

Toiminnallisten ohjausmenetelmien vaikutus liikuntatavoitteiden asettamiseen tyypin 2 diabeetikoiden kuntoutuskurssilla

Kirsi Heinonen

Pro gradu -tutkielma

Tampereen yliopisto

Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden

laitos

Sosiaalipsykologia

Huhtikuu 2011

TAMPEREEN YLIOPISTO

Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö

HEINONEN, KIRSI

Toiminnallisten ohjausmenetelmien vaikutus liikuntatavoitteiden asettamiseen
tyypin 2 diabeetikoiden kuntoutuskurssilla

Pro -gradu tutkielma, 57 sivua, 7 liitesivua

Sosiaalipsykologia

Ohjaaja: YTT Tarja Aaltonen; yliopistonlehtori, sosiaalipsykologia

Huhtikuu 2011

TIIVISTELMÄ

Laadullinen toimintatutkimus toteutettiin Diabeteskeskuksessa kahdella tyypin 2 diabeetikoiden kuntoutuskurssilla. Tavoitteena oli tutkia toiminnallisten menetelmien vaikutuksia liikunnan muutostavoitteiden asettamiseen kuntoutuskurssin ensimmäisellä jaksolla. Toisena päätavoitteena on tutkijan oman työn reflektointi ja kehittäminen. Tutkija työskentelee itse Diabeteskeskuksen liikuntasuunnittelijana.

Aineistonkeruumenetelminä tutkimuksessa käytettiin Kansaneläkelaitoksen (Kela) standardeihin liittyvää GAS -menetelmää, haastattelua ja liikuntaneuvontaryhmästä koottuja liikuntatavoitteita.

Tutkimustulosten mukaan toiminnalliset menetelmät eivät vaikuta kuntoutujan liikuntatavoitteiden määrään. Sen sijaan tutkimus antaa viitteitä siitä, että toiminnalliset menetelmät suuntaisivat kuntoutujan huomion liikunnan laadullisiin muutoksiin määrällisten muutostavoitteiden sijasta.

Avainsanat: tyypin 2 diabetes, kuntoutus, liikuntatottumusmuutokset, toiminnalliset menetelmät

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TAVOITTEET	3
2.1 Diabetes sairautena	4
2.2 Kuntoutus	5
2.3 Liikunnan merkityksen perustelut tyypin 2 diabeteksen hoidossa	7
3 TUTKIMUKSEN KESKEISET KÄSITTEET JA TEOREETTINEN VIITEKEHYS	8
3.1 Liikuntakäyttämisen edistäminen	9
3.2 Holistinen ihmisenäkemyks ja sosiaalinen konstruktionismi	11
3.3 Empowerment	13
3.4 Transteoreettinen muutosvaihemalli	15
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMISYMPÄRISTÖ	19
4.1 Suomen Diabetesliitto ry	19
4.2 Tyypin 2 diabeteksen kuntoutuskurssi	19
4.2.1 Liikuntatottumusmuutosten tukemisen perusta kuntoutuskurssilla	22
4.2.1.1 Tiedolliset ja kokemukselliset elementit	22
4.2.1.2. Toiminnalliset menetelmät	23
4.2.2 Goal Attainment Scale (GAS) -menetelmä osana kuntoutuskurssia	25
5 TUTKIMUSKYSYMYKSET	26
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN JA TUTKIMUSMENETELMÄT	27
6.1 Kohdejoukon taustatiedot	28
6.2 Liikuntaneuvonnan käytännön toteuttaminen	29
6.3 Aineiston hankinta ja analysointi	32

7 TUTKIMUSTULOKSET	36
7.1 Goal Attainment Scale (GAS) -lomakkeesta ilmenneet liikuntatavoitteet	37
7.2 Hoitajien haastatteluista ilmenneet tekijät	38
7.3 Parityöskentelystä ilmenneet tekijät	39
8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTAA	40
8.1 Liikuntatavoitteiden arviointia tutkimusaineistojen näkökulmasta	41
8.1.1 GAS -lomake	42
8.1.2 Hoitajien haastattelut	43
8.1.3 Ryhmässä asetetut liikuntatavoitteet	44
8.2 Liikunta kuntoutuksen kontekstissa	44
KIRJALLISUUS	47
LIITTEET 3 kpl	

1 JOHDANTO

Terveydenhuolto on yhä enenevässä määrin etsinyt erilaisia kustannustehokkaita ohjauskeinoja sekä tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyyn että hoitoon. Kansallisen Diabeteksen ehkäisy- ja hoidon kehittämisohjelman (DEHKO) 2000–2010 yhtenä tavoitteena oli, että jokainen diabeetikko saisi riittävän hoidonohjauksen, ja että diabeetikko voisi itse osallistua oman hoitonsa suunnitteluun. DEHKON loppuraportissa todetaan, että hoidonohjaus on ollut vaikeasti määriteltävä osa diabeetikon hoidossa. Tämän nähtiin johtuvan siitä, että hoidonohjausta, verrattuna lääketieteelliseen hoitoon, on perinteisesti kirjattu niukasti, ja tämän vuoksi ohjauksesta on puuttunut tavoitteellisuutta ja systemaattisuutta. Lisäksi ohjausmenetelmien hallinnan todettiin olleen usein puutteellista. (Diabeteksen ehkäisy- ja hoidon kehittämisohjelma DEHKO 2000–2010; 2011, 40).

Tyypin 2 diabeetikoiden seulontaan ja ohjaukseen on kehitetty uusia käytäntöjä yhä järjestelmällisemmin viimeisen 10 vuoden aikana. Hyviä käytäntöjä on valtakunnallisesti pyritty myös juurruttamaan ja levittämään. DEHKON 2D -hankkeen puitteissa kehitettiin ja dokumentoitiin viiden eri sairaanhoitopiirin alueella yli 200 toimintamallia tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn tai hoitoon seulonnan, diagnostiikan ja interventioiden tehostamiseksi. (DEHKON 2D -hanke 2003–2007; 2009, 91.) Sosiaali- ja terveysministeriön aloitteesta virinneessä Valtimoterveyttä kaikille -projektissa (2009–2010) levitettiin valtakunnallisesti toimintamalleja, jotka oli kehitetty Suomalaisessa sydänohjelmassa ja edellä mainitussa DEHKON 2D -hankkeessa (Heinonen 2010, 4).

Laajoista hankkeista huolimatta kuntoutuksen kentällä on paljon kirjaamattomia, hyviä käytäntöjä. Kuntoutuksen työntekijät omaavat paljon kokemuksellista tietoa, joista muotoutuu heidän toimintakentässään työkäytäntöjä. Tällaisen tiedon jakaminen ja kokoaminen on kuntoutuksen kehittämisen kannalta tärkeää. Hyvien käytäntöjen tunnistaminen ja jakaminen synnyttää yksilöllisesti luovia kuntoutusratkaisuja. (Järvikoski & Karjalainen 2008, 93.)

Osa DEHKON 2D -hankkeessa luoduista hyvistä käytännöistä perustui ryhmäohjaukseen, joka onkin saanut runsaasti jalansijaa ympäri Suomen. Tähän on kaksi perustelua. Ensinnäkin ryhmässä tavoitetaan samalla ohjauskerralla useampia ihmisiä, joten se on kustannustehokasta. Toiseksi usko ryhmän kannustavaan ja motivoivaan voimaan on saanut yhä enemmän kannatusta. Tästä on osoituksena esimerkiksi Diabetesliiton ja Sydänliiton yhteistyössä rakentama PPP -ryhmäohjauskoulutus, joka on suunnattu painonhallintaryhmien ohjaamisen

tueksi. Viisipäiväiseen koulutukseen on osallistunut lähes 1700 terveydenhuollon ammattilaista (Suullinen tiedonanto. Turku, Riikka 3.4.2011).

Ryhmä tarjoaa, yksilöohjaukseen verrattuna, monipuolisen areenan liikuntaan liittyvien tunteiden ja kokemusten pohdintaan ja jakamiseen. Ryhmässä jaetut ajatukset sitovat ryhmän muiden jäsenten ajatukset omiin kokemuksiin. Tämä prosessi tarkentaa ja luo yksilön liikuntaan liittyviä merkityksiä laajentaen yksilön liikuntaan liittyvää tieto- ja kokemusrakennetta. Tätä aspektia yksilöohjaus ei pysty korvaamaan. ”Vaikka sisäiset tekijät luovat muutoksen perustan, ulkoiset tekijät toimivat sen ehtoina. Perhe, ystävät, tunteet ja yhteisön tuki voivat vaikuttaa voimakkaasti yksilön muutosmotivaatioon.” (Miller, 1999, 19.)

Diabeetikon kuntoutuksessa elintapaohjaus, kuten liikuntaneuvonta, on keskeinen tekijä. Ohjauksen määrästä, sisällöstä ja laadusta on kuitenkin hyvin vähän tietoa. Olisi tärkeää, että hoidonohjauksen vaikuttavuutta ja laatua seurattaisiin osana diabeteksen hoidon laadun parantamista. Laatukriteeriehtotuksia on tehty, mutta laadun mittaaminen on hoidonohjauksen osalta vielä alkutekijöissään. (Winell 2009, 26–27.)

Työskentelen itse Diabeteskeskuksessa liikuntasuunnittelijana. Olen useiden vuosien ajan pyrkinyt kehittämään erilaisia ohjausmenetelmiä terveysliikunnan ryhmäohjaukseen. Tutkimuksen tekemisen yhtenä tavoitteena oli oman työni kehittäminen Diabeteskeskuksen liikuntasuunnittelijana. Tutkimus tähtäsi myös tuottamaan tietoa, jonka pohjalta voitaisiin tarjota suuntaviivoja sekä rakentaa toimintatapoja tyypin 2 diabeetikoiden liikuntaneuvonnan suunnitteluun. Tämän tutkimuksen tehtävä oli siis osaltaan vaikuttaa laadukkaiden ja vaikuttavien kurssikäytäntöjen kehittämiseen tyypin 2 diabeteksen kuntoutuksessa. Tutkimus keskittyi liikuntaneuvontaan ja tarkasteli ryhmäohjauksessa käytettyjen toiminnallisten harjoitteiden vaikutuksia liikunnan tavoitteenasetteluun. Toiminnallisten menetelmien käytön perusteena oli usko siihen, että niiden soveltaminen kuntoutuksessa johtaisi liikuntakuurien sijasta pysyviin liikuntatottumusmuutoksiin, ja että ne helpottaisivat kuntoutujan matkaa elintapamuutosten polulla.

Tutkimuksessa verrattiin kahta tyypin 2 diabeteksen kuntoutuskurssia toisiinsa liikuntatavoitteiden asettamisen suhteen. Tavoitteena oli tarkastella

1. lisääkö toiminnallisten harjoitusten liittäminen liikuntaneuvontaan liikuntatavoitteiden määrää

2. vaikuttaako toiminnallisten harjoitusten liittäminen liikuntaneuvontaan liikuntatavoitteiden sisältöihin

Liikuntaneuvontaa, sisältäen sekä liikunnan tietopohjaisen neuvonnan että käytännön liikunnanohjauksen, voidaan toteuttaa monella eri tavalla. Kuntoutuskontekstissa, jolloin liikunta on yksi moniammatillisesti toteutetun kuntoutuksen osa, liikunnan tehtävä ei ole vain fyysisen kunnan kohottaminen. Liikunta sisältää mahdollisuuden kohentuvaan elämänlaatuun, voimavarojen lisääntymiseen ja parempaan selviytymiseen diabeteksen kanssa. Jotta liikunta muodostuisi pysyväksi osaksi kuntoutujan elämänkenttää, tarvitsee liikuntaneuvonta voimaannuttavia ohjauselementtejä ja kuntoutujan oman elämänkentän huomioimisen. Onkin tärkeää, että liikuntaneuvonnassa yhdistyy muutoksen tekemiseen tarvittavat elementit sopivassa suhteessa ja sopivaan aikaan. Kyseisiä elementtejä on kolme. Tietoelementin lähtökohtana ovat liikunnan terveysvaikutukset, optimaalinen annostelu ja liikunnan suhde painonhallintaan. Taitoelementti taas ohjaa kehon käytön tekniikkaan sekä yleiskunnan että lihahuollon saralla. Kehotietoisuudella pyritään, omaa kehoa kuuntelemalla, löytämään liikunnan mielihyvä, mikä näkemykseni mukaan on yksi tekijä pysyvien liikuntatottumusmuutosten saavuttamiseen. Nämä kolme elementtiä sisältyi liikuntaneuvontaan molemmilla tutkimuksen kohteena olevilla kursseilla.

Tutkimus oli luonteeltaan laadullinen toimintatutkimus, missä verrattiin kahta tyyppiä 2 diabeteksen kuntoutuskurssia toisiinsa liikuntatavoitteiden asettamisen suhteen. Toimin itse molemmilla kursseilla liikuntasuunnittelijana. Ohjauksen aikaresurssit ja ohjaussisällöt näillä kahdella kurssilla olivat samat. Tutkimuskurssiksi kutsutaan kurssia, joka sisälsi jokaisella toteuttamallani ohjaukserillä, samojen ohjaussisältöjen puitteissa, myös toiminnallisia harjoitteita. Kontrollikurssiksi kutsutaan kurssia, jossa ohjauksen tieto- ja taitosisällöt olivat samat sillä erotuksella, että ohjaustapana ei käytetty toiminnallisia harjoitteita.

2 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TAVOITTEET

Tämä tutkimus on syntynyt kandidaatin tutkielmani jälkeisistä pohdinnoista, jossa keskityin tarkastelemaan liikunnanohjauksen eri osa-alueiden merkityskokemuksia. Tutkielman aineisto

kerättiin Diabeteskeskuksen 2-osaisella sopeutumisvalmennuskurssilla, jonka osallistujia olivat työkäiset tyypin 2 diabeetikot. (Heinonen, 2008.)

Tutkimusasetelmaan on vaikuttanut myös Kelan ohjeistaman Goal Attainment Scale (GAS) -arviointimenetelmän käyttöönotto Diabeteskeskuksen kuntoutuskursseilla vuoden 2011 alusta lähtien. Kelan tavoitteena menetelmän käyttöönotossa on ollut kuntoutuksen vaikuttavuuden ja laadun kehittäminen. Tutkimuksen onkin tarkoitus osaltaan helpottaa Diabeteskeskuksen moniammatillisen tiimin yhteisiä pohdintoja GAS -menetelmän käytön kehittämisestä.

Tämä luku käsittelee diabetesta sairautena ja perustelee sen esiintyvyyteen ja uusien tautitapauksien ennusteisiin pohjautuen syyt, miksi diabeetikoiden hoidonohjaukseen olisi syytä kiinnittää huomiota. Luvussa tuodaan esille myös erityisesti liikuntaa lisäävien toimien tärkeys diabeteksen hoidossa. Tutkimukseni tarkastelee liikuntatottumusten muutosta kuntoutustoiminnan kontekstissa ja siksi kuntoutusta käsitellään omana lukunaan.

2.1 Diabetes sairautena

Diabetes on joukko aineenvaihduntasairauksia, joille on yhteistä suurentunut veren glukoosipitoisuus. Diabetes johtuu haiman insuliinia tuottavien solujen vauriosta aiheutuvasta insuliinin puutoksesta tai insuliinin vaikutuksen heikentymisestä kudoksissa. Diabetesta on kahta päätyyppiä: tyypin 1 diabetes eli nuoruustyyppin diabetes ja tyypin 2 diabetes eli aikuistyyppin diabetes. (Ilanne-Parikka & Kallioniemi 2008, 144–145.)

Diabetes on yksi merkittävimmistä kansansairauksistamme. Se voi vaikuttaa sairastuneen sekä hänen lähipiirinsä elämänlaatuun sekä alentaa työ- ja toimintakykyä. Riittämättömästi hoidettuna se voi aiheuttaa lisäsairauksia kuten aivohalvausta, sydänsairauksia, näkövammaisuutta ja munuaisten vajaatoimintaa. Riittämättömästi hoidettu diabetes lisää myös kuolleisuutta. Diabeetikoiden hoidosta aiheutuvat vuotuiset kokonaiskustannukset ovat Suomessa yli 11 % terveydenhuollon kokonaiskustannuksista. (Emt, 144.)

Maailmassa on arvioitu olevan yli 200 miljoonaa diabeetikkoa, joista 80 - 90 % sairastaa tyypin 2 diabetesta. Diabetesta sairastavien kokonaismäärän ennustetaan nousevan 330 miljoonaan vuoteen 2025 mennessä. Yleistymisen syynä on runsaasti energiaa sisältävän ruuan

ja vähäisen liikunnan aiheuttama painonnousu, väestön ikääntyminen sekä arkiliikunnan vähentyminen. (Saraheimo & Sane 2009, 13.)

Tämän tutkimuksen taustana on tyypin 2 diabetes, missä liian vähäiseen insuliinieritykseen liittyy insuliinin heikentynyt vaikutus eli insuliiniresistenssi maksassa, lihaksissa ja rasvakudoksessa. Insuliiniresistenssin taustalla ovat perintötekijät ja energiaylimäärän aikaansaama rasvan kertyminen vatsaonteloon, maksaan ja lihaksiin. Insuliiniresistenssi aiheuttaa valtimoahtaumatautia sekä häiriöitä verisuonten sisäseinämän toimintaan. Tyypin 2 diabeteksen hoidon perusta on ruokavalio, ylipainon laihduttaminen ja painonhallinta, arkiaktiivisuus ja liikunta sekä lääkehoidot. (Ilanne-Parikka & Kallioniemi 2008, 144–145.)

