physical activity of prescription

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 LIIKUNTA TERVEYDEN EDISTÄMISESSÄ	3
2.1 LIIKUNNAN VAIKUTUKSET TERVEYTEEN JA HYVINVOINTIIN.....	3
2.2 TERVEYSLIIKUNNAN SUOSITUKSET JA ANNOTELU.....	4
2.3 LIIKUNTA ELÄMÄNTAPASAIRAUKSIEN ENNALTAEHKÄISYSSÄ JA HOIDOSSA.....	6
2.3.1 Mikä on diabetes?.....	7
2.3.2 Liikunta T2D:n ennaltaehkäisyssä.....	8
2.3.3 Liikunta T2D:n hoidossa.....	9
2.3.4 Liikunta kohonneen verenpaineen hoidossa.....	11
2.4 TERVEYDEN EDISTÄMINEN APTEEKEISSA.....	15
2.4.1 Apteekin rooli terveyden edistämässä	15
2.4.2 Liikunta farmaseuttien koulutuksen opetussuunnitelmassa	16
2.4.3 Farmaseuttien työnkuva ja rooli neuvontatilanteessa.....	17
3 LIIKUNTANEUVONTA TERVEYDEN EDISTÄMISEN MENETELMÄNÄ	19
3.1 LIIKUNTANEUVONTA KÄSITTEENÄ	19
3.2 LIIKKUMISRESEPTI LIIKUNTANEUVONNAN TYÖVÄLINEENÄ.....	21
3.2.1 Kansainvälisiä liikuntaohje-hankkeita.....	21
3.2.2 Liikkumisreseptin kehitys Suomessa	22
3.2.3 Liikkumisreseptin arviointia.....	24
3.3 TUTKIMUSKATSAUS LIIKUNTANEUVONNAN VAIKUTTAVUUDESTA	26
3.3.1 Katsauksen tutkimuskysymykset.....	26
3.3.2 Hakuprosessin kuvaus	27
3.3.3 Taustaa tutkimusartikkeleille	30
3.3.4 Tutkimuskatsauksen tulokset.....	30
4 TUTKIMUSMENETELMÄT	36
4.1 TAUSTAA TUTKIMUKSELLE	36
4.2 TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	36
4.3 AINEISTON KERUU	37
4.3.1 Tutkimushenkilöiden valinta	37
4.3.2 Teemahaastattelu	39
4.4 AINEISTON ANALYYSI.....	40
5 TULOKSET	44
5.1 LIIKUNTANEUVONNAN ANTAMINEN ORGANISOIMATONTA JA SATUNNAISTA	44
5.2 OMA ROOLI LIIKUNTANEUVOJANA KOETAAN RISTIRIITÄISENÄ	45
5.3 LIIKUNNASTA PUHUMINEN HAASTAVAA ASIANTUNTEVAN TIEDON PUUTTEELLISUUDEN VUOKSI.....	47
5.4 LIIKKUMISRESEPTI JA LISÄKOULUTUS HELPOTTAISIVAT LIIKUNTANEUVONNAN ANTAMISTA	49
6 POHDINTA	52
6.1 PÄÄTELMIÄ TUTKIMUSTULOKSISTA.....	52
6.2 JOHTOPÄÄTÖKSET LIIKUNTANEUVONTAKOULUTUKSEN TOTEUTTAMISESTA.....	59
6.3 LA-PROJEKTIN MAHDOLLISUUDET JA HAASTEET.....	61
6.4 LUOTETTAVUUDEN TARKASTELUA.....	63
6.5 JATKOTUTKIMUSAIHEITA.....	66

7 LÄHTEET.....	68
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Suomalaisista elintapasairauksista tyypin 2 diabetes (T2D) on eräs nopeimmin lisääntyvistä sairauksista Suomessa ja muualla maailmassa. T2D:ta on diagnosoitu jo yli 200 000 suomalaisella ja diagnosoimattomia arvioidaan olevan ainakin saman verran tai jopa enemmän. T2D vie terveydenhuollon kuluista tällä hetkellä noin 15 prosenttia, joka euroissa tarkoittaa vuosittain noin 500 miljoonaa euroa (Kiiskinen ym. 2008, Diabetes 2011). On ennustettu, että sairastuneiden määrä voi jopa kaksinkertaistua seuraavien 10–15 vuoden aikana (Diabetes 2011). Myös sydän- ja verisuonitaudit heikentävät kansantalouttamme aiheuttaen vuosittain noin 900 miljoonan euron kustannukset. Terveyden kannalta riittämätön liikunta on yhteydessä elintapasairauksien ilmaantumiseen (Kiiskinen ym. 2008).

Liikunnan myönteiset nettovaikutukset on todettu useissa tutkimuksissa (Kiiskinen ym. 2008). Vastaavasti fyysisen aktiivisuuden väheneminen rasittaa kansantaloutta, sillä liian vähäinen liikunta aiheuttaa Suomessa vuosittain noin 300–400 miljoonan euron kustannukset. Kustannusten syinä ovat poissaolot töistä sekä kohonneet sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset (Fogelholm ym. 2007). Eniten näyttöä on fyysisesti passiivisten riskeistä sydän- ja verisuonitautien kohdalla, mutta vahvaa näyttöä löytyy myös liikunnan ehkäisevästä vaikutuksesta T2D:n osalta (Booth ym. 2000, Kesäniemi 2003).

Tutkimusprojekti Fighting Low Activity by Business Creationin (LA) tarkoituksena on luoda liiketoimintamalli liikunnan, terveyden ja hyvinvoinnin alalle. Tavoitteena on kehittää terveyttä edistävä moniammatillinen liiketoimintamalli, jossa yhteistyössä toimisivat lääkärit, apteekit sekä paikkakunnan liikuntaorganisaatiot. Tutkimusprojektin rahoittaa Teknologian ja innovaatioiden kehittämiskeskus (Tekes) ja sen toiminta-aika ajoittuu vuosille 2011–2014. Projektin tutkimustyöstä vastaavat Jyväskylän yliopiston kauppakorkeakoulu, Jyväskylän yliopiston informaatioteknologian tiedekunta, hyvinvoinnin tutkimusta, osaamista ja tuotekehitystä tekevä Viveca sekä Indian Institute of Technology Kharagpur. Yhteistyössä projektin kanssa toimivat Terveystalo, Avainapteekit, Ratiopharm,

Global Faculty Partners sekä Suomen liikunta-apteekki (Fighting Low Activity 2011). Tutkimusprojektiin valmistuu tämän tutkielman lisäksi kolme muuta pro gradu -opinnäytetyötä.

Hanke pyrkii luomaan uuden terveyden edistämisen palvelumallin, jossa lääkärit kirjoittavat liikkumisreseptin asiakkaalle. Aiempien kokeilujen pohjalta on huomattu, että lääkäreiden ajanpuute on esteenä tehokkaalle liikuntaneuvonnalle (Ståhl 2004). Tämän tutkimushankkeen puitteissa asiakas saisi lääkäriltä liikkumisreseptin, jonka kanssa hän menisi apteekkiin saamaan farmaseuteilta käytännön ohjeistuksen reseptin tulkintaan. Lisäksi farmaseutit kertoisivat paikkakunnan liikuntamahdollisuuksista ja ohjaisivat asiakkaita heille sopivien liikuntapalveluiden pariin.

LA-projekti on valinnut liikuntaneuvonnan paikaksi apteekin, sillä apteekeilla on erinomainen potentiaali saavuttaa elintapasairauksista kärsivät ihmiset. Apteekin palvelut kuuluvat myös pienimpien kuntien peruspalveluihin, minkä lisäksi apteekkien sijainnit ovat yleensä keskeisiä. Liikunnallisesti passiiviset elintapasairauksista kärsivät ihmiset asioivat apteekeissa säännöllisesti lääkkeiden haun yhteydessä, kun taas esimerkiksi liikuntaneuvontaa antavien fysioterapeuttien vastaanotoille fyysisesti inaktiiviset eivät useinkaan lähde. Lisäksi elintapasairausten ollessa kansanterveydellinen ongelma, fysioterapeutteja ei ole riittävästi täyttämään kansallisesti kattavan ennaltaehkäisevän terveydenhuoltojärjestelmän vaatimuksia.

Tämän tutkielman tarkoituksena on selvittää farmaseuttien valmiuksia ja asenteita liikuntaneuvonnan antamista kohtaan. Lisäksi selvitämme heidän täydennyskoulutustarpeitaan liikuntaneuvonnassa. Liikuntaneuvonnan vaikuttavuuteen keskittyvän tutkimuskatsauksen avulla tarkastelemme, millainen elämäntapoihin kohdistuva neuvonta on vaikuttavaa T2D:n ja verenpaineen hoidossa. Näillä menetelmillä kerättyjen aineistojen pohjalta teemme ehdotuksia farmaseuteille suunnattuun liikuntaneuvontakoulutukseen.

2 LIIKUNTA TERVEYDEN EDISTÄMISESSÄ

Liikuntaa alettiin hyödyntää terveyden edistämisessä johdonmukaisesti 1980–1990 -lukujen taitteessa. Sitä ennen 1960–1970 -luvuilla liikunta oli vielä pääasiassa kuntoliikuntaa ja urheilua. Vahva tutkimusnäyttö liikunnan terveysvaikutuksista teki kuitenkin liikunnasta keinon edistää terveyttä useiden sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa. Liikunnalla nähtiin olevan myös yhteiskunnallista merkitystä muun muassa sairausmenojen säästäjänä, ja liikunnasta tuli osa julkisen vallan hyvinvointipolitiikkaa (Fogelholm ym. 2007).

2.1 Liikunnan vaikutukset terveyteen ja hyvinvointiin

Toronton mallin mukaan fyysisen aktiivisuuden sekä kunnon ja terveyden välillä vallitsee molemmiin suuntaisia yhteyksiä, joita säätelevät perimä ja monet elintapa-, yksilö- sekä ympäristötekijät. Terveyskunnan käsite sisältää perinteisen terveys-sairaus –ulottuvuuden lisäksi myös toimintakykyisyyden. Riittävän terveyskunnan avulla yksilö selviytyy arkipäivän toiminnoista liikaa väsymättä. Huono kunto puolestaan altistaa sairauksille ja toiminnan rajoituksille (Oja 2005, 92–93, Physical Activity Guidelines Advisory Committee 2008, Suni & Vasankari 2011, 32).

Useat liikunnan vaikutukset näkyvät muutoksina terveyskunnan eri osatekijöissä ja välittyvät sen kautta terveyteen ja toimintakykyyn. Terveyskunnan osatekijöillä tarkoitetaan niitä fyysisen kunnon osa-alueita, joilla on yhteyksiä terveyteen sekä fyysiseen toimintakykyyn. Näitä osatekijöitä ovat: hengitys- ja verenkiertoelimistö, tuki- ja liikuntaelimistö, liikehallintakyky, kehon koostumus sekä aineenvaihdunta (Physical Activity Guidelines Advisory Committee 2008, Suni & Vasankari 2011, 32).

Pääosa liikunnan terveydellisistä vaikutuksista perustuu elintoimintojen ja aineenvaihdunnan muutoksiin. Liikunnan puuttuminen tai vähäisyys taas aiheuttaa terveyden ja toimintakyvyn kannalta epäedullisia muutoksia elimissä ja elinjärjestelmissä. Tavanomaisen tason ylittävä, sopivan suuruinen kuormitus voi

riittävän usein toistuttuaan lisätä toimintakyvylle ja terveydelle edullisia harjoitusvaikutuksia. Harjoitusvaikutuksia esiintyy, kun sopivasti kuormittava liikunta toistuu riittävän voimakkaana, riittävän pitkään ja tarpeeksi usein. Nämä vaikutukset näkyvät energiavarastoissa ja erityis- ja ruuansulatuselinten, autonomisen hermoston, hormonaalisen sekä immunologisen järjestelmän toiminnoissa. Kaikilla näillä edellä mainituilla vaikutuksilla voi olla merkitystä toimintakyvylle tai terveydelle (Vuori 2005).

Liikunta vaikuttaa fyysisen terveyden lisäksi myös henkiseen hyvinvointiin. Liikunnan tulee kuitenkin olla vapaaehtoista, jotta sillä on vaikutusta hyvinvoinnille. Liikunnan vaikutukset henkiseen hyvinvointiin ovat myös sangen yksilöllisiä. Vaikutukset riippuvat liikuntaan sekä fyysiseen ja sosiaaliseen liikuntaympäristöön liittyvistä tekijöistä. Usein aloittelija keskeyttää liikunnan siihen liittyneiden epämiellyttävien tuntemusten tai elämysten vuoksi. Myönteiset elämykset kuitenkin voimistuvat liikuntaan tottumisen myötä, lisäävät liikkumisen halua ja ylläpitävät liikuntamotivaatiota (Vuori 2003, 30–31, Nupponen 2011).

Yhden liikuntakerran on todettu herättävän lyhytkestoisia myönteisiä tuntemuksia, esimerkiksi hyvän mielen, ilon tai energisyyden ja rentoutuneisuuden tunteita. Sen on todettu myös vähentävän kielteisiä tunteita, yleisimmin ärtymystä tai alakuloisuutta. Liikuntakerran vaikutukset välittömiin elämyksiin ja mielialaan riippuvat kuitenkin esimerkiksi liikkujan omista odotuksista sekä useista liikkujia ja suoritusta luonnehtivista seikoista, kuten liikkujan kunto ja suorituksen kuormittavuus. Lisäksi merkitystä voi olla muun muassa seuralla, liikunnan tarkoituksella ja ympäristöllä (Nupponen 2011, 44–45). Vapaa-ajan fyysisellä aktiivisuudella on todettu olevan merkittävä vaikutus lisääntyneeseen hyvinvointiin. Matalan fyysisen aktiivisuuden tason on puolestaan todettu huonontavan hyvinvointia pitkällä aikavälillä (Blomstrand ym. 2009).

2.2 Terveysliikunnan suositukset ja annostelu

Terveysliikuntaa on kaikki fyysinen aktiivisuus, jolla on myönteisiä vaikutuksia terveyteen. Terveysliikunnan tunnuspiirteitä ovat säännöllisyys, kohtuukuormitteisuus

ja jatkuvuus ja sitä voi toteuttaa monin eri tavoin, esimerkiksi arkiliikuntana, työhön liittyvänä liikuntana tai vapaa-ajan harrastus-, virkistys- ja kuntoliikuntana. Hyvä terveyskunto auttaa jaksamaan ja selviytymään arjen rutiineista (Suni & Taulaniemi 2004).

Pate ym. (1995) julkaisivat raportin terveyden edistämisestä liikunnan avulla. Raportin mukaan aikuisväestön tulisi liikkua päivittäin kohtuullisella kuormituksella 30 minuuttia kerrallaan tai enemmän. Suosituksen taustalla on väestötutkimuksista kerätty tieto liikunnan määrän yhteydestä kuolleisuuteen ja sairastavuuteen. Raportista käy ilmi, että liikunnan lisäämisestä on eniten hyötyä liikunnallisesti passiivisilla henkilöillä (Pate ym. 1995). Vuonna 2004 myös UKK-instituutti julkaisi suomalaisille tarkoitetut terveysliikuntasuositukset Pate ym. (1995) suosituksiin perustuen (UKK-instituutti 2011).

Yhdysvaltain terveysvirasto julkaisi vuonna 2008 uudet terveysliikuntasuositukset. Suositukset perustuvat vahvaan tieteelliseen näyttöön, jonka mukaan liikunnalla on myönteisiä vaikutuksia sairauksien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa. Suositusten mukaan aikuisväestön (18–64 –vuotiaiden) tulisi liikkua 2 tuntia 30 minuuttia viikossa kohtalaisella, reipasta kävelyä vastaavalla kuormituksella. Vaihtoehtoisesti voimakkaasti kuormittavaa fyysistä aktiivisuutta riittää 1 tunti 15 minuuttia viikossa. Fyysistä aktiivisuutta tulisi toteuttaa vähintään kymmenen minuutin jaksoissa, ja aktiivisuuden tulisi jakautua tasaisesti koko viikolle. Terveysyhyödyt lisääntyvät jos kohtalaisesti kuormittavaa liikuntaa lisätään 5 tuntiin tai voimakkaasti kuormittavaa 2 tuntiin 30 minuuttiin viikossa tai vastaavaan määrään näitä yhdistettäessä (Physical Activity Guidelines Advisory Committee 2008, Vuori 2008).

UKK-instituutti julkaisi vuonna 2009 uudet terveysliikuntasuositukset Suomessa, jotka pohjautuvat Yhdysvaltalaisiin aikuisten terveysliikuntasuosituksiin. UKK-instituutti on kuvannut terveysliikuntasuositukset liikuntapiirakaksi (Kuva 1), joka kiteyttää terveysliikuntasuositukset visuaalisessa muodossa. Uudessa liikuntapiirakassa korostetaan muun muassa alkuperäistä liikuntapiirakkaa (2004) enemmän lihaskunnan merkitystä terveydelle (UKK-instituutti 2011).



Kuva 1. Liikuntapiirakka (UKK-instituutti 2011).

Suomessa on käytössä myös Käypähoidon Liikuntasuositus, joka perustuu systemaattisesti kerättyyn tutkimustietoon. Suositus on tarkoitettu tukemaan päätöksiä hoitoa suunniteltaessa. Käypähoito-suosituksen tavoitteena on edistää liikunnan käyttöä sairauksien ehkäisyssä, hoidossa ja kuntoutuksessa. Käypähoidon liikuntasuositukset mukailevat pitkälti yhdysvaltalaisen ja UKK-instituutin liikuntasuosituksia. Aikuisväestölle (18–64 -vuotiaille) suositellaan kohtuukuormitteista kestävyysliikuntaa, kuten reipasta kävelyä, vähintään 2,5 tuntia viikossa esimerkiksi 30 minuuttia kerrallaan 5 kertaa viikossa tai kuormittavaa liikuntaa, kuten hölkkää, 1 tunti 15 minuuttia viikossa jaettuna esimerkiksi kolmeen liikuntakertaan. Tämän lisäksi liikuntasuositukseen kuuluu luustolihasvoimaa ja kestävyttä ylläpitävää tai lisäävää liikuntaa, kuten kuntosaliharjoittelua, vähintään kahtena päivänä viikossa (Käypähoito 2010).

2.3 Liikunta elämäntapasairauksien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa

Suomessa esiintyviä kansansairauksia ovat Koskisen (2009) mukaan muun muassa sepelvaltimotauti, diabetes, erilaiset allergiat, astma, päihteiden kuten alkoholin aiheuttamat haitat sekä tuki- ja liikuntaelinsairaudet kuten kantavien nivelten nivelrikko. Tutkimuksemme haastatteluaineistosta nousi voimakkaimmin esille kaksi

sairautta, joihin syvennymme tässä osiossa. Nämä sairaudet ovat T2D ja kohonnut verenpaine. Esitämme näkemyksiä liikunnan merkityksestä sekä sairauden ennaltaehkäisyssä että hoidossa. Selvitämme myös lääkehoidon ja liikunnan yhteensovittamiseen liittyviä seikkoja, sillä säännöllisen liikuntaharjoittelun aloittaminen tulee ottaa huomioon erityisesti kohonneen verenpaineen lääkehoidossa.

2.3.1 Mikä on diabetes?

Diabetes on sairaus, jota luonnehtii plasman kroonisesti suurentunut glukoosipitoisuus. Tautiin voi liittyä äkillisiä ja kroonisia komplikaatioita, jotka vaikuttavat oleellisesti potilaan elämänlaatuun ja ennusteeseen (Diabetes 2011). Kyseessä on krooninen aineenvaihduntasairaus, johon liittyy osittainen tai täydellinen insuliinitoiminnan häiriö, joka johtaa glukoosiaineenvaihdunnan häiriöihin kuten hyperglykemiaan (Ryden ym. 2007, Hornsby & Albright 2009). Käytännössä hyperglykemia voi siis johtua insuliinin puutteesta, insuliinin heikentyneestä vaikutuksesta tai molemmista (Diabetes 2011). Diabetekselle luonteenomaista on myös häiriöt hiilihydraatti-, rasva- ja valkuaisaineenvaihdunnassa (Saraheimo 1999, Ryden ym. 2007).

Noin 75% Suomessa diagnosoidusta diabeetikosta sairastaa aikuisiän diabetesta eli T2D:tä. Usein aikuisiän diabeetikko on ylipainoinen ja hänellä on kohonnut verenpaine ja/tai rasva-aineenvaihdunnan häiriö (Diabetes 2011). Niinpä syinä veren glukoositason nousuun voivat olla paitsi geneettinen alttius myös epäterveellinen ruokavalio, liian vähäinen fyysinen aktiivisuus ja keskivartalolihavuus (Ryden ym. 2007). Muiksi T2D:lle altistaviksi tekijöiksi on arveltu insuliinitoiminnan häiriöitä, maksan suurentunutta sokerintuottoa sekä suoliston viallista hormonituotantoa (Hornsby & Albright 2009). T2D:tä luonnehtivat moninaiset elinvauriot kuten retinopatia eli verkkokalvosairaus ja siitä johtuva mahdollinen sokeutuminen, munuaistulehdus ja munuaisten vajaatoiminta sekä neuropatia eli ääreishermosairaus, joka ilmenee useimmiten jaloissa. T2D on lisäksi suuri riskitekijä sydän- ja verisuonisairauksien syntymiseen (Ryden ym. 2007).

2.3.2 Liikunta T2D:n ennaltaehkäisyssä

T2D:n ennaltaehkäisyn oleellinen tekijä on liikunta. Aikuistyyppin diabeteksen ennaltaehkäisyyn tarvitaan huomattavasti vähäisempi määrä liikuntaa kuin diabeteksen hoidossa. On pystytty todistamaan, että päivittäisellä, noin 30 minuutin pituisella, kohtuukuormitteisella, kestävyystyyppisellä liikunnalla voidaan vähentää T2D:n ilmaantumista jopa 60 prosentilla myös korkean riskiryhmän henkilöillä (Tuomilehto ym. 2001, Diabetes 2011). Jeonin ym. (2007) mukaan kohtuullisella intensiteetillä suoritettu liikunta voi vähentää diabetesriskiä myös henkilöillä, joilla ei tapahdu muutosta kehon painossa. Laaksonen ym. (2005) esittävät samansuuntaisia liikuntasuosituksia, joiden mukaan 2,5 tuntia ripeää kävelyä viikoittain mahdollisesti vähentää riskiä sairastua T2D:een 63–69 prosentilla ilman muutoksia ruokavaliossa tai painoindeksissä (BMI).

On myös esitetty, että kohtuukuormitteisen liikunnan ohella rasittavalla ja hyvin rasittavalla liikunnalla olisi edullisemmat vaikutukset kroonisten ja aineenvaihdunnallisten tautien, kuten T2D:n, ennaltaehkäisyssä kuin matalan intensiteetin liikunnalla. Toisaalta myös liikuntaan käytetty aika ja kulutettu energiamäärä ovat jossain tapauksissa merkittävämpiä muuttujia kuin liikunnan intensiteetti. Näin on esimerkiksi keski-ikäisillä, ylipainoisilla ja fyysisesti huonokuntoisilla korkean riskiryhmän henkilöillä (Laaksonen ym. 2005).

Laaksonen ym. (2005) mukaan sekä vähintään kohtuukuormitteisella kestävyystyyppisellä liikunnalla että vähintään kohtuukuormitteisella voimaharjoittelulla on T2D:tä ehkäisevä vaikutus. Kestävyystyyppisen harjoittelun ja voimaharjoittelun yhdistäminen on kuitenkin tutkimusten mukaan tehokkaampi T2D:n ennaltaehkäisyssä kuin pelkkä kestävyystyyppinen harjoittelu. Aerobisen harjoittelun ja voimaharjoittelun yhdistämisellä on tutkimuksissa todettu olevan insuliiniherkkyyttä parantava sekä vatsanseudun ihonalaista ja sisäelinten ympärillä olevaa rasvakerrosta vähentävä vaikutus (Laaksonen ym. 2005). T2D:n ennaltaehkäisyssä on siis huomioitava kohtuullisesti rasittavan liikunnan kokonaismäärän ja verenkierto-

ja hengityselimistön kunnon lisäksi lihaksiston ylläpito ja kehittäminen (Lakka & Laaksonen 2007).

Pitkittäistutkimukset ovat osoittaneet, että liikunnasta hyötynevät eniten korkean riskiryhmän henkilöt, joskin liikuntaa lisänneellä korkean riskin henkilöllä on silti absoluuttisesti suurempi riski sairastua T2D:een kuin inaktiivisemmalla matalamman sairastumisriskin henkilöllä. Korkean riskiryhmän henkilöt ovat yleensä ylipainoisia, ja liikuntaa lisäämällä heidän kehon painonsa putoaa, millä on suurin rooli tyyppin 2 diabetekseen sairastumisen ehkäisyssä (Gill & Cooper 2008). Reinhardtin ym. (2012) mukaan fyysistä aktiivisuutta lisäämällä voidaan vähentää riskiä sairastua T2D:seen 58% henkilöllä, joilla on heikentynyt sokerinsieto. Orozcon ym. (2008) systemaattisen tutkimuskatsauksen mukaan liikunta yhdistettynä terveelliseen ruokavalioon on tehokkain tapa ehkäistä T2D:tä erityisesti korkean riskiryhmän henkilöllä.