Diabeteksen hoidon perustana on omahoito, mikä tähtää siihen, että verensokeripitoisuus pysyisi normaalilla tasolla. Tehtävä on vaativa ja edellyttää tietoa, taitoa, jaksamista ja vahvaa motivaatiota. Diabeteksen hoitotulos onkin riippuvainen diabeetikon käytännössä tekemistä päivittäisistä ravitsemukseen, fyysiseen aktiivisuuteen ja lääkehoitoon liittyvistä hoitoratkaisuista. (Groop 2004, 283.)

Tyypin 2 diabetesta sairastavien määrä on lähes kaksinkertaistunut kahdentoista viime vuoden aikana Suomessa. Vuonna 2007 hoitoa sai yli 245 000 ihmistä, joilla oli todettu tyypin 2 diabetes. Väestötutkimukset ovat osoittaneet, että tyypin 2 diabetesta tietämättään sairastavia on suunnilleen yhtä paljon kuin niitä, joiden sairaus on diagnosoitu. (Diabeetikon hyvän hoidon toteuttamisen periaatteet 2011, 7.) Diabetes onkin kansansairaus, jota maassamme sairastaa noin 10 % aikuisväestöstä. Diabeteksen lisäsairaudet ovat kuitenkin vähentyneet. FinDM II -tutkimusrekisteri vuosilta 1997–2007 osoitti, että sekä ensimmäisiin sydän- ja aivoinfarkteihin sairastuvien että ensimmäisten amputaatioiden tekeminen ovat vähentyneet. (Sund & Koski 2009, 16.)

2.2 Kuntoutus

Kuntoutuksella tähdätään yksilön toimintakyvyn ja työkyvyn parantamiseen tai ylläpitämiseen. Kuntoutus täydentää ja tehostaa lääketieteellisen hoidon ja muiden työ- ja toimintakykyisyyttä tukevien palvelujen vaikutusta. Suomalaisessa kuntoutusjärjestelmässä kuntoutus järjestetään yleisten palvelujen ja sosiaalivakuutusjärjestelmien osana. Kuntoutus ulottuuikin Suomessa

usealle hallinnon ja toiminnan sektorille. Pääelementtejä ovat kuntoutusta ohjaava lainsäädäntö, kuntoutuspalveluja rahoittavat ja tuottavat organisaatiot ja näissä organisaatioissa työskentelevät ammattilaiset. Kansaneläkelaitos ja lakisääteisistä vakuutuksista huolehtivat työeläkelaitokset ja vakuutuslaitokset vastaavat sosiaalivakuutuksen periaatteisiin perustuvasta kuntoutuksesta. (Paatero, Lehmijoki, Kivekäs & Ståhl 2008, 31.)

Kuntoutusta on perusteltu sekä yhteiskunnan että yksilön näkökulmasta. Kuntoutus on ollut yhteiskunnalle taloudellisesti kannattavaa toimintaa hoito- ja huoltokustannusten vähentäjänä sekä työvoiman tuottajana. (Järvikoski 2000, 246.) Taloudellisesti ajatellen diagnostisoituja diabeetikoita olisi järkevää hoitaa siten, että lisäsairauksien ilmaantuminen saataisiin estettyä tai siirrettyä mahdollisimman pitkään. Näin diabeteksen hoidon kokonaiskustannukset pienenisivät merkittävästi. Diabeteksen aiheuttamat lisäkustannukset ovatkin lisäsairauksia saaneilla tyyppin 2 diabeetikoilla neljä kertaa suuremmat verrattuna lisäsairauksilta välttyneisiin diabeetikoihin. (Jarvala, Raitanen & Rissanen 2010, 36–38.) Kun kuntoutusta perustellaan yksilön näkökulmasta, on sen katsottu tarjoavan parempaa elämänlaatua. Kuntoutuksen lähtökohtana on tavallisesti pitkäaikaissairaus, vamma, päihdeongelma, toiminnanrajoitus, työkyvyttömyys tai sen uhka. (Järvikoski 2000, 246.)

Kuntoutuksella ei kuitenkaan voida ymmärtää vain spesifisen sairauden aiheuttamien haittojen vähenemistä tai ehkäisyä, vaan ihmisen fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn, hyvinvoinnin ja elämänhallinnan parantamista (Järvikoski & Härkäpää 2008, 56). Sosiaalisten ja psyykkisten ilmiöiden merkitys ihmisen terveyden, toimintakyvyn ja työssä selviytymisen kannalta onkin noussut esiin yhä selvemmin. Biolääketieteellinen sairauskäsitys on vähitellen korvautunut biopsykososiaalisella terveyst- ja sairauskäsityksellä. (Järvikoski & Karjalainen 2008, 82.) Nuutinen (2010, 82) visioi, että myös diabeteksen hoito on siirtymässä biolääketieteellisestä, ammattilaisten asiantuntemusta korostavasta hoitokäsityksestä monialaiseen kohtaamiseen, jossa omahoidon osaamisella ja diabeetikon omilla voimavaroilla on keskeinen merkitys. Kuntoutuksen tavoitteiden nähdäänkin siirtyneen sairauden aiheuttamien haittojen kompensoinnista terveyttä, hyvinvointia ja voimavaroja vahvistaviin tekijöihin (Järvikoski & Härkäpää 1995, 49). Tästä näkökulmasta katsottuna nykyinen kuntoutus on eri ammattiryhmien yhteistyöhön perustuvaa toimintaa, minkä tavoitteena on saattaa yksilö epätydyttävästä elämäntilanteesta kohti parempaa toimintakykyä ja elämänlaatua (Järvikoski 2000, 248).

Diabeetikon kuntoutuksella, laajasti ajateltuna, tarkoitetaan niitä toimenpiteitä, joilla tuetaan diabeetikon selviytymistä sairautensa kanssa. Omassa hoitopaikassa tapahtuva jatkuva ohjaus on keskeisin elementti diabeetikon kuntoutuksessa. Diabeteskeskuksen kuntoutuskurssin on tarkoitus toimia väliintulona, mikä tukee hoitopaikan antamaa ohjausta ja kuntoutusta. (Hannukainen 2010, 36.)

Diabeetikon hyvän kuntoutuksen tavoitteellisuutta kuvaavat kokonaisvaltaisuus, tavoitteellisuus, suunnitelmallisuus, tuloksellisuus ja vaikuttavuus. Hyvään kuntoutuskäytäntöön kuuluu, että siihen sisältyy prosessikuvaus ja sen vaikuttavuutta arvioidaan. Hyvä kuntoutus perustuu tutkittuihin tai muuten hyväksi todettuihin menetelmiin ja käytäntöihin ja sen toteuttajana toimii moniammatillinen tiimi. Diabeetikon kuntoutuksessa yhdistyy diabeetikon yksilöllinen tilanne, olosuhteet ja toimintatavat ammattilaisten kliiniseen osaamiseen ja tieteelliseen tutkimusnäyttöön. (Ilanne-Parikka & Kallioniemi 2008, 150.)

2.3 Liikunnan merkityksen perustelut tyypin 2 diabeteksen hoidossa

Tyypin 2 diabeetikolla fyysisen aktiivisuuden lisäämisen tavoitteena on parantaa elimistön glukoosi- ja insuliiniaineenvaihduntaa ja siten hoitotasapainoa sekä auttaa painonhallinnassa. Hyvä glukoositasapaino hidastaa diabetekseen liittyvien elinkomplikaatioiden ilmaantumista pienissä suonissa, munuaisissa, hermoissa ja silmän verkkokalvoilla. Fyysinen aktiivisuus ehkäisee myös sepelvaltimotautia ja muita valtimoita ahtauttavia sairauksia. (Kukkonen-Harjula 2010, 128; Laaksonen, Niskanen, Lakka, Lakka & Uusitupa, 2004; Lakka & Laaksonen, 2007.)

Liikunta on perinteisesti ollut diabeteksen hoidon kulmakiviä. Tutkimustyö aiheesta on kuitenkin yllättävän nuorta. Väestötutkimuksia liikunnan suojaavasta vaikutuksesta tyypin 2 diabetekseen on ilmestynyt 1990-luvulla. Näissä laajoissa tutkimuksissa saatiin yhteneväinen tulos: runsaasti liikkuvien miesten ja naisten vaara sairastua diabetekseen oli selvästi pienempi kuin vähän tai ei lainkaan liikkuvien. Tulos oli riippumaton muista seikoista kuten siitä, mikä henkilön painoindeksi oli seurannan alussa. Laskennallisesti tyypin 2 diabeteksen sairastumisvaara pienenee kuusi prosenttia jokaista 500 kilokalorin energiankulutusta vastaavaa viikoittaista liikuntasuoritusta kohti. Tämä edellyttää noin puolentoista tunnin kävelyä päivittäin. Toisaalta liikkuminen antaa suojan, joka kasvaa samassa suhteessa kuin liikuntaa lisätään. Liikunnan suositeltavia rasittavuusasteita ei tiedetä tarkkaan, mutta reipas

kävely on riittävä suojavaikutuksen aikaansaamiseksi. Hyvä kunto (hapenottokyky) sinänsä suojaa diabetekselta joten osan liikuntasuorituksesta olisi hyvä olla sen verran rasittavaa, että sillä saadaan aikaan kestävyyskuntoa nostava harjoitusvaikutus. (Niskanen 2009, 172.)

Lihastyö parantaa glukoosin soluunottoa energianlähteeksi. Kestävyystyyppinen liikunta lisää lihasten hiussuonistoa ja suurentaa kuljetusproteiinien määrää, mikä edistää glukoosin pääsyä soluun. Nämä muutokset parantavat insuliiniherkkyyttä. Lihaskuntoa ja lihasmassaa parantavaa harjoittelua suositellaan diabeteksen hoitoon, vaikkakin siitä on toistaiseksi vähän tutkimustietoa. Parhaimmillaan tyypin 2 diabeetikon liikunnan tulisi sisältää sekä kestävyyskuntoa että lihasvoimaa kohentavia elementtejä. Liikunnan tehon tulisi olla vähintään kohtalainen. Liikunnan edulliset vaikutukset insuliiniherkkyyteen ovat lyhytkestoisia, mikä korostaa päivittäisen aktiivisuuden merkitystä. (Kukkonen-Harjula 2010, 128–129.)

Liikunnan hyödyt tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä ja hoidossa on koottu kattavasti Suomalainen lääkärisseura Duodecim näyttöön perustuviin kansallisiin Käypä hoito -suosituksiin. Liikunnan on todettu vaikuttavan sekä ylipainoon (www.kaypahoito.fi/lihavuus) että olevan yksi tyypin 2 diabeteksen hoidon peruspilareista (www.kaypahoito.fi/diabetes).

3 TUTKIMUKSEN KESKEISET KÄSITTEET JA TEOTEETTINEN VIITEKEHYS

Teoreettinen viitekehys koostuu näkemyksistä, jotka myös luovat maaperän sekä tarjoavat välineet laadukkaalle kuntoutustyölle. Kuntoutujan kohtaaminen holistisena kokonaisuutena palvelee empowerment -filosofiaan pohjautuvaa tasavertaista kohtaamista ja tavoitteellista voimaannuttamista. Transteoreettinen muutosvaihemalli lisää edellisiin näkemyksiin pohjautuen, sekä kuntoutujan että ohjaajan, ymmärrystä elintapamuutosten vaihteellisuudesta. Koska tämän tutkimuksen näkökulmana ovat liikuntatottumusmuutokset, esittelen tässä luvussa myös liikuntakäyttäytymismuutoksen keskeisiä teorioita.

3.1 Liikuntakäyttäjyksen edistäminen

Terveysliikunnan määrittelyn lähtökohtana on ollut liikunnan tulos eli vaikuttavuus yksilön terveyteen. Vaikuttavuuden takia liikunnalle on asetettu väljäkkoja määreitä. Terveysliikunnan käytössä painottuu biologinen terveys, koska tätä koskeva näyttö on vahvinta. Biologinen näkökulma tarjoaa myös mahdollisuuden määrittää täsmällisimmin vaikuttavan liikunnan ominaisuudet. Mikäli terveysliikunnan käsitettä laajennetaan psyykkisen ja sosiaalisen terveyden alueille, näyttö liikunnan vaikutuksista ja annos-vastesuhteista vähenee olennaisesti tai sitä ei ole lainkaan. (Vuori 2007, 2984.)

Liikuntakäyttäjyksen selittämiseen on käytetty lukuisia teorioita. Vuori (2003, 65–68) on pohtinut käyttäjysteorioita liikuntakäyttäjyksen näkökulmasta. Hän toteaa, että pitkään sovelletun oppimisteorian mukaan käyttäjyksenmuutosta helpottaa liikunnan asteittainen aloittaminen ja toivottujen tulosten saavuttaminen. Päätöksenteon teoriassa käyttäjyksen muutos perustuu tasapainoon, jonka henkilö kokee hänelle muutoksesta aiheutuvan mahdollisten myönteisten ja kielteisten seuraamusten tuloksena. Tästä teoriasta laajennettu käyttäjyksen valinnan teoria pyrkii selittämään, miksi henkilö valitsee monesta vaihtoehdosta juuri tietyn käyttäjyksen. Valintoihin vaikuttavat muun muassa koetut haitat ja esteet, symboliset tai aineelliset palkinnot ja toiminnan vaatima ponnistelu. Erityisesti terveysliikunnan edistämisessä pitkään käytetyn terveysuskomusmallin mukaan liikunnan todennäköisyys riippuu siitä, kuinka voimakkaasti henkilö arvioi liikkumattomuuden lisäävän terveysongelmien kehittymistä, kuinka paljon tämä vaikuttaa hänen elämäänsä, kuinka paljon liikunnasta on hyötyä ongelmien välttämässä ja kuinka paljon hän arvioi hyötyjen ylittävän liikunnan aiheuttaman ajan ja aineellisten ja henkisten voimavarojen tarpeet. Perustellun toiminnan teorian mukaan ihmisten taas oletetaan tekevän liikuntakäyttäjyksiensä liittyviä päätöksiä sen mukaan, mitä he odottavat tämän käyttäjyksen aiheuttavan heille ja minkä arvon he antavat näille odotuksille. Tämä malli auttaa ymmärtämään erityisesti liikunnan aloittamiseen vaikuttavia tekijöitä. Mallia on kehitetty lisäämällä siihen käyttäjyksen koettua hallintaa koskeva käsite. Tällä tarkoitetaan henkilön tuntemusta siitä onko hänellä henkilökohtaisia edellytyksiä ja tilanteen ja ympäristön määrittämiä mahdollisuuksia toteuttaa kyseistä käyttäjyksiä. Koettuun hallintaan voivat siis vaikuttaa paitsi yksilössä itsessään myös hänen ympäristössään ilmenevät tekijät. Huomionarvoista on, että koettu hallinta ei välttämättä koske henkilön kaikkea liikuntaa vaan osia siitä. Mitä suuremmat vaatimukset

liikunta asettaa kunnolle, taidolle, terveydelle, varusteille ja ympäristölle, sitä harvemmat kokevat hallitsevansa siihen osallistumista

Liikuntaneuvonnan keskeisenä tavoitteena kuntoutuskursseilla on tukea koherenssin tunnetta liikunnassa. Antonovsky (1996) kuvaa koherenssin elämän orientaatioksi, jota kuvataan ymmärrettävyyden, hallittavuuden ja mielekkyyden näkökulmista. Liikuntatottumusmuutosten kontekstissa ymmärrettävyyttä lisää tieto terveysliikunnan vaikutuksista, optimaalisesta annostelusta ja toteuttamistavoista. Hallittavuutta lisäävät liikunnan taidot, esimerkiksi kehon käytössä kävelyn ja lihashuoltoharjoitteiden yhteydessä. Mielekkyys taas syntyy liikunnan positiivisista kokemuksista ja uskosta, että liikunnan lisäämisellä on vaikutusta kuntoutujan elämänlaatuun sekä lyhyellä että pitkällä tähtäimellä. Mitä alhaisempi koherenssin tunne kuntoutujalla liikunnan suhteen on, sitä todennäköisempää on, ettei liikunta jää pysyväksi osaksi elämää.

Uskon, että edellä mainitut liikuntakäyttäytymismuutosteorioiden tulisi jakaa myös kurssilaisten kanssa. Keskustelu teorioista auttaa lisäämään ymmärrystä ja konstruoimaan liikuntaa omassa elämänkentässään.

Kognitiivisen käsityksen mukaan ihminen on aktiivinen toimija oman toimintansa ohjaamisen suhteen. Ihminen asettaa itselleen päämääriä ja valitsee tietoisesti tai tiedostamatta erilaisia toimintatapoja tavoitteiden saavuttamiseksi. (Lehtinen, Kinnunen, Vauras, Salonen, Olkinuora & Poskiparta 1989, 27.) Oppiminen tapahtuu yksilön ja ympäristön välisessä vuorovaikutuksessa. Tietojen hankkimisesta seuraa, että yksilö kykenee paremmin hahmottamaan valinnan mahdollisuuksia. Taitojen kasvaminen antaa yksilölle entistä paremmat mahdollisuudet saavuttaa tavoitteensa. Tavoitteiden ja toimintatapojen muodostumista ja valintaa ohjaavat yksilön aiempiin tietoihin, taitoihin ja asenteisiin perustuvat kokonaisuudet; sisäiset mallit eli skeemat. Näihin perustuen yksilö tulkitsee uusia havaintoja ja orientoituu uuteen tilanteeseen. Mikäli yksilö kokee saavansa ristiriitaista tietoa, hän torjuu uuden tiedon tai pyrkii muuttamaan skeemaansa uuden tiedon avulla. Ihminen ei toimi vain välittömän impulssin varassa, vaan hän kykenee näkemään eri vaihtoehtoja tilanteessa ja tekemään tietoisia valintoja. Tahdon avulla ihminen kykenee asettamaan tavoitteekseen sellaisen asian, mikä ei sinänsä kiinnosta häntä eikä tyydytä hänen senhetkisiä tarpeitaan. (Emt, 13–27; 63.)

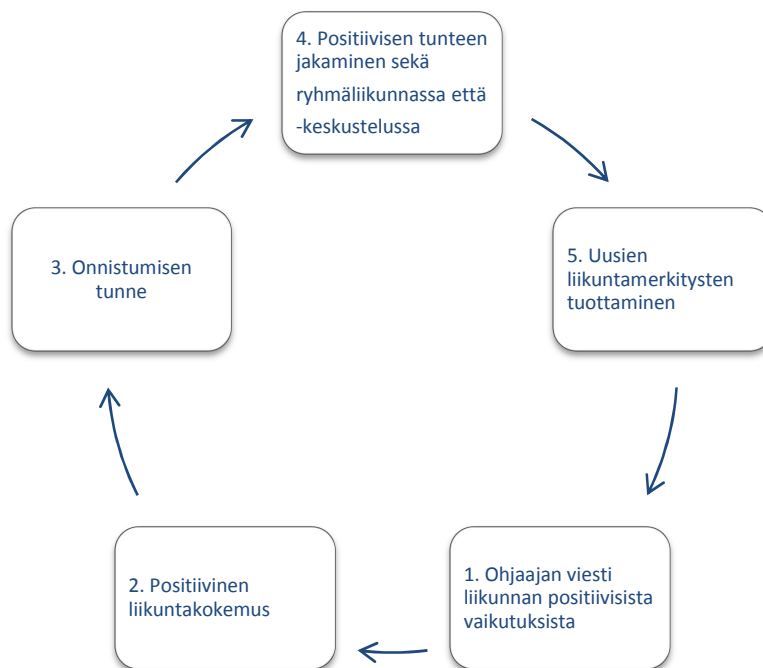
Diabeteskurssilla kuntoutuja saattaa siis ryhtyä kokeilemaan liikuntaa vaikka se ei häntä juuri silloin kiinnostaisi. Kysymys on liikunnan välineellisestä merkityksestä, mikä usein on terveys, jaksaminen, painonhallinta tai parempi selviytyminen diabeteksen kanssa. Kurssin liikuntakokeiluissa kuntoutuja prosessoi tilanteita aiempien kokemustensa pohjalta ja tästä mahdollisesti rakentuu uusi skeema. Ryhmäohjauksessa liikuntakokemukset ja liikunnasta jaettava tiedon käsittely vaihtelee suuresti yksilöiden kesken. Ryhmä luo kuitenkin oman liikuntakulttuurinsa, joka sisältää liikuntaan liitettävät arvot. Tärkeää onkin, että ohjaaja on luomassa tätä liikuntakulttuuria kurssilaisten kanssa. Ohjaajalla on merkittävä rooli tiedon ja kokemusten jakamisen annostelussa ja oikea-aikaisuudessa. Hyvin tärkeää on myös tarjota kurssilaisille liikunnan lomassa prosessointiaikaa, jotta heillä on tilaa rakentaa olemassa olevien skeemojen tilalle uusia rakenteita. Prosessin etenemistä helpottaa, mikäli kurssilaisen kurssipolulla kaikki ammattiryhmät ovat tietoisia prosessin kulusta.

3.2 Holistinen ihmisenäkemyks ja sosiaalinen konstruktionismi

Ihmisen toimintaa voidaan tarkastella hänen tajunnallisuutensa, situationaalisuutensa ja kehollisuutensa välisenä vuorovaikutuksena, jossa merkitykset syntyvät ja muuttuvat. Oleellista holistisessa ihmiskäsityksessä on kokonaisvaltaisuus ja siihen liittyvä dynamiikka: kaikki edellä mainitut kolme olemassaolon muotoa liittyvät kiinteästi toisiinsa ja ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Kun jossain niissä tapahtuu muutos, heijastuu se myös toisiin olemassaolon muotoihin. Tällöin pienikin muutos voi merkitä alkuvirikettä kehityksen kokonaisuuteen. (Rauhala 2005, 126.) Liikuntaneuvonnan kontekstissa kuntoutujaan rakennetaan kontaktia sekä kehollisuus- että tajunnallisuuskanavan kautta. Kontaktin rakentumiseen vaikuttavat kuntoutujan sen hetkinen tilanne, kuten menneet liikuntakokemukset, kuntoutuksen ilmapiiri ja elämäntilanne.

Holistinen malli tarjoaa erinomaisen ajattelukehikon kuntoutustyöhön. Sen myötä tulee hyväksyttäväksi ajatus, että samaa ongelmaa voidaan lähestyä montaa reittiä ja usean olemassaolomuodon kautta samanaikaisesti tai peräkkäin. Huomionarvoista on se, että pienet muutokset joillain alueilla voivat käynnistää positiivisia muutosprosesseja. Niiden etsimisessä on tärkeää kuulla kuntoutujaa. (Järvikoski & Härkäpää 1995, 58–59.)

Tämä tutkimus lähestyy sekä liikunnan suhdetta kuntoutukseen että yksilön suhdetta liikuntaan holvistiseen ihmisenäkemykseen pohjautuvalla konstruktionistisella lähtöoletuksella, jonka mukaan a) sosiaalista todellisuutta tuotetaan samalla kun siitä puhutaan, b) on olemassa useita rinnakkaisia ja keskenään kilpailevia merkityssysteemejä, c) merkityksellinen toiminta on kontekstisidonnaista, d) toimijat ovat kiinnittyneitä merkityssysteemeihin ja e) kielen käyttö tuottaa seurauksia (Jokinen, Juhila & Suoninen 2004, 18). Tähän perustuen on tärkeää, että kuntoutuja lähestyy liikuntasuhdettaan monen eri kanavan kautta. Ryhmäkeskustelut luovat pohjaa liikunnan merkityksien rakentamiselle. Kurssin liikuntakokemukset taas luovat pohjan uusille keskusteluille ja merkityksille. Liikunnan merkityksellisyyden kasvaminen on todennäköisempää, mikäli liikuntakokemukset tukevat liikuntakeskusteluja. Mikäli kuntoutujien kokemukset liikuntakokeiluista kuntoutuskurssilla ovat positiivisia, tuotetaan myös keskusteluissa liikunnan positiivista merkitysilmaoa (Kaavio 1).



Kaavio 1. Liikuntamerkitysten tuottaminen kuntoutuskurssilla. Mukailten Kolb D (1984).

Yksilön maailmankuva koostuu kaikista siihenastisista kokemuksista. Tämä rakentaa merkityksistä koostuvaa tietovarastoa, myös liikunnan suhteen. Uudet merkitykset muodostuvat suhteessa maailmankuvaan eli aikaisempiin merkityksiin. Näin ollen ymmärtäminen tapahtuu aikaisemmin ymmärretyn perusteella.

3.3 Empowerment

Voimaantumisteoriassa (empowerment-) ihmistä pidetään aktiivisena, luovana ja vapaana toimijana, joka asettaa itselleen päämääriä omassa elämänprosessissaan. Itseä ja omia mahdollisuuksia koskevat uskomukset rakentuvat pääosin sosiaalisessa kanssakäymisessä. Voimaantuminen on henkilökohtainen prosessi mutta siihen vaikuttavat toiset ihmiset, olosuhteet ja sosiaaliset rakenteet. Toinen ihminen ei voi antaa voimaa toiselle mutta voimaantumista voidaan edesauttaa ja mahdollistaa. Voimaantuminen on siis ihmisestä itsestään lähtevä prosessi, jota seuraa todennäköisesti myös hyvinvoinnin kokemus. Se on yhteydessä ihmisen omaan haluun, päämäärien asettamiseen, omien mahdollisuuksiensa luottamiseen sekä näkemykseen omasta itsestä. (Siitonen 1999, 34.)

Sisäisen voimantunteen saavuttamisessa vapaus ja itsenäisyyden kokeminen ovat prosessin alusta alkaen keskeisessä asemassa. Myös kontekstiin (toimintaympäristöön, yhteisöön) liittyvillä kokemuksilla ja näkemyksillä on keskeinen asema sen rakentumisessa. Sisäisen voimantunteen kategoriat (vapaus, vastuu, arvostus, luottamus, konteksti, ilmapiiri, myönteisyys) ovat läheisesti toisiinsa kytkeytyneinä ja merkityssuhteessa keskenään. (Siitonen 1999, 38–42.) Liikuntaneuvonnassa tärkeimpiä voimaantumista edesauttavia ja vahvistavia seikkoja ovat turvallisuus ja avoin ilmapiiri. Turvallisuuden kokemus sisältää useita aspekteja. Turvattomuuden tunne liikunnanohjauksessa voi näyttäytyä esimerkiksi siten, että kuntoutuja kokee tullessa pakotetuksi tilanteeseen (vapaus), jossa hän tuntee olonsa epävarmaksi ja nöyryytetyksi. Liikunnan vanhat muistijäljet saattavat myös tuoda kuntoutujalle liikkua alhaisen pystyvyyden tunteen. Lisäksi tyypin 2 diabetekseen vahvasti liittyvä liikapainon yleisyys tarjoaa ohjaukselle haasteita. Kuntoutuskurssilla jokaisen liikuntakokeilun keskeisenä tavoitteena onkin, että sekä liikkua että liikuntatuokion jälkeen kokemus kehon liikkeistä olisi myönteinen.

Elämänhallinnalla kuvataan yksilön ja ympäristön tasapainoista suhdetta. Voidaankin kysyä, kykeneekö palvelujärjestelmä tukemaan kuntoutujan valtaistumista vai merkitseekö asiantuntijan väliintulo ”kuntoutujasubjektin” muuttumista toiminnan kohteeksi ja näin ollen ulkopuolisen hallinnan lisääntymistä? Toisaalta iskulauseet kuntoutujasta oman onnensa seppänä saattavat asettaa kuntoutujan henkilökohtaiseen vastuuseen prosessin lopputuloksesta ja siten lisätä jo ennestään uupuneen taakkaa. Kuntoutus on oppimisprosessi, jonka aikana kuntoutuja tutkii tiiviisti elämänsä ja tulevaisuutensa perusteita ja tavoitteita. Kuntoutuksen

asiantuntijoiden tehtävä on tukea kuntoutujaa tässä prosessissa ja pyrkiä lisäämään hänen toimintakompetenssiaan tietoa, taitoa ja vaihtoehtoja tarjoamalla. (Järvikoski & Härkäpää 2008, 57.)

Vastuuta, arvostusta ja luottamusta liikuntaneuvonnassa tarjoavat liikuntasuunnitelman sisällön itsenäiset päätökset. Jotta kuntoutuja pystyisi laatimaan oman suunnitelman, tulee ohjaajan tarjota välineet päätöksenteolle. Koska tavoitteena ovat pitkäaikaiset muutokset, on tärkeää, että tavoitteet tuntuvat, sekä määrältään että laadultaan, kuntoutujasta mielekkäältä ja arjen kontekstiin sopivilta. Ohjaajan tulisikin suunnata kuntoutujan ajatukset pois liikuntamäärien suorittamisesta ja tarjota enemmän eväitä voimavarakeskeiseen liikuntaan. Tämä tarkoittaa sitä, että liikuntaneuvonnan ensisijaisena tavoitteena ei ole fyysisen kunnon nopea kohoaminen, vaan ennen kaikkea fyysinen pystyvyyden ja psyykkisen voimaantumisen kokemus.

Myös kuntoutuksen kentällä on viime aikoina korostettu empowerment -ajattelua, jossa asiakas on sekä aktiivinen ja tasavertainen toimija että omien tavoitteidensa asettaja. Tämä ei kuntoutuksen saralla ole ollut itsestäänselvyys. Usein palvelujärjestelmä on korostanut empowerment -ajattelua vaikka toiminta on saattanut osoittaa toisensuuntaisia merkityksiä. Kuntoutustyön ydinkysymyksen katsotaankin olevan, miten kuntoutustyöntekijä voi tukea asiakastaan niin, että hän toiminnallaan vahvistaa asiakkaan kompetenssia, ei omaansa. Kun pyritään asiakkaan valtaistamiseen (empowerment), on asiakkaan omaa roolia muutoksenarvioinnissa vaikea ohittaa. (Järvikoski 2000, 248.)

Valtaistavassa (empowerment) paradigmassa kuntoutujaa tuetaan oman tilanteensa ja oman toimintaympäristönsä tutkimisessa ja muutosmahdollisuuksien arvioinnissa. Kuntoutuja nähdään aktiivisena osallistujana ja päätöksentekijänä, toimintaympäristöään tutkivana ja muutosmahdollisuuksiaan arvioivana. Prosessi edellyttää tilan antamista kuntoutujan omalle harkinnalle ja eri reittejä saadun tiedon yhteensovittamiselle. (Järvikoski & Karjalainen 2008, 85–86.)

Liikunnan polulle saattamisessa on tärkeää käytännön harjoittaminen. Liikunnan mielihyvä koostuu yksittäisen liikkeen mielihyvästä. Iloa tuottava liike löytyy liikkuen, kehoa ja liikettä ihmetellen. Pelkkä tekeminen ei kuitenkaan riitä. Tarvitaan myös tietoa. Tieto johtaa muutokseen parhaiten silloin, kun sitä tarjotaan sopiva määrä, sopivaan aikaan. Ohjaajan

tehtävä on saattaa asiakas oivaltamaan. Itse oivalletun tiedon muistaa, kaadetusta ja valmiiksi pureskellusta tiedosta suuri osa valuu hukkaan. Empowerment -ajattelun voidaankin liikunnan viitekehyksessä katsoa tarkoittavan sitä, että kuntoutujan kanssa etsitään riittävä määrä tietoa ja liikkumisen taitoa, joiden avulla voidaan yhdessä suunnitella liikunta kuntoutujan elämäntilanteeseen sopivaksi.

3.4 Transteoreettinen muutosvaihemalli

Transteoreettinen muutosvaihemalli on käyttäytymisen muutosvaihemalleista tunnetuin ja tutkituin. Sitä on sovellettu useisiin erilaisiin terveystietämisen muotoihin. Yleisimmin kyseessä on ollut haitallisista tottumuksista, esimerkiksi tupakasta ja alkoholista luopuminen. Liikunnan yhteydessä on kyse positiivisen käyttäytymisen omaksumisesta, jolloin transteoreettista mallia käytetään toivotun toimintamallin omaksumisessa ja saavutetun toimintamallin ylläpidossa. (Prochaska & Marcus 1994, 161.)

Transteoreettinen muutosvaihemalli pohjautuu ajatukseen, että elintapamuutos pitää sisällään tiettyjä vaiheita, joiden aikana asiakkaan valmius ja motivaatio muuttuu senhetkistä käyttäytymistään vaihtelevat. Yleisimmin transteoreettisen mallin mukainen muutos on jaettu viiteen vaiheeseen, jotka ovat esiharkinta, harkinta, valmistelu, toiminta ja ylläpito. Muutosprosessien tukeminen edellyttää asiantuntijalta käsitystä siitä, missä muutosvaiheessa asiakas on. Asiakkaan muutosprosessi etenee sykleittäin, välillä eteen ja välillä takaisinpäin suuntautuen. Alkuvaiheissa on tärkeää muutostarpeen tiedostaminen, tietoisuuden lisääntyminen sekä päätösten tekeminen. Tässä vaiheessa neuvonnassa pohditaan yhdessä asiakkaan kanssa muutoksesta aiheutuvia hyötyjä ja haittoja. Konkreettisia muutoksia käyttäytymisessä alkaa tapahtua, kun asiakas kokee muutoksen voittopuolisesti myönteisenä. Tällöin on tärkeää tukea käyttäytymisprosessia esimerkiksi asettamalla konkreettisia tavoitteita ja laatimalla asiakkaalle yhdessä toimintasuunnitelma. Elintapojen muutokseen kuuluvat olennaisena osana myös repsahdukset. Ne eivät ole muutoksen jarruja, vaan niiden avulla asiakas oppii tunnistamaan muutosta vaikeuttavia tilanteita ja siten ne auttavat asiakasta uuden toimintatavan omaksumisessa. (Prochaska & Norcross 2003, 143–154.)

Liikuntakäyttäytymiseen sovellettuna, mallin mukaisessa **esiharkintavaiheessa** henkilö ei ole kiinnostunut liikunnan aloittamisesta. Esiharkintavaihe voidaan jakaa liikunnan aloittamiseen kielteisesti tai välinpitämättömästi suhtautumisen vaiheeseen. Tähän vaiheeseen kuulumista

selittää muun muassa tiedostuksen puute liikunnan merkityksestä tai liikunnan aloittamisen kokeminen liian vaikeaksi. Tässä vaiheessa tiedostuksen lisääminen saattaa olla hyvä tapa pyrkiä lisäämään henkilön motivaatiota liikuntaan. **Harkintavaiheessa** henkilö tiedostaa liikunnan hyödyt ja tarpeen, harkitsee liikunnan aloittamista ja saattaa tehdä jopa valmisteluja aloittamista silmälläpitäen. Tässä vaiheessa olisi tärkeää, että henkilö pitäisi liikuntaa itselleen mahdollisena ja palkitsevana suhteessa aiheutuviin ”kustannuksiin”. Liikunnan kielteisiä vaikutuksia olisi syytä välttää. **Valmisteluvaiheessa** henkilöllä on vakava aikomus aloittaa liikunta. Tähän ryhmään lasketaan vaiheluokituksissa usein myös ne, jotka osallistuvat liikuntaan epäsäännöllisesti tai vähemmän kuin suositellaan. Tähän vaiheeseen yhdistetään usein myös aloitteluvaihe, jolloin henkilö on jo aloittanut säännöllisen liikunnan viimeksi kuluneiden kuuden kuukauden aikana ja pyrkii jatkamaan sitä. Tässä vaiheessa henkilön olisi syytä pohtia liikunnalle asettamia tavoitteita ja millaisia henkilökohtaisia edellytyksiä ja ympäristöön liittyviä mahdollisuuksia hänellä on toteuttaa erilaista liikuntaa tavoitteiden saavuttamiseksi. **Ylläpitovaiheessa** henkilöllä ei ole aikomusta muuttaa liikuntakäyttäytymistään, vaan jatkaa sitä jo vakiintuneena tapana. Tällöin on tärkeää pyrkiä vahvistamaan liikunnan tuottamia myönteisiä fysiologisia, psyykkisiä ja sosiaalisia kokemuksia. (Vähäsarja, Poskiparta, Kettunen & Kasila 2005, 18.)