2.3.3 Liikunta T2D:n hoidossa

T2D:n hoidon tavoitteena on ehkäistä diabeteksen liitännäissairauksia kuten sydän- ja verisuonitauteja ja munuaissairauksia. Aikuisiän diabeteksen hoidon ytimessä on lääkkeetön omahoito, joka ylipainoisilla tarkoittaa laihduttamista ja painonhallintaa (Ilanne-Parikka & Himanen 1999, Diabetes 2011). T2D:n hoitotavoitteet ovat yksilöllisiä, mutta hoidon perustana on aina terveellinen ruokavalio ja liikunta, joiden lisäksi hoidon tukena käytetään veren glukoosiarvojen, veren lipidiprofiilin ja verenpaineen kontrollointia (European Diabetes Policy Group 1999, Gavi & Hensley 2009, Diabetes 2011).

Osa aikuisiän diabeetikoista pärjää koko ikänsä ilman lääkehoitoa, jolloin ensisijaisena hoitona on ruokavalion muuttaminen terveellisemmäksi ja säännöllisen liikuntaharjoittelun aloittaminen. Osalla insuliinin teho ja erittyminen voi kuitenkin olla siinä määrin häiriintynyt, ettei verensokeri korjaannu normaaliksi. Näin ollen osa aikuisiän diabeetikoista tarvitsee jossain vaiheessa myös tablettihoitoa (Ilanne-Parikka & Himanen 1999). T2D:n lääkehoito perustuu verensokeriarvojen

kontrollointiin. Verensokerin osalta lääkehoito aloitetaan heti, kun diabetes on todettu (Tarnanen ym. 2011). Ensisijainen lääke varsinkin ylipainoisilla on metformiini, joka tehostaa insuliinin vaikutusta kehossa ja vähentää glukoosintuotantoa maksassa (Diabetes 2011). Insuliinihoito T2D:n osalta on aiheellinen vain hoidettaessa vaikeaa hyperglykemiaa tai jos on viitteitä insuliinin puutteesta (Diabetes 2011).

Liikunnan käyttöä T2D:n hoitomuotona kyseenalaistetaan suurentuneen sydän- ja verisuonitautiriskin vuoksi. Kuitenkin, mikäli potilaan terveydentilanne on tarkastettu esimerkiksi kliinisen rasituskokeen avulla, sopiva rasitustaso on löydetty, ja hoito on tasapainossa, liikunnan aikaisia komplikaatioita ei esiinny sen useammin kuin muillakaan liikunnanharrastajilla. Tämä pätee paitsi aerobiseen liikuntaan myös lihasvoimaharjoitteluun. Huomioitavaa on kuitenkin T2D:een liittyvät liitännäissairaudet, joihin lisääntynyt liikunnan määrä voi vaikuttaa. Jos silmän verkkokalvossa on vakavia retinopatiamuutoksia, voimakasta ponnistelua ei suositella vuotoriskin vuoksi. Lisäksi alaraajojen neuropatia voi altistaa vammoille ja tulehduksille. Muita liikuntaan liittyviä riskejä diabeteksessä ovat hiljaisen sydänlihaskemian pahentuminen, valtimotaudin komplisoituminen, verenpaineen huomattava kohoaminen ja nefropatian paheneminen (Eriksson 2005).

Kun riskit on huomioitu, liikunnan merkitys T2D:n hoidon tukena on huomattava. Erikssonin (2012) mukaan lihasvoimaharjoittelu hoitaa sairautta kaikkein tehokkaimmin, sillä kuntosaliliikunnan avulla on mahdollista vaikuttaa edullisesti lihasmassaan. Sokeriaineenvaihdunnan kannalta lihaskudos on erittäin merkittävä kudos, koska siellä poltetaan ja varastoidaan sokeria. Lihaskudoksen määrä vähenee noin 40 ikävuoden jälkeen ja lihasvoimaharjoittelu on erinomainen keino ylläpitää ja kehittää lihaskudosta (Eriksson 2012).

Suuria jalkojen, käsien, selän ja vatsan lihasryhmiä tulisi harjoittaa kahdesta kolmeen kertaa viikossa niin, että vastusta lisätään sitä mukaa, kun kunto kohoaa. Liikkeitä tulisi olla 6-10, toistoja 8-12 ja sarjoja 2-3 (Eriksson 2012, Liikunta osaksi jokaista päivää 2012). Myös Marwickin ym. (2009) esittämien AHA:n (American Heart Association) suositusten mukaan T2D:ta sairastavia pitäisi kannustaa lihasvoimaharjoitteluun, jota tulisi tehdä kolme kertaa viikossa vähintään

kohtuukuormitteisesti. Myös korkean intensiteetin (75–85% yhden toiston maksimista, 1RM) lihasvoimaharjoittelu on suotavaa, koska sillä on todettu olevan jopa edullisempia vaikutuksia muun muassa kehonkoostumukseen ja glukoosin käyttöön lihaksissa. Toistojen (8-10) ja sarjojen (2-4) määrät noudattelevat Erikssonin (2005) esittämiä suosituksia (Marwick ym. 2009).

Kuntosaliliikunnan ohella T2D:tä sairastavan tulisi harrastaa myös kestävyysliikuntaa, joka hengästyttää ja hikoiluttaa, 30–60 minuuttia päivässä. Aikuisiän diabeetikolle sopivia lajeja ovat kävely, sauvakävely, hiihto, hölkkä, uinti ja pyöräily. Tärkeintä on se, että liikunta on säännöllistä, pitkäkestoista ja intensiteetiltään vähintään kohtuullisen rasittavaa (Eriksson 2012). Marwickin ym. (2009) mukaan aikuisiän diabeetikon tulisi harrastaa aerobista, kehon suuria lihaksia rasittavaa kohtuukuormitteista kestävyysliikuntaa 3-7 päivänä viikossa niin, että kokonaismääräksi tulee vähintään 150 minuuttia viikossa. Lisäksi korkean intensiteetin aerobista liikuntaa tulisi tehdä kolmena päivänä viikossa, yhteensä 90 minuuttia. Yhden liikuntasuorituksen minimikesto on 10 minuuttia (Marwick ym. 2009). Myös Hornsby ja Albright (2009) suosittelevat aerobista liikuntaa 4-7 päivänä viikossa ja yhden suorituksen keston tulisi olla 20–60 minuuttia ja intensiteetti kohtuukuormitteinen (50–80% maksimaalisesta hapenottokyvystä, $VO_2\text{max}$). Diabetesliiton suositukset noudattelevat pitkälti normaaliväestön liikuntasuosituksia, joiden mukaan kohtuukuormitteista kestävyysliikuntaa tulee harjoittaa viisi kertaa viikossa vähintään 30 minuutin ajan niin, että kokonaismääräksi tulee vähintään 2 tuntia 20 minuuttia viikossa. Vaihtoehtoisesti voi harjoittaa voimakkaasti rasittavaa liikuntaa 75 minuuttia viikossa (Liikunta osaksi jokaista päivää 2012).

2.3.4 Liikunta kohonneen verenpaineen hoidossa

Kohonnut verenpaine on varsin yleinen sydän- ja verisuonisairauksien vaaratekijä, joka esiintyy yleensä liikapainon yhteydessä. Yksi merkittävimpiä kohonneen verenpaineen riskitekijöitä vähäisen fyysisen aktiivisuuden ohella on geneettinen alttius, joka vaikuttaa myös siihen, ettei verenpaineen absoluuttisia luokituksia voida yleistää kaikille. Ohjeellisesti voidaan kuitenkin todeta, että verenpaine on lievästi

koholla, kun systolinen paine on alueella 140–159 mmHg tai diastolinen alueella 90–99 mmHg. Tällöin ensisijaisena hoitona on elämäntapoihin kuten ravitsemukseen ja fyysiseen aktiivisuuteen vaikuttaminen. Yksilöllisen liikuntaharjoittelun suunnittelun perustana on usein kliininen rasituskoe, jonka avulla voidaan määrittää yksilölle turvalliset liikuntaohjeet (Kukkonen-Harjula & Rauramaa 2005).

Toissijaisena kohonneen verenpaineen hoitomuotona on lääkehoito. Fyysisellä aktiivisuudella on monia etuja verrattuna verenpainelääkkeisiin, kun kyseessä on lievästi kohonnut verenpaine. Liikunta on fysiologinen vaihtoehto vähäisine sivuvaikutuksineen ja se sopii useimmille oikein annosteltuna. Lisäksi sillä on itsenäisiä vaikutuksia muun muassa sepelvaltimotaudin ennaltaehkäisyssä. Liikunnalla on usein myös edullisemmat kustannukset kuin verenpainelääkkeiden käytöllä (Kukkonen-Harjula & Rauramaa 2005).

Verenpaineesta kärsivien liikuntaharjoittelulla pyritään kontrolloimaan verenpainetta sekä levossa että harjoittelun aikana. Lisäksi tavoitteisiin kuuluu sepelvaltimotautiriskin alentaminen, maksimaalisen hapenottokyvyn ja hengityskapasiteetin kasvattaminen sekä kalorinkulutuksen lisääminen (Gordon 2009). Verenpainepotilaat ovat usein ylipainoisia, jolloin aerobinen liikunta yleensä toimii myös kehonkoostumusta parantavana tekijänä (Mancia ym. 2007). Liikuntaharjoittelun alussa tulisi pyrkiä kuluttamaan noin 700 kilokaloria viikossa ja pitkällä aikavälillä noin 2000 kilokaloria viikossa (Gordon 2009).

Yksittäiselläkin aerobisella liikuntasuorituksella on todettu olevan verenpainetta alentava vaikutus henkilöillä, joilla on kohonnut verenpaine. Gordonin (2009) mukaan 30–45 minuuttia kestäväällä kohtuukuormitteisella liikuntasuorituksella systolinen verenpaine voi vähetä 10–20 mmHg, ja yhden harjoituksen vaikutus voi kestää jopa yhdeksän tunnin ajan.

Vaikka yksittäiselläkin liikuntasuorituksella saadaan verenpainetta hetkellisesti alentavia vaikutuksia, pitkällä aikavälillä liikunnan säännöllisyys takaa pysyvämmät muutokset. Pitkittäistutkimuksissa on todettu, että kestävyystyyppinen liikuntaharjoittelu vähentää sekä systolista että diastolista lepoverenpainetta

keskimäärin 5-7 mmHg henkilöillä, joilla on kohonnut verenpaine (Cornelissen & Fagard 2005, Kukkonen-Harjula & Rauramaa 2005, Dickinson ym. 2006, Mancian ym. 2007, Gordon 2009, Liikunta ja verenpaine 2012). Muutokset voivat ilmetä jo muutaman kuukauden harjoittelun jälkeen eikä verenpaineen alentumiseen välttämättä tarvita laihtumista (Cornelissen & Fagard 2005, Dickinson ym. 2006, Liikunta ja verenpaine 2012). Tästäkin huolimatta ylipainoisilla tulisi tavoitella 5-10 prosentin pysyvää painonpudotusta (Kukkonen-Harjula & Rauramaa 2005). Dimeo ym. (2012) ovat lisäksi todenneet, että liikuntaharjoittelu voi vähentää verenpainetta myös niillä henkilöillä, joiden vaste verenpainelääkkeisiin on todettu heikoksi.

Siinä missä kestävyystyyppinen liikunta on todettu verenpainetta alentavaksi liikuntamuodoksi, lihaskuntoharjoittelulla on saatu aikaan ristiriitaisia tuloksia sydän- ja verenkertoelimistön kunnosta henkilöillä, joilla on kohonnut verenpaine. Lihaskuntoharjoittelu toisaalta nostaa sydämen sykettä ja minuuttitilavuutta vain vähän verrattuna aerobiseen liikuntaan mutta kohottaa enemmän systolista ja diastolista verenpainetta (Gordon 2009). Samansuuntaiseen päätelmään ovat tulleet Cornelissen ym. (2011) meta-analyysissään, jossa he toteavat, että dynaaminen lihaskuntoharjoittelu alentaa verenpainetta vähemmän kuin käden isometristä puristusvoimaa kehittävä harjoittelu. Kuitenkin, ACSM:n (American College of Sports Medicine) suositusten mukaisella lihaskuntoharjoittelulla on saatu aikaan lepoverenpaineen laskua, minkä vuoksi henkilöiden, joilla on kohonnut verenpaine, tulisi tehdä aerobisen kestävyystyyppisen liikunnan lisäksi myös lihasvoimaa ylläpitävää ja kehittäväää harjoittelua (Gordon 2009). Samanlaiseen tulokseen ovat tulleet Mancian ym. (2007), jotka raportoivat ESC:n (European Society of Cardiology) ja ESH:n (European Society of Hypertension) liikuntasuositukset kohonneesta verenpaineesta kärsiville henkilöille. Mancian ym. (2007) mukaan dynaaminen lihasvoimaharjoittelu alentaa lepoverenpainetta 3,5 mmHg, minkä vuoksi aerobisen liikunnan ohella tulisi harjoittaa lihasvoimaa.

Liikunta tulisi olla aerobista, ja tehoksi riittää kohtalainen kuormittavuus (40–60% $VO_2\max$). Yhden liikuntakerran keston tulisi olla 30–60 minuuttia, ja liikuntaa tulisi harrastaa 4-7 päivänä viikossa, mieluiten päivittäin niin, että kehon suuret lihakset työskentelevät. Hyviä lajeja ovat esimerkiksi kävely, sauvakävely, hölkkä, pyöräily ja

uinti (Kukkonen-Harjula & Rauramaa 2005, Gordon 2009). Sydänliiton suositusten mukaan aerobista liikuntaa tulisi harrastaa vähintään 2,5 tuntia viikossa. Sydänliitto suosittelee myös kohtuukuormitteista lihasvoimaharjoittelua mutta samalla esittää vaihtoehtoiseksi liikuntamuodoksi korkean intensiteetin kestävyysliikuntaa, jota tulisi harjoittaa 75 minuuttia viikossa. Näiden kahden liikuntamuodon yhdistäminen on Sydänliiton mukaan myös mahdollista (Liikunta ja verenpaine 2012).

Myös ACSM suosittelee kohonneesta verenpaineesta kärsiville henkilöille matalakuormitteista lihaskuntoharjoittelua, sillä se vähentää verenpainetta enemmän kuin korkean intensiteetin liikunta. Matalan intensiteetin lihaskuntoharjoittelua voitaneen suositella erityisesti ikääntyville ja niille, joilla on kohonneen verenpaineen lisäksi muita kroonisia sairauksia kuten T2D. Lihaskuntoharjoittelua voi tehdä 2-3 kertaa viikossa ja siinä tulee suosia kevyitä painoja (60–80% 1RM) sekä pitkiä 8-12/15 toiston sarjoja. (Gordon 2009). Erinomaisena lihasvoimaharjoittelumuotona kohonneesta verenpaineesta kärsiville henkilöille voidaan suositella kiertoharjoittelua, jossa intensiteetti on matala ja toistomäärät suuria (Kukkonen-Harjula & Rauramaa 2005, Gordon 2009).

Samoin kuin kaikkien lääkitystä vaativien sairauksien kohdalla, myös verenpainelääkitys tulee ottaa huomioon liikuntaharjoittelussa (Gordon 2009). Kohonneen verenpaineen hoidossa käytettävä beetasalpaaja-lääkitys aiheuttaa sydämen minuuttitilavuuden pienenemisen ja verenkierron vastuksen kasvun, minkä vuoksi rasituksenkesto voi olla heikentynyt. Toisaalta beetasalpaajat suojaavat sydäntä mahdolliselta liikunnan vaatimalta liialliselta kuormitukselta sykkeen nousua rajoittamalla (Kukkonen-Harjula & Rauramaa 2005). Lisäksi erilaiset verisuonia laajentavat lääkkeet voivat aiheuttaa rasituksenjälkeisen verenpaineen laskun eli vasodilataation, joka on suurimmillaan juuri harjoituksen jälkeen aiheuttaen huimausta. Tämän vuoksi lääkitys on aina suunniteltava yksilöllisesti. Myös lääkityksen vähentäminen tai jopa pois jättäminen harjoituspäivänä voi olla aiheellista (Gordon 2009).

Harjoitusohjelman suunnittelussa on otettava huomioon myös sydämen sykkeeseen vaikuttavien lääkkeiden käyttö. Beetasalpaajat pienentävät maksimaalista sykettä,

minkä vuoksi sitä ei voida arvioida pelkästään iän perusteella, vaan on käytettävä kuormituskoetta, jossa rasitus suoritetaan uupumukseen saakka (Kukkonen-Harjula & Rauramaa 2005). Tärkeintä on muistaa, että lääkityksen tulee olla hyvin vakaa ja verenpaine kontrollissa ennen säännöllisen liikuntaharjoittelun aloittamista. Yksilölle sopivan lääkityksen löytäminen ja sen soveltuminen liikuntaharjoitteluun edellyttää toistuvia kotimittauksia (Mancia ym. 2007).

2.4 Terveyden edistäminen apteekeissa

2.4.1 Apteekin rooli terveyden edistämisessä

Apteekit ovat myös perustaneet hankkeita liikuntaneuvonnan edistämiseksi. Liikkujan apteekki -hanke oli kaksivuotinen projekti, jonka päämääränä oli sisällyttää terveystoimintaa osaksi apteekkien kansanterveysohjelmia sekä tuoda terveystoimintaa apteekkien arkeen ja osaksi asiakasneuvontatilanteita. Hankkeessa etsittiin toimivia tapoja viedä terveystoimintaa apteekkeihin ja testattiin apteekkiyhteistyön mahdollisuuksia terveystoiminnan edistämiseksi. Alueellisia pilottihankkeita varten valittiin mukaan yhteensä 15 apteekkiä Varsinais-Suomesta, Satakunnasta ja Pohjois-Pohjanmaalta, joiden henkilökunnalle järjestettiin terveystoimintaa-aiheisia koulutuspäiviä. Pilottivaiheesta saatuja kokemuksia kerättiin apteekkien yhdyshenkilöiltä puhelinhaastattelujen avulla. Haastattelujen mukaan apteekkihenkilökunta koki koulutuksen tarpeelliseksi, ja koulutus rohkaisi puhumaan liikunnan merkityksestä asiakkaalle. Lisääntyneen tietotason myötä farmaseutit kokivat valmiutensa liikunnan puheeksi ottamiseen aiempaa helpommaksi, mutta liikunta koettiin edelleen araksi ja hankalaksi puheenaiheeksi. Hanke koettiin toimivaksi, ja siitä saatuja kokemuksia pyritään tulevaisuudessa hyödyntämään valtakunnallisesti (Tuunanen ym. 2012).

Suomen apteekkariliitto on aktiivisesti tukenut terveyden edistämiseen tähtäävää toimintaa osana farmaseuttista työtä. Apteekkariliitto on ollut mukana kehittämässä terveyden edistämisen ohjelmia, joilla edistetään yleisimpien elintapasairauksien ehkäisyä ja hoitoa yhteistyössä muun terveydenhuollon kanssa. Apteekkariliitto oli

yhteistyössä Diabetesliiton kanssa ”Diabetetoksen ehkäisy ja hoito” -kehittämishjelmassa (DEHKO), joka toimi vuosina 2000–2010. Lisäksi apteekkariliitto on tehnyt yhteistyötä Sydänliiton kanssa ”Apteekkien sydänohjelman” myötä, joka tukee ”Suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistäminen” –toimenpideohjelmaa (Suomen apteekkariliitto 2011).

Katajavuoren (2005) väitöskirjan mukaan terveyden edistämiseen liittyvää toimintaa apteekeissa tulee jatkossakin tukea. Farmaseuttien roolia terveyden edistämistyössä ei ole pohdittu terveydenhuollon toimijoiden keskuudessa eikä farmaseuttinen henkilökunta painota terveyden edistämisen näkökulmaa riittävästi. Farmaseuttien rooli ja tehtävä ovat epäselviä muille terveydenhuollon toimijoille, mikä tukee myös saumatonta palveluketjuajatusta tulevaisuudessa sekä moniammatillista yhteistyötä lääkäreiden ja muun terveydenhuollon henkilökunnan kesken (Katajavuori 2005, 80-81). Farmaseutit ja proviisorit ovat hyvässä asemassa seuratakseen potilaiden terveydentilaa ja sairausriskejä. Farmaseuttisen toiminnan tarkastelu tulisi kuitenkin laajentua lääkekeskeisyydestä ja lääkeneuvonnasta laajemmaksi merkitysten tarkasteluksi ja arvioinniksi. Katajavuoren (2005) mukaan terveyden edistämiseen apteekeissa tulisi kehittää entistä enemmän arkielämään liittyviä toimintoja ja keinoja, joilla pyrittäisiin samalla tukemaan moniammatillista yhteistyötä.

2.4.2 Liikunta farmaseuttien koulutuksen opetussuunnitelmassa

Itä-Suomen yliopiston farmasian koulutusohjelmasta ei ole liikunnan terveysvaikutuksia käsitteleviä kursseja. Liikuntaneuvonnasta ei myöskään erikseen ole omaa kurssia (Itä-Suomen Yliopisto 2012). Helsingin yliopiston farmasian tiedekunnan opinto-opasta 2011–2013 selailtuamme voimme todeta, että liikunnalla on pieni rooli farmaseuttien koulutusohjelmassa. Liikuntaa lähimmäksi pääsivät ”Ihmisen biologia ja terveys”- ja ”Lääkkeet ja urheilu” -kurssit, joka internetsivujen mukaan on siirretty Avoimen yliopiston alaiseksi. Terveyden edistämisestä on viiden opintopisteen laajuinen kurssi, jonka oppimateriaalina on muun muassa terveyden edistämisen teorioita käsittelevää kirjallisuutta. Lisäksi opinto-oppaasta löytyy ruotsin kielinen kurssi liikunnan ja ravinnon tasapainosta (Helsingin yliopisto 2011).

Katajavuoren (2005) mukaan terveyden edistämisen näkökulmaa ja moniammatillista yhteistyötä olisi tärkeää tukea aktiivisesti jo farmasian peruskoulutuksen aikana, jotta opiskelijoille muodostuisi selkeä käsitys apteekkitoiminnan merkityksestä osana terveydenhuoltoa ja yhteiskuntaa. Lisäksi kokonaisvaltaista farmaseuttisen työn ja toiminnan tarkastelua sekä potilaan ohjauksen merkitystä olisi tärkeä painottaa näkyvästi myös täydennyskoulutuksessa ja työelämässä (Katajavuori 2005, 82).

2.4.3 Farmaseuttien työnkuva ja rooli neuvontatilanteessa

”Farmaseutit toimivat lääkehuollon kaikilla osa-alueilla alan perustietoja vaativissa ammattitehtävissä. Farmaseuteista suurin osa sijoittuu apteekkeihin. Farmaseuttien työ on pääasiassa asiakaspalvelua ja lääkeneuvontaa. Lisäksi he ohjaavat asiakkaita itsehoitotuotteiden valinnassa ja käytössä.”

Edellä on ote farmaseutin työnkuvasta Itä-Suomen yliopiston farmasian opinto-oppaasta 2012–2013. Katajavuoren (2005) tutkimus osoittaa, että farmaseuttien keskeinen tietosisältö ja osaaminen apteekkityön näkökulmasta katsottuna liittyvät erityisesti asiakkaan ohjaukseen ja lääkeneuvontaan. Lisäksi farmaseutin työssä tarvitaan hyviä vuorovaikutustaitoja, vahvaa teoreettista tietopohjaa ja sen soveltamista käytännön tilanteisiin sekä tiedon hallintaa ja prosessointia, oppimisen taitoja sekä elinikäistä oppimista. Yksilön lähtökohtien ymmärtäminen, kannustus ja tukeminen sekä autonomian kunnioittaminen ovat tärkeitä lähtökohtia terveyden edistämiseen apteekeissa (Katajavuori 2005, 78).

Apteekkityössä korostuu asiakaspalvelu, jolloin asiakkaan kohtaaminen ja ymmärtäminen on tärkeää. Katajavuoren (2005) mukaan aikaisemmat tutkimukset (esim. Chewing & Schommer 1996, Airaksinen ym. 1998) ovat osoittaneet, etteivät asiakkaat ole itse aktiivisia kyselemään lääkkeitään. Asiakkaat kuitenkin ovat aktiivisia oman terveydentilansa prosessoijia, sillä vain pieni osa tutkimuksen asiakkaista torjui farmaseuttisen avun. Tämän vuoksi asiakkaan näennäistä passiivisuutta tulisikin ymmärtää apteekin asiakaspalvelutilanteissa (Katajavuori

2005, 76). Neuvonnalle on osoitettu olevan tarvetta, jos farmaseutit sitä asiakkailleen aktiivisesti tarjoavat (Airaksinen & Puumalainen 2005).

Terveyden edistämisessä korostuu tuen, kannustuksen ja yksilön autonomian kunnioittamisen merkitys. Katajavuoren (2005) mukaan lääkeneuvonta tähtää yksilön hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen, joten on oletettavaa, että neuvontatilanteessa korostuu asiakkaan lähtökohtien ja persoonan kunnioittaminen. Vuorovaikutustaitojen merkitys ja neuvonnan dialogimaisuus tulisikin tiedostaa apteekki-alalla entistä paremmin. Vuorovaikutustaidot osoittautuivat Katajavuoren (2005) tutkimuksessa kuitenkin haasteellisiksi, ja niiden oppiminen edellyttäisi jatkuvaa käytännön harjoittelua sekä teoreettisen ja käytännön tiedon yhdistämistä sekä vuorovaikutustaitojen arviointia (Katajavuori 2005, 79-80).