Mallin kehittelyn myötä on siihen lisätty myös muutoksen tasot. Näiden tavoitteena on luoda käsitys siitä, mitkä tekijät mahdollisesti estävät muutosta sekä mistä ei-toivottu käyttäytyminen olisi lähtöisin. Huomionarvoista on, että muutos millä tahansa tasolla voi johtaa muutokseen myös muilla tasoilla. Ei-toivotun käyttäytymisen syynä saattaa olla 1) tilannesidonnainen ongelma 2) virheellinen ajatusmalli 3) sosiaalinen tilanne 4) konflikti ihmissuhteissa 5) muu konflikti. (Prochaska & Norcross 2003, 150–154.) Yleisimpiä tyyppin 2 diabeetikoiden kursseilla esiin tulleista ongelmista löytyvät kohdista 1-3. Tilannesidonnaisista ongelmista yleisin on häpeän tunne. Häpeä kumpuaa usein ylipainon aiheuttamista ulkonäköpaineista. Muita tähän kategoriaan liittyviä ongelmia ovat virtsan karkailu ja runsas hikoilu liikkeessä. Virheelliset ajatusmallit liittyvät yleisimmin liikunnan annosteluun. Varsinkin pienemmiltä paikkakunnilta tulevat kuntoutujat joutuvat usein pohtimaan sosiaalisen ympäristön reaktiota liikuntaharrastukseensa. Myös uimahallissa tai liikuntaryhmissä käynnin suunnittelu saattaa asettaa suuria etukäteispaineita liikapainon tai huonon fyysisen kunnon vuoksi.

Transteoreettisen muutosvaihemallin käyttö perusterveydenhuollon liikuntaneuvonnassa on lisääntynyt viime vuosina. Tämä oli nähtävissä esimerkiksi useissa DEHKON 2D hankkeessa

toteutetuissa interventioissa. Mallin vaikuttavuudesta pysyvien elintapamuutosten suhteen ei kuitenkaan ole riittävää näyttöä. Transteoreettiseen muutosvaihemalliin pohjautuvia kansainvälisiä, terveille aikuisille suunnattuja liikuntainterventioita, joiden kesto on ollut ainakin kuusi kuukautta, on vuosilta 1990–2003 ollut löydettävissä 12 kappaletta. Näissä tutkimuksissa interventioryhmien saama neuvonta osoittautui joko vaikuttavammaksi tai yhtä vaikuttavaksi verrattuna kontrolliryhmien saamaan neuvontaan. Muutosvaiheiden ja fyysisen aktiivisuuden mittaamiseen käytettävien menetelmien ja käytäntöjen yhtenäistäminen olisi kuitenkin tarpeen, jotta mallin vaikuttavuutta voitaisiin arvioida luotettavasti. (Vähäsarja, Poskiparta, Kettunen & Kasila 2004, 86–88.) Adams & White (2003) löysivät vastaavasti vuosilta 1982–2001 raportoituja transteoreettiseen muutosvaihemalliin pohjautuvia kansainvälisiä liikuntainterventioita 15 kappaletta. Niistä 11:ssä todettiin merkittäviä muutoksia joko liikunta-aktiivisuudessa tai muutosvaiheessa etenemisessä. Vastaavaa eroa ei kuitenkaan havaittu pidempikestoissa interventioissa.

Transteoreettisen mallin suosioon perustuen voidaan kuitenkin päätellä jotakin. Suosion ensimmäinen selitys on se, että se tarjoaa terveyden edistämisen ammattilaisille työkalun, mikä auttaa ymmärtämään muutoksen vaihteellisuutta, ja täten tuo ohjaamiseen uuden näkökulman. Toinen selitys tukee ajatusta, että ohjaajat uskovat muutosvaihemallin voimaan ja tuloksellisuuteen.

Tässä tutkimuksessa päähuomion saa muutosvaihemallin harkintavaihe. Lähtöoletuksenani on, että tyypin 2 diabeteksen 12 hengen kurseista arviolta 9-11 kuntoutujaa on harkintavaiheessa liikunnan suhteen. Alkuoletus pohjautuu pitkään kokemukseeni tyypin 2 diabeetikoiden sopeutumisvalmennus- ja kuntoutuskursseilla sekä kandidaatin tutkielmani tuloksiin (Heinonen 2008).

Harkintavaiheessa oleva on tunnistanut ongelman olemassaolon ja harkitsee vakavasti mahdollisuutta liikuntakäyttäytymisen muuttamiseen. Hän ottaa aktiivisesti vastaan tietoa, mutta kokee usein turhautumista olemassa olevasta ristiriitatilanteesta. Tällöin hän olisi valmis käyttäytymisen muutokseen mutta ei toisaalta ole valmis luopumaan vanhoista käyttäytymisen malleista. (Hunt & Hillsdon 1996, 80.) Tämä ristiriita etujen ja haittojen välillä on tyypillistä harkintavaiheessa olevalle. Ohjaajan on tärkeä tiedostaa tämä ristiriita. Neuvonnassa on tärkeää herättää tietoisuutta siitä, mitä etuja ja haittoja muutoksen tekeminen tai sen tekemättä jättäminen aiheuttaa asiakkaan elämässä. Ryhmässä ristiriidan ottaminen esille aikaansaa asian jakamisen ja sen merkityksellistämisen.

Mitkä seikat helpottavat edellä mainittua ristiriitaa? Asiakkaalla saattaa olla useita väriä käsityksiä liikunnan lisäämisestä, joten tiedon antaminen usein helpottaa lopullisen päätöksen tekemistä. Olennaista on kuitenkin auttaa asiakasta itse pohtimaan ja oivaltamaan ne tekijät, jotka vaikuttavat päätökseen ja auttavat päätöksen toteuttamisessa. Sen sijaan, että neuvotaan lisäämään liikuntaa, voitaisiin esimerkiksi kysyä: ”Miksi ajattelet, että Sinun tulisi tehdä muutoksia liikuntatottumuksiisi?” tai ”Miten arvelet elämäsi muuttuvan, mikäli lisäisit liikuntaa?” (Emt, 81–86.)

Huomionarvoista on, että pohdinta auttaa sekä asiakasta päätöksen tekemisessä että ammattilaista asiakkaan ymmärtämisessä. Ammatilaisen ei pidä asettaa tavoitteita asiakkaan puolesta eikä olettaa tietävänsä asiakkaan motiiveja liikunnan lisäämisen suhteen. Olennaista on, että koettujen hyötyjen tulee olla suurempia kuin koettujen haittojen, jotta asiakas siirtyisi harkintavaiheesta toimintavaiheeseen. (Emt, 87–89.) Itse olen kokenut, että pystyvyyskokemuksilla on tavoitteiden toteutumisen kannalta erittäin suuri merkitys. Tavoitteita määriteltäessä tulisi kuntoutuja saattaa arvioimaan myös onnistumisen todennäköisyys. Mikäli kuntoutuja kokee muutoksen toteutumisen arjessa helpoksi tai melko helpoksi, on tavoitteella tämän kriteerin osalta hyvät mahdollisuudet toteutua.

Harkintavaiheessa korostuvat tavallisesti kokemusperäiset prosessit ja muutoksen edetessä toimintavaiheeseen korostuvat toiminnalliset prosessit. Tämän sisäistäminen auttaa asiantuntijaa etenemään neuvonnassa muutosta aktivoiden. Mikäli toiminnallisia prosesseja painotetaan liikaa muutoksen alkuvaiheessa, voi se johtaa sekä asiakkaan että asiantuntijan turhautumiseen, sillä asiakas ei ole vielä valmis muuttamaan käyttäytymistään. (Prochaska & Norcross 2003, 56.) Tutkimuskurssilla näitä kokemusperäisiä prosesseja edustavat toiminnalliset harjoitteet, jotka tähtäävät muutosvaihemallin mukaiseen pohdintaan. Kehon käyttöön liittyvillä harjoituksilla taas pyritään liikkeen ja liikunnan mielihyvän lisääntymiseen. Liike, sen kokemuksellisuus yksilö ja ryhmätasolla, saa aikaan reflektiota ja ryhmäkeskusteluja. Nämä konstruoivat kuntoutujan liikuntamerkityksiä.

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMISYMPÄRISTÖ

Suomen Diabetesliitto ry järjestää Tampereen Diabeteskeskuksessa muun muassa tyypin 2 diabeetikoille suunnattuja kuntoutuskursseja. Tässä luvussa esittelen kontekstin, missä

liikuntatottumusten muutoksia pyritään mahdollistamaan. Liikuntamuutosten perustana ovat tiedolliset ja kokemukselliset näkökulmat. Luvussa esittelen myös Kelan kehittämän Goal Attainment menetelmän, joka esiintyy tutkimuksessa yhtenä aineistonkeruumenetelmänä.

4.1 Suomen Diabetesliitto ry

Diabetesliitto on perustettu vuonna 1955. Liitto on sekä etu- että palvelujärjestö, joka on sekä paikallisten diabetesyhdistysten että alan asiantuntijoiden yhteistyöelin. Toiminnan päätavoitteena on ehkäistä diabetesta sekä torjua ja vähentää niitä haittoja, joita diabetes aiheuttaa. (www.diabetes.fi.)

Diabetesliitto on aktiivisesti mukana hoitojärjestelmien kehittämisessä ja pyrkii vaikuttamaan yhteiskuntaan hyvien omahoidon edellytysten luomiseksi. Liitto tarjoaa diabeetikoille ja heidän omaisilleen mahdollisuuden tavata toisiaan sekä paikallisesti järjestötoiminnan puitteissa että valtakunnallisesti Diabeteskeskuksen kursseilla. Yhteisten kokemusten kautta diabeetikoilla on paremmat edellytykset löytää ratkaisuja oman sairautensa kanssa elämiseen eri tilanteissa. (Emt.)

Liitto kehittää diabetesosaamista diabeetikkojen kuntoutuksen lisäksi myös kouluttaen alan ammattilaisia. Tavoitteena on myös diabetestietouden yleinen levittäminen väestötasolla ja uusien keinojen luominen diabeteksen hoitoon ja hoidonohjaukseen. Diabetesliitolla on myös laaja julkaisu- ja tiedotustoiminta, joka on tarkoitettu sekä diabeetikoiden että diabeteksen asiantuntijoiden käyttöön. (Emt.).

4.2 Tyypin 2 diabeteksen kuntoutuskurssi

Kansaneläkelaitos (Kela) on keskeinen kuntouttaja ja kuntoutustoiminnan rahoittaja Suomessa ja sen kustantamaa kuntoutusta sai vuonna 2009 yhteensä 83 800 henkilöä. Näistä 52 100 (62 %) sai harkinnanvaraista kuntoutusta, jota tyypin 2 diabeteksen kuntoutuskurssin toimintakin on. Kurssille valitaan 12 kuntoutujaa. Kuntoutuskurssin kokonaispituus on yhteensä 14 vuorokautta ja se jakautuu kahteen jaksoon (Kaavio 2, s. 21). Ensimmäinen jakso on pituudeltaan yhdeksän vuorokautta (LIITE 2). Toisen jakson kesto on viisi vuorokautta. Näillä

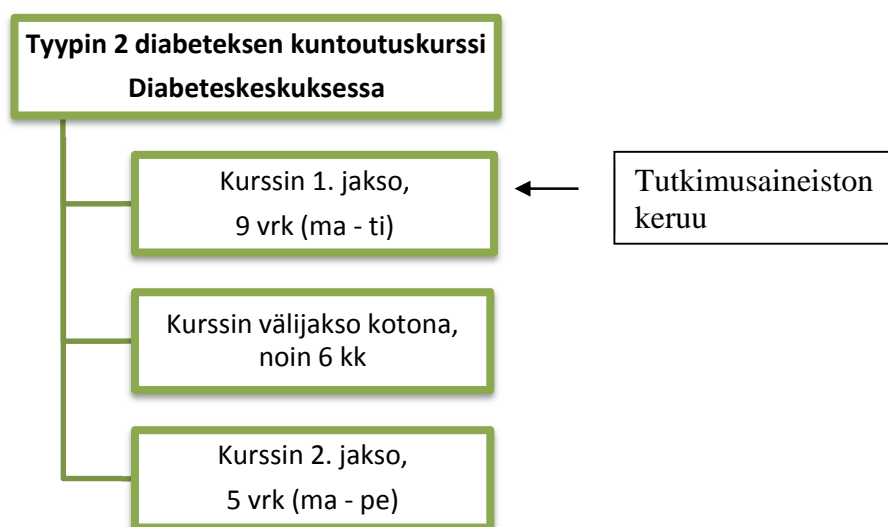
jaksoilla kurssilaiset majoittautuvat Diabeteskeskuksessa. Jaksojen välinen aika on noin kuusi kuukautta. Välijaksolle asetetaan tavoitteet, joiden toteutumista peilataan toisella jaksolla. Omaisilla on mahdollisuus osallistua kurssiin ensimmäisen jakson kahden viimeisen vuorokauden aikana, omaisille paikkoja on varattu yhteensä 12.(www.kela.fi.) Sekä tutkimuskurssilla että kontrollikurssilla kuntoutujia oli maksimimäärä. Omaisten määrä molemmilla kursseilla oli seitsemän henkilöä.

Kurssin tavoitteena on työ- ja /tai toimintakyvyn palautuminen tai parantumisen edistäminen. Tavoitteena on pysyvien elintapamuutosten tekeminen niin, että ne osaltaan hidastavat tyypin 2 diabeteksen etenemistä ja ehkäisevät lisäsairauksien syntyä parantaen verensokeritasapainoa ja vähentäen valtimotaudin vaaratekijöitä. Ryhmäprosessia hyödyntämällä pyritään helpottamaan sairauteen sopeutumista, parantamaan hoitomotiivaatiota ja omahoitovalmiuksia sekä antamaan tilaisuus diabetekseen liittyvien tunteiden ja kokemusten käsittelylle. (Emt.) Kela edellyttää, että kurssille osallistujilla on ongelmia diabeteksen hoidossa esimerkiksi hoitotasapainon saavuttamisessa, painonhallinnassa, tai että lisäsairauksia on jo ilmaantunut (Hannukainen 2010, 40).

Moniammatillista yhteistyötä voidaan kuvata eri asiantuntijoiden työskentelynä, jossa pyritään huomioimaan asiakkaan kokonaistilanne. Eri asiantuntijoiden tiedot ja taidot integroidaan yhteiseksi tiedon prosessiksi. Näin pyritään luomaan jaettu sosiaalinen kognitio. Moniammatillisessa yhteistyössä korostuvat asiakaslähtöisyys, tiedon ja eri näkökulmien kokoaminen yhteen, vuorovaikutustietoinen yhteistyö, rajojen ylitykset sekä verkostojen huomioiminen. Synergiaa syntyy, kun ryhmän yhteinen suoritus tuottaa paremman tuloksen kuin yksittäisten jäsenten suoritukset yhteensä. (Isoherranen 2005, 14–15.) Diabeteskeskuksen kuntoutuskurssin toteutuksesta vastaa moniammatillinen tiimi, johon kuuluvat lääkäri, psykologi, kaksi diabeteshoitajaa, ravitsemusterapeutti, liikuntasuunnittelija/fysioterapeutti, jalkojenhoitaja ja emäntä. Kurssin onnistuminen edellyttää moniammatillisen tiimin yhteistyötä, sitoutumista yhteisiin arvoihin ja päämääriin. (Hannukainen 2010, 40.) Diabetesliiton arvot ovat ihmistä kunnioittava, luotettava, yhteistyökykyinen ja uutta oppiva (www.diabetes.fi).

Kurssilla ohjataan omien elintapojen tarkasteluun sekä ryhmissä että yksilötapaamisissa. Ensimmäisellä jaksolla luodaan tietoperusta, johon kuuluu muutosprosessin ymmärtäminen (muutosvaihemalli) sekä tietoa tyypin 2 diabeteksestä ja sen hoitomahdollisuuksista. Omaisten

ohjelmaan kuuluvat diabeteshoitajan ja psykologin ryhmä sekä ravitsemusterapeutin tietoisuuskurssi. Kuntoutujat tekevät väliajalle henkilökohtaisen suunnitelman elintapamuutosten toteuttamisesta. Väliaikaa hyödynnetään välitehtävien avulla. Kuntoutukseen sisältyy myös väliajan aikainen yhteydenpito Diabeteskeskuksen ja kurssilaisen kesken. Toisella jaksolla hyödynnetään väliajan kokemuksia ja syvennetään tietoperustaa muun muassa diabeteksen lisäsairauksien, diabeteksen seurannan ja sosiaaliturvan osalta. (www.kela.fi)



Kaavio 2. Tyypin 2 diabeteksen kuntoutuskurssin aikataulurakenne

Diabeteskeskuksessa selvitettiin vuosina 2003 ja 2004 diabetesta sairastavien työikäisten kursseille osallistuneiden selviytymistä. Selvityksen mukaan diabeetikoiden tilanne on kurssin jälkeen monessa suhteessa parempi verrattuna tilanteeseen ennen kurssia. Kurssilaiset kokivat voivansa psyykkisesti paremmin ja olivat tyytyväisempiä diabeteksensä hoitoon kuin ennen kurssia. Myönteisiä muutoksia tapahtui hoitotasapainossa, verenpaineessa ja rasva-arvoissa. Elintavat muuttuivat hyvään suuntaan, kaksiosaisille kursseille osallistuneet lisäsivät oman ilmoituksensa mukaan vapaa-ajan liikuntaa merkitsevästi. (Marttila & Ilanne-parikka 2009, 19–21.)

4.2.1 Liikuntatottumusmuutosten tukemisen perusta kuntoutuskurssilla

Elintapamuutosten toteuttaminen edellyttää, että yksilö kokee muutokset merkityksellisinä oman elämänsä kannalta ja oivaltaa myös vaiheittaisen annostelun tärkeyden. Liikuntaneuvonnan keskeiset avainsanat ovat helppous, optimaalinen ajoitus, sopivan tietomäärän tarjoaminen sopivaan aikaan, merkityksellisyys ja mielekkyys. Kaikkea tätä tukee ymmärrys, että uusien elintapojen omaksuminen on pitkäaikainen prosessi, jota ohjaaja ja kuntoutuja pohtivat tasavertaisesti yhdessä. Käyttöteoriaani kuntoutuskurssin liikuntaneuvonnassa sisältyy holistinen ihmisenäkemyks, sosiaalinen konstruktionismi, transteoreettinen muutosvaihemalli ja empowerment. Liikuntaneuvonnan sisältöä ohjaavat terveysliikuntasuosituks.

Kuntoutujan liikuntamotivaatiota tuetaan huomioiden sekä tiedolliset että kokemukselliset elementit. Tässä tutkimuksessa, sekä tutkimuskurssilla että kontrollikurssilla, ohjaukseen sisältyi molempia elementtejä vahvistavia osuuksia. Tutkimuskurssilla näihin elementteihin lisättiin vielä toiminnallisia harjoitteita.

4.2.1.1 Tiedolliset ja kokemukselliset elementit

Liikuntatottumusmuutosten tavoitteellisuutta voidaan kuntoutuskurssilla tarkastella sekä tiedollisten että kokemuksellisen elementtien kautta. Tiedolliset perustelut lähestyvät liikuntaa lähinnä yksilön terveyden ja diabeteksen hoidon näkökulmasta. Tiedollinen näkökulma perustelee liikunnan annostelua niin yleiskunnan kuin lihahuollon näkökulmasta. Kokemukselliset perustelut taas tähtäävät kehon kuuntelun herkistymiseen, mikä ohjaa optimaaliseen kehon käyttöön ja liikunnan oikeaan annosteluun. Kokemukselliset perustelut tähtäävät yksittäisen liikkeen nautintoon ja sitä kautta kokonaisliikunnan mielihyvän kokemukseen. Kokemuksellisiin perusteluihin sisältyvät myös liikuntatottumusmuutosten edistämiseen tähtäävät keskustelut. Onnistuessaan nämä elementit rakentavat uusia liikuntamerkityksiä ja tarjoavat yksilölle uudet työkalut liikuntasuunnittelun ja liikunnan toteuttamiseen.

Muutokseen mahdollistavaan tietoon sisältyy liikunnan terveysvaikutusten ja annosvasteen lisäksi liikunnan turvallinen ja mielekäs annostelu. Liikuntatottumusmuutosten tiedollisena

perusteluna kuntoutuskursseilla käytetään terveysliikuntasuosituksia. Terveysliikunnaksi kutsutaan kaikkea sellaista fyysistä aktiivisuutta, joka parantaa tai ylläpitää terveyskuntoa tehokkaasti ja turvallisesti. Terveyskunnolla taas tarkoitetaan niitä fyysisen kunnon tekijöitä, joilla on yhteys terveyteen ja fyysiseen toimintakykyyn. (Fogelholm & Oja 2010, 73).

Vuonna 2008 Yhdysvalloissa päivitetystä terveysliikunnan suosituksesta (U.S. Department of Health and Human Services, 2008) painotetaan, että liian vähäisen liikunnan aiheuttamaa sairastavuutta voidaan vähentää jo reippaalla kävelyllä. Aikuisia kehoitetaan suosituksissa liikkumaan viikkotasolla joko 2 h 30 minuuttia kohtuullisella kuormitusteholla tai 1 h 15 minuuttia raskaalla kuormitusteholla. Terveydelle on myös riittävä, jos kummastakin liikuntavaihtoehdosta (kohtuullisen kuormitustason arkiliikunnasta tai raskaan kuormitustason kuntoliikunnasta) otetaan osa, esimerkiksi reipasta kävelyä 3 x 30 minuuttia ja tunti kuntoliikuntaa viikossa.

Uusissa suosituksissa (Emt.) nostetaan esiin kestävyysliikunnan lisäksi lihaskuntoharjoittelu kahdesti viikossa. Tämän entistä selkeämmän suosituksen sanoma on, että työkyky ja terveys edellyttävät myös hyvää tuki- ja liikuntaelimistön terveyskuntoa. Annetut suositukset perustuvat asiantuntijoiden yhteiseen näkemykseen tieteellisestä näytöstä ja terveyden annosvastesuhteista. Suositukseen vaikuttavat myös kansanterveydellisesti keskeiset sairaudet ja tutkimusnäytön vahvuus.

4.2.1.2 Toiminnalliset menetelmät

Toiminnallisuuden määrittely ei ole helppoa, koska kyseessä ei ole mikään tarkasti määriteltävissä tai rajattavissa oleva ohjausmenetelmä. Toiminnallinen ohjaus ja -opetus ovatkin yleisnimitykset erilaisille lähestymistavoille, sekä tapa toimia ja ajatella oppimisesta ja opettamisesta. Moniin erilaisiin työtapoihin voi yhdistää ja liittää toiminnallisen aktiivisuuden. Toiminnallisuus ei saa olla itsetarkoitus. Mikään työtapo ei ole hyvä sinänsä vaan toimivuus määritellään aina suhteessa oppimisen tavoitteisiin ja työskentelyn ulkonaisiin edellytyksiin. (Vuorinen 2001, 24.) Toiminnallisten menetelmien käytön tarkoitus kuntoutuskurssilla on kokemuksellisen elementin herättäminen ja vahvistaminen.

Tutkimuskurssilla käytin toiminnallisia menetelmiä kaikissa ohjaamissani liikuntaneuvontatilanteissa (Taulukko 2, s. 30). Tämän tutkimuksen yhteydessä toiminnalliset menetelmät jaetaan kehotietoisuutta herättäviin harjoituksiin ja liikuntaa kognitiivisesti reflektoiiviin harjoituksiin.

Kehotietoisuutta herättäviin harjoituksiin sisältyvät liike ja liikkuminen, jotka kuuluvat ihmisen perustarpeisiin. Muodostamme perusteet kehonkuvastamme (bodyimage) jo lapsena. Kehonkuva määrittelee kuvaa itsestä. Sairastumisen mukana kuva kehosta muokkaa myös kuvaa minästä, jolloin koko minäkuva voi joutua koetukselle. (Vilen, Leppämäki & Ekström 2008, 330.) Tyypin kaksi diabeetikoiden taakkana, sairastumisen lisäksi, on usein myös liikapaino. Tämä tuo lisähaasteen liikuntasuunnitteluun. Kuntoutujat kokevat myös usein vastarintaa liikuntaa kohtaan. Yhtenä syynä, huonon yleiskunnon lisäksi, kuntoutujat mainitsevat usein sen, että eivät halua tuntea ylipainoista kehoaan. Uuden kehosuhteen luomiseen johdatetaan yksittäisen liikkeen laadun tarkastelun kautta. Klemola (2004, 51) kuvaa kontemplatiivista kehoa, jolla hän tarkoittaa sellaista kehon kokemusta, joka avautuu kehoa ja mieltä harjaannuttavin harjoituksin. Harjoitukset herättävät tietoisuutta kehon rakenteesta ja liikkeestä, herkistävät kehon sisäisille aistimuksille ja kohottavat ”elämän energiaa”.

Liikunnan mielihyvä koostuu yksittäisten liikkeiden mielihyvästä. Mikäli kehon liikuttaminen ei tätä mielihyvää tuota, on todennäköistä, että arkiliikunta ja liikunnan harrastaminen on vähäistä. Kävelyn fyysinen ja psyykinen mielihyvä löytyy vain kehon oikean kannattelun sekä kehon hyvinvointia palvelevan askelluksen kautta. Arjen toistettu toiminta, kävely, siirtyy näin tietoiselle tasolle kokemuksellisen tarkastelun kautta. Yleistä onkin, että kun yksilö löytää kauan kateissa olleen keinuvan askelluksen, lisääntyvät arkiaskleet itsestään. Kehotietoisuutta voidaan herättää erilaisin toiminnallisilla harjoitteilla, jotka tähtäävät ihmiselle luontaiseen kehonkäyttöön. Askelmittarin käytöllä voidaan taas liikuntamäärän tarkastelu siirtää kokemuksellisen reflektoinnin tasolle.

Kuntoutuja on sitä valmiimpi asettamaan itselleen tavoitteita ja ponnistelemaan tavoitteiden saavuttamiseksi mitä vahvemmin hän uskoo omiin mahdollisuuksiinsa. Usko omiin onnistumismahdollisuuksiin vaikuttaa liikunnan aloittamiseen ja sen jatkamiseen silloinkin, kun kohdataan vastoinkäymisiä. Pystyvyyssodotusten ja hallintakäsitysten merkitys välittyy motiivien, tunteiden ja konkreettisten valintojen kautta (Järvikoski & Härkäpää 2006, 124–

125). Toiminnallisten menetelmien tavoite kuntoutuskurssilla onkin vahvistaa kuntoutujan pystyvyyden tunnetta.

Kognitiiviset, refleктоivat harjoitteet huomioivat, että kuntoutujan suhde liikuntaan rakentuu hänen siihenastisista liikuntatiedoista ja liikkumiskokemuksista. Tuleekin huomioida, että uudet liikuntamerkitykset rakentuvat aina vanhojen tietojen ja liikuntakokemusten pohjalle. Menneiltä vuosilta kuntoutuja saattaa muistaa negatiivisia ja positiivisia liikuntakokemuksia. Muistot saattavat olla psyykkisiä, fyysisiä tai sosiaalisia. Onkin tarpeen, että kuntoutuja johdatetaan tiedostamaan liikuntahistoriansa syy-seuraussuhteita, arvioimaan liikuntatottumuksiaan ja tätä kautta pohtimaan liikuntasuunnitelmaansa.

Sekä kehotietoisuutta herättävä että reflektiivinen ote liikuntaneuvonnassa on kokevan ja tutkivan puolen kohtaamista itsessä. Tämä saattaa johtaa senhetkisten liikuntatottumusten kyseenalaistamiseen niin tiedollisella, taidollisella kuin kokemuksellisella tasolla. Uudet perustelut ja kokemukset rakentavat uusia liikuntamerkityksiä: näin edellytykset uuden liikuntasuunnitelman laatimiselle on luotu.

4.2.2 Goal Attainment Scale (GAS) -menetelmä osana kuntoutuskurssia

GAS -menetelmä (LIITE 3) otettiin Diabeteskeskuksen kuntoutuskurssilla käyttöön, Kelan suosituksesta, vuoden 2011 alussa. Kelan tavoitteena on GAS -menetelmää käyttäen tuoda järjestämäänsä kuntoutukseen yhtenäinen välineistö kuntoutuksen tavoitteiden asettamiseen. Tavoitteena on, että kuntoutuksen vaikutuksia sekä vaikuttavuutta voitaisiin arvioida paremmin yhteisesti käytetyn menetelmän avulla. (Vainiemi 2011, 3.)

Kuntoutujan tavoitteen tunnistaminen perustuu haastatteluun ja kuntoutujan tilanteen selvittämiseen. Tavoitteille asetetaan realistinen aikataulu ja määritellään selkeä muutoksen indikaattori viisiportaisella asteikolla. Kuntoutuksen tavoitteen tarkka tunnistaminen ja määrittäminen edellyttävät kuntoutuksen toteuttajilta hyvää ammattitaitoa kyseisen kuntoutusmuodon toteuttamisesta ja vaikuttavuudesta. (www.kela.fi/GAS-posteri).

Kuntoutuksen aikana kuntoutuja asettaa tavoitteita ja tekee suunnitelmia. Tavoitteet pyritään rakentamaan realistisiksi ja mahdollisimman konkreettiseen muotoon. Ne kirjataan

kuntoutuselosteeseen, joka lähetetään kurssin jälkeen kuntoutujalle itselleen ja kuntoutujan omaan hoitopaikkaan. Kurssilla hyvin alkuun lähtenyt muutos voi jatkua ja jalostua hoitopaikan tuen turvin. (Hannukainen 2010, 37–38.)

Motivaation kannalta tärkeää on se, että asiakkaan tarpeet tulevat näkyviksi. Kuntoutujalla tulee olla tunne, että tavoitteet ovat hänen itsensä asettamia eikä ulkoapäin johdettuja. Tavoitteiden määrittelyssä olennaisinta on se, että muutokset tuntuvat sopivilta kuntoutujan omaan elämäntilanteeseen suhteutettuna. Tärkeää on, että kuntoutujan kokemus muutoksen onnistumisen todennäköisyydestä on suuri. Mikäli muutos on ylimitoitettu, on tuloksena todennäköisesti epäonnistuminen ja tätä kautta asiakkaan voimaantumisen tunteen pieneneminen.

5 TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksessa verrattiin kahta tyyppiä 2 diabeteksen kuntoutuskursseja toisiinsa liikuntatavoitteiden asettamisen suhteen. Tavoitteena oli tarkastella

1. lisääkö toiminnallisten harjoitusten liittäminen liikuntaneuvontaan liikuntatavoitteiden määrää
2. vaikuttaako toiminnallisten harjoitusten liittäminen liikuntaneuvontaan liikuntatavoitteiden sisältöihin

Tutkimus pyrki selvittämään, lisäävätkö liikunnanohjauksessa käytetyt toiminnalliset menetelmät kurssilaisten itselleen asettamia liikuntatavoitteita verrattuna kurssiin, missä toiminnallisia menetelmiä ei käytetty. Tutkimuksen toisena tehtävänä oli tarkastella, erosivatko mahdollisten itse asetettujen liikuntatavoitteiden sisällöt toisistaan kurssien välillä. Liikuntatavoitteiden sisällöllä tarkoitetaan laadullisia muutostavoitteita. Laadulliset muutokset tässä yhteydessä koostuvat osatekijöistä, jotka suuntaavat ajatukset kehon käyttöön sekä mielihyvää tuottavaan liikkeen laatuun. Laadullisten tekijöiden pääpaino on siis kehon käyttöön liittyvissä näkökulmissa, ei määrällisissä tavoitteissa.

Kurssiohjelmat (LIITE 2) olivat kummallakin kurssilla yhteneväiset. Myös liikuntaan liittyvät ajalliset resurssit, tiedolliset ja taidolliset sisällöt sekä ohjaustavat olivat samat. Ainoa ero kurssien välillä oli se, että tutkimuskurssilla, kontrollikurssiin verraten, käytettiin yhteisen

perusohjauksen lisäksi jokaisella ohjaukerralla toiminnallisia menetelmiä. Toiminnalliset harjoitteet sisälsivät kehotietoisuusharjoitteita sekä yksin että pareittain tehtynä, mielikuvien ja tarinoiden yhdistämistä harjoitteisiin sekä transteoreettisen muutosvaihemallin huomioimista ja soveltamista liikuntaneuvonnassa. Tutkimuskurssin ja kontrollikurssin tarkemmat erot, liikuntaneuvonnan osalta, ilmenevät Taulukosta 2 (s. 30).

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN JA TUTKIMUSMENETELMÄT

Vuorinen (2001, 43–44) on kuvannut ohjausta sekä induktiivisesta että deduktiivisesta näkökulmasta. Tätä tutkimusprosessia voidaan tarkastella induktiivisesti, koska huomio kiinnitetään yksittäisten kuntoutujien Goal Attainment Scale (GAS) -lomakkeesta ja liikuntaneuvontaryhmässä asetetuista liikuntatavoitteista ilmeneviin liikuntatavoitteisiin. Näistä näkökulmista tarkastellen pyritään tekemään yleistyksiä toiminnallisten menetelmien vaikutuksista liikunnanohjauksessa. Kuntoutuskurssilla ohjaamaani liikuntaneuvontaa säätelee sitä vastoin deduktiivinen näkökulma. Kokonaisuutta lähdetään rakentamaan liikunnan yleisistä terveysvaikutuksista ja annos-vaste -suhteista sekä yleiskunnon että lihaskuolon osalta. Tätä kautta edetään kohti ryhmä- ja henkilökohtaisia liikuntakokemuksia sekä yksilökohtaisten liikuntasovellusten ja -suunnitelmien rakentamista.

Tutkimuksen aineiston keruu toteutettiin Diabeteskeskuksessa keväällä 2011 kahdella tyypin 2 diabeetikoille suunnatulla kuntoutuskurssilla. Kurssit olivat kaksiosaisia, kyseessä oleva tutkimus toteutettiin kurssien ensimmäisellä, yhdeksän vuorokautta kestäväällä jaksolla. Kohdejoukko jakautui kahdelle kurssille. Kurssit eivät olleet yhtäaikaisesti käynnissä kurssikeskuksessa.