Apteekeissa kohdataan monenlaisia tilanteita, joissa neuvonta ei ole helppoa. Tiedyt asiakasryhmät, kuten vanhukset ja kiireiset asiakkaat, koettiin muita haastavammiksi palveltaviksi Katajavuoren (2005) tutkimuksessa. Asiantuntijuus rakentuu ihmisten ja heidän kokemustensa ja osaamisensa vaihdon välillä. Farmaseutilla ja asiakkaalla on molemmilla oma osaaminen ja tieto, jonka he tuovat neuvontatilanteeseen. Näin farmaseutti ja asiakas ovat yhdessä ratkaisemassa neuvontatehtävää ja farmaseutin tulisikin pyrkiä ymmärtämään asiakasta ja tämän lähtökohtia. Tällaisessa tasavertaisessa dialogimaisessa keskustelussa luodaan tilanteisiin uusia toiminta- ja ratkaisumalleja. Vuorovaikutustaitojen puute voi aiheuttaa haluttomuutta aktiiviseen neuvontaan, erityisesti hankalaksi koettujen tilanteiden kohdalla. (Katajavuori 2005, 79-80).

Myös farmakologisen tiedon vajavuus ja puute aiheuttavat haluttomuutta tarjota farmaseuttista neuvontaa (Ortiz ym. 1992 ja Vainio ym. 1998 Katajavuoren 2005 mukaan). Epävarmuus ja oma taitamattomuus muun muassa lääkeneuvonnassa voi johtaa epävarmuuden ja osaamattomuuden kohtaamiseen, mitä ei haluta kokea (Katajavuori 2005, 80).

3 LIIKUNTANEUVONTA TERVEYDEN EDISTÄMISEN MENETELMÄNÄ

Liikuntaan kohdistuviin valintoihin vaikuttavat erilaiset sisäiset ja ulkoiset odotukset, tarpeet, mahdollisuudet ja rajoitukset. Liikunnan toteutumista ja siihen vaikuttavia tekijöitä kutsutaan liikuntakäyttäytymiseksi (Vuori 2002, 12). Tietoa liikkumisen terveysvaikutuksista on runsaasti saatavilla, ja valtaosa työikäisistä kykenee etsimään tietoa itsenäisesti niin halutessaan. Silti huomattava osa työikäisistä ei liiku terveytensä kannalta riittävästi, josta voidaan päätellä, että pelkkä tieto ei riitä liikkumisen edistämiseksi (Oja 2005, 92–93, Physical Activity Guidelines Advisory Committee 2008, Nupponen & Suni 2011, 213–215).

3.1 Liikuntaneuvonta käsitteenä

Liikuntaneuvonnalla on erityinen osuus terveyden ja liikunnan edistämisessä. Liikuntaneuvonta on perinteinen terveydenhuollon ammattilaisten työmuoto, joka kuuluu terveyden edistämisen kasvatuksellisiin ja viestinnällisiin keinoihin. Neuvontatilanteessa hyödynnetään kiinnostusta, joka asiakkaassa on herännyt omaa terveyttään ja liikuntaa kohtaan (Nupponen 1998, Nupponen & Suni 2011, 213). Liikuntaneuvontaa antavat pääasiassa terveydenhuollon ja liikunta-alan toimijat, kuten lääkärit, terveydenhoitajat sekä julkisen että yksityisen sektorin liikuntaneuvojat ja liikunnanohjaajat (UKK-Instituutti 2011).

Pelkkä luenointi ja tiedon tarjoaminen ei ole liikuntaneuvontaa. Pelkkä tieto liikunnan hyödyistä tai omista terveysriskeistä eivät riitä saamaan ihmisiä liikkumaan. Neuvonta on sovittava kunkin asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin ja elämäntilanteeseen. Hyvä neuvonta on tietoisuuden lisäämisen lisäksi kiinnostuksen herättämistä asiakkaassa, tasapuolista vuorovaikutusta, asiakkaan kuulemista, vähittäistä etenemistä ja asiakkaan aktiivista osallistumista sekä keskittymistä ongelmanratkaisuun. Neuvontatilanteessa pyritään kehittämään asiakkaan omia näkemyksiä ja taitoja tukemaan hänen terveyttään, hyvinvointiaan ja toimintakykyään. Liikuntaneuvonnan ensisijaiset tavoitteet ovat asiakkaan ajattelun ja

käyttäytymisen muutoksia. Neuvonnan terveysvaikutukset sen sijaan ovat välillisiä tuloksia, jotka todetaan vasta, kun liikuntakäyttäytyminen on muuttunut riittävän paljon ja jatkunut tarpeeksi pitkään (Nupponen 1998, Ståhl ym. 2004, Nupponen & Suni 2011, 213–215).

Suikkanen ym. (2005) arvioivat Liikkumisreseptin käyttöönottoa Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. Lääkärit korostivat vastauksissaan sitä, että asiakkaille tulisi antaa jatkuvasti suullista liikuntaneuvontaa. Mitä sairaampi asiakas on kyseessä, sitä tärkeämpää on liikuntaan liittyvä ohjaus ja neuvonta. Vastauksissa nousi esiin myös se, että liikuntaneuvonnassa on tärkeää ottaa huomioon asiakkaan asuinympäristö ja sen liikkumiselle asettamat mahdollisuudet ja rajoitukset. Neuvonnassa tulisi kartoittaa asiakkaan liikuntatottumuksia, mahdollisesti kiinnostavia lajeja sekä mahdollisen sairauden liikunnalle asettamia rajoitteita. Lääkärit kokivat myös, että realististen tavoitteiden asettaminen asiakkaille edistää liikkumista (Suikkanen ym. 2005).

Lääkäreiden antamalla liikuntaneuvonnalla on selkeä tarve ja väestön tuki, jonka vuoksi sitä tulee edelleen lisätä. Kirjallisia liikkumisohjeita kaivataan myös. Ståhlin ym. (2004) tutkimuksessa ainoastaan puolet terveydenhuollon asiakkaista kokivat saaneensa riittävästi tietoa liikunnan merkityksestä sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa. Enemmän tietoa kaipasivat erityisesti naiset, korkeasti koulutetut, nuoret ja keski-ikäiset vastaajat. Lääkäreiden toteuttamaa liikuntaneuvontaa selittivät erityisesti ikä, sukupuoli ja työskentelysektori. Ikääntyneiltä lääkärit kysyivät herkemmin liikuntatottumuksista, samoin naisilta enemmän kuin miehiltä. Erot työskentelysektorien välillä selittyivät osittain erilaisilla potilailla. Suikkasen ym. (2005) tutkimuksessa lääkäreiden näkemyksen mukaan liikuntaneuvontaan käytetään kokonaisuudessaan liian vähän aikaa. Lääkärit kaipasivat enemmän ohjausta toteuttaa liikuntaneuvontaa sekä lisää henkilökuntaa tarjoamaan yksityiskohtaisempaa liikuntaneuvontaa asiakkaille (Suikkanen ym. 2005)

3.2 Liikkumisresepti liikuntaneuvonnan työvälineenä

Liikkumisresepti on liikuntaneuvonnan työväline. Käytännössä se on lomake, johon yleensä lääkäri kirjaa asiakkaalle henkilökohtaisen liikkumisohjeen. Liikkumisreseptin taustalla ovat kansainväliset liikkumisohje-hankkeet, nykytietämys liikunnan terveysvaikutuksista, tieto siitä, millainen liikunta edistää terveyttä sekä käyttäytymisen muutosvaihemalliteoria. Resepti sisältää liikuntaneuvonnan ydinkohdat. Reseptiin kirjataan muun muassa asiakkaan nykyinen liikkuminen, liikkumisen terveysperusteet tai tavoitteet, liikkumisohje (liikkumismuodot, liikkumisen useus, kesto ja rasittavuusaste), liikkumisen toteutumisen seuranta ja arviointi (Ståhl 2004).

3.2.1 Kansainvälisiä liikuntaohje-hankkeita

Kansainvälisissä liikuntaohjekokeiluissa on havaittu liikkumisohjeella olevan myönteisiä vaikutuksia liikunnan edistämisessä. Muun muassa Uudessa-Seelannissa (Swinburn 1998), Australiassa (Smith ym. 2000) sekä Yhdysvalloissa (esim. Calfas ym. 1996, 1997, Long ym. 1996) on tehty tutkimuksia kirjallisen liikuntaohjeen yhdistämisestä liikuntaneuvontaan.

Yhdysvalloissa 1990-luvulla tutkitulla PACE-menetelmällä (Physician-Based Assessment and Counseling for Exercise) on havaittu olevan merkittäviä myönteisiä vaikutuksia muun muassa päivittäisen energian kokonaiskulutukseen, sydän- ja verenkiertoelimistöön, kehonkoostumukseen sekä veren kolesterolipitoisuuteen (Smith ym. 2000, Proper ym. 2003). Menetelmässä kirjoitettu liikuntaohje yhdistetään liikuntaneuvontaan. Tarkoituksena on opastaa ja kannustaa terveydenhuollon asiakkaita omaksumaan tai ylläpitämään terveyttä edistäviä liikuntatottumuksia toteuttamiskelpoisilla ja taloudellisilla toimintatavoilla. Opastus kohdistuu erityisesti koettuun pystyvyyteen, sosiaaliseen tukeen ja liikunnan koettuihin esteisiin (Vuori 2002, 146–148).

Uusi-Seelantilaiseen Green Prescription -hankkeeseen liittyvässä tutkimuksessa

verrattiin yleislääkärin antaman pelkän suullisen liikuntaneuvonnan sekä suullisen liikuntaneuvonnan ja liikuntareseptin vaikutusta liikunnallisesti passiivisten asiakkaiden fyysiseen aktiivisuuteen. Lääkärit saivat koulutuksen liikuntaohjeen kirjoittamiseen. Lääkärit valitsivat tutkimukseen osallistuvat sillä perusteella ne potilaat, jotka heidän arvionsa mukaan hyötyisivät fyysisen aktiivisuuden lisäämisestä eniten ja jotka olivat valmiita lisäämään liikuntaa kuuden viikon ajan. Potilaat satunnaistettiin kahteen ryhmään, joista toinen ryhmä sai liikuntaneuvonnassa reseptin ja toinen ei. Tutkimuksessa havaittiin, että kirjallisen ohjeen yhdistäminen liikuntaneuvontaan osoittautui tehokkaammaksi tavaksi lisätä fyysistä aktiivisuutta kuin pelkkä liikuntaneuvonta. Kuitenkin myös pelkkää neuvontaa saaneiden ryhmässä fyysinen aktiivisuus lisääntyi (Swinburn 1998).

Australiassa Smith ym. (2000) tutkivat Active Practise -hankkeessa yleislääkärien antaman kirjallisen liikuntaohjeen vaikutusta potilaiden fyysiseen aktiivisuuteen. Osalle potilaista lähetettiin postitse myös liikuntaesite, joka oli kohdistettu muutosvaiheeseen liikunnan suhteen. 386 tutkimukseen osallistuvaa satunnaistettiin kahteen ryhmään, reseptin saavaan ja reseptin sekä liikuntaesitteen saavaan ryhmään. Näitä ryhmiä verrattiin kontrolliryhmään. Tutkimuksessa todettiin tehokkaimmaksi keinoksi edistää fyysistä aktiivisuutta liikuntaohjeen sekä kotiin lähetetyn liikuntaesitteen yhdistelmä. Myös liikuntareseptin saaneet ilmoittivat liikunnan lisääntyneen järjestelmällisesti, mutta tulokset eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä (Smith ym. 2000).

3.2.2 Liikkumisreseptin kehitys Suomessa

Suomessa liikkumisreseptin myönteinen merkitys liikunnan edistämisessä huomattiin jo 1990-luvulla, ja ajatus liikkumisreseptistä rantautui Suomeen 2000-luvulla. Lääkärin rooli on keskeinen liikuntaneuvonnan palveluketjun aloittamisessa. Lääkärin vastaanottoaika on kuitenkin rajallinen, minkä vuoksi reseptiä voidaan käyttää lähetteenä. Esimerkiksi työterveyshoitaja voi ohjata asiakkaan kunnan liikuntatoimen, yksityisen tai kolmannen sektorin tuottamiin liikuntapalveluihin, ja hoitajan tehtävänä

on huolehtia suunnitelman toteutumisesta ja muokkaamisesta (Toropainen ym. 2010).

Kirjallisten liikuntaohjeiden käytöstä saadut rohkaisevat tulokset käynnistivät Suomessa Liikkumisresepti-hankkeen. Hankkeen käynnistämisen takana oli myös tieto liian vähän terveytensä kannalta liikkuvista suomalaisista. Liikkumisresepti oli yhteistyöhanke, jonka taustalla olivat Suomen Reumaliitto, Suomen Sydänliitto, Suomen Lääkäriliitto, KKI-Ohjelma, Jyväskylän Yliopisto sekä UKK-instituutti. Hankkeen tavoitteena oli laatia lääkäreiden liikuntaneuvonnan avuksi reseptilomake sekä tuottaa sen käyttöä tukevaa koulutusta ja materiaalia jaettavaksi potilaille. Yhteistyöjärjestöjen tavoitteena oli myös parantaa potilaiden liikuntamahdollisuuksia lisäämällä ja monipuolistamalla terveydenhuollon ja liikuntatoimen yhteistyötä kunnissa (Miilunpalo & Aittasalo 2002, Ståhl 2004). Liikkumisresepti on ollut lääkärien saatavilla vuodesta 2002 lähtien (Holopainen & Ståhl 2004).

LIKES-tutkimuskeskus jatkoi liikkumisresepti ideaa ja aloitti KKI-hankkeen kanssa yhteistyössä Lahti liikkeelle -hankkeen, joka toimi vuosina 2006-2008. Hankkeen tavoitteena oli luoda toimintamalleja ja -tapoja terveystuonnan edistämiseksi. Hankkeessa kehitettiin potilastietojärjestelmään LIIKU-lähete eli liikkumisresepti lääkäreiden, terveydenhoitajien ja ravitsemusterapeuttien työvälineeksi. Lahden alueen terveysasemilla sekä kaupungin työterveyshuollolla oli mahdollisuus lähettää elintapasairauksien, kuten T2D:n, verenpaine- ja sepelvaltimotautien riskiryhmään kuuluvia tai jo sairastuneita potilaita LIIKU-lähetteellä kunnan liikuntatoimeen, jossa liikuntaneuvoja antoi asiakkaalle liikuntaenuvontaa. Neuvonnan tarkoituksena oli motivoida asiakasta liikkumaan ja räätälöidä asiakkaan tarpeisiin sopivat ja tavoitteiden mukaiset liikuntaohjeet. Liikuntaneuvoja myös ohjasi asiakasta yleisiin liikuntaryhmiin sekä omatoimisen liikunnan pariin. Eri liikuntaryhmiä järjestivät muun muassa urheiluseurat, kunnat ja yksityiset liikuntapalveluiden tuottajat (Maijala 2009).

3.2.3 Liikkumisreseptin arviointia

Holopainen & Ståhl (2004) tekivät liikkumisreseptin käyttöselvityksen tarkastellakseen sitä, millaisen vastaanoton liikkumisresepti kohdejoukossa oli saanut. Lisäksi he halusivat tutkia Liikkumisreseptin käyttöä ja kartoittaa Liikkumisreseptin ja siihen annettavan koulutuksen kehittämistarpeita. Kyselylomake lähetettiin Liikkumisresepti-koulutukseen vuosina 2002–2003 osallistuneille lääkäreille sekä niihin paikkoihin, joihin oli tilattu Liikkumisresepti-koulutus. Kyselyihin vastanneista lääkäreistä, hoitajista ja fysioterapeuteista oli osallistunut koulutukseen noin puolet kustakin vastanneiden ryhmästä.

Tutkimuksessa havaittiin, että koulutukseen osallistuneista lääkäreistä suurin osa oli keskustellut potilaidensa kanssa heidän liikkumistottumuksistaan ainakin hieman enemmän kuin ennen koulutusta. Koulutukseen osallistuneet lääkärit myös kysyivät potilaidensa liikkumistottumuksista koulutukseen osallistumattomia useammin. Kaksi kolmesta lääkäristä piti Liikkumisreseptiä hyvänä liikuntaneuvonnan työvälineenä. Liikkumisreseptin käytön etuina lääkärit pitivät reseptin konkreettisuutta, suullisen neuvonnan tehostumista sekä ohjauksen ja asioiden esille ottamisen helpottumista. Lisäksi se nähtiin myönteisenä tekijänä motivoitaessa asiakkaita liikkumaan. Suurimpana haittana lääkärit pitivät ajan ja rutiinin puutetta sekä perehtymättömyyttä asiaan, mitkä osaltaan vaikeuttivat reseptin käyttöä. Hoitajista reilu puolet piti Liikkumisreseptiä käyttökelpoisena liikuntaneuvonnan työvälineenä. Myös fysioterapeuttien mielestä Liikkumisreseptin käyttö lisäsi yhteistyötä lääkäreiden kanssa, ja he pitivät sitä hyvänä motivointikeinona potilaille. Toisaalta fysioterapeutit kritisoivat Liikkumisreseptiä sen lääkärikeskeisyydestä eikä liikkumisresepti tuonut heidän mielestään mitään uutta liikuntaneuvontaan fysioterapian kannalta (Holopainen & Ståhl 2004).

Niin väestö kuin lääkäritkin suhtautuivat myönteisesti Liikkumisreseptiin. Myönteistä oli, että hankkeen toteuttajat edustivat sekä liikunta- että terveyssektoria. Hankkeen ohjaus- ja johtoryhmän jäsenet olivat sitoutuneet hankkeen toteuttamiseen. Myönteistä oli myös se, että hankkeen toteuttajat edustivat eri toimialoja, ja mukana olivat niin kansalaisjärjestöt, ammattijärjestö kuin tutkimuslaitoksetkin. Hankkeen

arviointi paljasti kuitenkin myös sen, että paikallistason toimijat, kuten terveyskeskukset ja työterveyshuolto, eivät olleet täysin valmiita liikuntaneuvonnan lisäämiselle. Liikuntaneuvonnalle oli vaikea järjestää aikaa, vaikka halua olisikin ollut (Ståhl 2004).

Lahti liikkeelle -hankkeessa kohdattiin samankaltaisia hyötyjä ja haasteita. Hankkeen myötä palveluntarjoajien yhteistyö lisääntyi ja yksityisen palvelusektorin ja urheiluseurojen mukaan tuleminen hankkeeseen koettiin myönteisenä tekijänä. Hanke sai aikaan pysyvää toimintaa, edisti terveysliikuntaa ja ihmisten liikuntaaktiivisuus lisääntyi hankkeen myötä. Haasteeksi koettiin kuitenkin liikuntaneuvonnan pitkät jonot. Toimijat kokivat, että matalan kynnyksen liikuntaryhmiä ei eri sektorien mukaan tulon myötä siltikään ollut tarpeeksi. Asiantuntevista liikuntaneuvojista oli myös pula etenkin julkisen terveydenhuollon puolella. Yhteistyö kaupungin liikuntapalveluiden ja sosiaali- ja terveystoimen välillä koettiin ajoittain myös hankalaksi. Tämä johtui muun muassa siitä, että sosiaali- ja terveystoimi ei ollut omaksunut ennaltaehkäisevää toimintamallia eikä työntekijöiden tehtäväkuvia oltu muokattu tavoitteiden suuntaisesti (Maijala 2009).

Suikkasen ym. (2005) tutkimuksessa havaittiin, että vastuutahon löytäminen liikuntaneuvonnan antajaksi on vaikeaa. Vaikeaksi sen tekee erityisesti se, että terveydenhuolto kamppailee jatkuvasti liian vähäisten resurssien aiheuttamien ongelmien kanssa. Tämän vuoksi mikään taho ei ole innostunut ottamaan omalle vastuulle yhtään sen enempää kuin on pakko. Yhteistyöverkosto kuitenkin koettiin hyvänä käytäntönä. Liikuntaneuvonnan ja liikkumisreseptin toteuttamiseen kuitenkin toivottiin organisoituneempaa toteutusta. Keskeisiksi Liikkumisresepti kokeilun ongelmakohtiksi todettiin lääkärien innostuksen puute, näkemys erot liikuntaneuvonnan vastuutahosta, ajan puute sekä lääkärien tiedonpuute paikkakunnan liikkumismahdollisuuksista. Osa lääkäreistä olisi toivonut perusteellisempaa koulutusta erityisesti itse liikkumisreseptin kirjoittamisesta. Liikkumisreseptille koettiin kuitenkin tarvetta liikuntaneuvonnan tueksi (Suikkanen ym. 2005).

Liikuntasektorin ja terveydenhuollon välillä on toistaiseksi vain vähän yhteistyötä.

Yhdistettäessä palveluja saattaa ongelmaksi muodostua näiden kahden sektorin toimintaperiaatteiden erilaisuus. Näiden kahden sektorin välille kaivattaisiin kuitenkin toimivia yhteistyökäytäntöjä, jotta liikunnan merkitys terveyden edistäjänä saataisiin vahvemmin esille (Suikkanen ym. 2005). Vuoden 2012 aikana valmistuikin Liikkumisresepti käyttöön –opas tukemaan Liikkumisreseptin käyttöön ottoa. UKK-instituutin oppaan tarkoituksena on vahvistaa edellisten hankkeidenkin pohjalta välillä hankalaksikin koettua terveysterveyden ja liikunta-alan ammattilaisten välistä yhteistyötä. Opas pohjautuu Liikuntaneuvonnan kehittämishankkeeseen (LIREKE 2011-2012), joka toteutettiin neljässä eri Pirkanmaan kunnassa. Hankkeessa kehitettiin jälleen yksi mahdollinen toimintatapa Liikkumisreseptin käyttöön ottamiseksi.

3.3 Tutkimuskatsaus liikuntaneuvonnan vaikuttavuudesta

Tutkimuksemme tarkoituksena on tehdä ehdotuksia farmaseuttien liikuntaneuvontakoulutuksen käytännön toteuttamisesta. Jotta pystymme perustelemaan koulutuksen toteutusta, perehdymme tutkimustietoon erilaisista liikuntaneuvontainterventioista. Näin ollen yhtenä tutkimuksemme metodeista on tutkimuskatsaus, jolla pyrimme selvittämään sitä, millaiset liikuntaneuvonnan menetelmät on todettu vaikuttaviksi T2D:tä ja kohonnutta verenpainetta sairastavien osalta.

3.3.1 Katsauksen tutkimuskysymykset

Tässä tutkimuksessa käytämme liikunta- ja/tai ravitsemusneuvonnan vaikuttavuutta tarkastelevaa tutkimuskatsausta varsinaisen kirjallisuuskatsauksen lisänä. Tämän vuoksi päädyimme asettamaan valitsemillemme artikkeleille tutkimuskysymykset seuraavasti:

1. Mitä neuvontamenetelmiä tutkimuksissa käytettiin?
2. Mitä apuvälineitä neuvonnassa käytettiin varsinaisen neuvonnan tukena?
3. Ketkä toteuttivat neuvontaa?

4. Millaista koulutusta neuvontaa toteuttaville annettiin?
5. Millaisia vaikutuksia neuvonnalla oli fyysiseen aktiivisuuteen ja/tai ravitsemukseen?

3.3.2 Hakuprosessin kuvaus

Suoritimme lopullisen haun tutkimuskatsaukseen 19.3.2013. Käytimme kahta tieteellistä tietokantaa, jotka olivat SPORTDiscus ja PubMed Medline. Valitsimme kyseiset tietokannat, sillä olimme saaneet niiden käyttöön parhaimman opastuksen. Lisäksi koimme, että kyseiset tietokannat olivat palvelleet opintojemme aikaista tiedonhakuja kattavimmin. Hyväksyimme tietokannoista löytämiemme tutkimusartikkelien joukosta yhteensä viisi interventiotutkimusta, jotka vastasivat tutkimusongelmaamme parhaiten. Taustoitamme lyhyesti tutkimusartikkeleita kappaleessa 3.3.3, jonka jälkeen esitämme katsauksen tulokset tutkimuskysymysten valossa.

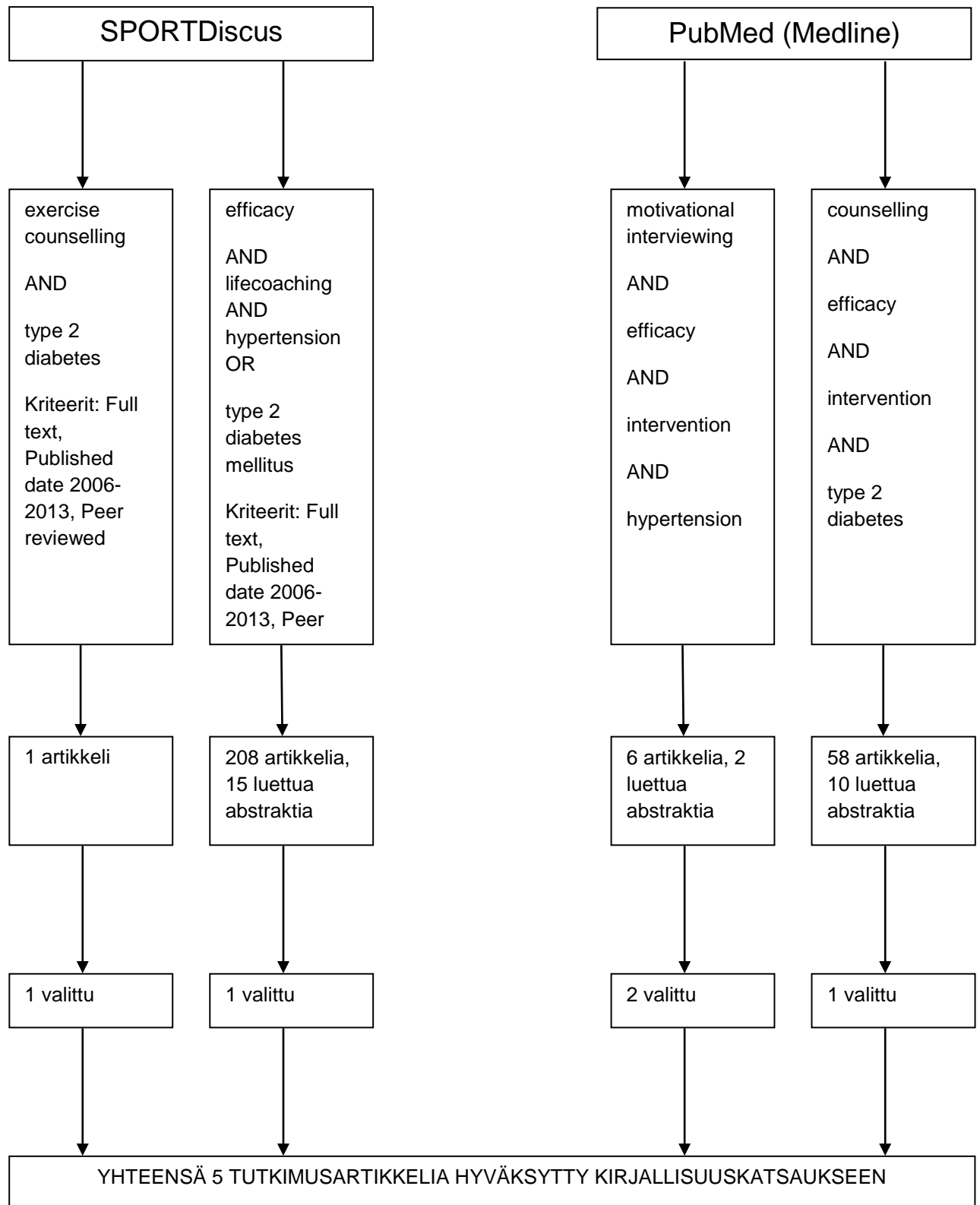
Systemaattinen haku saattaa tuottaa valtavan määrän otsikoita ja abstrakteja, ja monet niistä ovat epäolennaisia tutkimuksen kokonaiskuvaa ajatellen. Otsikot ja abstraktit läpikäymällä tutkija päättää sisäänottokriteerien mukaisesti, mitkä tutkimukset valitaan analysoitavaksi. Otsikko on harvoin tarpeeksi informatiivinen, minkä vuoksi abstrakti ja tämän jälkeen koko artikkeli on luettava, jotta voidaan varmistua artikkelin aiheen vastaavuudesta suhteessa asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Huomioitavaa on kuitenkin se, että artikkelien lukemisen jälkeenkin osa tutkimuksista voi pudota pois analyysistä (Pudas-Tähkä 2007).

Ehdottomaksi sisäänottokriteeriksi artikkeleille asetimme sen, että tutkimuksessa oli toteutettu jonkinlaista liikunta- ja/tai ravitsemusneuvontaa. Emme varsinaisesti etsineet RCT-tutkimuksia, mutta lopulta suurin osa valitsemistamme tutkimusartikkeleita oli toteutettu RCT-asetelmalla, mikä sinänsä lisää kyseisten tutkimusten ja sitä kautta myös meidän tutkielmamme luotettavuutta. Sivulla 33 olemme kuvanneet hakupuun suorittamistamme tietokantahauista (Kuva 2).

Päädyimme raportoimaan tutkimukseemme useita eri hakulausekkeita, sillä tietyt hakusanat yhteen tietokantaan eivät välttämättä tuottaneet samanlaisia tuloksia toisessa tietokannassa. Näin ollen jouduimme muokkaamaan ja vaihtamaan hakusanoja useaan otteeseen löytääksemme tutkimusongelmiimme parhaiten vastaavia tutkimusartikkeleita. Hakusanoja muotoillessamme halusimme löytää artikkeleita, joissa käsiteltäisiin nimenomaan erilaisia neuvontamenetelmiä. Niinpä päädyimme käyttämään hakusanoja "life coaching", "exercise counselling", "counselling" ja "motivational interviewing". Rajataksemme sairaudet T2D:hen ja verenpaineeseen käytimme hakusanoja "hypertension", "type 2 diabetes mellitus" ja "type 2 diabetes". Interventioita ja niiden tehokkuutta kuvaavia artikkeleita pyrimme löytämään asettamalla hakusanoiksi "intervention" ja "efficacy". Boolean operaattoria "OR" käytimme laajentaaksemme halutulosten määrää kun taas operaattorilla "AND" pyrimme pienentämään löytyneiden viitteiden määrää (Tähtinen 2007).

Suoritimme SPORTDiscukseen kaksi eri hakua. Ensimmäisen haun yksinkertaiseksi hakulausekkeeksi muodostui "exercise counselling AND type 2 diabetes". Rajoittaviksi tekijöiksi valitsimme "Full Text", "Published Date 2006–2013", ja "Peer Reviewed". Haku tuotti yhteensä yhden tutkimusartikkelin, jonka alustavasti hyväksyimme pelkän otsikon perusteella. Tutustuminen abstraktiin vahvisti valintaamme. Toisen haun lausekkeeksi muodostui "efficacy AND life coaching AND hypertension OR type 2 diabetes mellitus". Rajoittaviksi tekijöiksi valitsimme samat kuin ensimmäisessä haussa. Haku tuotti yhteensä 208 tutkimusartikkelia, joiden otsikoiden perusteella tarkastelimme 15 abstraktia. Abstraktien perusteella hyväksyimme yhden tutkimuksen tutkimuskatsaukseen.

Suoritimme PubMed Medlineen kaksi eri hakua. Ensimmäiseksi hakulausekkeeksi muodostui "motivational interviewing AND efficacy AND intervention AND hypertension". Haku tuotti yhteensä kuusi tutkimusartikkelia, joiden ensin otsikoiden ja sen jälkeen abstraktien perusteella valitsimme kaksi tutkimusta katsaukseen. Toiseksi hakulausekkeeksi muodostui "counselling AND efficacy AND intervention AND type 2 diabetes". Haku tuotti yhteensä 58 tutkimusartikkelia, joista valitsimme otsikon perusteella 10 lähempään tarkasteluun. Abstraktien perusteella hyväksyimme yhden artikkelin katsaukseen.



Kuva 2. Tutkimuskatsauksen hakupuu.

3.3.3 Taustaa tutkimusartikkeleille

Tutkimuskatsaukseen valitsemissamme viidessä tutkimusartikkelissa pyrittiin selvittämään erilaisten liikunta- ja/tai ravitsemusneuvontamenetelmien vaikuttavuutta T2D:tä ja/tai kohonnutta verenpainetta sairastavien henkilöiden liikunta-aktiivisuuteen ja ravitsemukseen. Kaikki tutkimukset olivat luonteeltaan interventiotutkimuksia, ja koehenkilöt olivat täysi-ikäisiä miehiä ja naisia. Otokoot vaihtelivat 31 ja 1629 koehenkilön välillä riippuen interventiossa käytetystä menetelmästä. Interventioiden kokonaiskestot vaihtelivat neljästä viikosta 18 kuukauteen siksi, että osa interventioista toteutettiin hyvin intensiivisenä lähijaksona ja osassa oli pitkiä seurantajaksoja.

Osassa tutkimuksista oli useita päämuuttujia, mutta käsittelemme tässä osiossa meidän tutkielmallemme olennaisimmat huomiot. Täten avaamme enimmäkseen fyysistä aktiivisuutta käsitteleviä tekijöitä. Sekä T2D:n että kohonneen verenpaineen hoidon yksi kulmakivistä onkin liikunnan ohella ravitsemus, minkä vuoksi hyväksyimme tarkastelun alle myös tutkimuksia, joissa liikuntaneuvonnan ohella suoritettiin ravitsemusneuvontaa. Tarkastelussamme liikuntaneuvonta on kuitenkin etusijalla. Seuraavassa avaamme tutkimusten neuvontamenetelmiä, toteutustapoja ja tuloksia asettamiemme tutkimuskysymysten valossa. Yksityiskohtaisemmat tulokset ja huomiot ovat luettavissa Taulukossa 1.

3.3.4 Tutkimuskatsauksen tulokset

Neuvontamenetelmät. Valitsemissamme tutkimusartikkeleissa liikuntaneuvonnan välineinä käytettiin useita eri menetelmiä. Yhdessä (Gucciardi ym. 2007) tutkimuksessa neuvontamenetelmänä käytettiin henkilökohtaista diabetesneuvontaa ja siihen yhdistettyä ryhmäohjausta, jonka ytimessä olivat didaktiset menetelmät kuten yhteisten tavoitteiden asettaminen, ongelmanratkaisutaitojen kehittäminen sekä erilaisten roolien kautta oppiminen. Yhdessä (Dyson ym. 2010) tutkimuksessa menetelmänä käytettiin puolestaan lyhyitä, informatiivisia videoita, joiden aiheina oli aikuisiän diabeetikon ravitsemus, fyysinen aktiivisuus ja painonhallinta. Sjölingin ym.

(2011) ja van Keulenin ym. (2011) tutkimuksissa menetelmänä oli motivoiva haastattelu sillä erotuksella, että ensimmäisessä haastattelut suoritettiin kasvotusten kun taas jälkimmäisessä haastattelut tehtiin puhelimitse. Sjölingin ym. (2011) tutkimuksessa motivoivan haastattelun rinnalla käytettiin kirjallista liikkumisreseptiä ja van Keulenin ym. (2011) tutkimuksessa liikuntaan ja ravitsemukseen keskittyvää kirjaneuvontaa. Yhdessä (White ym. 2012) tutkimuksessa neuvonnan menetelmänä oli intensiiviset, teoriaan perustuvat (Theory of Planned Behaviour, TPB) asiantuntijaluennot.

Neuvonnan apuvälineet. Osassa valitsemiamme tutkimuksia varsinaisen liikuntaneuvonnan tukena käytettiin erilaisia apuvälineitä. Yhdessä (Gucciardi ym. 2007) tutkimuksessa henkilökohtaisen neuvonnan työvälineinä käytettiin kirjallista materiaalia kun taas ryhmäneuvonnan työvälineinä käytettiin lehtiötauluja, kirjoitustauluja, erilaisia julisteita, aitoja ruoka-annoksia sekä kuminauhoja liikuntaharjoitteita varten. Yhdessä (Sjöling ym. 2011) tutkimuksessa varsinaisen neuvonnan tukena käytettiin kirjallista informaatiolehtistä lähiympäristön liikuntamahdollisuuksista sekä liikkumispäiväkirjaa, jota asiakkaan oli täytettävä. Whiten ym. (2012) tutkimuksessa neuvonnan apuna oli liikuntaan ja ravitsemukseen liittyvä kyselylomake sekä ennen interventiota että sen jälkeen. Dysonin ym. (2010) ja van Keulenin ym. (2011) tutkimuksissa käytettyjä apuvälineitä ei puolestaan mainittu lainkaan.

Neuvonnan toteuttajat. Liikunta- ja ravitsemusneuvonnan antajat vaihtelivat suuresti. Kahdessa (Gucciardi ym. 2007, Sjöling ym. 2011) tutkimuksessa henkilökohtaista neuvontaa antoi sairaanhoitaja. Lisäksi yhdessä (Gucciardi ym. 2007) tutkimuksessa sairaanhoitajan ohella neuvontaa antoi ravitsemusterapeutti. Ryhmäneuvontaa Gucciardin ym. (2007) tutkimuksessa antoivat sairaanhoitaja, ravitsemusterapeutti sekä fysioterapeutti. Yhdessä (van Keulen ym. 2011) tutkimuksessa motivoivia puhelinhaastatteluita suorittivat Maastrichtin yliopiston terveystieteiden ja psykologian maisteriopiskelijat. Whiten ym. (2012) tutkimuksessa neuvontaa luentojen muodossa toteuttivat diabetesasiantuntija sekä fysioterapeutti. Dysonin ym. (2010) tutkimuksessa neuvonnan antajia ei eritelty vaan videoilla kerrottiin esiintyvän terveydenhuollon ammattilaisia.

Neuvonnan toteuttajien kouluttaminen. Valisemissamme tutkimuksissa neuvonnan antajia oli koulutettu tehtäväänsä vaihtelevasti. Yhdessä (Sjöling ym. 2011) tutkimuksessa sairaanhoitaja oli koulutettu sekä Millerin ja Rollnickin kehittämän motivoivan haastattelun suorittamiseen että liikkumisreseptin ohjeistamiseen, mutta tarkkaa kuvausta koulutuksen kestosta tai sisällöstä ei raportoitu. Sen sijaan yhdessä (van Keulen ym. 2011) tutkimuksessa haastattelijat osallistuivat 18 tuntia (6 x 3h) kestävään koulutukseen motivoivan haastattelun suorittamisesta, minkä jälkeen heidän tuli suorittaa yksi hyväksytty puhelinhaastattelu edelleen Millerin ja Rollnickin kehittämän protokollan mukaisesti. Whiten ym. (2012) tutkimuksessa luentoja pitävät asiantuntijat oli koulutettu 1-2 päivää kestäväällä intensiivisellä koulutuksella, joka toteutettiin itse interventiossa käytettävällä interaktiivisiin asiantuntijaluentoihin perustuvalla menetelmällä. Kahdessa (Gucciardi ym. 2007, Dyson ym. 2010) tutkimuksessa ei puolestaan raportoitu neuvonnan antajien saamaa koulutusta lainkaan.

Neuvonnan vaikuttavuus. Tutkimusartikkeleiden tulosten mukaan neuvonnan eri menetelmillä on vaikutusta tarkasteltuihin muuttujiin, erityisesti fyysisen aktiivisuuden lisääntymiseen. Yhdessä (Gucciardi ym. 2007) tutkimuksessa henkilökohtaisen neuvonnan yhdistäminen ryhmäneuvontaan todettiin tehokkaaksi menetelmäksi ravitsemustekijöiden osalta. Kuitenkaan glykeemisen kontrollin osalta eroja ei todettu. Yhdessä (Dyson ym. 2010) tutkimuksessa videoneuvonnalla todettiin olevan tilastollisesti merkitsevä vaikutus diabetestietämyksen ja fyysisen aktiivisuuden lisääntymiseen mutta ei kehonkoostumuksellisiin tekijöihin kuten painoon ja BMI:hin. Kahdessa tutkimuksessa motivoiva haastattelu yhdistettynä liikkumisreseptiin (Sjöling ym. 2011) ja kirjaneuvontaan (van Keulen ym. 2011) lisäsi tilastollisesti merkitsevästi fyysistä aktiivisuutta henkilöillä, joilla on kohonnut verenpaine. Lisäksi motivoiva haastattelu yhdistettynä liikkumisreseptiin laski sekä diastolista että systolista verenpainetta henkilöillä, joilla on kohonnut verenpaine (Sjöling ym. 2011). Whiten ym. (2012) mukaan suunnitellun käyttäytymisen teoriaan perustuvilla keskustelevilla asiantuntijaluennoilla saadaan aikaiseksi ennalta suunniteltua käyttäytymistä, joka voi johtaa fyysisen aktiivisuuden lisääntymiseen henkilöillä, joilla on T2D ja/tai sydän-

ja verisuonitauti. Sen sijaan ravitsemuksellisiin tekijöihin Whiten ym. (2012) tutkimuksessa ei löydetty yhteyttä.

Yhteenveto. Tutkimusartikkeleissa neuvontamenetelminä käytettiin enimmäkseen henkilökohtaisia neuvontamenetelmiä (kolme tutkimusta). Kahdessa tutkimuksessa neuvonta oli puolestaan ryhmäkohtaista. Kaikissa viidessä tutkimuksessa neuvontamenetelmien raportointi oli kattavaa, kun puolestaan apuvälineiden käyttö ja niiden raportointi oli vaihtelevaa. Neuvonnan toteuttajina oli eri terveydenhuollon ammattiryhmien edustajia kuten sairaanhoitajia, ravitsemusterapeutteja sekä fysioterapeutteja. Poikkeuksena oli van Keulenin ym. (2011) tutkimus, jossa motivoivia haastatteluita suorittivat terveystieteiden ja psykologian laitoksen opiskelijat. Vain kahdessa tutkimuksessa raportoitiin neuvonnan antajien saamasta koulutuksen määrästä ja sisällöstä. Tutkimusten tulosten mukaan fyysisen aktiivisuuden lisäämiseen tähtäävä neuvonta on vaikuttavaa, toteutettiin neuvonta sitten henkilökohtaisesti tai ryhmässä. Ravitsemuksellisten tekijöiden osalta neuvonnalla ei saatu aikaan yhtä vaikuttavia tuloksia.

Taulukko 1. Kirjallisuushaun tuottamien tutkimusartikkeleiden kuvaus

Tutkimus	Otos	Interventio	Päämuuttujat	Päätulokset
Gucciardi ym. 2007	N = 61 kanadanportugalilaisia 47–68 –vuotiaita tyypin 2 diabeetikoita	- kesto 3kk - interventioryhmä (N=25) henkilökohtaista+ ryhmäohjausta (3pv/vko) - kontrolliryhmä (N=36) henkilökohtainen diabetesneuvonta	- ravitsemus- ohjeiden noudattaminen - glykeeminen kontrolli	Muutokset interventioryhmän muuttujissa olivat suurempia kuin kontrolliryhmässä glykeemista kontrollia lukuun ottamatta
van Keulen ym. 2011 (RCT)	N = 1629 45–70 –vuotiaita hollantilaisia, joista noin 50 %:lla diagnosoitu kohonnut verenpaine	- kesto 18 kk - kirjeryhmä - motivoiva puhelinhaastattelu - kirje + motivoiva puhelinhaastattelu, kontrolliryhmä	- itse raportoitu fyysinen aktiivisuus - itse raportoitu hedelmien ja vihannesten kulutus	Fyysinen aktiivisuus sekä hedelmien ja vihannesten kulutus lisääntyi yhtä paljon kaikissa interventioryhmissä
Sjöling ym. 2011	N = 31 43–71 –vuotiaita lievää tai kohtalaista verenpainetta sairastavia ruotsalaisia	- kesto 15 kk - motivoiva haastattelu + liikumisresepti	- fyysinen aktiivisuus - verenpaine - BMI	Motivoivan haastattelun ja liikkumisreseptin yhdistäminen lisäsi vapaa- ajan fyysistä aktiivisuutta ja alensi verenpainetta.
White ym. 2012 (RCT)	N =183 52–70 –vuotiaita tyypin 2 diabetesta ja/tai sydän- ja verisuonitautia sairastavia australialaisia	- kesto 4 viikkoa - kyselylomakkeet - interventioryhmä (2h/vko keskustelevia asiantuntijaluentoja) - kontrolliryhmä (mahdollisuus osallistua luennoille, mikäli kyselylomakkeet täytetty ja palautettu)	- aikomus sitoutua interventioon - asenne - oman liikunta- käyttäytymisen kontrollointi - ravitsemuksen ja fyysisen aktiivisuuden suunnittelu - ruokailu- ja liikunta	Interventioryhmällä ollut merkittävä vaikutus erityisesti fyysisen aktiivisuuden lisääntymiseen suunnitellun käyttäytymisen kautta Suunnitellun käyttäytymisen teorialla voi lisätä fyysistä aktiivisuutta tyypin 2 diabetes- tai sydän- ja verisuonitautipotilailla

käyttäytyminen				
Dyson ym. 2010 (RCT)	N =42 52–70- vuotiaita hiljattain diagnosoituja tyypin 2 diabetespotilaita	- kesto 6 kk - videoryhmä - kontrolliryhmä	- tiedon taso - askeleita /pvä - paino - BMI - kolesteroli	Interventioryhmän tiedon taso ja fyysinen aktiivisuus lisääntyi tilastollisesti merkitsevästi Ei merkittävää muutosta painossa, BMI:ssä tai kolesterolarvoissa

4 TUTKIMUSMENETELMÄT

4.1 Taustaa tutkimukselle

Tutkielmamme on tehty laadullisin menetelmin. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään kuvaamaan tutkimuskohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti sekä löytämään tosiasioita, jotka kuvaavat todellista elämää. Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on ihminen, hänen elämänpiirinsä ja niihin liittyvät merkitykset. Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa kerätään moninaisin menetelmin kuten videoimalla, haastattelemalla ja havainnoimalla kohdetta (Hirsjärvi & Hurme 2004, 152). Meidän tutkielmassamme lähtökohtana ovat 10 farmaseutin asenteet ja valmiudet sekä työn merkityksellisyyden kokeminen liikuntaneuvonnan kontekstissa.

Yhteneväisen taustamme pohjalta oli luontevaa tehdä opinnäytetyö yhdessä. Pääsimme mukaan mielenkiintoiseen LA-tutkimusprojektiin, jossa työskentelevien henkilöiden kanssa pohdimme tutkielmamme aihetta päätyen tekemään tutkimusta käsillä olevasta ilmiöstä. Farmaseuttien asenteet ja ammattitaito ovat tärkeässä osassa LA -projektin onnistumisen kannalta. Tutkittavalla ilmiöllä on merkitystä projektin kokonaiskuvaa ajatellen, minkä vuoksi sen tekeminen tuntui meistä merkitykselliseltä.

4.2 Tutkimuskysymykset

Tutkielman avulla halusimme selvittää millaiset lähtökohdat haastattelemillamme farmaseuteilla on liikuntaneuvonnan antamiseen. Erityisesti olimme kiinnostuneita heidän koetusta osaamisestaan ja lisäkoulutustarpeistaan liikuntaneuvonnassa. Valmiuksien lisäksi halusimme tarkastella farmaseuttien asenteita liikuntaneuvontaa kohtaan. Koimme mielenkiintoiseksi myös selvittää millaisia ennakkokäsityksiä haastateltavilla on liikkumisreseptistä liikuntaneuvonnan työvälineenä.

Edellä olevien perusteluiden pohjalta olemme tiivistäneet tutkimusongelmamme seuraaviin kysymyksiin:

1. Millaisia asenteita farmaseuteilla on liikuntaneuvontaa ja liikkumisreseptiä kohtaan?
2. Kuinka farmaseutit kokevat omat valmiutensa antaa liikuntaneuvontaa?
3. Millaisia näkemyksiä farmaseuteilla on tulevan liikuntaneuvontakoulutuksen sisällöstä ja millaista lisäkoulutusta he kokevat tarvitsevansa liikuntaneuvontaan?

4.3 Aineiston keruu

4.3.1 Tutkimushenkilöiden valinta

Kokosimme tutkimushenkilöt eli farmaseutit kolmesta apteekista, joista kaksi sijaitsee Keski-Suomessa ja yksi Länsi-Suomessa. Haastatteluiden kokonaismääräksi muodostui kymmenen haastattelua, joista viisi tapahtui Keski-Suomessa sijaitsevissa apteekeissa ja loput viisi Länsi-Suomessa sijaitsevassa apteekissa. Yksi LA-projektin tutkijoista suoritti esitiedustelut apteekkeihin, jonka jälkeen lähestyimme apteekkareita sähköpostitse koskien sopivaa haastatteluajankohtaa ja saatavissa olevien haastateltavien määrää. Länsi-Suomessa sijaitsevan apteekin haastattelut suoritimme 25.–26.10.2012. Keski-Suomessa sijaitsevien apteekkien haastattelut puolestaan teimme 1.11.2012 ja 13.12.2012.

Apteekkarit suorittivat haastateltavien farmaseuttien valinnan lähinnä sen perusteella, ketkä olivat vapaaehtoisia osallistumaan. Toisessa Keski-Suomessa sijaitsevassa apteekissa apteekkari suoritti valinnan farmaseuttien valmistumisajankohdan perusteella. Kyseisestä apteekista saimme haastateltaviksi siten kolme eri aikaan valmistunutta farmaseuttia, mikä sinänsä oli erittäin antoisaa aineistomme kattavuutta ajatellen. Tiesimme kunkin apteekin kohdalla vasta paikan päällä, ketkä

tulisivat olemaan haastateltavinamme. Näin vältimme omien ennakkokäsitysten muodostamisen haastateltavista. Emme myöskään lähettäneet haastattelurunkoa haastateltaville etukäteen, sillä halusimme, että farmaseutit olisivat vastauksissaan mahdollisimman spontaaneja ja aitoja. Haastateltavat allekirjoittivat suostumuslomakkeen (Liite 1), josta käy ilmi heidän vapaaehtoisuutensa tutkimukseen osallistumiseen. Lisäksi kävimme suostumuslomakkeen läpi vielä suullisesti haastateltavien kanssa.