Tutkimuksen toteuttamiseen anottiin lupa Suomen Diabetesliitolta. Tutkimuksen toteutusta käsiteltiin Diabeteskeskuksen TUTKA -tiimissä, joka käsittelee kaikki opetusryhmää koskettavat tutkimuspyynnöt ja -suunnitelmat. Tutkimusluvan saamisen jälkeen kutsuin koolle kaikki tutkimuskursseilla työskentelevät henkilöt. Kokoontumisessa käytiin läpi kurssiohjelmat ja varmistettiin, että kurssilaisille ei koidu tutkimuksesta haittaa. Varmistettiin myös, että kurssin sisältöalueet ovat yhteneväiset verrattuna kursseihin, missä tutkimusta ei toteuteta. Tutkimussuunnitelma lähetettiin myös Kansaneläkelaitokselle.

Kurssin avauksessa kurssin vastuuhoidtaja kertoi kurssilaisille toteutettavasta tutkimuksesta ja sen tavoitteista (ohjauskäytäntöjen kehittäminen). Kurssilaisille ei kerrottu, että ohjauskäytännöissä huomio tullaan kiinnittämään erityisesti liikuntaneuvonnan käytäntöihin, jotta se ei vaikuttaisi tutkimustuloksiin. Kurssilaisille kerrottiin myös, että heidän antamiaan tietoja (tiedot, jotka tulevat esille normaalin kurssitoiminnan ja kurssilla täytettävien lomakkeiden puitteissa) tullaan käyttämään tutkimuksessa.

Kurssilaisille painotettiin sekä suullisesti että kirjallisesti, että heitä ei voida tunnistaa tutkimuksesta ja sen raportoinnista. Painotettiin myös, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Kurssilaiset saivat allekirjoitettavakseen suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta (LIITE 1). Kurssilaisille kerrottiin, että he voivat halutessaan pohtia osallistumistaan ja palauttaa, niin halutessaan, allekirjoitetun lomakkeen myöhemmin. Molemmilla kursseilla tämän suullisen tiedonannon jälkeen annettiin vielä hetki aikaa lukea tiedote rauhassa. Kaikki 24 kurssilaista allekirjoittivat ja palauttivat suostumuslomakkeen kyseisessä tilanteessa.

6.1 Kohdejoukon taustatiedot

Molempien kurssien osallistujamäärä oli 12 henkilöä. Yhteensä tutkimukseen osallistui siis 24 henkilöä.

	Naiset	Miehet	Keski-ikä	län mediaani	Sairastamisaika/keskiarvo	Sairastamisajan mediaani
Tutkimuskurssi	6	6	50 v.	52 v.	7,3 v.	7 v.
Kontrollikurssi	4	8	52 v.	53 v.	13 v.	12,5 v.
Yhteensä	12	12				

Taulukko 1. Kursseille osallistuneiden taustatiedot.

Voidaan todeta, että osallistujien sukupuolijakauman ja iän mukaan kurssit olivat melko yhteneväiset. Sairastamisaika oli kontrollikurssilla selvästi pidempi. Huomionarvoista tyyppin 2 diabeteksen osalta on se, että sairastamisaika ei useinkaan ole ajallisesti sama kuin sairauden toteamisaika. Tyyppin 2 diabetesta voi sairastaa hyvinkin pitkään tietämättä sairauden

olemassaolosta. Joitakin viitteitä sairastamisajasta tarjoaa diabeetikon mahdolliset lisäsairaudet. Tutkimus- ja kontrollikurssin välillä ei lisäsairauksien esiintyvyydessä ollut mainittavia eroja. Näistä edellä mainituista syistä johtuen ei sairastamisajan eroa kurssien välillä otettu analyysissä huomioon.

6.2 Liikuntaneuvonnan käytännön toteuttaminen

Tyypin 2 diabeteksen kuntoutuskurssin liikuntaneuvonnan primääritavoitteena, sekä tutkimus- että kontrollikurssilla, oli terveystieteiden suositukseen perustuviin liikuntatottumuksiin saattaminen tai jo saavutettujen liikuntatottumusten ylläpitämisen vahvistaminen. Pitkäaikaista muutosta tavoiteltiin tieto- ja taitoelementtien optimaalisella ajoittamisella. Kehon käyttöä, liikunnan annostelua ja lihashuoltoa tarkasteltiin eri näkökulmista sekä teoreettisesti että kokemuksellisesti. Kuntoutujaa haastettiin siihen, että hän pohtisi liikunnan perusteluja ja sen toteuttamista arkiympäristössä. Nämä näkökulmat esiintyivät sekä tutkimus- että kontrollikurssilla.

Liikuntatavoitteiden asettaminen ja niiden saavuttaminen edellyttää ohjauksessa sekä liikunnan tiedollisen että taidollisen elementin huomioimista. Liikuntatavoitteiden asettaminen sidottiin sekä tutkimuskurssin että kontrollikurssin ohjaukseen jokaisella liikuntaneuvontakerralla. Tavoitteellisuutta pyrittiin konstruoimaan sekä käytännön liikuntaharjoittein (esimerkiksi yksittäisen liikuntakerran annostelun käytännön mallintamisella) että päivittäisillä keskusteluilla.

Toimin itse sekä tutkimus- että kontrollikurssilla liikunnanohjaajana. Kuntoutuskurssin ensimmäisen jakson ohjaukselliset erot tutkimus- ja kontrollikurssin välillä syntyivät siinä, että tutkimuskurssin jokaisessa ohjaustilanteessa käytettiin myös toiminnallisia menetelmiä. Liikuntaneuvonta tapahtui ohjaamanani viidennen päivän ”Muutoksen mahdollisuudet” -osiota lukuun ottamatta 12 hengen ryhmässä.

Kurssipäivä	YHTEISET SISÄLLÖT: TUTKIMUS- JA KONTROLLIKURSSI	KESTO	TUTKIMUSKURSSIN TOIMINNALLISET HARJOITTEET
1. päivä Maanantai	Liikunnan perustelut. Vuorovaikutteinen luento. Keskustelua Liikuntatottumusten muutoksesta. Kuntosaliin tutustumisen yhteydessä lihahuollon perusteet.	2 h	Transteoreettisen muutosvaihemalliin pohjautuva toiminnallinen janaharjoitus. Kehotietoisuusharjoitus 1, lihasvoiman säätely.
2. päivä Tiistai	Aamuvenyttely.	0,5 h	Kehotietoisuusharjoitus 2, tarinan yhdistäminen liikkeeseen.
3. päivä Keskiviikko	Aamuvenyttely Kävelykoulu 1: Kehon käytöstä. Ryhti istuen, seisten, liikkuen. Ryhtiharjoituksia kepillä.	0,5 h 1 h	Kehotietoisuusharjoitus 3, paripeilausharjoitus 1. Ryhdin tarkastelua pariharjoituksin, mielikuvana kehon laatikot.
4. päivä Torstai	Aamuvenyttely Kävelykoulu 2: Kehon käyttö askeltaen. Sauvakävelyn tekniikka. Kimpपालenkki sauvoilla.	0,5 h 2 h	Kehotietoisuusharjoitus 4, paripeilausharjoitus 2. Kehotietoisuusharjoitusten yhdistäminen kävelytekniikkaan. Askelmittarin käyttöopastus
5. päivä Perjantai	Aamuvenyttely Muutoksen mahdollisuudet. GAS -lomakkeen esittely(psykologin toimesta). Neljän hengen ryhmissäliikunta- tavoitteiden pohdintaa.	0,5 h 2,45 h	Kehotietoisuusharjoitus 5, liikeimprovisaatioharjoitus Liikuntahistorian tarkastelu ja liikuntatavoitteiden laadinta pariharjoituksena.
8. päivä Maanantai	Aamuvenyttely Lihahuollon teoriaa ja käytännön harjoitteita	0,5 h 0,45 h	Kehotietoisuusharjoitus 6, rentoutus Kehotietoisuusharjoitusten yhdistäminen lihahuoltoliikkeisiin.
9. päivä Tiistai	Aamuvenyttely	0,5 h	Kehotietoisuusharjoitus 7, rinkihieronta.
Yhteensä		12,5	

Taulukko 2. Tutkimuskurssin ja kontrollikurssin ohjaussisällöt

Liikuntaneuvonnan ihmiskuva perustui, kuten edellä on todettu, holistiseen ihmisenäkemykseen. Tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen muodostamat näkemykset (sosiaalinen konstruktionismi, empowerment ja transteoreettinen muutosvaihemalli) loivat pohjan sekä vuorovaikutukselle että ohjausilmastolle. Nämä periaatteet ohjasivat molempien kurssien liikuntaneuvontaa.

Transteoreettista muutosvaihemallia avattiin tutkimuskurssin kuntoutujille jo ensimmäisen päivän liikuntakerralla, jolloin kuntoutujia haastettiin janaharjoituksen keinoin pohtimaan omaa muutosvaihettaan liikunnan suhteen. Tämä harjoitus ei palvelut vain kuntoutujia vaan toimi myös ohjauksellisena apuna. Liikunnanohjauksellinen näkökulma, ohjauksen rytmi ja ohjaukseen käytettävät menetelmät ovat riippuvaisia ryhmän muutosvaiheesta. Kokemukseni mukaan ryhmän ohjaaminen kuntoutuskurssilla on sitä haastavampaa, mitä heterogeenisempi se muutosvaiheen suhteen on.

Tutkimuskurssilla liikuntaneuvonnan lähtökohtana oli kokemuksellinen ja reflektiivisen tarkastelu. Liikuntatieto- ja liikkumistaitoelementit liittyivät jokaiseen tapaamiskertaan. Ohjauksen pohjana molemmilla kursseilla toimi kävelykoulu, jossa tarkasteltiin kehon biomekaniikkaa. Tutkimuskurssilla kävelykoulun ohessa käytettiin myös kehotietoisuuden herkistämisharjoitteita. Muiden liikuntakertojen yhteydessä toiminnallisina harjoituksina käytettiin kehotietoisuusharjoitteita, liikuntahistoriaa (Kaavio 4, s.35), liikeimprovisaation variaatioita ja janaharjoitusta. Muutosta toiminnallisesti tavoitteli myös askelmittarin käyttö ja siihen liittyvät reflektiiviset instruktioit.

Liikunnan uudet merkitykset muodostuvat suhteessa aikaisempiin merkityksiin. Myös ymmärtäminen ja kokeminen tapahtuvat aikaisemmin ymmärretyn ja koetun perusteella. Tämä näkemys puoltaa liikuntahistorian tarkastelun tärkeyttä. Olen huomioinut, että liikunnan suhteen harkintavaiheessa olevat turvautuvat usein totuttuun liikunnan aloittamiskaavaan vaikkakin menetelmä olisi osoittanut toimimattomuutensa jo useita kertoja. Yleisin esimerkki tästä on se, että liikuntaa yliannostellaan sekä yksittäisellä liikuntakerralla että liikuntauseuden ¹ näkökulmasta. Tämä onkin kurssilaisilla hyvin yleinen oivallus liikuntahistoriaa tarkastellessa. Liikuntahistorian tarkastelu auttaa kuntoutujaa pohtimaan

¹ Liikuntatieteissä käytetty termi, joka kuvaa liikuntakertoja viikossa

liikuntahistoriaansa ja liikunnan nykyhetkeä ja tätä kautta konstruoimaan liikuntatulevaisuuttaan tietoisella tasolla.

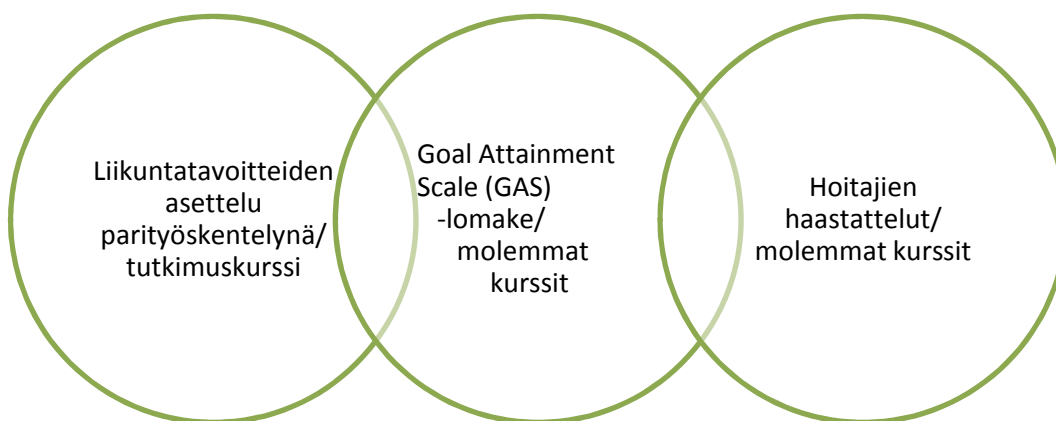
Ensimmäisellä tapaamiskerralla tutkimuskurssin kuntoutujat arvioivat janaharjoituksen keinoin mihin transteoreettisen muutosvaihemallin mukaiseen vaiheeseen he kokivat liikunnan suhteen sijoittuvansa. Esiharkintavaiheessa olevia kurssilaisia tutkimuskurssilla oli kaksi. Yhdeksän kurssilaista koki olevansa harkintavaiheessa. Yksi kurssilainen koki olevansa valmisteluvaiheessa.

6.3 Aineiston hankinta ja analysointi

Päädyn aineistokeruun osalta triangulaatioon, mikä tarkoittaa sitä, että tutkimusaineiston hankinnassa käytettiin useita tiedonhankintamenetelmiä (Eskola & Suoranta 1998, 69–70). Lähestyin tutkimusongelmaa kolmen erilaisen aineiston tarjoaman tiedon valossa. Triangulaation tavoitteena oli tarkastella liikuntatavoitteiden asettamista eri suunnista kattavamman kokonaiskäsityksen luomiseksi. Tutkimusaineisto muodostui:

- 1) GAS -lomakkeista
- 2) hoitajien haastatteluista ja
- 3) parityöskentelynä laadituista liikuntatavoitteista

Kontrollikurssin aineistoon kuuluvat GAS -lomakkeet ja hoitajien haastattelut. Tutkimuskurssilla, edellisten lisäksi, tarkasteltiin myös oman liikuntahistorian pohdinnan yhteydessä parityöskentelynä kirjallisesti laadittuja liikuntatavoitteita.



Kaavio 3. Aineistonkeruumenetelmät

1) Goal Attainment Scale (GAS) -lomake

Kurssin viidentenä päivänä, joka oli perjantai, oli ohjelmassa kolmen tunnin kokonaisuus ”Muutoksen mahdollisuudet”. Tämän kokonaisuuden suunnittelin ja ohjasin liikuntasuunnittelijan ominaisuudessa yhteistyössä ravitsemusterapeutin ja psykologin kanssa.

Kokonaisuus alkoi psykologin alustuksella, joka kesti 30 minuuttia. Alustuksessa psykologi esitteli GAS -lomakkeen. Muutosvaihemallia esitellen psykologi muistutti pienten mutta pysyvien muutosten merkityksestä. Vuorovaikutteisen alustuksen aikana pohdittiin GAS -lomakkeen käytön mahdollisuuksia kurssikokonaisuuden aikana ja käytiin läpi, GAS -lomakkeeseen pohjautuen, elintapojen muutosesimerkkejä välijakson ajalle. Tavoitteena oli, että viikonlopun aikana kurssilaiset pohtisivat ja kirjaisivat omia henkilökohtaisia muutostavoitteitaan. Kurssin kuudentena päivänä (lauantai) myös hoitaja keskusteli kurssilaisten kanssa tavoitteenasettelusta ja siitä miten tavoitteet voisivat ilmetä GAS -lomakkeessa. Kurssilaisilla oli aikaa pohtia tavoitteenasetteluaan vielä kurssin seitsemäntenä päivänä, joka oli sunnuntai ja varsinaista kurssiohjelmaa oli vähän. Maanantaina, hoitajan vastaanotolla, kuntoutuja esitteli hoitajalle suunnittelemansa tavoitteet. Tavoitteista keskusteltiin ja lopuksi GAS -lomake allekirjoitettiin yhteisen sopimuksen merkiksi. Hoitajalle ja kurssilaiselle jäi lomakkeesta omat kappaleet. Lomakkeesta otettiin kopio myös tutkimuskäyttöön.

2) Hoitajien haastattelut

Molemmilla kuntoutuskurssilla työskenteli kaksi hoitajaa. Kuntoutujat olivat hoitajien osalta jaettu kuuden hengen ryhmiin. Hoitajat tapasivat oman ryhmänsä päivittäin. He haastattelivat jokaisen ryhmänsä kuntoutujan kahden kesken kurssin ensimmäisenä ja jälleen kurssin kahdeksantena päivänä. Tällöin aiheena oli kuntoutujan välijakson tavoitteenasettelu GAS -lomaketta apuna käyttäen.

Aineistonkeruun toinen vaihe sisälsi siis kuntoutujan kanssa yhteistyössä GAS -lomakkeen täyttäneen hoitajan haastattelun. Haastattelu eteni puolistrukturoidun teemahaastattelun mukaisesti, jolle on ominaista se, että haastattelun teema-alueet on määritelty etukäteen. Haastattelun teemat perustuivat GAS -lomakkeen sisältämiin tietoihin. Teemahaastattelu eteni ennakkoon mietittyjen teemojen varassa, mutta haastattelutilanteissa oli myös liikkumavaraa. (Hirsjärvi & Hurme, 2001, 47–48.)

Haastattelin kaikki neljä hoitajaa, kaksi tutkimuskurssin hoitajaa ja vastaavasti kaksi kontrollikurssin hoitajaa. Kussakin haastattelussa käsiteltiin kuuden kurssilaisen GAS -lomakkeet. Haastattelut toteutettiin kunkin hoitajan työhuoneessa. Vuorovaikutteisen tilanteen luominen oli helppoa pitkäaikaisen työoveruuden vuoksi. Kunkin haastattelun aluksi kerroin, mihin haastattelulla haluttiin saada vastaus. Haastattelun tavoitteiksi ja ydinkysymyksiksi määriteltiin seuraavat kysymykset:

1. Ovatko GAS -lomakkeessa ilmenevät tavoitteet mielestäsi tärkeysjärjestyksessä?
2. Mitä kuulit kurssilaisen puhuvan liikunnasta?
3. Mainitsiko kurssilainen laadullisia, kehon käyttöön liittyviä, liikuntatekijöitä?

Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin eli tallennettu aineisto kirjoitettiin tekstimuotoon analyysin helpottamiseksi.

Hoitajien haastattelun tarkoitus oli varmentaa, että

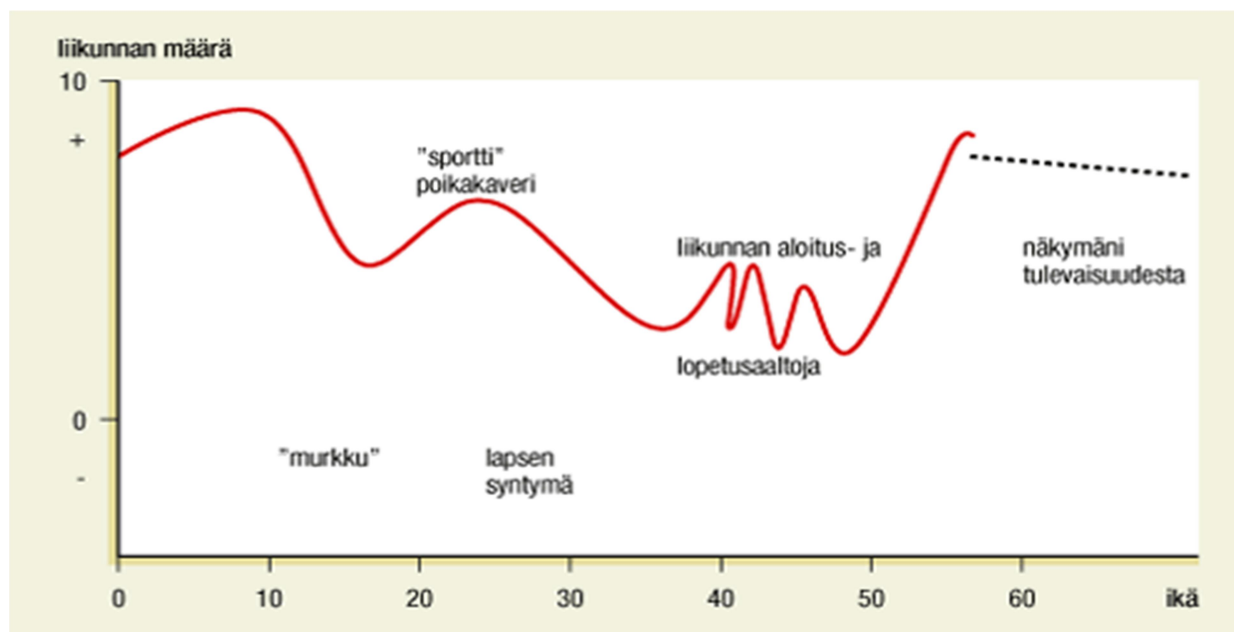
1. tulkitseen GAS -lomakkeisiin kirjoitetut tavoitteet oikein
2. väliajan tavoitteiden järjestys oli kirjattu kuntoutujan ilmaiseman tärkeysjärjestyksen mukaan
3. GAS -lomakkeeseen ei jäänyt kirjaamatta keskustelussa mahdollisesti ilmenneitä liikuntatavoitteita
4. mahdolliset laadulliset tavoitteet oli myös kirjattu

Edelliset kysymykset olisin voinut esittää vaihtoehtoisesti myös kuntoutujille. Koska tutkimuksen yhtenä tavoitteena oli oman työn kehittäminen, päädyin haastattelemaan hoitajia. Kelan GAS -lomake oli siis ensimmäisiä kertoja käytössä kurssilla. Jotta liikuntatavoitteiden asettaminen palvelisi tulevilla kursseilla mahdollisimman hyvin kuntoutujan väliajan liikuntaa ja liikunnan koherenssia on tärkeää, että liikuntatavoitteita peilattaisiin aina osana kuntoutujan kokonaistavoitteenasettelua. Kuntoutujien moniammatillinen tavoitteiden tarkastelu hoitajia haastatellen sai aikaan molemminpuoleista reflektiota. Tämä helpottaa helpottaa GAS -lomakkeen tulevaa käyttöä, yhä tuloksellisemmin, moniammatillisessa tiimissä.

3) Tutkimuskurssin parityöskentelyssä laaditut kirjalliset liikuntatavoitteet

Liikuntatavoitteiden asettamista pohdittiin myös kahdeksannen päivän Muutoksen mahdollisuudet -osiossa. Tutkimuskurssin kuntoutujat olivat tällöin neljän hengen ryhmissä. Kerroin liikuntahistoria -lomakkeesta (Kaavio 4, s. 35) ja sen tarkastelun tavoitteista. Liikuntahistorialomake on suunnittelemani menetelmä oman liikuntamenneisyyden tarkasteluun. Olen käyttänyt lomaketta keskustelun pohjana Diabeteskursseilla jo neljäntoista vuoden ajan. Lomake on käytössä myös muun muassa Diabetesliiton ja Sydänliiton kehittämässä PPP -koulutuksessa, joka on suunnattu painonhallintaryhmien ohjaajille (www.diabetesliitto.fi, www.sydanliitto.fi).

Kuntoutujia kehoitettiin jakamaan liikuntahistoriansa kolmeen ”näytökseen”. Ensimmäinen näytös kuvasi tässä yhteydessä lapsuutta ja nuoruutta, toinen näytös aikuisikää ja kolmas näytös tulevaisuutta. Tavoitteena oli pohtia omaa liikuntasuhdettaan eri ikäkausina. Kukin sai kertoa parilleen oman liikuntahistoriansa mahdollisine nousuineen ja laskuineen. Parikerronnassa tavoitteena oli pohtia, mitkä tekijät ovat vaikuttaneet mahdollisiin liikuntakäyttäytymisen muutoksiin.



Kaavio 4. Esimerkki 59 -vuotiaan naisen liikuntahistoriasta (Heinonen 2009, 180).

Liikuntahistorian kerronnallisen käsittelyn jälkeen kuntoutujat pohtivat, peilaten liikuntahistoriaansa, mahdollisia liikuntamuutoksia välijaksolle. Painotin alustuksessani maltillisten, pysyvien muutosten ideologiaa. Kuten edellä todettiin, harkintavaiheessa olevan tulisi välttää liikunnan kielteisiä vaikutuksia. Kuntoutujan on tarpeen tiedostaa tämä liikuntatavoitteiden suunnittelussa.

Alustuksen jälkeen jokainen laati itselleen liikuntatavoitteet tulevan välijakson ajaksi. Liikuntasuunnitelmassa tavoiteltiin arkielämässä helposti toteutettavia muutoksia. Tavoitteena olivat pysyvät muutokset liikuntatottumuksiin. Ohjeistukseni mukaan liikuntasuunnitelman onnistumisprosentin tuli kuntoutujan mielestä olla ainakin 80. Liikuntahistoria esiteltiin ja laadittu liikuntasuunnitelma perusteltiin parille. Parin kommenttien jälkeen tavoitteisiin saatettiin vielä tehdä muutoksia. Suunnitelma jäi kuntoutujalle ja kopio suunnitelmasta saatiin tutkimuskäyttöön.

7 TUTKIMUSTULOKSET

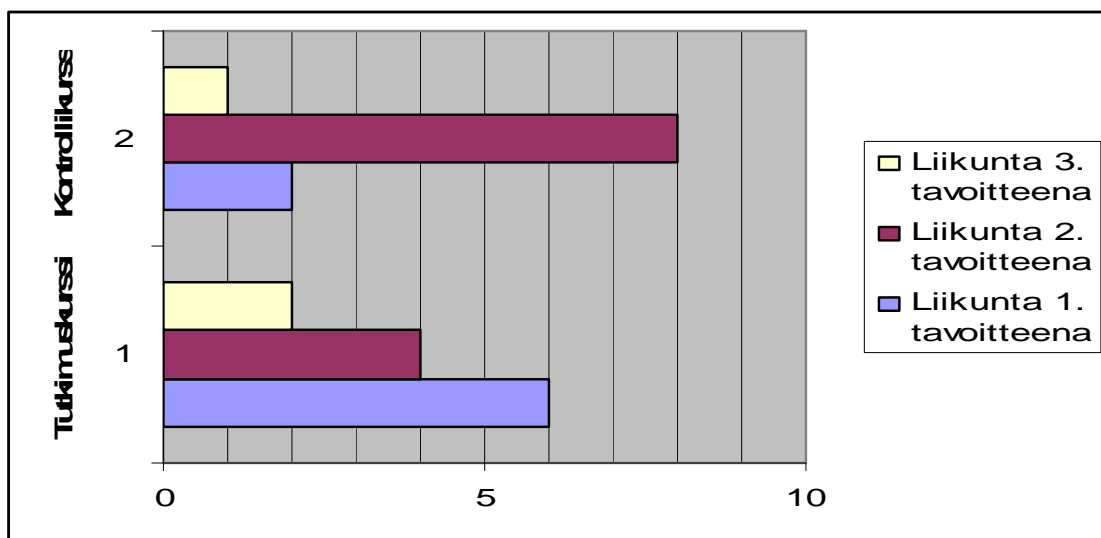
Tutkimuksen yhtenä keskeisenä tavoitteena oli oman työni kehittäminen. Tässä mielessä tutkimus täytti tavoitteensa. Uskon, että omassa työympäristössä tehty tutkimus luo hyvän keskustelupohjan moniammatilliseen kuntoutuskäytäntöjen yhteiseen pohdintaan.

Tutkimuksessa verrattiin kahta tyyppin 2 diabeteksen kuntoutuskurssia toisiinsa liikuntatavoitteiden asettamisen suhteen. Molemmilla tutkimuskursseilla oli 12 kuntoutujaa ja ohjaukselliset sekä menetelmälliset erot kurssien välillä oli eettisistä syistä melko pienet. Varovaisia arvioita toiminnallisten menetelmien vaikutuksista voidaan kuitenkin tehdä. Tulokset antavat viitteitä siitä, että toiminnallisten menetelmien käyttö liikuntaneuvonnassa ei lisää liikuntatavoitteiden määrää. Liikuntatavoitteiden sisältöihin toiminnallisilla harjoitteilla näyttäisi olevan vaikutusta. Harjoitteiden käyttö näyttää tuottavan kuntoutujille enemmän laadullisia tavoitteita.

7.1 Goal Attainment Scale(GAS) -lomakkeesta ilmenneet liikuntatavoitteet

Väliajan tavoitteenasettelu analysoitiin GAS -lomakkeista. Sekä tutkimuskurssilta että kontrollikurssilta havaittiin yksi kuntoutuja, joka ei asettanut liikuntatavoitteita lainkaan. Tutkimuskurssilta yksi kuntoutuja asetti kaksi liikuntatavoitetta (ensimmäisenä ja toisena tavoitteena), jolloin GAS -lomakkeen kolmesta muutostavoitteesta kaksi liittyi liikuntaan.

Tutkimuskurssilla liikunta asetettiin useammin tärkeimmäksi tavoitteeksi (n=6). Kontrollikurssilla liikunta mainittiin yleisemmin toisena tavoitteena (n=8).



Kaavio 5. Tutkimus- ja kontrollikurssin liikuntatavoitteiden ilmenemisjärjestys GAS -lomakkeissa

Tutkimuskurssilla yleiskunnan kohottamiseen tähtäviä tavoitteita oli kirjattu kolmeen lomakkeeseen ja lihaskuntoon kohottaminen oli tavoitteena yhdellä kurssilaisella. Näiden lisäksi yhden kuntoutujan tavoitteena oli sekä lihaskunnan että yleiskunnan kohentaminen. Laadullisia muutostavoitteita ilmeni yhdessä lomakkeessa. Kuudessa lomakkeessa liikunnan tavoitteenasettelu ilmaistiin vain liikuntakertojen lisäyksellä.

Kontrollikurssilla yleiskunnan kohottamiseen tähtäviä tavoitteita oli huomattavasti enemmän, yhdeksässä lomakkeessa. Lihaskunto asetettiin tavoitteeksi kahdessa lomakkeessa. Laadullisia liikunnan muutostavoitteita ei ilmennyt.

Kuntoutujien yleiskunnan kohottamiseen tähtäävät tavoitteet koskivat kävelyä ja sauvakävelyä. Lihaskuntoharjoitukset koskivat lihaskuntoa vahvistavia harjoitteita tai venyttelyharjoittelua. Yksi mainittu laadullinen muutostavoite koski tasapainoharjoittelua, jolla kuntoutuja tavoitteli askeleen pidentämistä ja sitä kautta miellyttävämpää kävelykokemusta.

Mikäli tarkastellaan ainoastaan GAS -lomakkeiden tarjoamaa tietoa, näyttää siltä, että toiminnallisten harjoitteiden käytöllä ei näyttäisi olevan lisäävää vaikutusta liikuntatavoitteiden asetteluun. Huomionarvoista on, että tutkimuskurssilla liikuntatavoitteiden täsmentäminen oli heikkoa. Tavoite ilmaistiin useimmin liikuntauseudella (esimerkiksi: liikun kaksi kertaa viikossa). Kontrollikurssilla sen sijaan lihahuolto/yleiskunnan kohotus tai molemmat yhdessä mainittiin 11 kertaa kun vastaava luku tutkimuskurssilla oli 6.

7.2 Hoitajien haastatteluista ilmenneet tekijät

Kolme tutkimuskurssin kuntoutujaa oli ilmaissut, hoitajan haastattelun yhteydessä, tavoitteensa myös liikunnan laadullisiin muutostavoitteisiin. Nämä tavoitteet eivät tulleet ilmi GAS -lomakkeissa. Esille tulleet seikat liittyivät heillä oivalluksiin kehon kannattelusta ja mielihyvää tuottavasta liikkeestä. Lisäksi kolmella kuntoutujalla ilmeni lihahuoltoon liittyviä tavoitteita. Näillä kuudella kuntoutujalla GAS -lomakkeiden liikuntatavoitteet oli ilmaistu vain liikuntakertojen määrällä, lajia tai liikuntatapaa ei lomakkeista tullut lainkaan ilmi.

Kontrollikurssin yksi kuntoutuja oli haastattelussa maininnut, että liikunnan laatu vaikuttaa mielialaan.

Huomionarvoista tutkimus- ja kontrollikurssin välillä oli hoitajien käsitykset kurssilaisten tavoitteiden optimaalisuudesta. Tutkimuskurssilla usko kuntoutujien pystyvyyteen tavoitteiden toteutumisen suhteen ilmeni selvästi optimistisemmin. Kontrollikurssin toinen hoitaja asetti kuntoutujien liikuntamäärien lisäystavoitteet sen sijaan kyseenalaiseksi.

Hoitaja: että kyllä niillä sillalailla... niinku tuntuu että kaikilla tuntuu olevan kauheita ne tavoitteet että mitä ne nyt rupee liikkumaan

Haastattelija: nii

Hoitaja: sitte ku ajattelee näitäkin ni eihän ne niinku pysty niinku semmosia määriä ni jos ny vähän aikaa ehkä just tän välajakson hampaat irvessä

Haastattelija: jaksaa

Hoitaja: nii hampaat irvessä jaksaa nii

Kontrollikurssilla yleiskunnan kohotukseen pohjautuvia tavoitteita ilmenikin enemmän kuin tutkimuskurssilla. Tämä huomio tukisi käsitystä siitä, että toiminnalliset menetelmät johtaisivat realistisimpiin liikuntatavoitteisiin. Haastatteluissa ilmenneet mutta GAS -lomakkeisiin kirjautumattomat laadulliset tavoitteet tutkimuskurssilaisilta johtavat myös päätelmään, että kuntoutujat kiinnittäisivät enemmän huomiota liikunnan laatuun määrän sijasta. Tähän johtotulokseen päädytään kuitenkin sillä ehdolla, että hoitajien arviot kontrollikurssin kuntoutujien liian optimistisia liikuntamääristä pitävät paikkaansa. Ei myöskään voida päätellä, toteutuvatko kurssien väliajalle asetetut tavoitteet ja johtavatko asetetut tavoitteet pysyviin liikuntakäyttäytymisen muutoksiin.

7.3 Parityöskentelystä ilmenneet tekijät

Liikuntatavoitteet pienryhmässä laadittiin liikuntahistoriaan peilaten vain tutkimuskurssilla. Vertailua kurssien kesken ei siis voida tehdä.

Kaikki tutkimuskurssin kuntoutujat kirjasiivat ryhmässä liikuntatavoitteita. GAS -lomakkeeseen verraten vain kolmen kurssilaisen asettamat tavoitteet olivat samat. Viidellä kuntoutujalla tavoitteet olivat samansuuntaiset mutta täsmällisemmät. Tavoitteenasetteluista heillä ilmeni myös liikunnan ajankohta ja liikkumistapa. Kuudella kuntoutujalla tavoitteenasettelussa oli mainittu myös laadullisia tavoitteita: kehon tuntemus, uusi tapa kehon käyttöön ja kehon kuuntelu liikunnan yhteydessä.