Kahdessa ensimmäisessä apteekissa meille järjestettiin rauhallinen tila, jossa pystyimme suorittamaan haastattelut häiriöttä. Kolmannessa apteekissa meille ei järjestynyt omaa tilaa, joten menimme läheiseen kahvilaan. Ennako-oletuksemme oli, että kahvilaympäristö olisi vaikea haastatteluiden tekemiselle, sillä haastateltavat eivät välttämättä rohkenisi kertoa kaikkia ajatuksiaan julkisella paikalla. Lisäksi olimme hieman huolissamme taustahälinästä, joka saattaisi vaikeuttaa litterointia. Huomasimme kuitenkin, että kenties juuri ympärillä oleva hälinä helpotti haastateltavia rentoutumaan, sillä emme huomanneet poikkeuksellista varautuneisuutta haastattelutilanteissa. Lisäksi laadukas nauhurimme mahdollisti sen, että litterointi sujui erinomaisesti taustamelusta huolimatta. Haastattelut olivat kestoiltaan 25–90 minuuttia, joten vaihtelu oli suurta. Haastateltavista pystyi aistimaan sen, kuinka innostuneita he olivat aiheestamme, mikä heijastui lähes suoraan haastattelun keston.

4.3.2 Teemahaastattelu

Tämän tutkielman aineiston keruu tapahtui teemahaastatteluin. Teemahaastattelua vievät eteenpäin ennalta valitut teemat, jotka kuvaavat tutkimuksen kohteena olevia ilmiöitä (Hirsjärvi & Hurme 1995, 41). Aihepiirit ja teema-alueet olivat tutkielmassamme ennalta suunniteltuja ja kaikille haastateltaville samat, mutta haastattelutilanteessa kysymysten muotoilu ja järjestys vaihtelivat (Hirsjärvi & Hurme 2000, 48, Hirsjärvi ym. 2004, 195). Teemahaastattelulle onkin tyypillistä, ettei keskustelu etene loogisesti haastattelurungon mukaisesti, vaan keskustelun aikana voidaan esimerkiksi palata käsittelemään aikaisempaan teema-alueeseen kuuluvaa ilmiötä (Eskola 2001, 143). Lisäksi tutkijan esittämien kysymysten tulee jäädä riittävän väljiksi, jotta keskustelulla olisi mahdollisuus jatkua ja syventyä niin, että haastattelusta saataisiin mahdollisimman spesifiä informaatiota analyysiä varten (Hirsjärvi & Hurme 1995, 42).

Esitimmeikin teemojemme pohjalta tarkentavia kysymyksiä ja lisäkommentteja ennakoimattomasti, jolla pyrimme syventämään teemoissa käsiteltäviä asioita, löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkielman tarkoituksen mukaisesti ja luomaan vuorovaikutuksellista, turvallista ilmapiiriä. Teemoissa edetään ikään kuin suppilotekniikalla eli siirrytään laajoista kysymyksistä täsmällisempiin ja rajatumpiin (Hirsjärvi & Hurme 2000, 107). Voidaankin sanoa, että tutkielman aineiston teemahaastattelun luonne lähentelee avoimuudessaan puolistrukturoitua haastattelua, sillä teemat ovat kaikille samat, mutta kysymysten asettelu vaihtelee (Hirsjärvi & Hurme 2000, 47, Tuomi & Sarajärvi 2009, 66, 75–76).

Haastattelurunko (Liite 2) on laadittu kuuden eri teeman varaan. Teemoiksi muodostuivat farmaseuttien oma liikuntakäyttäytyminen, toteutettu liikuntaneuvonta, farmaseuttien kokema ammattipätevyys, elintapasairaudet, liikkumisresepti ja liikuntaneuvonnan täydennyskoulutus. Teemat ovat yksityiskohtaisempia kuin tutkimusongelmat ja ne mukailevat niitä alueita, joihin haastattelukysymykset varsinaisesti kohdistuvat. Haastattelutilanteessa haastattelurunko toimi muistilistana ja keskustelua ohjaavana kiintopisteenä. Teemojen alle on kerätty tarkentavia kysymyksiä ja kyseiseen teemaan sisältyviä aihealueita (Hirsjärvi & Hurme 2000, 66).

Haastatteluiden määrää on vaikea arvioida etukäteen, sillä aineiston kylläntymispiste eli saturaatiotaso vaihtelee. Aineiston keruun voi lopettaa, kun haastatteluista ei enää nouse esiin uutta informaatiota. Niinpä aineiston määrä kvalitatiivisessa tutkimuksessa on tapauskohtainen, ja vastauksia tarvitaan juuri sen verran kuin tutkimuskysymyksiin vastaamisen kannalta on välttämätöntä (Eskola & Suoranta 2008, 62-63). Tutkimuksessamme aineiston saturaatiopiste selvisi suhteellisen aikaisessa vaiheessa, ja viimeiset haastattelut vain vahvistivat niitä tuloksia, joita olimme ensimmäisten haastatteluiden aikana saaneet. Kaavailimme alun perin haastatteluiden määräksi kaikkea väliltä 5-15, ja 10 haastattelua tuntui olevan sopiva määrä, jolloin saturaatiopiste saavutettiin. Olimme myös valmiita lisäämään haastatteluiden määrää, mikäli aineistosta olisi vielä viime hetkillä nousut esiin tutkimuksen kannalta tärkeitä ilmiöitä.

4.4 Aineiston analyysi

Sisällönanalyysi on analyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikenlaisessa laadullisessa tutkimuksessa. Sisällönanalyysillä pyritään saamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä muodossa. Analyysi ei kuitenkaan pääty sisällön analysointiin, vaan menetelmän avulla aineisto saadaan järjestetyksi johtopäätösten tekemistä varten. Sisällönanalyysi voidaan jakaa myös aineistolähtöiseen, teoriasidonnaiseen ja teorialähtöiseen analyysiin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95, 105). Tämän tutkielman analyysi on toteutettu aineistolähtöisen analyysin periaatteiden mukaisesti. Aineistolähtöisessä analyysissä se, miten tutkittava ilmiö käsitteenä määritellään, on vapaata suhteessa teoriaosan jo tiedettyyn tietoon tutkittavasta ilmiöstä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 98).

Haastatteluaineisto litteroitiin tietokoneelle kokonaisuudessaan loppusyksystä 2012. Pyrkimyksenä oli litteroida aineisto sanasta sanaan. Olemme kuitenkin jättäneet litteroimatta pääosin tauot, huokaukset ja muut kielelliset seikat, joilla ei ole tämän tutkimuksen kannalta merkitystä. Aineistoa litteroitaessa pääsimme alustavasti tutustumaan aineistoon rauhassa ensimmäistä kertaa.

Aineistolähtöisessä analyysissä luodaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus (Tuomi & Sarajärvi 2009,109). Tässä tutkielmassa aineiston analysointi aloitettiin teemoittelemalla haastattelut. Käytännössä litteroinnit tulostettiin ja haastattelut jaettiin alkuperäisten, alustavien teemojen pohjalta kirjekuoriin. Tämän jälkeen aineistoa luettiin teema kerrallaan. Tekstiä alleviivattiin pyrkimyksenä alustavasti analysoida tutkielman kannalta merkittäviä alkuperäisilmauksia ja rajaamaan tutkielman kannalta epäolennaisuuksia pois (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109).

Alleviivauksen jälkeen alkuperäisilmaukset taulukoitiin teemojen mukaisesti. Taulukoinnin tässä vaiheessa käytettiin värikoodeja haastateltavien erottelemiseksi ja tulkintojen tekemisen selventämiseksi. Pyrkimyksenä oli erottaa fontin värin perusteella haastateltavat toisistaan. Lopullisessa tutkimusraportissa värit on poistettu haastateltavien identiteetin suojelemiseksi. Analyysiyksikkönä on käytetty lauseen osia, lausetta tai paikoitellen jopa useampaa lausetta ajatuskokonaisuuden hahmottamiseksi. Sisällönanalyysin periaatteen mukaisesti aineisto on pyritty järjestämään tiiviiseen ja selkeään muotoon taulukoinnin avulla (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108, 110). Esimerkki tekemästämme taulukoinnista (taulukko 2) löytyy tämän analyysin avaamisen päätteeksi. Taulukko on tiivistetty versio liikuntaneuvonnasta apteekeista. Taulukon tarkoituksena on antaa kuva taulukoinnin käytännön toteuttamisesta. Kaikkinensa alaluokkia aineistostamme nousi yhteensä 84 ja yläluokkia 34. Aineistosta nousseet yläluokat löytyvät tutkielman liitteistä (Liite 3).

Aineistolähtöinen analyysi on kolmivaiheinen prosessi. Prosessin analysoinnin ensimmäinen vaihe on redusointi eli pelkistäminen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111). Alkuperäisilmaukset pelkistettiin ja ryhmiteltiin yksittäisiksi ilmaisuiksi (Taulukko 2). Alkuperäiset haastattelurungossa käytetyt teemat hajoitettiin ja järjestettiin uuden tulkinnan mukaisesti pääteemojen alaisuuteen. Tällä tavoin aineistoa koottiin uudestaan loogiseksi kokonaisuudeksi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 101, 108). Samantapaiset alkuperäisilmaukset yhdistettiin samaan pelkistykseen aineiston tiivistämiseksi, selkeyttämiseksi ja haastateltavien yksityisyyden suojaamiseksi.

Redusoinnin jälkeen seuraava vaihe on klusterointi eli ryhmittely. Klusteroinnilla pelkistetyt vastaukset ryhmitellään esimerkiksi tutkittavan ilmiön ominaisuuden, piirteen tai käsityksen mukaan. Klusteroinnin avulla voidaan aineistosta etsiä samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia (Tuomi & Sarajärvi 2009, 112-3). Käytännössä pelkistykset ryhmiteltiin eri alaluokkien alle (Taulukko 2). Luokittamisessa jäsennettiin tutkittavaa ilmiötä ja vertailtiin aineiston eri osia toisiinsa. Luokittelun avulla nimesimme aineistomassasta tärkeitä ja keskeisiä piirteitä (Hirsjärvi & Hurme 2000, 147).

Aineiston klusteroinnin jälkeen aineiston analyysiä seuraa abstrahointi eli käsitteellistäminen. Tämän avulla erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Käsitteellistämistä jatketaan yhdistelemällä niin pitkälle kuin se on aineiston sisällön näkökulmasta mahdollista (Tuomi & Sarajärvi 2009, 114). Tässä tutkielmassa aineistoa on taulukoinnissa tiivistetty kolme kertaa (esimerkki taulukko 2). Alaluokkien jälkeen alaluokille määriteltiin yläluokat, jotka edelleen suhteutuvat haastattelurungossa käytettyihin teemoihin (Liite 2).

Taulukoinnin jälkeen tulokset kirjoitettiin taulukoista auki yläluokista kohti pelkistys- ja alkuperäisilmauksia eli laajemmasta kokonaisuudesta aina yksityiskohtaisempaan tietoon. Auki kirjoitetuista tuloksista aloitimme varsinaisen tulosten analysoinnin ja analyysin kirjoittamisen. Analyysin pohjalta teimme johtopäätöksiä ja ehdotuksia LA-projektin alaisuuteen kuuluvaan farmaseuttien liikuntaneuvontakoulutuksen käytännön toteuttamiseen.

Taulukko 2. Esimerkki taulukoinnista.

Alkuperäisilmaus	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka
"Täytyy sanoa että aika vähän." "No että täytyy kyl myöntää et en kyl kauheesti nyt oo antanu —"	Liikuntaneuvonta on vähäistä	Liikunta-neuvonnan antamisen useus	Farmaseuttien antama liikuntaneuvonta
"No varmaan joka kuukausi tulee keskusteltua kyllä mut ei voi sanoa et joka viikko—" "— kuukausittain suunnilleen."	Liikuntaneuvonta kuukausittaista		
" – voi olla muutaman kerran vuodessa." "-- ne on ihan satunnaisia kertoja	liikuntaneuvonta satunnaista		
"No se on yleensä semmosta yleisneuvontaa—" "—ei välttämättä ehkä vois niinku konkreettisia vinkkejä enemmän antaa —"	Liikunta-neuvontaa hyvin yleisellä tasolla	Liikunta-neuvonnan sisältö	
" – semmosta kannustamista lähinnä." "--et ehkä se on ollu enemmän semmosta kannustavaa—"	Kannustaminen liikuntaan		Farmaseuttien antaman liikunta-neuvonnan tilannesidonnaisuus ja haasteet
"--lähinnä semmosta et sit voi miettiä et mikä laji vois asiakkaalle sopii—" "--et niinku löytää semmonen oma juttu sen liikunnan kautta—omien niinku kiinnostusten mukaan —"	Sopivan lajin löytäminen asiakkaalle		
"—ei nyt joka asiakkaalle pysty tuputtaa sellasta tietoa et huomaa heti ettei oo kiinnostunu—" "-- en halua ainakaan et tuputetaan ihmisille sitä et väkisin—"	Välttää liiallista liikunnan tuputtamista	Asiakkaan tulkitseminen liikuntaneuvonta-tilanteessa	
"—mä yritän lukea niitä asiakkaita et onko se niinku valmis ottamaan mitään vastaan—" "-- ettei jos joku vaiks on hirveesti ylipainonen ettei rupee siin puhumaan siin lenkkeilystä jotai tai se on vähä semmonen itsesuojeluvaisto kuitenkin."	Liikunta-neuvontaa asiakkaan asenteen ja tilanteen mukaan		
"--niin siinä se helposti jää ainaki jos on vähä kiire –" "—ja tietenki sitte kans työtilanne jos on kauhee kiire."	Kiire rajoittaa liikunta-neuvonnan antamista	Liikunta-neuvonnan koetut haasteet	
"—periaattees ihan hyvä juttu mut kyl tää niinku apteekkiympäristö ehkä vähän kuitenkin sil kuitenkin hankala ku ei asiakkaat odota et tääl hirveesti puhuttas liikunnasta—"	Asiakkaat ei odota saavansa liikuntaneuvontaa		
"—jos siihen ois semmoset et miten niin osais neuvoo niinku luontevasti niin miksei, kyllä se ois ihan hyvä juttu."	Tiedon puute		

5 TULOKSET

5.1 Liikuntaneuvonnan antaminen organisoimatonta ja satunnaista

Liikuntaneuvonnan antaminen apteekeissa oli niin liikunnallisesti passiivisilla kuin aktiivisillakin farmaseuteilla vähäistä. Farmaseuttien antaman liikuntaneuvonnan sisältö käsitteli liikuntaa hyvin yleisellä tasolla niin, että asiakkaan kanssa pyrittiin löytämään kuntoilulaji ja/tai paikallinen liikuntapaikka, jossa liikuntaa olisi mielekästä harrastaa. Liikuntaneuvonnasta puuttui kuitenkin usein konkreettiset neuvot siitä, miten asiakkaan tulisi liikkua. Liikuntaneuvonta oli enemmänkin kannustamista ja asiakkaan herättelyä hyötyliikunnan lisäämiseen sekä liikunnalliseen elämäntapaan.

Vain pienellä osalla haastatelluista oli selkeä käsitys oman paikkakuntansa mahdollistamista liikuntapalveluista. Suurella osalla ei ollut käsitystä siitä, mitä yksityisiä, julkisia tai urheiluseurojen tarjoamia liikuntapalveluita oma paikkakunta mahdollistaa. Suurimmaksi osaksi farmaseutit ohjasivat asiakkaitaan julkisten liikuntapalveluiden kuten uimahallin, kuntosalin ja kansalaisopiston tarjoamien kurssien pariin. Tyypillistä oli myös se, ettei asiakkaita kirjaimellisesti ohjattu apteekista mihinkään tiettyyn liikuntapalveluun, vaan asiakkaille annettiin esitteitä, joista he saivat itse etsiä mieleisen vaihtoehdon.

Haastatellut farmaseutit kertoivat harvemmin käyttävänsä mitään työvälineitä tai materiaalia antaessaan liikuntaneuvontaa. Eniten farmaseutit hyödynsivät Kunnossa Kaiken Ikää –esitteitä sekä paikkakunnan liikuntapalveluvihkosta. Lisäksi internetsivustoista Käypähoito-suositukset olivat osalla farmaseuteista tiedossa, mutta niiden hyödyntäminen liikuntaneuvonnassa oli satunnaista. Verenpainemittarit olivat joidenkin farmaseuttien mukaan jokapäiväisessä käytössä, mutta mittauksia suoritettaisiin vain, jos asiakas sitä erikseen pyytäisi. Farmaseutit kertoivat, että liikunnallisia teemapäiviä vietetään noin kerran vuodessa, ja ne pitävät sisällään kehonkoostumus-, verensokeri- ja kolesterolimittauksia sekä kävelytestejä.

5.2 Oma rooli liikuntaneuvojana koetaan ristiriitaisena

Liikunta farmaseuttien elämässä jakautui puoliksi liikunnallisesti aktiivisiin ja ei-aktiivisiin. Farmaseutit, jotka eivät kokeneet liikunnalla olevan suurta merkitystä elämässään, eivät myöskään liikkuneet liikuntasuositusten mukaista vähimmäismäärää. Osalla farmaseuteista oli liikunnallinen tausta, mutta liikunta oli aikuisiällä jäänyt. Liikunnan harrastamattomuuteen vaikuttivat muun muassa perheen ja arjen pyörittämiseen kuluva aika ja ajan yleinen puute. Lisäksi vuorotyöllä ja pitkällä työmatkalla oli vaikutusta liikunnan harrastamattomuuteen. Osa farmaseuteista koki perheen kuitenkin myös liikuntaa lisäävänä tekijänä. Lasten kautta osallistuttiin erilaisiin harrastustoimintoihin ja talkotoimintaan. Farmaseutit, jotka kokivat liikunnan tärkeäksi osaksi elämää, liikkuvat myös ainakin liikuntasuositusten mukaisen vähimmäismäärän. Nämä farmaseutit myös kokivat liikunnalla olevan merkitystä fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin tiedostaen sen, että liikunnalla on myönteisiä vaikutuksia muun muassa arjessa jaksamiseen, terveyteen, unen laatuun, mielialaan sekä stressinhallintaan.

”Mä nukun hirveen paljo paremmin, mul ei oo enää yhtään univaikeuksia – mieliala on parantunu huomattavasti enkä enää stressaa asioista niin helposti et on vaikuttanu monella tapaa myönteisesti kyllä.”

Farmaseuttien asenteet yleensä liikuntaa kohtaan olivat myönteisiä. He tiedostivat liikunnan merkityksen sairauksien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa sekä ymmärsivät lääkkeiden käytön vähenemisen vaikutukset sekä yksilöllisellä että yhteiskunnallisella tasolla. Noin puolella haastatelluista olikin myönteinen suhtautuminen annettavaan liikuntaneuvontaan. Syiksi mainittiin muun muassa omat positiiviset kokemukset liikunnasta sekä asiakkaan motivoinnin miellyttävyys. Lisäksi liikuntaneuvonnalla koettiin olevan suuri merkitys asiakkaan kannustamisessa ja tukemisessa liikunnallisen elämäntavan omaksumiseen. Suuri osa haastatelluista farmaseuteista kuitenkin kyseenalaisti antamansa liikuntaneuvonnan merkityksellisyyden. He kokivat, ettei heidän antamastaan liikuntaneuvonnasta ole välttämättä hyötyä asiakkaalle. Kielteisesti liikuntaneuvontaan suhtautuvat kokivat myös, että farmaseuteilla on jo liikaa rooleja eikä heillä ole riittävästi koulutusta liikuntaneuvonnan antamiseen.

”No kyl mä nään et meil ois tässä aika iso rooli -- monestihan ne tulee tänne pienten ongelmien kanssa ennen ku menee lääkäriin -- kyl me pystytään varmaan aika paljon vaikuttamaan niihin ihmisten mielipiteisiin ja asenteisiin.”

”—no välillä tuntuu et onks siinä mitään roolia... väliä et mitä tässä nyt sanoo niille et meneeks se mihinkään perille—”

Farmaseuttien kokema tuen saaminen liikuntaneuvontaan kohdistui esimieheltä saatuun tukeen. He kokivat tarvitsevansa tukea liikuntaneuvonnan antamiseen, mutta osa farmaseuteista ei kokenut saaneensa sitä riittävästi. Osa koki, etteivät he olleet saaneet tukea käytännön tilanteisiin, osa puolestaan kertoi saadun tuen olleen satunnaisten infojen varassa. Farmaseutit, jotka kokivat saaneensa tukea esimieheltään, erittelivät tuen muodoiksi koulutuksiin kannustamisen, liikunnalliseen elämäntapaan kannustamisen liikuntaseteleiden avulla sekä työpaikalla vallitsevan liikuntamyönteisen ilmapiirin. Lisäksi liikuntavastaavan läsnäolo koettiin myönteiseksi tekijäksi. Farmaseutit toivoivat esimieheltä lisää tukea mahdollistamalla pääsyn tietopohjaa kehittäviin koulutuksiin. Myös liikunnan puheeksi ottamiseen asiakastilanteessa kaivattiin tukea. Lisäksi esiin nousi huoli siitä, ettei tekemästä työstä saanut tarpeeksi arvostusta.

”—ettei se vaan oo omalla vastuulla et jos mä nyt teen niin se on ihan ok ja jos mä en tee niin kukaan ei huomaa mitään.”

Apteekin roolin liikuntaneuvonnassa farmaseutit kokivat ristiriitaiseksi. Toisaalta apteekilla koettiin olevan potentiaalia saavuttaa ne ihmiset, jotka todella tarvitsevat apua liikuntatottumuksiinsa. Lisäksi farmaseutit tiedostivat sen, että apteekki on hyvä väylä vaikuttaa terveyden edistämistä ja sairauksien ennaltaehkäisyä koskeviin asenteisiin. Toisaalta farmaseutit kokivat apteekin haastavaksi paikaksi antaa liikuntaneuvontaa, sillä kiire rajoittaa liikuntaneuvonnan antamista. Näin on olemassa riski, että liikuntaneuvonta jää muiden työtehtävien varjoon. Farmaseuttien mukaan asiakkaat myös harvoin odottavat saavansa neuvoja liikuntatottumuksiinsa apteekissa. Lisäksi osa farmaseuteista koki, ettei terveyden edistämiseen ja sairauksien ennaltaehkäisyyn tähtäävä liikuntaneuvonta tule olla pelkästään

farmaseutin vastuulla. Osa farmaseuteista mielsikin liikuntaneuvonnan olevan enemmänkin lääkärin tehtävä.

5.3 Liikunnasta puhuminen haastavaa asiantuntevan tiedon puutteellisuuden vuoksi

Farmaseutit kokivat haastavaksi liikunnan puheeksi ottamisen, sillä asiakkaat eivät useinkaan odota saavansa liikuntaneuvontaa apteekissa. Farmaseuttien mukaan liikuntaneuvonta otetaan kuitenkin pääosin hyvin vastaan asiakkaiden keskuudessa, varsinkin jos asiakkaat itse aloittavat keskustelun liikunnasta. Ongelmaksi muodostuu farmaseuttien mukaan kuitenkin se, että asiakkaat harvemmin itse kyselevät liikunnasta, jolloin liikunnan puheeksi ottaminen jääkin usein farmaseutin vastuulle. Haastatellut farmaseutit kertoivat ottavansa itse kuitenkin harvoin liikuntateemaa esille asiakkaan kanssa, sillä aloitteen tekeminen koettiin erityisen haasteelliseksi. Puheeksi ottamisen haasteellisuuteen vaikutti muun muassa se, että farmaseutti koki olonsa tungettelevaksi asiakasta kohtaan. Näin ollen pelko asiakkaan loukkaantumisesta rajoitti liikuntaneuvonnan antamista. Myös asiakkaan vastaanottavaisuus vaikutti liikuntakeskustelun aloittamiseen, minkä vuoksi liikuntaneuvonnan antaminen yleensä on farmaseuttien mukaan tilannesidonnaista.

”—mä yritän lukea niitä asiakkaita et onko se niinku valmis ottamaan mitään vastaan—”

”-- ettei jos joku vaiks on hirveesti ylipainonen ettei rupee siin puhumaan siin lenkkeilystä jotai tai se on vähä semmonen itsesuojeluvaisto kuitenkin.”

Liikunnan puheeksi ottaminen oli farmaseuttien mukaan helpompaa lääkkeiden kautta. Asiakkaille oli lääkkeen myynnin yhteydessä helpompi informoida liikunnan vaikutuksista sairauksia ennaltaehkäisevänä ja hoitavana tekijänä. Asiakkaan halu päästä lääkkeistä helpotti myös liikunnasta puhumista. Puheeksi ottamista helpottaviksi tekijöiksi farmaseutit mainitsivat myös liikuntaan liittyvät materiaalit ja teemapäivät. Haastatelluiden mukaan teemapäivinä asiakkaat kyselevät helpommin liikunnasta, jolloin neuvonta on kollektiivista. Teemapäivät sisältävät myös erilaisia mittauksia, joiden kautta liikuntaneuvonnan antaminen koetaan luonnollisemmaksi.

Suurin osa farmaseuteista ei kokenut omaavansa tarvittavaa tietopohjaa liikuntaneuvonnasta. Farmaseuttien koulutuksen ei pääosin koettu antavan valmiuksia liikuntaneuvonnan antamiseen apteekissa. Osa haastatelluista koki farmaseutin koulutuksen tukeneen jollain tavoin liikuntaneuvonnan antamista. Farmaseutit kuitenkin toivoivat liikunta-aiheisia kursseja farmaseutin koulutusohjelmaan, sillä liikunnan katsottiin olevan keskeinen osa kokonaisvaltaista terveyttä.

Haastatelluilla ei pääosin ollut realistista kuvaa sopivasta terveystiikunnan määrästä. He kuitenkin pitivät tärkeänä sitä, että apteekissa annettavan liikuntaneuvonnan tulisi perustua tieteellisesti todistettuihin faktoihin eikä omiin kokemuksiin. Useat farmaseutit kokivat olonsa epävarmaksi liikuntaneuvontaa antaessaan tietojen puutteellisuuden vuoksi. Tiedot koettiin pinnallisina eikä neuvontaa osattu yksilöllistää. Farmaseutit pysyttelivätkin kertomansa mukaan hyvin yleisellä tasolla liikunnasta puhuttaessa välttääkseen kiusallisia tilanteita.

"-- et sit jos asiakas rupee kyselemään niinku enemmänki aiheesta niin se ei oo kauheen kiva jos ei osaa vastata mitään siihen.-- sitte niinku välttää ettei mee niin syvälle siihen aiheeseen. Sitte tietää jotenki et miten sen niinku esittää sen asian ettei tuu liian monimutkasii kysymyksiä."

Liikuntaneuvonnan antamisen haastavuuteen vaikutti erityisesti eri sairausryhmille annettava liikuntaneuvonta. Haastateltavien mukaan toisille sairausryhmille oli helpompi antaa liikuntaneuvontaa kuin toisille. Vähän liikkuvat ja ylipainoiset asiakkaat koettiin yleisimmin haastavaksi ryhmäksi. Yksi farmaseutti kertoi tietävänsä liikunnan hyvistä puolista, mutta ei osannut siirtää tietoaan neuvontatilanteeseen. Toinen ei puolestaan ollut kiinnittänyt mitään huomiota liikuntaan sairauksien hoidossa ja ennaltaehkäisyssä. Erään farmaseutin mukaan yleiset liikuntaneuvontasuositukset riittivät liikuntaneuvonnan tueksi.

Farmaseuttien käsitys liikuntasuosituksista jakaantui yleisten sekä eri sairausryhmien liikuntasuositusten hallintaan. Suuri osa farmaseuteista koki hallitsevansa yleiset liikuntasuositukset vain kohtuullisesti ilman syvempää tietämystä, samoin eri sairausryhmien liikuntasuositukset koettiin haasteellisiksi. Suurin osa ei tiennyt eri sairausryhmien, kuten T2D:een ja verenpaineeseen liittyviä erityisiä

liikuntasuosituksia. Osa puolestaan koki tietonsa eri sairausryhmien liikuntasuosituksista kohtuullisina. Farmaseutit suosittelivat T2D:tä sairastaville liikuntaa lääkityksen ehdoilla. He olivat tietoisia lääkkeiden vaikutuksesta verensokeriarvoihin, minkä vuoksi he suosittelivat seuraamaan sokeriarvoja fyysisen aktiivisuuden lisääntyttyä. He suosittelivat tyypillisesti T2D-potilaille liikuntaa aluksi pienissä erissä ja rauhallisesti niin, että paino alkaa hiljalleen pudota. Myös kohonneesta verenpaineesta kärsiville farmaseutit suosittelivat liikuntaa lääkehoidon ehdoilla. Toisaalta osa farmaseuteista piti liikuntaa lääkehoidon vaihtoehtona, jolloin lääkettä olisi mahdollista vähentää.

”—lähinnä yritän muistuttaa et verenpainetta voi laskea myös liikunnalla. Ettei tarvi välttämättä popsia niitä lääkkeitä et jos hoitas itse itseensä. Niinku laihduttamalla tai liikkumalla – ”

Yleisesti farmaseutit suosittelivat elintapasairaudesta kärsivälle asiakkaalle hyvin kevyttä aerobista liikuntaa. Farmaseuttien suosittelemia tyypillisiä liikuntalajeja oli kävely, sauvakävely, uinti ja pyöräily. Kolme farmaseuttia kertoi suosittelevansa aerobisen liikunnan ohella lihasvoimaharjoittelua. Myös asiakkaan lähtötilanteen ja hoidon tasapainon huomioiminen nostettiin esille. Kolme farmaseuttia koki, ettei osaisi suositella sopivaa liikuntamuotoa liikuntaneuvontatilanteessa.

”No ne on semmosia tavallaan kevyempiä ettei niinku rasittas itteäs liikaa. Ettei suoraan mee niinku lenkille jos ei oo treenannu. Et se ei mahda olla kovin terveellistä.”

5.4 Liikkumisresepti ja lisäkoulutus helpottaisivat liikuntaneuvonnan antamista

Suurin osa farmaseuteista oli kuullut liikuntaneuvonnassa käytettävästä liikkumisreseptistä, ainoastaan kaksi farmaseuttia ei ollut kuullut liikkumisreseptistä ennen haastatteluamme. Kenelläkään ei kuitenkaan ollut käytännön kokemusta reseptin käytöstä eikä käsitystä sen sisällöstä. Farmaseuttien asenteet liikkumisreseptiä kohtaan olivat kuitenkin pääosin myönteisiä. Lääkäreiden määräämä liikkumisresepti auttaisi liikunnan puheeksi ottamisessa. Näin farmaseuteilla olisi tieto siitä, että liikunnasta on jo keskusteltu lääkärin kanssa. Tieto lääkärin määräyksestä vaikuttaisi farmaseuttien mukaan myös asiakkaan

suhtautumiseen hänen tietäessään saavansa neuvontaa. Farmaseuttien mukaan liikkumisresepti selkeyttäisi liikuntaneuvonnassa käsiteltäviä asioita ja olisi konkreettinen apuväline asiakkaalle. Haastatellut kokivat myös, että liikkumisresepti helpottaisi liikuntamuotojen kartoittamista eri sairausryhmille. Osa farmaseuteista pitäisi liikuntaneuvontaa helpottavana tekijänä sitä, että jokainen farmaseutti toimisi saman kaavan mukaisesti. Liikkumisreseptin haasteiksi farmaseutit näkivät ajan puutteen sekä liikkumisreseptistä ja neuvonnasta aiheutuvat kustannukset. Liikkumisreseptin käyttöön vaadittaisiin myös koulutusta, muuten sen käyttö liikuntaneuvontatilanteessa koettaisiin varsin haastavana.

”—se et se on konkreettinen sille asiakkaalle – helpommin se varmaan toteutuis ku jos sen vaan sanoo ja sit hän unohtaa sen. Et sit hänellä ois se paperilla et miten kannattas liikkua.”

”-- ois semmonen tosiaan lappu mikä olis helppo käydä asiakkaan kanssa läpi ja sit siinä olis ne tavoitteet et mitä hyvää siitä seuraa kun teet näin ja näin.”

Farmaseuttien asenne liikuntaneuvontakoulutusta kohtaan oli pääosin myönteinen. Koulutuksella nähtiin olevan yleistä tieto-taitoa lisäävä vaikutus, minkä koettiin vaikuttavan sujuvampaan ja ammattitaitoisemman liikuntaneuvonnan antamiseen. Farmaseutit kokivat, että koulutus monipuolistaisi työtä, toisi siihen mielekkyyttä ja lisäisi ammattipätevyyden kokemista liikuntaneuvonnassa. Farmaseuttien mukaan koulutuksen myötä myös tehdyn työn arvostus saattaisi parantua. Farmaseuttien mielestä vastuualueiden jakaminen helpottaa paitsi käytännön työtä myös omaan erikoisosaamisalueeseen keskittymistä. Haastatteluiden mukaan koulutus olisi hyvä suunnata kaikille työntekijöille, mikä varmistaisi sen, että kaikki työskentelisivät yhteisen toimintamallin mukaisesti.

Farmaseutit toivoivat, että liikuntaneuvontakoulutus lähtisi liikunnan perusasioista syventyen kohti sairauskohtaisia liikuntasuosituksia. Apua kaivattiin aiemmin käsiteltyihin ongelmiin, kuten liikunnan puheeksi ottamiseen ja tietopohjan vahvistamiseen. Lisäksi farmaseutit toivoivat paikkakuntaakohtaisia tietopaketteja, jotka sisältäisivät paikkakunnan mahdollistamat liikuntapalvelut. Farmaseuttien mukaan koulutuksessa mukana olevan ja liikuntaneuvonnassa käytettävän reseptin tulisi olla selkeä ja helppolukuinen, helposti tulkittavissa ja tiiviisti esitetty niin, ettei sen läpikäymiseen asiakastilanteessa kuluisi liikaa aikaa. Lisäksi reseptiin tulisi

kirjata asiakkaalle asetetut tavoitteet. Liikkumisreseptin taustalle farmaseutit toivoivat muun muassa tutkimustietoa ohjeiden taustalle, mikä vahvistaisi heidän tietopohjaansa ja toisi varmuutta liikuntaneuvontatilanteisiin. He kaipasivat myös selvyyttä siihen, kuinka kauan reseptin kanssa käytetään aikaa liikuntaneuvontatilanteessa. Lisäksi farmaseutit toivoivat konkreettista opastusta, kuinka liikkumisresepti käydään läpi käytännön tasolla asiakkaan kanssa.

Suurin osa farmaseuteista toivoi, että koulutuksen jälkeen heitä motivoitaisiin säännöllisesti liikuntaneuvontaan esimerkiksi muistutusviestien, ajankohtaisten materiaalien, teemapäivien, kertauspäivien ja lisäkoulutusten muodossa. Lisäksi toivottiin, että kouluttajien puolelta järjestettäisiin yhdyshenkilö, johon voisi olla tarvittaessa yhteydessä. Vain kaksi farmaseuttia koki, ettei tarvitsisi tukea järjestetyn koulutuksen jälkeen.

”-- vois olla aina yhteyksissä niinku vaihtaa mielipiteitä -- ettei ois yksin sen asian kanssa -- et siellä olis se taustatiimi jolta vois kysyä --”

6 POHDINTA

Tiivistettynä tutkimuksemme tulosten mukaan farmaseuttien suhtautuminen liikuntaneuvonnan antamiseen oli pääosin myönteistä. He myös pitivät lääkärin kirjoittamaa liikkumisreseptiä käyttökelpoisena liikuntaneuvonnan työvälineenä. Kuitenkin farmaseutit kokivat omat valmiutensa antaa liikuntaneuvontaa heikoiksi. Lisäksi liikunnan puheeksi ottaminen koettiin erityisen haasteelliseksi. Farmaseuteilla ei myöskään ollut varmaa käsitystä liikuntasuosituksista eikä paikkakuntansa liikuntamahdollisuuksista. Farmaseutit kokivat roolinsa liikuntaneuvojana ristiriitaiseksi. Toisaalta he kokivat liikuntaneuvonnalla olevan vaikutusta sairauksien ennaltaehkäisyssä mutta toisaalta he kyseenalaistivat antamansa liikuntaneuvonnan merkityksellisyyden ja oman roolinsa liikuntaneuvojana.

6.1 Päätelmiä tutkimustuloksista

Suurin osa tutkimukseemme osallistuneista farmaseuteista oli halukas kehittämään omaa ammattiosaamistaan liikuntaneuvonnan antajana. Tämä on ensisijaista, sillä apteekissa tapahtuvan liikuntaneuvonnan ytimessä on nimenomaan motivoitunut ja asiasta innostunut farmaseutti. Osa farmaseuteista kokee, että koulutus tulisi kohdistaa kaikille työntekijöille, osa taas on sitä mieltä, että vastuualueet helpottavat käytännön työtä. Kaikille suunnattu koulutus vähentäisi eriarvoisuutta työyhteisössä ja loisi yhteisen toimintamallin, mutta huomioon täytyy ottaa myös se, etteivät kaikki farmaseutit kuitenkaan ole yhtä innokkaita antamaan liikuntaneuvontaa.

Biernatin ym. (2012) tutkimuksen mukaan suuri osa liikuntaneuvontaan pätevistä terveysalan ammattilaisista ei ole vapaa-ajallaan liikunnallisesti aktiivisia, millä voi olla vaikutusta heidän antamansa liikuntaneuvonnan määrään ja laatuun. Samaan tulokseen ovat päätyneet Lobelo ym. (2009), joiden mukaan fyysisesti aktiiviset terveydenhuollon ammattilaiset, kuten lääkärit, antavat laadukkaampaa ja motivoivampaa liikuntaneuvontaa potilaille verrattuna fyysisesti inaktiivisiin lääkäreihin. Näin ollen huomioitavaa on se, että farmaseuttien oma

liikuntakäyttäytyminen voi vaikuttaa heidän antamansa liikuntaneuvonnan määrään ja laatuun. Vermunt ym. (2012) ovat puolestaan todenneet, ettei elämäntapa- ja ravitsemusneuvontaa antavan ammattilaisen omalla motivaation tai itsepystyvyyden tasolla ole vaikutusta annetun neuvonnan laatuun. Tutkimuksessa ei tosin oltu otettu huomioon neuvontaa antavien omia elämäntapoihin liittyviä tekijöitä kuten terveellistä ruokavaliota tai liikuntaa. Haastatteluaineistomme mukaan farmaseuttien aktiivinen liikuntakäyttäytyminen on kuitenkin yhteydessä motivoituneen liikuntaneuvonnan antamisen kanssa niin, että fyysisesti aktiivisimmilla farmaseuteilla on pienempi kynnys antaa liikuntaneuvontaa.

Vaikka osalla farmaseuteista oli pienempi kynnys antaa liikuntaneuvontaa, sen laatu ei tällaisenaan ole ollut riittävän hyvää. Yleinen huomiomme farmaseuttien käsityksistä elämäntapasairaille sopivista liikuntamuodoista ja -määristä on se, että heidän suosituksensa ovat olleet maltillisia ja perustuneet usein ymmärrettävästi lähinnä lääkityksen mahdollistamiin rajoihin. T2D:n kohdalla olimme yllättyneitä siitä, ettei suurin osa farmaseuteista maininnut lihasvoimaharjoittelun merkitystä, vaikka sen hyödyt T2D-potilaan hoidossa on todettu merkityksellisiksi (mm. Eriksson 2012). Lihasvoimaharjoittelua suosittelevia farmaseutteja yhdisti se, että he itse olivat löytäneet liikunnan ilon, harrastivat monipuolisesti eri lajeja ja olivat tietoisia siitä, millaisia vaikutuksia eri liikuntamuodoilla on. Tätä vahvistaa Lobelon ym. (2009) tulos siitä, että fyysisesti aktiiviset terveydenalan ammattilaiset antavat laadukkaampaa liikuntaneuvontaa verrattuna niihin, joiden henkilökohtaisen mielenkiinnon taso ei ole yhtä korkea. Tulkintamme asiasta onkin se, että suurin osa farmaseuteista epäröi antaa monipuolisia liikuntaohjeita asiakkaille puutteellisen tietämyksen vuoksi, mitä vahvistaa myös Katajavuoren (2005) väitöskirja. Katajavuoren mukaan epävarmuuden ja oman taitamattomuuden vuoksi usein tyydytään toteuttamaan työ rutiininomaisesti eikä asiakkaan tilanteeseen näin ollen haluta puuttua (Katajavuori 2005, 80).

Haastateltavien mukaan farmaseuttien liikuntaneuvonta oli ollut pääasiassa kannustavaa, ja he olivat neuvonnassaan pääosin rohkaisseet ja kannustaneet asiakkaita liikunnalliseen elämäntapaan. Tätä puolta farmaseuttien

liikuntaneuvonnassa tulee myös osaltaan edistää. Katajavuoren (2005) väitöskirjan mukaan asiantuntijan tuki ja kannustus koetaan tärkeänä asiakkaiden keskuudessa.

Farmaseuttien liikuntaneuvonnan apuvälineiden käyttö oli sirpaleista emmekä havainneet systemaattista toimintatapaa, jota kaikki työyhteisön jäsenet olisivat noudattaneet. Swinburnin ym. (1998) sekä Gucciardin ym. (2007) tutkimuksessa henkilökohtaisen neuvonnan yhdistäminen materiaaliin, kuten liikkumisreseptiin, koettiin kuitenkin vaikuttavampana menetelmänä kuin pelkkä neuvonta. Tämä vahvistaa sitä, että farmaseuteilla olisi hyvä olla käytössään erilaista materiaalia liikuntaneuvontatilanteessa. Materiaalina voisi olla liikkumisreseptin ohella liikunnan vähimmäismäärään ohjeistavat yleiset liikuntasuositukset (UKK-instituutti 2011) sekä kirjallinen materiaali paikkakunnan liikuntamahdollisuuksista. Myös Sjölingin ym. (2011) tutkimus vahvistaa oletusta siitä, että informaatio lähialueen tarjoamista liikuntapaikoista tehostaa liikuntaneuvonnan vaikuttavuutta.

Farmaseuteille voisi kehittää kirjallista materiaalia varten niin kutsutun materiaalipankin, josta löytyisi kattavimmat liikuntaneuvonnan apuvälineet asiakastilanteita varten. Materiaalipankin olisi hyvä sisältää vähintään yleisimmät esitteet, joita asiakkaille olisi luontevaa esitellä ja antaa tutustuttavaksi. Lisäksi materiaalipankkiin olisi hyvä listata ansioituneimmat internetsivustot kuten Käypähoito-sivustot. Materiaalipankin käyttöä ja tulkintaa tulisi jokaisen farmaseutin itse harjoitella, jotta sen sisältö olisi tuttu, ja sitä kautta neuvonta asiakastilanteessa olisi sujuvaa.

Farmaseuttien heikko tieto-taito liikunnasta terveyden edistäjänä asettaa haasteen koulutukselle, joka tutkimuksemme tulosten mukaan tulisi lähteä aivan liikunnan perusasioista. Koulutuksen pituus ja ennen kaikkea sen sisältö ovatkin asioita, joita tulisi pohtia erityisellä huolella. Koska farmaseuttien toiveena on omien valmiuksien ja ammattipätevyyden lisääminen, koulutuksen on paitsi lähdettävä liikunnan aakkosista myös syvennyttävä eri sairauksien liikuntasuosituksiin. Yksi koulutuksen osa-alue olisikin hyvä olla valmiit sairauskohtaiset liikkumisreseptit, jotka sisältävät eri sairauksista kärsiville soveltuvat liikuntamäärät ja -muodot.

Farmaseuttien kokemukset saadusta ja toivotusta tuesta kertovat siitä, että he kaipaavat tukea työhönsä monessa eri muodossa ja monelta eri taholta. Pelkät satunnaiset esimiehen järjestämät infot koettiin riittämättömiksi ja tieto-taitoa lisääviä koulutuksia olisi hyvä järjestää säännöllisesti. Farmaseuttien motivointi jokapäiväisessä työssä olisikin tärkeää. Ajankohtaisten materiaalien, teemapäivien, kertauspäivien ja lisäkoulutusten järjestäminen lisäisi farmaseuttien työn arvostusta, mikä oli haastateltavien mukaan tärkeää. Erityinen huomiomme on se, että farmaseutit joutuisivat aloittamaan kouluttautumisen yleisesti hyvin suppeilla liikuntaneuvonnan tieto-taidoilla, minkä vuoksi heille tulisi osoittaa riittävä määrä tukea ja kannustusta sekä kouluttajien että työnantajan puolelta. Haastateltavat toivoivatkin, että koulutuksen jälkeen farmaseuteilla olisi mahdollisuus olla yhteydessä yhdyshenkilöön, joka olisi helposti tavoitettavissa vaikeissa asiakastilanteissa. Muutenkin tiivis yhteistyö eri tahojen välillä helpottaisi aktiivisen taustatiimin muodostamista ja sitä kautta tehostaa tehtyä työtä.

Tutkimushenkilömme eivät olleet juurikaan tietoisia oman paikkakuntansa liikuntapalveluista. Vain harvalla oli selvä käsitys siitä, mitä julkisia, yksityisiä tai seurojen tarjoamia liikuntapalveluita heidän paikkakuntansa mahdollistaa. Niinpä liikuntaneuvontakoulutuksen yhtenä osana olisikin suotavaa olla paikallisten liikuntapalveluiden kattava esittely. Yhdessä apteekissa oli käynyt kunnan työntekijä selvittämässä julkisia liikuntapalveluita. Tämä esittely ei kuitenkaan ollut jäänyt mieleen eikä sen sisältöä juurikaan muistettu. Pelkkä sanallinen esittely ja apteekkeihin jätettävät esitteet eivät siis ole riittäviä, vaan apteekin henkilökunnan olisi hyvä tehdä liikuntapalveluihin tutustumiskäyntejä, jotka konkretisoisivat sen, millaisille asiakasryhmille liikuntapaikat soveltuvat. Sjölingin ym. (2011) tutkimuksessa liikkumisreseptiin oli kirjattuna oman asuinympäristön liikuntapalveluita. Tämä vahvistaa sitä, että farmaseuttien olisi oltava tietoisia paikkakuntansa liikuntapaikkamahdollisuuksista, mikäli asiakkaita tullaan jatkossa ohjaamaan liikuntapaikkoihin.

Ashin ym. (2006) mukaan pelkkä asiakkaalle jaettu informaatiolehtinen ei ole riittävää, vaan asiakkaita tulee konkreettisesti ohjeistaa liikunnan pariin. Haastatteluaineistomme perusteella voimme todeta, että vastuun siirtäminen

asiakkaalle voi johtaa siihen, ettei hän joko viitsi tai osaa hakeutua hänelle sopivan liikuntapalvelun pariin. Näin ollen voimme todeta, että farmaseuttien heikot tiedot oman paikkakunnan liikuntapalveluista lienee viesti siitä, että valmiit tietopaketit läheisistä julkisten, yksityisten ja seurojen tarjoamista liikuntapalveluista olisi tarpeen.

Liikuntaneuvontakoulutuksen olisi hyvä keskittyä liikunnan puheeksi ottamiseen asiakastilanteessa. Aineistomme mukaan liikuntaneuvonnan aloittamista vaikeuttaa eniten se, että liikuntaa teemana on vaikea lähestyä ja aloite jää usein farmaseutille, joka pelkää astuvansa asiakkaan varpaille. Liikkumisresepti koettiin hyvänä liikuntaneuvonnan ja liikunnan puheeksi ottamisen apuvälineenä farmaseuttien keskuudessa, ja ennakkokäsitykset sen vaikuttavuudesta liikuntaneuvonnassa olivat myönteiset. Tällöin asiakas tietäisi jo etukäteen saavansa liikuntaneuvontaa, mikä helpottaisi tilanteen mahdollista kiusallisuutta. Lisäksi farmaseutit kokivat, että virallinen resepti olisi konkreettinen ja helpottaisi myös itse neuvonnan antamista. Tätä mieltä oli myös lääkärit Ståhlin (2004) tutkimuksessa. Haastattelemiemme farmaseuttien puheesta kuului läpi myös arvostus lääkäreiden työtä kohtaan, ja heidän kirjoittamalleen liikkumisreseptille annettiin yleisesti suuri arvo nimenomaan sen virallisuuden vuoksi. Liikkumisresepti edellyttäisi kuitenkin vahvempaa yhteistyötä terveydenhuollon ja apteekkien välillä. Olisi hyvä, että järjestettäisiin työpajoja, jossa terveydenhuollon, apteekkien sekä liikuntapalveluiden tarjoajien väki kohtaisivat ja kunkin toimijan roolia palveluketjussa selvennettäisiin. Tämä edistäisi palveluketjun toimivuutta ja lisäisi kommunikaatiota ja yhteistyötä eri tahojen välillä.

Farmaseuttien toiveiden perusteella koulutuksen tulisi sisältää konkreettisia pienryhmätehtäviä, joissa farmaseutit saisivat harjoitella liikunnan puheeksi ottamista, erilaisista sairauksista kärsivien asiakkaiden kohtaamista sekä kokonaisvaltaisen liikuntaneuvontatilanteen sujuvaa ja ammattitaitoista toteutusta. Katajavuoren (2005) tutkimuksen mukaan huonot vuorovaikutustaidot olivat yksi suurimmista ongelmista neuvonnan toteuttamisen kannalta. Tämän ja farmaseuttien epäroivän liikunnan puheeksi ottamisen vuoksi näitä olisi hyvä harjoitella muun muassa kehittämällä erityyppisiä asiakastilanteita koulutuksen osaksi.

Sjölingin ym. (2011) mukaan pelkkä liikkumisresepti ei ole tehokas menetelmä elämäntapamuutokseen pitkällä aikavälillä, minkä vuoksi kirjallinen ohjeistus tulisi yhdistää henkilökohtaiseen liikuntaneuvontaan, tässä tapauksessa farmaseuttien antamaan liikuntaneuvontaan. Yhdeksi tehokkaaksi liikuntaneuvonnan välineeksi mainitaan motivoiva haastattelu, jonka tavoitteena on asiakkaan motivaation lisääminen asteittaiseen elämäntapamuutokseen. Motivoiva haastattelu perustuu vuorovaikutteiseen keskusteluun siitä, miten elämäntapamuutos olisi mahdollista toteuttaa (Sjöling ym. 2011, van Keulen ym. 2011). Paitsi kasvotusten tapahtuvalla myös puhelimen välityksellä suoritettulla motivoivalla haastattelulla on mahdollista lisätä fyysisen aktiivisuuden määrää, kuten van Keulenin ym. (2011) ja Reinhardtin ym. (2012) tutkimukset ovat osoittaneet. Niinpä farmaseuttien antaman liikuntaneuvonnan vaihtoehtoiseksi menetelmäksi voitaisiin kehittää puhelinneuvonta ja -haastattelu niihin tilanteisiin, joissa kasvotusten suoritettu neuvontatilanne ei ole mahdollinen. Koska LA-tutkimusprojektin tavoitteena on saada sitoutettua asiakas liikuntaneuvontaan, puhelinneuvonta ja -haastattelu soveltuisivat neuvonnan menetelmiksi myös seuranta-ajalle.