Parityöskentelyn aikana kurssilaiset siis kirjasiivat, GAS -lomakkeesta ilmenneisiin tavoitteisiin verraten, enemmän liikuntatavoitteita sekä määrällisesti että laadullisesti. Sille, että asetetut tavoitteet eivät kantaneet GAS -lomakkeelle asti, voidaan löytää useita syitä. Vaikka painotin parityöskentelytilanteen ohjeistuksessa, että liikuntatavoitteita tulee peilata osana kurssiväliajan kokonaistavoitteenasettelua saattaa se, että tilanteessa pohditaan nimenomaan vain liikuntatavoitteita, hämärtää väliajan kokonaistavoitteiden hahmottamista. Myös halu miellyttää, tilanteessa läsnä ollutta liikuntaneuvojaa, saattaa olla yksi vaikuttava

tekijä. Myös GAS -lomakkeen tarjoama rajoitettu kirjoitustila saattaa vaikuttaa tavoitteiden täsmentämistä.

Tutkimuskurssilaiset jakoivat kokemuksia toiminnallisista harjoitteista sekä liikuntatavoitteiden laatimisen yhteydessä että liikuntaa toteuttaessaan. Omasta näkökulmasta katsottuna näyttivät toiminnalliset harjoitukset tuottavan energiatason nousua ja innostusta. Kuntoutujat keskustelivat, kontrollikurssiin verrattuna, liikunnasta selvästi enemmän ja tuottivat keskusteluissa myös liikuntamerkityksiä. Tästä kertoivat muun muassa kurssilaisten pyynnöt, että liikuntaa olisi kurssilla enemmän, ja että kehotietoisuusharjoitteita olisi useammin.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTAA

Tyypin 2 diabetes on yksi merkittävimmistä kansansairauksistamme, jonka ennaltaehkäisy ja hoito kaipaavat kustannustehokkaita ohjauskeinoja. Diabeteksen hoito vaatii vahvaa omahoidon panosta. Sen vuoksi hoidonohjausmenetelmien tulisi olla sellaisia, jotka lisäävät yksilön tietoisuutta omahoidon tärkeydestä, kohottavat pystyvyyden tunnetta ja voimaannuttavat vastuunottoon omasta terveydestään.

Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma DEHKO 2000–2010 näki keskeisinä tekijöinä hoidonohjauksen tehostamisessa ja kehittämisessä ohjaustaitojen lisäämisen, tiimityön ja vuorovaikutustaitojen parantamisen, käytössä olevien resurssien oikean kohdentamisen sekä tarkoituksenmukaisen ja tehokkaan käytön. Tämä tutkimus pyrki osaltaan vastaamaan tämänsuuntaisiin kehittämistarpeisiin.

Kuntoutuksessa ei ole kysymys vain liikunnan muutostavoitteista. Kysymys on kuntoutujan elämänlaadun parantamisesta ja paremmasta arjessa selviytymisestä diabeteksen kanssa. Tämän muistaminen vaatii moniammatilliselta tiimiltä jatkuvaa yhteistyötä. Mikään ammattiryhmä ei voi suhtautua yksilön kuntoutukseen vain oman erityisalueensa kautta. Tiimin tulee nähdä kuntoutujan muutostavoitteet kokonaisuutena. Kuntoutujan kokonaisterveysaspektin huomioiminen edellyttää kuntoutustiimiltä jatkuvaa reflektointia sekä oman erityisalan- että moniammatillisuuden näkökulmasta.

Tutkimuksen eettisyyden vuoksi on tarpeen arvioida, mikä oli oma asemani tutkimusprosessissa. Olen työskennellyt Diabeteskeskuksessa 18 vuotta. Olin tutkimuksen aineistonkeruussa toimiva subjekti. Tutkijana en siis toiminut puolueettomana tarkkailijana, kuten tutkijan rooli on perinteisesti ymmärretty. Tilanteiden ja aineiston tulkintaan vaikuttavat tutkimusta edeltävät kokemukseni tyypin 2 diabeetikoiden elintapamuutoksiin motivoinnista ja ne myös kietoutuvat osaksi tutkielmaa niin, että niitä oli aika ajoin vaikea tuoda tekstissä näkyviin. Tutkielman tekeminen pakotti etäisyyden ottoon. Tutkimuksen tekemisen yhtenä motiivina oli kuitenkin oman työn kehittäminen. Toimien itse subjektina sain arvokasta tietoa, kun tutkimusta tehdessä jouduin perustelemaan ohjausvalintojani yhä tietoisemmalla tasolla.

Eri kuntoutusmuodoilla on useita tavoitteita, joten vaikuttavuutta on mitattava monin eri muodoin. Vaikuttavuutta mitataan yleensä määrällisesti. Yleisiä hoidon ja kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointiin soveltuvia standardoituja mittausmenetelmiä ei ole onnistuttu kehittämään. Joskus kuntoutuksen vaikuttavuutta on vaikea tai jopa mahdotonta mitata. Kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointiin on käytetty terveydenhuollon hoitojen arviointiin kehitettyjä mittareita, mutta nämä eivät aina sovellu kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointiin, koska hoitamisen ja kuntoutuksen tavoitteet eroavat toisistaan. Mittareiden ongelmana on myös usein riittävän herkkyyden puuttuminen, jotta pystyttäisiin osoittamaan muutosta kuntoutusintervention aikana. (Rissanen & Aalto 2002, 3.)

8.1 Liikuntatavoitteiden arviointia tutkimusaineiston näkökulmasta

Pohdin seuraavaksi vielä jokaisen tässä tutkimuksessa käyttämäni ”mittarin” toimivuutta liikuntatavoitteiden asettamisen ja näkyväksi tekemisen osalta. Aineisto kerättiin triangulaation keinoin. Aineistonkeruumenetelminä käytettiin Kelan GAS-lomaketta, hoitajien haastatteluja sekä kuntoutujan liikuntaryhmässä laatimia liikuntatavoitteita. Näitä aspekteja pohdin seuraavaksi, koko tutkimusprosessiin nojautuen.

8.1.1 GAS -lomake

Kela on kohdistanut voimavaroja rahoittamiensa kuntoutuspalveluiden laaduntarkkailuun. GAS -menetelmä tavoittelee kuntoutuksen vaikuttavuuden parantamista ja laadun ylläpitämistä. GAS -lomake oli tutkimusaineistoa kerättyä käytössä ensimmäisiä kertoja Diabeteskeskuksen kuntoutuskurssilla. Täten GAS -lomakkeen hyödyntäminen kuntoutuksen kokonaisuudessa oli vielä muotoutumassa lopulliseen muotoonsa. GAS -lomaketta olisikin ollut optimaalisinta käyttää aineistonkeruumenetelmänä silloin, kun sen käyttö kurssiosastolla olisi jo ollut vakiintunutta. Toisaalta GAS -lomakkeen käyttöarviointi tässä vaiheessa edesauttaa sen käyttöönottoa ja kehittämistyötä.

GAS -menetelmä tarjoaa mahdollisuuden moniammatillisuuden optimaaliseen hyödyntämiseen. Sen käyttö ohjaa myös empowerment -henkiseen, vuorovaikutteiseen asiakastyöhön, missä kuntoutuja nähdään holistisen ihmisenäkemyksen kautta. Lomake ohjaa myös tavoitteiden kokonaisvaltaiseen tarkasteluun.

Moniammatillisessa kuntoutustyössä piilee kuitenkin vaara, että jokainen ammattiryhmä tarkastelee kuntoutusprosessia vain omasta erityisalastaan käsin. Tällöin kuntoutuja saattaa kokea velvollisuudekseen laatia tavoitteet jokaisesta kurssin osa-alueesta, jolloin väliajan tavoitteet muotoutuvat liian suuriksi. Tämä saattaa johtaa siihen, että kuntoutujan pystyvyyden tunne suurten tavoitteiden uuvuttamana vain pienenee. GAS -menetelmän käytöllä saattaakin olla myös kääntöpuolensa. Mikäli menetelmän käytössä ei hyödynnetä todellisen moniammatillisuuden mahdollisuuksia, saattaa lomake johtaa kuntoutuksen pirstaleisuuteen. Tavoitteenasettelun pohdinta saattaa kuntoutujassa herättää myös ristiriitaisia ajatuksia, mikäli eri ammattiryhmien viestit esimerkiksi liikunnasta poikkeavat toisistaan.

GAS -menetelmän tavoite on kuntoutuksen laadun parantaminen. Toisaalta kuntoutujien tavoitteiden raportointi kuntoutuksen maksajalle saattaa siirtää painopisteen ylimitoitettuun tavoitteenasetteluun ja nopeiden tulosten tavoitteluun. Onkin tärkeää, että GAS -lomakkeen käytöllä ei tavoitella vain esimerkiksi ravitsemus- tai terveysliikuntasuosituksen mukaista tavoitteenasettelua, vaan empowerment -ajatteluun pohjautuvaa, asiakkaan kokonaistilanteen huomioivaa tavoitteiden pohdintaa. Tämän tutkimuksen puitteissa GAS -lomakkeen käyttö, käytön ollessa vielä kehittelyasteella kuntoutuskurssilla, ei johtanut moniammatillisen tiimin työskentelyn vahvistumiseen. Tämän havainnon perustan pitkään työskentelyyni

moniammatillisen tiimin jäsenenä. GAS -lomake tarjoaa kuitenkin mahdollisuuden, sekä kuntoutujalle että moniammatillisella tiimillä, väliajan tavoitteiden kokonaisvaltaiseen tarkasteluun.

8.1.2 Hoitajien haastattelut

Hoitajan rooliin kuntoutuskurssilla kuuluu kuntoutujan kokonaistilanteen hahmottaminen. Tutkimus osoitti, että liikunnan osalta tavoitteet ilmenivät GAS -lomakkeessa, sekä tutkimus että kontrollikurssilla, melko yleisellä tasolla. Tämä saattaa heijastaa GAS -lomakkeen yleistä ongelmaa. Tavoitteen asettamiselle annettu kirjoitustila on varsin pieni, mikä helposti suuntaa tavoitteen yleistämiseen. GAS -lomake tarvitseekin rinnalleen muita menetelmiä, jotka suuntaavat kuntoutujan ajatukset konkreettisiin toimiin. Tulee ottaa huomioon, että kuntoutujalle asetetut tavoitteet konstruoivat hänen väliajan konkreettisia muutoksia kotiympäristössä.

Kaksi hoitajaa toi haastattelussa esille ajatuksiaan GAS -lomakkeen eduista ja haitoista. Toisaalta hoitajat kokivat, että lomake suuntaa tavoitteenasettelun määrällisiin tavoitteisiin. Toisaalta he toivat esille, että lomake täsmentää tavoitteita ja auttaa kuntoutujaa sitoutumaan tavoitteisiinsa.

Mikäli kuntoutuja asettaa tavoitteekseen liikunnan lisäämisen, olisi tärkeää, että hän pohtisi tavoitteitaan myös liikunta-asiantuntijan kanssa. Liikuntamuutosten toteuttamista helpottaisi, mikäli kuntoutujalle itselleen jäisi GAS -lomakkeen lisäksi täsmennetympi suunnitelma asettamistaan liikuntatavoitteista. Onnistuakseen GAS -menetelmä vaatii vahvaa moniammatillista yhteistyötä. Menetelmä edellyttää Diabeteskeskuksen kurssiorganisaatiossa yhteistä pohdintaa ja yhteisiä päätöksiä siitä, miten GAS -lomakkeen tarjoama menetelmä parhaiten hyödyntäisi kuntoutujaa. Tyypin 2 diabeetikoiden kuntoutuskurssilla moniammatillisen tiimin onkin ensiarvoisen tärkeää pohtia yhdessä asiakkaan muutoshalukkuutta. Mikäli kuntoutuja kokee oman pystyvyyden tunteen olevan korkea esimerkiksi ravitsemusmuutosten suhteen, olisi tämä hyvä olla tiedossa koko tiimillä. Tämä ei sulje pois mahdollisuutta muiden hoidon osa-alueiden tavoiteasettelulta, mutta tiimin yhteinen

tietoisuus edistää vuorovaikutusta, ja antaa kuntoutujalle tilaa kurssin väliajan tavoitteiden rehelliseen tarkasteluun.

8.1.3 Ryhmässä asetetut liikuntatavoitteet

Täsmällisimmin liikuntatavoitteet ilmenivät liikuntaneuvojan ryhmässä. Tavoitteissa oli tällöin selkeämmin eriteltynä tekijät, milloin ja miten kuntoutuja aikoo arkiympäristössään toteuttaa liikuntaa. Tavoitteissa oli nähtävissä myös liikunnan laadullisia muutostavoitteita. Tutkimus siis osoitti, että tavoitteenasettelu liikunnan osalta oli täsmällisintä ryhmässä, joissa oli läsnä kurssin liikunta-asiantuntija.

Tutkimus vahvisti käsitystäni siitä, että ryhmän voimaa, ryhmäohjauksen lisäksi, kannattaisi hyödyntää myös tavoitteiden asettamisessa. Kuva itsestä, myös liikkujana, rakentuu vuorovaikutuksessa. Mikäli liikunnan ohjausprosessi on onnistunut, omaa ryhmä jakamisen kokemuksen ja ymmärretyksi tulemisen tunteen liikunnan suhteen. Välijakson liikuntatavoitteita tulisikin aina määritellä myös liikuntaryhmässä. Ryhmässä asetettuja henkilökohtaisia liikuntatavoitteita voisi peilata hoitajan vastaanotolla kokonaistavoitteisiin. Hyödyllistä saattaisi olla, että GAS -lomakkeeseen pohjautuvassa tavoitteenasettelutilanteessa, olisi läsnä hoitajan lisäksi myös sen erityisalan edustaja, johon kuntoutujan tavoite suuntautuu.

Tutkimus ei tarjoa tietoa tavoitteenasettelun tuloksellisuudesta. Liikuntakäyttäytymistä edistävien teorioiden perusteella voidaan kuitenkin pitää todennäköisenä, että mitä selkeämpi ja konkreettisempi tavoite kuntoutujalla on, sitä todennäköisemmin hän ryhtyy tavoitetta suuntaavaan toimintaan. Yleiset muutostavoitteet (liikun kaksi kertaa viikossa) eivät useinkaan helpota liikunnasta vieraantuneen kuntoutujan liikuntatottumusten toteuttamista arjessa.

8.2 Liikunta kuntoutuksen kontekstissa

Liikuntaneuvontaa voidaan toteuttaa monella eri tavalla. Kuntoutuskontekstissa, jolloin liikunta on yksi moniammatillisesti toteutetun kuntoutuksen osa, liikunnan tehtävä ei ole vain fyysisen kunnan kohottaminen. Liikunta tulisi nähdä yksilön elämänlaatua kokonaisvaltaisesti kohottavana ja voimavaroja lisäävänä tai ylläpitävänä elementtinä. Liikunta sisältää

mahdollisuuden kohentuvaan elämänlaatuun ja parempaan selviytymiseen diabeteksen kanssa. Liikunta tulisi aina sitoa kuntoutujan senhetkiseen elämäntilanteeseen. Jotta helpotettaisiin liikunnan muodostumista pysyväksi osaksi kuntoutujan elämänkenttää, tarvitsee liikuntaneuvonta voimaannuttavia ohjauselementtejä. Onkin tärkeää, että liikuntaneuvonnassa yhdistyy muutoksen tekemiseen tarvittavat elementit sopivassa suhteessa ja sopivaan aikaan. Tutkimus vahvisti käsitystäni siitä, että toiminnallisten menetelmien soveltaminen kuntoutuksessa edesauttaa koherenssin kokemusta ja auttaa liikuntakuurien sijasta suuntautumaan kohti pysyviä liikuntatottumusmuutoksia.

Liikuntaneuvonnan optimaalista määrää kuntoutuksessa, sen sisältöjä ja laatua, on tutkittu hyvin vähän. Näyttö toiminnallisten menetelmien ja ohjauksen intuitiivisuuden vaikuttavuudesta perustuu usein pitkälti kokemuseräiseen vaikuttavuuskokemukseen, ei tarkkoihin mittareihin. Kuten edellä on todettu, on terveystoiminnan käytössä perinteisesti painottunut biologinen terveys ja tätä koskeva näyttö onkin vahvinta. Kun terveystoiminnan käsitettä laajennetaan psyykkisen ja sosiaalisen terveyden alueille, näyttö liikunnan vaikutuksista ja annos-vastesuhteista vähenee olennaisesti tai sitä ei ole lainkaan. Jatkossa olisikin hyödyllistä tutkia toiminnallisten menetelmien mahdollisia vaikutuksia koherenssin tunteeseen sekä koherenssin tunteen mahdollisia vaikutuksia pysyviin liikuntatottumusmuutoksiin

Onkin tärkeää, että liikuntaneuvonnan vaikuttavuutta ja laatua seurattaisiin osana diabeteksen hoidon laadun parantamista. Tutkimusprosessi tarjosi viitteitä siitä, että toiminnallisten menetelmien käyttö ohjauksessa tuottaisi kurssijaksolla motivaation vahvempaa heräämistä. Toiminnalliset harjoitukset tuottivat selvästi energiatason nousua ja innostusta. Kuntoutujat keskustelivat liikunnasta selvästi enemmän, sekä ohjaajan että kurssilaisten kesken, ja puheen tasolla tuottivat myös liikuntamerkityksiä.

On vaikea arvioida mikä väliintuleva muuttuja saa ihmisessä aikaan muutoksen. Mikäli käyttäytymismuutoksia tapahtuu, on yleistä, että muutoksen moottoreista vaikea tehdä. Tullessaan kuntoutukseen yksilö tuo mukanaan menneet kokemuksensa ja senhetkisen elämäntilanteensa. Vain kuntoutuja pystyy arvioimaan, jos hänkään, mikä ohjauksen osatekijä häntä vie muutosprosessissa eteenpäin. Tämä tutkimus lähestyi sekä liikunnan suhdetta kuntoutukseen että