Motivoivan haastattelun ohella myös muilla menetelmillä on kysyntää tulevaisuuden terveysneuvonnassa. van Keulenin ym. (2011) mukaan tietokoneet mahdollistavat sen, että neuvontaa voidaan antaa suurelle joukalle suhteellisen pienillä kustannuksilla ja vähäisellä vaivalla. Vaikka tietokoneet mahdollistavat suuren yleisön saavuttamisen, se ei sulje pois henkilökohtaisen neuvonnan mahdollisuutta. Tietokoneen avulla yksilöittäin räätälöidyllä neuvonnalla onkin saavutettu hyviä tuloksia sekä fyysisen aktiivisuuden että ravitsemuksen osalta (Kroeze ym. 2006). Menetelmän vahvuus on siinä, että yksilökohtaisesti räätälöity ja postitettu kirjallinen ohjeistus luetaan, muistetaan ja koetaan henkilökohtaisemmaksi suuremmalla todennäköisyydellä kuin perinteinen yleinen ohjeistus (van Keulen ym. 2011). Tämän kaltaista menetelmää voisi myös harkita lisänä apteekkien tarjoamaan liikuntaneuvontaan.

Jotta liikuntaneuvonnan antaminen apteekeissa olisi mahdollista, farmaseuteille on järjestettävä koulutus liikuntaneuvonnan käytännön toteuttamisesta. Sjölingin ym. (2011) tutkimuksessa motivoivaa haastattelua toteuttanut sairaanhoitaja oli koulutettu

haastattelun läpiviemiseen. Samoin Whiten ym. (2012) tutkimuksessa luentoja vetäneet terveydenalan ammattilaiset oli koulutettu tehtäväänsä niin, että tutkimuksesta vastaava tiimi koulutti luennoitsijat 1-2 päivän aikana pääosin vuorovaikutteisella menetelmällä. Sama menetelmä oli käytössä myös itse intervention aikana. van Keulenin ym. (2011) tutkimuksessa koulutus toteutettiin kuutena kolmen tunnin kokonaisuutena, jolloin kokonaiskestoksi tuli 18 tuntia. Vermuntin ym. (2012) tutkimuksessa elämäntapaneuvontaa antaneille sairaanhoitajille järjestettiin kahtena iltana koulutus tutkimuksen viitekehyksen ymmärtämiseksi sekä viitenä iltana koulutus motivoivasta haastattelusta.

Kuvaamissamme tutkimuksissa koulutukset olivat kestoltaan hyvin lyhyitä. Huomioitavaa on kuitenkin se, että neuvonnasta vastanneet olivat jo valmiiksi ainakin osittain terveys- ja liikunta-alan osaajia. Näin ollen näemme, että farmaeuteille suunnatun täydennyskoulutuksen kesto olisi hyvä olla vähintään muutamia päiviä, sillä heillä on aineistomme mukaan terveysliikunnasta hyvin alhainen lähtötaso. Koulutuksen järjestäminen arkipäiville voi olla haastavaa hektisen työympäristön vuoksi, jolloin koulutus voitaisiin toteuttaa muutamana viikonloppuna niin, että kaikki olisivat yhtäaikaan paikalla. Näin myös koulutuksen kustannukset pienenisivät. Tätä ajatusta tukee Whiten ym. (2012) tutkimus, jonka mukaan kustannustehokkain tapa järjestää koulutukset intensiivikursseina tiiviillä aikataululla. Whiten ym. (2012) tutkimuksessa koulutuksen ytimessä olleet ryhmäkeskustelut pidettiin kerran viikossa kaksi tuntia kerrallaan neljän viikon ajan, ja samaa kaavaa noudatettiin itse asiakastilanteissa.

Samoin koemme tarpeelliseksi sen, että farmaseuteille tarjotaan säännöllisin väliajoin mahdollisuus reflektoida omaa työskentelyään esimerkiksi interaktiivisen palautetilaisuuden muodossa. Tämä toimisi samalla myös kertauspäivänä tai täydennyskoulutuksena, jota haastatellut pitivät tärkeänä. Palautetilaisuuden toimivuutta ja ennen kaikkea tärkeyttä vahvistaa myös Vermuntin ym. (2012) tutkimus, jossa elämäntapaneuvontaa antaneille sairaanhoitajille järjestettiin puolen vuoden välein palautetilaisuus, jossa heidän tekemäänsä työtä arvioitiin ja edelleen kehitettiin.

6.2 Johtopäätökset liikuntaneuvontakoulutuksen toteuttamisesta

Esitämme tässä kappaleessa yhteenvedon niistä ehdotuksista, jotka koemme oleellisiksi koskien farmaseuteille suunnattua liikuntaneuvonnan täydennyskoulutusta. Koulutuksen olisi lähdettävä liikuntaharjoittelun perusasioista kuten yleisistä liikuntasuosituksista syventyen kohti sairauskohtaisia liikuntasuosituksia. Suositeltavaa olisi, että farmaseuteille valmisteltaisiin sairauskohtaiset materiaalipaketit, joista he voisivat tarkistaa, millainen liikunta sopii millekin sairausryhmälle. Materiaalikonaisuuden olisi hyvä sisältää myös informaatiota siitä, mitä liikuntapalveluita oma paikkakunta tai tarvittaessa oma asuinalue mahdollistaa.

Tutkimuskatsauksen artikkeleiden interventiomenetelmien ja niiden tuottamien tulosten mukaan voimmekin esittää ajatuksen siitä, että farmaseuteille suunnattu koulutus tulisi suunnitella siten, että liikuntaneuvonta perustuisi pääosin kahden tai useamman menetelmän yhdistämiseen. Edellä esitetyt tutkimustulokset vahvistavat ainakin lähtökohtaisesti LA-tutkimusprojektin menetelmävalintaa, jossa käytössä on motivoiva haastattelu ja yksilöittäin räätälöity kirjallinen liikkumisresepti. Käytännössä järkevintä lienee kuitenkin se, että käytettävät menetelmät valitaan tapauskohtaisesti niin, että ytimessä ovat asiakkaan etu ja intressit.

Koulutus olisi hyvä toteuttaa konkreettisin pienryhmäharjoittein, joissa farmaseutit voisivat harjoitella erityisesti liikunnan puheeksi ottamista asiakastilanteessa. Pienryhmätyöskentelyllä voitaisiin mahdollistaa se, että farmaseutit pystyisivät harjoittelemaan vuorovaikutustaitoja ja erilaisia asiakastilanteita neuvontatilanteita ajatellen. Tätä ajatusta tukee Whiten ym. (2012) tutkimus, jonka mukaan keskustelevat, ryhmässä toteutettavat luennot ja tehtävät edistävät vuorovaikutustaitoja ja sitä myötä ammattitaitoa. Lisäksi farmaseuttien ammattitaitoa tukisi myös mahdollisuus tutustua liikuntaneuvonnan apuvälineiden ja mittareiden, kuten kehonkoostumuslaitteiden, käyttöön niin, että käyttö asiakastilanteessa olisi sujuvaa ja asiantuntevaa. Farmaseuteille tulisi myös antaa tarvittavat taidot

mittaustulosten tulkitsemiseen ja tiedot mahdollisten liikunnalla saavutettavien terveysvaikutusten merkityksestä.

Koulutuksen jälkeen farmaseuteille olisi hyvä tarjota mahdollisuus yhdyshenkilöön, joka auttaisi tarvittaessa esimerkiksi puhelimen välityksellä. Myös ajankohtaisten materiaalien toimittaminen sekä säännöllisten teemapäivien ja lisäkoulutusten järjestäminen edistäisi ammattimaista liikuntaneuvontaa. Lisäksi haastattelemamme farmaseutit mainitsivat teemapäivien rohkaisevan vaikutuksen. Ihmiset uskaltavat kysyä omista vaivoistaan ja ongelmistaan silloin, kun ympärillä on muitakin samoista ongelmista kärsiviä ihmisiä. Näin ollen erilaisia teemapäiviä olisikin hyvä kyetä järjestämään useamman kerran vuodessa.

Liikkumisreseptistä tulisi tehdä selkeä ja helposti tulkittava apuväline farmaseuteille liikuntaneuvonnan apuvälineeksi. Liikkumisreseptissä tulisi olla aiempien tutkimusten suosittamia (mm. Ståhl 2004) sekä farmaseuttien haastatteluista nousseita elementtejä, kuten realistiset henkilökohtaiset tavoitteet. Lisäksi reseptin olisi hyvä sisältää konkreettinen ohjeistus liikunnan määrästä, kestosta ja intensiteetistä. sekä liikkumisen toteutumisen seurannasta. Reseptiin olisi hyvä kirjata myös apteekin yhteystiedot mahdollista yhteydenottoa varten.

Koulutuksen olisi hyvä mahdollistaa vuorovaikutus ja yhteistyö lääkäreiden, farmaseuttien ja liikuntaorganisaatioiden välille. Kommunikointi ja toisten roolien hahmottaminen on tärkeää hankkeen onnistumiselle. On myös hyvä, että koulutuksessa käytettäisiin keskustelevia asiantuntijoiden pitämiä luentoja, joissa farmaseutit saisivat vapaasti keskustella ilmiöiden herättämistä tuntemuksista ja epäselvyyksistä. Eri ammattikuntien kuten lääkäreiden, liikunnanohjaajien, fysio- ja ravitsemusterapeuttien luennot toisivat uutta näkökulmaa ja teoriapohjaa farmaseuttien toteuttamaan liikuntaneuvontaan.

6.3 LA-projektin mahdollisuudet ja haasteet

Apteekilla on suuri rooli terveyden edistämässä, sairauksien ennaltaehkäisyssä sekä ennen kaikkea ihmisten mielipiteisiin vaikuttamisessa. LA-tutkimusprojektilla onkin tämä huomioituna mahdollisuus onnistua tavoitteessaan luoda apteekkeihin täysin uusi toimintamuoto liikkumisreseptin avulla. Näin ollen koemme, että apteekkeilla yleensä on valtava potentiaali toimia kokonaisvaltaisena terveyden edistämisen toimipisteenä, jonne asiakkaan on helppo tulla ja josta saatuun informaatioon ja apuun voi luottaa. Myös Suomen apteekkariliitto tukee aktiivisesti yleisimpien elämäntapasairauksien ehkäisyä ja hoitoa (Suomen apteekkariliitto 2011), minkä vuoksi näemme, että tällainen liikunnan edistämisen palveluketju olisi hyvä lisä apteekkien kokonaisvaltaisessa terveyden edistämiseen tähtäävässä toiminnassa.

Koska farmaseuttien rooli ja tehtävä ovat usein epäselviä muille terveydenhuollon toimijoille (Katajavuori 2005, 82), LA-projektin kehittämä palveluketjutoiminta voisi edesauttaa kommunikointia eri terveyden edistämisen ammattikuntien välillä. Lisäksi toiminnalla on mahdollisuus tukea moniammatillista yhteistyötä eri tahojen välillä. Tämä edistäisi vuorovaikutusta, ja näin farmaseuttien saama tuki liikuntaneuvonnan antamiseen lisääntyisi.

Farmaseuttien yleiseen työnkuvaan ei kuulu liikuntaneuvonnan hallitseminen (Itä-Suomen yliopisto 2012). Niinpä yksi projektin onnistumisen haasteista on se, ettei farmaseuttien koulutusohjelmassa perehdytä liikunnasta saataviin terveysvaikutuksiin. Näin ollen heillä ei voidakaan olettaa olevan luotettavaa asiantuntijuutta liikunnasta terveyden edistäjänä. Liikuntaneuvonta tapahtuneekin usein omien kokemusten ja harrastuneisuuden pohjalta, jonka vuoksi lisäkoulutus on tarpeen.

Liikuntaneuvonnan luonteesta riippuen, projektin olisikin hyvä pohtia, onko farmaseutti kustannustehokkain vaihtoehto liikuntaneuvonnan antajaksi. Liikuntaneuvontakoulutuksen järjestäminen farmaseuteille olisi hyvä lähteä liikkeelle liikunnan perusteista, sillä liikuntateema ei kuulu heidän taustakoulutuksensa

sisältöön. Perusteellinen täydennyskoulutus lisännee projektin kustannuksia. Suomessa valmistuu vuosittain joukko liikunta-alan ammattilaisia, kuten liikuntaneuvoja ja liikunnanohjaajia, joilla on kattava koulutustausta liikunnasta. Saavutettaisiinko näiden jo valmiiksi koulutettujen ammattilaisten palkkaamisella kustannussäästöjä? Toisaalta voidaan ajatella, että farmaseutit ohjaisivat asiakkaita tilanteen mukaan eteenpäin liikunta-alan ammattilaisen toteuttamaan neuvontaan. Tämä kuitenkin voisi lisätä asiakaskatoa, kun asiakas joutuisi jälleen siirtymään eteenpäin palveluketjussa. Jos apteekin liikuntaneuvonta pitäytyy vain reseptin ohjeistamisessa ja liikuntaorganisaatioihin ohjaamisessa, on farmaseuttien kouluttaminen tällöin perusteltua. Asiakas kuitenkin maksaa asiantuntevasta liikuntaneuvonnasta, jolloin farmaseuttien kouluttamiseen olisikin hyvä kiinnittää erityistä huomiota edellytyksenä projektin onnistumiselle.

Palveluketjun haasteena on myös saada asiakas sitoutettua liikkumisreseptin tavoitteisiin. Matkasta lääkärin vastaanotolta apteekin liikuntaneuvontaan ja edelleen liikuntapaikkoihin tulee muodostaa mahdollisimman helppo asiakkaalle. Näin ollen jokaisen palveluketjun jäsenen, kuten lääkärin ja farmaseutin, roolit on oltava selkeitä niin itselle kuin muille palveluketjussa toimiville jäsenille. Näin vältetään väärinkäsitykset ja helpotetaan sujuvan yhteistyön toteuttamista. Aineistomme mukaan paitsi farmaseuteilla myös asiakkailla on erittäin suuri luotto lääkärin ammattitaitoa kohtaan. Huomion arvoista onkin se, ettei suurimmalla osalla lääkäreistä ole koulutusta liikuntaan, saati liikuntaneuvontaan, minkä vuoksi liikkumisreseptin ammattitaitoinen kirjoittaminen asiakkaalle ei ole itsestäänselvyys. Ståhlin (2004) tutkimuksessa myös lääkärit itse kokivat liikkumisreseptin kirjoituksesta puuttuvan rutiinin ja tarvittavat valmiudet. Näemmekin, että saumattoman yhteistyön vuoksi olisi varmistettava esimerkiksi pienimuotoisen koulutuksen muodossa se, että lääkäriellä on tarvittava tieto-taito liikkumisreseptin kirjoittamiseen.

6.4 Luotettavuuden tarkastelua

Syrjälä ym. (1994, 100) on todennut Goetziin ja LeCompteen (1984) viitaten, että laadullisessa tutkimuksessa ulkoista reliabiliteettia eli luotettavuutta voidaan tarkastella muun muassa tutkijan aseman, käsitteiden määrittelyn sekä aineiston keruun ja analyysin kautta (Syrjälä 1994, 100). Laadullisessa tutkimuksessa tutkija on tutkimuksensa keskeinen tutkimusväline. Luotettavuuden tärkein kriteeri onkin tutkija itse, ja täten luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia (Eskola & Suoranta 2008, 210).

Olemme reflektoineet esiymmärrystämme tutkimusta kohtaan kuitenkin raportoimatta sitä itse tutkielmaan. Tämän tarkoituksena on ollut saada itsellemme käsitys siitä, mitkä taustatekijät ovat saattaneet vaikuttaa tutkimuksemme tulosten tulkintaan. Esiymmärryksen kirjoittaminen paperille on helpottanut oman ajattelumme jäsentelyä, ja näin olemme saaneet myös laajennettua näkökulmiamme tutkittavaan ilmiöön. Tällä uskomme olleen myönteistä vaikutusta myös tulosten analysoinnin luotettavuuteen.

Luotettavuuden uhkiksi voivat nousta muun muassa tutkijan henkilökohtaisen elämän tapahtumat, omat asenteet ja mielipiteet. Lisäksi käsitteiden epäselvyys voi vääristää tuloksia jo aineiston keruun yhteydessä. Niinpä haastateltavan ja haastattelijan tulisi puhua samoista asioista samoilla käsitteillä, jottei käsitteiden epäselvyys vaikeuta analyysiä ja sitä myötä heikennä tulosten luotettavuutta (Goetz & LeCompte 1984, Syrjälän ym. 1994, 100 mukaan). Huomasimme haastatteluissa, että liikuntaneuvonnan mittarit ja työvälineet, etenkin liikkumisresepti, oli suurelle osalle haastateltavia vaikea käsite, minkä vuoksi jouduimme poikkeuksetta avaamaan termiä monin esimerkein keskustelun selkeyttämiseksi.

Tutkielmamme työvaiheiden luotettavuuden tarkastelussa myös haastateltavien valikoituminen on otettava huomioon. Kymmenestä haastateltavasta seitsemän oli itse halukas osallistumaan tutkimukseen, kun taas kolme farmaseuttia tuli valituksi apteekkarin toimesta. On siis mahdollista, että nämä seitsemän ovat ehkä olleet eniten liikunnallisia ja näin ollen kiinnostuneita tutkimuksemme aiheesta. Mikäli kaikki

haastateltavat olisi valittu satunnaisotannalla tai arvonnalla, tutkimuksemme päätulos siitä, että farmaseuttien suhtautuminen liikuntaneuvontaa ja liikkumisreseptiä kohtaan on myönteinen, olisi voinut olla toisenlainen.

Aineiston eli meidän tapauksessamme haastattelujen luotettavuuden arvioinnissa tulee ottaa huomioon aineiston aitous. Tällä tarkoitetaan sitä, että haastateltavat ovat ilmaisseet juuri sen, mitä todella ajattelevat, eivätkä ole noudattaneet otaksumia siitä, mitä haastattelijä haluaa heidän sanovan. Lisäksi haastateltavan johdattelu on seikka, joka voi heikentää aineiston aitoutta. Aineiston luotettavuutta voidaan lisätä raportoimalla tekstiin otteita litteroiduista haastatteluista (Syrjälä ym. 1994, 153-154). Emme tutkijoina voi tietenkään olla varmoja siitä, jäikö haastateltaviltamme kertomatta jotain olennaista tutkimuksemme kannalta. Tehtävänäimme oli luoda haastateltavalle turvallinen ja luotettava haastattelutilanne, jossa haastateltava pystyisi olemaan aito oma itsensä ja tuomaan esille oman totuutensa sekä kokemusmaailmansa.

Luottamusta haastattelutilanteessa rakensimme suostumuslomakkeella, johon pyysimme tutkittavan allekirjoitusta ennen haastattelun aloittamista. Lomakkeessa (Liite 1) kerrottiin aineiston käytöstä sekä muun muassa haastattelun nauhoittamisesta, täydellisestä vaitiolovelvollisuudesta ja aineiston tuhoamisesta tutkimuksen teon jälkeen. Luottamuksen luominen haastateltavan ja haastattelijan välille on Syrjälän ym. (1994, 153–154) mukaan yksi tärkeimpiä aineiston luotettavuuteen vaikuttavista tekijöistä. Lisäksi tutkittavilla oli mahdollisuus keskeyttää haastattelu perustelematta missä haastattelun vaiheessa tahansa. Kirjallisella suostuslomakkeella ja keskustelemalla tutkittavan vapaaehtoisuuteen liittyvistä seikoista, olemme ottaneet huomioon haastateltavan oikeudet, mikä lisää myös tutkimuksemme eettisyyttä ja edistää hyvää tieteellistä käytäntöä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 132, Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012).

Eniten haastetta meille aiheutui siitä, miten paljon tutkittavalle olisi pitänyt kertoa LA-tutkimushankkeen tavoitteista ja yksityiskohtaisista menettelytavoista. Periaatteenamme kuitenkin oli, että tutkittava on saanut asianmukaisen informaation heidän roolistaan tässä nimenomaisessa tutkimuksessa ja millaiseen kokonaisuuteen

tutkimuksemme kuuluu (Hirsjärvi & Hurme 2000, 20, 101, Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012).

Esihaastattelu on teemahaastattelua toteutettaessa välttämätön ja tärkeä osa prosessia. Aineiston keruun luotettavuuden lisäämiseksi testasimme haastattelurungon teemojen toimivuutta, haastattelun arvioitua kestoja ja omia haastattelutaitojamme esihaastattelulla. Näin saimme myös vielä mahdollisuuden haastattelurungon muokkaamiseen ja tarkentamiseen (Hirsjärvi & Hurme 2000, 72-73; Hirsjärvi ym. 2004, 198).

Sisäistä reliabiliteettia lisää, mikäli tutkijoita on monta. Tällöin oman toiminnan tiedostaminen on helpompaa (Goetz & LeCompte 1984, Syrjälän ym. 1994, 100–101 mukaan). Tietoisuus siitä, että vastaamme paitsi omasta myös toisen työstä, lisää kykyämme reflektoida tutkimusprosessin aikaista toimintaamme. Lisäksi kykenemme tarkastelemaan ilmiöitä laajemmin eri pääaineidemme kautta, mikä lisää myös omaa asiantuntevuuttamme. Tämän seurauksena tutkielmamme luotettavuuden taso nousee.

Tutkielmamme tulkintojen todenperäisyyttä on melkein mahdotonta todentaa, mutta tarkoituksenamme on ollut kirjoittaa menetelmäosio mahdollisimman selkeäksi, jotta lukijalle välittyä riittävästi tietoa tutkimuksemme toteuttamisesta. Näin ollen pyrkimyksenä on ollut tarjota myös lukijalle välineet arvioida tutkimuksen tulosten luotettavuutta (Hirsjärvi & Hurme 2000, 20; Kiviniemi 2001, 80-82, Tuomi & Sarajärvi 2009, 134, 141). Haastateltavien alkuperäisilmausten taulukointi oli pitkä ja raskas prosessi, jonka tuloksena taulukoita syntyi lopulta useita kymmeniä sivuja. Emme voi olla täysin varmoja siitä, olemmeko osanneet huomioida tutkimuksellemme olennaiset alkuperäisilmaukset ja teemoittaa niistä mahdollisimman todenmukaiset luokittelut. Näin ollen jokainen syntynyt taulukko on vain ja ainoastaan meidän tulkintamme käsitellystä teemasta. Toisaalta laadullisessa työssä on kyse juuri tutkijoiden omasta tulkinnasta.

Tutkimuksemme luotettavuutta ja eettisyyttä lisää huolellisesti toteutettu tutkimusvaiheiden raportointi. Pyrkimyksenämme on ollut saattaa tulokset julki

mahdollisimman totuudenmukaisesti, objektiivisesti ja johdonmukaisessa järjestyksessä. Tavoitteenamme on ollut noudattaa tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja – rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten arvioinnissa. Tavoitteena on ollut raportoida tulokset eettisesti siten, ettei haastateltujen henkilöiden identiteetti missään tilanteessa voi paljastua. Lisäksi olemme säilyttäneet tutkimusaineistoamme vastuullisesti niin, etteivät ulkopuoliset ole päässeet siihen käsiksi missään tutkimuksen vaiheessa. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 132–133, Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012).

Laadullisesta tutkimuksesta on harvoin mahdollista saada tilastollisesti yleistettävää tietoa, sillä laadullinen tutkimus keskittyy usein varsin pieneen määrään tapauksia (Eskola & Suoranta 2008, 18). Tutkielmamme aineisto koostuu 10 haastattelusta, ja niistä saamiamme tuloksia pystymme täten yleistämään vain tutkimaamme kohdejoukkoon. Tutkimuksesta saatavamme tieto kohdistuu pääosin LA-tutkimusprojektin käyttöön.

6.5 Jatkotutkimusaiheita

LA- tutkimusprojektin uudenlainen palveluketjuajatus on niin alussa, että kaikki tieto palvelun eri osa-alueista ja näkökulmista on tarpeen. Erityisen mielenkiintoista olisi tutkia asiakkaiden kokemuksia palveluketjun käytöstä, sen koetuista hyödyistä ja haasteista. Lisäksi olisi mielenkiintoista tutkia asiakkaiden motivoitumista ja sitoutumista elämäntapamuutoksiin. Tutkimisen arvoista olisi myös se, mitkä projektiin liittyvät tekijät voivat vaikuttaa mahdolliseen elämäntapamuutokseen. Pitkäaikaisseurannan arvioinnin avulla saataisiin tietoa liikkumisreseptin ja palveluketjun vaikuttavuudesta ja kustannusvaikuttavuudesta pitkällä aikavälillä. Arviointitutkimusta tulisi jatkossa tehdä myös LA-tutkimusprojektin palveluketjun toimijoiden yhteistyöstä, sillä aiemmissa tutkimuksissa eri tahojen välinen kommunikaation puute on havaittu ongelmaksi ja projektin onnistumisen mahdolliseksi esteeksi (Ståhl 2004).

Farmaseuttien kokemuksia ja valmiuksia liikuntaneuvonnasta olisi hyvä tutkia myös uudestaan sen jälkeen, kun koulutus on annettu, ja liikuntaneuvontaa on toteutettu aktiivisesti liikkumisreseptin avulla jonkin aikaa. Näin varmistettaisiin farmaseuttien ammattitaito liikuntaneuvonnan antamisessa ja saataisiin tietoa heidän valmiuksistaan ja omista kokemuksistaan liikuntaneuvonnan antamista kohtaan myös projektin jälkeen. Tällä tavoin farmaseuteille annettaisiin tukea ja heillä olisi mahdollista ilmaista oma kantansa palveluketjun toimivuutta ja kehittämistarpeita kohtaan.

7 LÄHTEET

Airaksinen M, Puumalainen I. Apteekit itselääkinnän ohjaajina – Missä mennään? *Dosis* 2005;21(2):138-45.

Ash S, Reeves M, Bauer J, Dover T, Vivanti A, Leong C, O'Moore Sullivan T, Capra S. A randomised control trial comparing lifestyle groups, individual counselling and written information in the management of weight and health outcomes over 12 months. *IJO* 2006;30:1557-64.

Blomstrand A, Björkelund C, Ariai N, Lissner L, Bengtsson C. Effects of leisure-time physical activity on well-being among women: a 32-year perspective. *Scan J Pub Health* 2009;37(7):706-12.

Biernat E, Boznanska A, Gajevski AK. Is physical activity of medical personnel a role model for their patients. *Ann Agric Environ Med* 2012;19(4):707-10.

Booth F, Gordon S, Carison C, Hamilton M. Waging war on modern chronic diseases: primary prevention through exercise biology. *JAP* 2000;88(2):774-87.

Cornelissen VA, Fagard RH. Effects of endurance training on blood pressure, blood pressure-regulating mechanisms, and cardiovascular risk factors. *Hypertension* 2005;46:667-75.

Cornelissen VA, Fagard RH, Coeckelberghs E, Vanhees L. Impact of Resistance Training on Blood Pressure and Other Cardiovascular Risk Factors. A Meta-Analysis of Randomized, Controlled Trials. *Hypertension* 2011;58:950-8.

Diabetes. Käypähoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. [www-dokumentti] 30.11.2011 [haettu 4.1.2013] <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50056.pdf>

Dickinson HO, Mason JM, Nicolson DJ ym. Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: a systematic review of randomized controlled trials. *J Hypertens* 2006;24:215-33.

Dimeo F, Pagonas N, Seibert F, Arndt R, Zidek W, Westhoff TH. Exercise in Resistant Hypertension. *Hypertension* 2012;60:653-8.

Dyson P, Beatty S, Matthews D. An assessment of lifestyle video education for people newly diagnosed with type 2 diabetes. *JHND* 2010;23(4):353-9.

Eriksson J. Diabetes. Teoksessa Vuori I, Taimela S, Kujala U (toim.) *Liikuntalääketiede*. 3. painos. Helsinki: Duodecim, 2005:438-51.

Eriksson J. Liikunta ja tyypin 2 (aikuistyyppin) diabetes. [www-dokumentti] 20.9.2012 [haettu 4.1.2013]

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00930&p_haku=tyypin%20%20diabetes

Eskola J, Suoranta J. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy, 2008.

Eskola J. Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat – Laadullisen tutkimuksen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa Aaltola J, Valli R (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Jyväskylä: PS Kustannus, 2001:133-57.

European Diabetes Policy Group 1999. A desktop guide to Type 2 diabetes mellitus. Diabetic Medicine 1999;16:716-30.

Fighting Low Activity. [www-dokumentti] 2011 [haettu 2.4.2013] <http://www.fightingla.com/>

Fogelholm M, Miettinen M, Paronen O. Liikunta -Hyvinvointipoliittinen mahdollisuus. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007;1.

Gavi S, Hensley J. Diagnosis and management of type 2 diabetes in adults: A review of the ICSI guideline. Geriatrics 2009;64(6):12-29.

Gill JMR, Cooper AR. Physical Activity and Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus. Sports Med 2008;38:807-24.

Gordon NF. Hypertension. Teoksessa Durstine JL, Moore GE, Painter PL, Roberts SO (toim.) ACSM's Exercise Management for Persons With Chronic Diseases and Disabilities. 3. painos. Champaign: Human Kinetics Publisher, 2009:107-13.

Gucciardi E, Demelo M, Lee R, Grace S. Assessment of two culturally competent diabetes education methods: individual versus individual plus group education in Canadian Portuguese adults with type 2 diabetes. Ethn Health 2007;12(2):163-87.

Helsingin Yliopisto. Farmasian tiedekunnan opinto-opas 2011-2013. [www-dokumentti] 2011 [haettu 2.4.2013] http://www.helsinki.fi/farmasia/opiskelu/opiskelijalle/materiaalit/Opas2011_2013A4.pdf

Hirsjärvi S, Hurme H. Teemahaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino, 1995.

Hirsjärvi S, Hurme H. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino, 2000.

Hirsjärvi S. & Huttunen J. Johdatus kasvatustieteeseen. Juva: WSOY, 1991.

Hirsjärvi S, Remes P, Sajavaara P. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 2004.

Holopainen K, Ståhl T. Liikkumisreseptin käyttöselvitys. UKK-Instituutti [www-dokumentti] 2004 [haettu 3.1.2012] <http://www.liikkumisresepti.net/LR->

kayttoselvitys.pdf

Hornsby WG, Albright AL. Diabetes. Teoksessa Durstine JL, Moore GE, Painter PL, Roberts SO (toim.) ACSM's Exercise Management for Persons With Chronic Diseases and Disabilities. 3. painos. Champaign: Human Kinetics Publisher, 2009:182-91.

Ilanne-Parikka P, Himanen O. Hoito osaksi elämää. Teoksessa Ilanne-Parikka P, Kangas T, Kaprio EA, Rönnemaa T (toim.) Diabetes. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim ja Suomen Diabetesliitto ry, 1999:25-34.

Itä-Suomen Yliopisto. Opinto-opas 2012-2013, Farmaseutin koulutusohjelma [www-dokumentti] 2012 [haettu 2.4.2013]
http://www.uef.fi/documents/12848/976570/Farmasian+opinto-opas_2012-2013_nettiluettelo.pdf/6503ac3c-48dd-43ba-9419-b133f4475a23

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

Katajavuori N. Vangittu tieto vapaaksi – asiantuntijuus ja sen kehittyminen farmasiassa. Farmasian väitöskirja. Helsingin yliopisto, 2005.

van Keulen H, Mesters I, Ausems M, van Breukelen G, Campbell M, Resnicow K, Brug J, Vries H. Tailored Print Communication and Telephone Motivational Interviewing Are Equally Successful in Improving Multiple Lifestyle Behaviors in a Randomized Controlled Trial. Ann Behav Med 2011;41:104-18.

Kesäniemi A. Millainen liikunta edistää terveyttä? Konsensuspaneelin arvio liikunnan ja terveyden välisestä annos-vastesuhteesta. Helsinki: Duodecim, 2003;119:1819-22.

Kiiskinen U, Vehko T, Matikainen K, Natunen S, Aromaa A. Terveyden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikutus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008;1.

Kiviniemi K. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Aaltola J, Valli R (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Jyväskylä: PS Kustannus, 2001:68-84.

Koskinen S. Suomalaisien terveys ja haasteita sen parantamiseksi. [www-dokumentti] 19.1.2009 [haettu 1.4.2013]
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00159&p_haku=kansantauti#s12

Kroeze W, Werkman A, Brug J. A systematic review of randomized trials on the effectiveness of computer-tailored education on physical activity and dietary behaviors. Ann Behav Med 2006;31:205–23.

Kukkonen-Harjula K, Rauramaa R. Kohonnut verenpaine. Teoksessa Vuori I, Taimela S, Kujala U (toim.) Liikuntalääketiede. 3. painos. Helsinki: Duodecim, 2005:413-22.

Käypähoito. Käypähoito-suositus Liikunta. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypähoito

-johtoryhmän asettama työryhmä. [www-dokumentti] 8.11.2010 [haettu 23.1.2012] <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/hoi/hoi50075.pdf>

Laaksonen DE, Lindström J, Lakka TA, Eriksson JG, Niskanen L, Wikström K, Aunola S, Keinänen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Valle TT, Ilanne-Parikka P, Louheranta A, Hämäläinen H, Rastas M, Salminen V, Cepaitis Z, Hakumäki M, Kaikkonen H, Häskönen P, Sundvall J, Tuomilehto J, Uusitupa M. Physical Activity in the Prevention of type 2 Diabetes. The Finnish Diabetes Prevention Study. *Diabetes* 2005;54:158-65.

Laaksovirta T. Tieteellinen ajattelu – arkiajattelu. *Kirjastotiede ja informatiikka*. 1983;2(1):11-8.

Lakka TA, Laaksonen DE. Physical activity in prevention and treatment of the metabolic syndrome. *Appl Physiol Nutr Metab* 2007;32:76-88.

Liikunta ja verenpaine. Suomen Sydänliitto ry. [www-dokumentti] 2012 [haettu 8.1.2013] <http://www.sydanliitto.fi/verenpaine1>

Liikunta osaksi jokaista päivää. Diabetesliitto. [www-dokumentti] 2012 [haettu 8.1.2013] http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi_2/tyypin_2_hoidon_abc/liikunta_osaksi_jokaista_paivaa/?fontsize=1.1

Lobelo F, Duperly J, Frank E. Physical activity habits of doctors and medical students influence their counseling practices. *J Sports Med* 2009;43:89-92.

Maijala H. Liikunnan palveluketju. Lahti liikkeelle –kehittämishanke. Jyväskylä: LIKES, 2009.

Mancia G, Chairperson CO, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, Grassi G, Heagerty AM, Kjeldsen SE, Laurent S, Narkiewicz K, Ruilope L, Rynkiewicz A, Schmieder RE, Struijker Boudier HAJ, Zanchetti A. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2007;28:1462-536.

Marwick TH, Hordern MD, Miller T, Chyun DA, Bertoni AG, Blumenthal RS, Philippides G, Rocchini A. Exercise for Type 2 Diabetes Mellitus: Impact on Cardiovascular Risk: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation* 2009;119:3244-62.

Miilunpalo S, Aittasalo M. Liikkumisresepti – lääkärin työkalu ja yhteistyöhanke terveystiikunnan lisäämiseksi. *Suomen Lääkärilehti* 2002;20:2203-7.

Nupponen R. What is Counseling all about -Basics in the counseling of health-related physical activity. *Patient Educ Couns* 1998;33(1):61-7.

Nupponen R. Liikunta ja koettu hyvinvointi. Teoksessa Fogelholm M, Vuori I, Vasankari T. Terveysliikunta. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 2011: 43-57.

Nupponen R, Suni J. Henkilökohtainen liikuntaneuvonta. Teoksessa Fogelholm M, Vuori I, Vasankari T. Terveysliikunta. 2.painos. Helsinki: Duodecim, 2011:212-26.

Oja M. Terveyskunto ja sen mittaaminen. Teoksessa Vuori I, Taimela S, Kujala U. (toim.) Liikuntalääketiede. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 2005:92-101.

Orozco LJ, Buchleitner AM, Gimenez-Perez G, Roqué i Figuls M, Richter B, Mauricio D. Exercise or exercise and diet for preventing type 2 diabetes mellitus (Review). The Cochrane Library 2008, Issue 3.

Pate R, Blair S, Bouchard C, Buchner D, Ettinger W, Haskell W, Heath G, King A, Kriska A, Leon A, Macera C, Marcus B, Morris J, Paffenbarger R, Patrick K, Pollock M, Rippe J, Pratt M, Sallis J, Wilmore J. Physical Activity and Public Health - A Recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. JAMA 1995;273:402-7.

Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report [www-dokumentti] 2008 [2.4.2013] <http://www.health.gov/PAGuidelines/Report/pdf/CommitteeReport.pdf>

Proper K, Hildebrandt V, Van der Beek A, Twisk J, Van Mechelen W. Effect of Individual Counseling on Physical Activity Fitness and Health. Am J of Prev Med 2003;24:218-26.

Pudas-Tähkä S-M. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajaaminen, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Johansson K, Axelin A, Stolt M, Ääri R-L (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisu 2007;46-57.

Reinhardt J, van der Ploeg H, Grzeqzulka R, Tiperley J. Implementing lifestyle change through phone-based motivational interviewing in rural-based women with previous gestational diabetes mellitus. Health Promot J Austr 2012;23(1):5-9.

Rinne R, Kivirauma J, Lehtinen E. Johdatus kasvatustieteisiin. 5.-6. painos. Helsinki: WSOY, 2005.

Ryden L, Co-Chairperson, Standl E, Co-Chairperson, Bartnik M, Van den Berghe G,

Betteridge J, de Boer MJ, Cosentino F, Jönsson B, Laakso M, Malmberg K, Priori S, Östergren J, Tuomilehto J, Thrainsdottir I. Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases: The Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Eur Heart J 2007;28(1):88-136.

Saraheimo M. Mitä on diabetes? Teoksessa Ilanne-Parikka P, Kangas T, Kaprio EA, Rönönenmaa T (toim.) Diabetes. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim ja Suomen Diabetesliitto ry, 1999:9-20.

Sjöling M, Lundberg K, Englund E, Westman A, Jong M. Effectiveness of motivational interviewing and physical activity on prescription on leisure exercise time in subjects suffering from mild to moderate hypertension. BMC Research Notes, 2011;4:352-9.

Smith B, Bauman A, Bull F, Booth M, Harris M. Promoting physical activity in general practice: A controlled trial of written advice and information materials. Br J of Sports Med 2000;34:262-7.

Ståhl T, Borodulin K, Kujala S, Jousilahti P. Lääkärien toteuttaman liikuntaneuvonnan yleisyys ja tarve. Suomen Lääkärilehti 2004;40:3729-34.

Suikkanen A, Harjajärvi M, Martin M, Tala S. Reseptikö liikuttaa? Arviointiselvitys Liikkumisreseptin käyttöönoton ja toimeenpanon solmukohdista Etelä-Pohjanmaan Sairaanhoidopiirissä. Lapin Yliopisto, 2005.

Suni J, Taulaniemi A. Terveysliikunta –Tavoitteena terveys, ei suorituskyky. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [www-dokumentti] 25.2.2004 [haettu 23.1.2012] http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2003/1_2003/tervey_sliikunta_-_tavoitteena_terveys,_ei_suorituskyky

Suni J, Vasankari T. Terveyskunto ja fyysinen toimintakyky. Teoksessa Fogelholm M, Vuori I, Vasankari T. (toim.) Terveysliikunta. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 2011:32-42.

Suomen apteekkariliitto. Kansanterveys. [www-dokumentti] päivitetty 7.3.2011 [haettu 21.3.2013] www.apteekkariliitto.fi/fi/apteekkitieto/kansanterveys.html

Swinburn B, Walter L, Arroll B, Tilyard M, Russell D. The Green Prescription Study: A randomized Controlled Trial of Written Exercise Advice Provided by General Practitioners. Am J Public Health 1998;88(2):288-91.

Syrjälä L, Ahonen S, Syrjäläinen E, Saari S. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. 1.-2. painos. Helsinki: Kirjayhtymä Oy, 1994.

Tarnanen K, Groop L, Puurunen M. Diabetes – uhka terveydelle. [www-dokumentti] 20.12.2011 [haettu 8.1.2012] http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00066&p_haku=diabetes

Toropainen E, Rinne M, Aittasalo M, Luoto R. Liikkumisresepti toimii yhteistyöllä. Lääkärilehti 2010;48:4004-5.

Tuomi J, Sarajärvi A. 2000. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 5. painos. Jyväskylä: Gummerus, 2009.

Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson J, Valle T, 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 Engl J med 2001;344:1343-50.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. [www-dokumentti] 14.11.2012 [30.4.2013] www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio040413.pdf_0.pdf

Tuunanen K, Koivuniemi K, Kivimäki S. Liikkujan Apteekki terveystoimintaa edistämässä. Jyväskylä: LIKES, 2012.

Tähtinen H. Systemaattinen tiedonhaku hoitotieteen näkökulmasta. Teoksessa Johansson K, Axelin A, Stolt M, Ääri R-L (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja 2007;10-45.

UKK-Instituutti. [www-dokumentti] 3.5.2011 [3.4.2012] www.ukkinstituutti.fi

UKK-Instituutti. Liikuntapiirakka. [www-dokumentti] 27.9.2011 [haettu 4.1.2012] <http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka>

UKK-Instituutti. Työkaluja liikuntaneuvontaan. [www-dokumentti] 2.3.2011 [haettu 30.4.2012] www.ukkinstituutti.fi/ammattilaisille/tyokaluja_liikuntaneuvontaan

Vermunt P, Milder I, Wielaard F, de Vries J, Baan C, van Oers J, Westert G. A lifestyle intervention to reduce Type 2 diabetes risk in Dutch primary care: 2,5-year results of a randomized controlled trial. Diabet Med 2012;29:223-31.

Vuori I. Tehokas ja turvallinen terveystoiminta: Terveystoiminnan opas. 4. täydennetty painos. Tampere: UKK-Instituutti, 2002.

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

Vuori I. Liikunta, kunto ja terveys. Teoksessa Vuori I, Taimela S, Kujala U. Liikuntalääketiede. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 2005:16-29.

Vuori I. Uudet terveystoimintasuositukset Yhdysvalloista. Liikunta & Tiede 2008;45(5):8-12.

White K, Terry D, Troup C, Rempel L, Norman P, Mummery K, Riley M, Posner N, Kenardy J. An extended theory of planned behaviour intervention for older adults with type 2 diabetes and cardiovascular disease. J Aging Phys Act 2012;20(3):281-99.

LIITTEET

Liite 1: Suostumuslomake

Liite 2: Haastattelurunko

Liite 3: Luettelo taulukoinnissa muodostuneista yläluokista

Suostumuslomake

SUOSTUMUSLOMAKE TUTKIMUKSEEN OSALLISTUVALLE

Olen saanut riittävästi tietoa pro gradu -tutkielmasta, joka koskee liikuntaneuvontaa osana elämäntapasairauksien ehkäisyä ja hoitoa farmaseuttien näkökulmasta. Olen tietoinen siitä, että osallistumiseni on vapaaehtoista ja että voin keskeyttää osallistumiseni milloin tahansa ilman, että minun täytyy perustella keskeyttämispäätöstäni.

Ymmärrän, että antamiani vastauksia käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Tutkijoita sitoo vaitiolovelvollisuus. Olen saanut tiedon siitä, että haastatteluni tullaan nauhoittamaan ja aineistoa tullaan käyttämään tutkimuksessa. Aineistoa säilytetään tutkimuksen ajan huolellisesti ulkopuolisilta suojattuna. Keskustelut kirjataan tekstitiedostoiksi, jonka sisällöstä ei tule esille vastaajan tunnistamisen mahdollistavia tietoja. Tulokset raportoidaan siten, etteivät henkilötietoni ole niistä tunnistettavissa. Alkuperäinen aineisto varmuuskopioineen tuhotaan tutkimuksen päätyttyä. Osallistun haastatteluun toteutettavaan tutkimukseen ymmärtäen, etteivät tutkielman tekijät luovuta henkilökohtaisia vastauksiani työnantajalle eikä muille ulkopuolisille tahoille. Annan suostumukseni käyttää haastatteluani osana pro gradu -tutkielman aineistoa allekirjoittamalla tämän suostumuslomakkeen.

Pvm ja paikka

Allekirjoitus

Nimenselvennys

Haastattelurunko

TAUSTATIEDOT: ikä, sukupuoli, koulutus, täydennyskoulutus ja työkokemus

TEEMA 1 Liikunta farmaseuttien elämässä

- mikä merkitys liikunnalla on elämässäsi
- kuvaile liikuntatottumuksiasi (millaista liikuntaa harrastat, kuinka usein)

TEEMA 2 Liikuntaneuvonta

- minkälaista liikuntaneuvontaa olette antaneet
- miten olet kokenut liikuntaneuvonnan antamisen
- miten liikuntaneuvonta on otettu vastaan
- miten lähestyt liikuntaa teemana asiakkaan kanssa
- miten koet liikuntaneuvontasi kattavuuden/puutteet
- tyypilliset asiakasryhmät (yleisimmät sairaudet/riskitekijät)
- millaisia neuvontamenetelmiä/neuvonnan apuvälineitä olet käyttänyt liikuntaneuvontatilanteessa
 - o mistä haet tietoa
- kuvaile antamaasi liikuntaneuvontatilannetta

TEEMA 3 Ammattipätevyys

- miten koet omat valmiutesi antaa liikuntaneuvontaa
- mikä tuntuu helpolta/vaikealta
- millainen on asenteesi liikuntaneuvonnan antamista kohtaan
- miten (farmaseutin) taustakoulutuksesi tukee liikuntaneuvonnan antamista
- miten koet tieto-taitosi riittävyyden ja omat valmiutesi kahdenkeskisessä neuvontatilanteessa
- millaisena näet roolisi liikuntaneuvojana/ terveyden edistäjänä
- millaisena koet liikuntaneuvontatilanteet itsesi kannalta

TEEMA 4 Elämäntapasairaudet

- mitkä ovat asiakaskuntanne tyypilliset elämäntapasairaudet
 - o liikuntasuositukset ko. sairausryhmille
 - o sopivat liikuntamuodot ko. sairausryhmille

- minkäläisten liikuntapalveluiden pariin ohjaat asiakkaanne (julkinen, yksityinen, seurat)
- miten koet tieto-taitosi elämäntapasairauksien ehkäisyssä tai hoidon tukena liikunnan avulla
- miten merkityksellisenä koet vastuusi ja oman roolisi elintason sairauksien hoidossa
- mitkä seikat koet tärkeimmiksi liikuntaneuvontatilanteessa tyypillisten sairauksien osalta:
 - esim. diabetes, metabolinen oireyhtymä, verenpaine jne. (riippuu haastateltavan mainitsemista sairausryhmistä)

TEEMA 5 Liikkumisresepti

- miten hyvin tunnet liikuntaneuvonnan apuvälineenä käytettyä liikkumisreseptiä
- mitä hyviä puolia/ haasteita näet liikuntareseptissä ja sen käytössä liikuntaneuvonnan apuna
- miten koet mittauksen tukevan liikuntaneuvontatilannetta
- millainen rooli mittauksilla on/ tulee olemaan liikuntaneuvontatilanteessa
- miten olet huomionnut asiakaslähtöisyyden liikuntaneuvontatilanteessa
- miten sitouttaisit asiakkaan liikuntaan/liikkumisreseptiin

TEEMA 6 Koulutus

- millaisia toiveita/ odotuksia sinulla on liikuntaneuvontakoulutusta kohtaan
- miten luulet koulutuksen/ koko toiminnan vaikuttavan työuraasi, hyödyt ja haitat
- miten luulet erikoistumisen/koulutuksen vaikuttavan ammattipätevyyteesi ja asemaasi työyhteisössä?
- millaista tukea olet saanut liikuntaneuvontaan
 - esimieheltä? työyhteisöltä?
- millaista tukea koet tarvitsevasi/ toivot saavasi liikuntaneuvontatilanteisiin (nyt ja koulutuksen jälkeen)
- millaisia valmiuksia toivot että koulutus antaa
 - kahdenkeskiseen neuvontatilanteeseen
 - liikkumisreseptiin käyttöön liikuntaneuvonnassa
 - sairauksien hoitoon
 - mittaustilanteisiin
- mietteitä?

Luettelo taulukoinnissa muodostuneista yläluokista

1. ei aktiivista liikunnan harrastamista
2. farmaseuttien kokemuksia liikuntaneuvonta- valmiuksista
3. farmaseuttien asenne liikuntaneuvonnan antamista kohtaan
4. farmaseuttien asenteisiin vaikuttavia tekijöitä liikuntaneuvonnassa
5. liikuntaneuvonnan merkityksellisyyden kokeminen
6. apteekin roolin kokeminen liikuntaneuvonnassa
7. farmaseuttien antama liikuntaneuvonta
8. farmaseuttien antaman liikuntaneuvonnan tilannesidonnaisuus ja haasteet
9. asiakkaan sisäisen motivaation herättely
10. liikuntaan sitouttaminen ulkoisten motivaatiotekijöiden kautta
11. farmaseuttien tieto-aidot eri sairausryhmien liikuntaneuvonnassa
12. liikuntasuosituksen hallinta
13. farmaseuttien liikuntasuositukset eri sairausryhmille
14. farmaseuttien käyttämät mittausmenetelmät liikuntaneuvonnassa
15. farmaseuttien käyttämät työvälineet liikuntaneuvonnassa
16. liikuntaneuvontaa helpottavat mittarit ja työvälineet
17. farmaseuttien asenteet mittaustilanteita ja työvälineitä kohtaan
18. liikuntaneuvonnan aloittamista helpottavat tekijät
19. liikuntaneuvonnan aloittamista vaikeuttavat tekijät
20. farmaseuttien koulutuksen merkitys liikuntaneuvonnan antamisessa
21. esimieheltä saatu tuki
22. farmaseuttien toivoma tuki liikuntaneuvontaan
23. liikkumisreseptin tunteminen
24. farmaseuttien näkemykset koulutuksen hyödyistä ja haasteista
25. farmaseuttien näkemyksiä koulutuksen sisällöstä
26. farmaseuttien toiveita koulutuksen sisällöstä
27. koulutuksen vaikutuksia farmaseuttien työyhteisössä
28. farmaseuttien asenteet liikkumisreseptiä kohtaan
29. liikkumisreseptin hyödyt käytännön työssä
30. liikkumisreseptin haasteet
31. farmaseuttien näkemys liikkumisreseptin sisällöstä
32. asiakkaiden ohjaaminen liikuntapalveluiden pariin
33. farmaseuttien tieto paikallisista liikuntamahdollisuuksista
34. farmaseuttien käsitys sopivista liikuntamuodoista elintapasairauksien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa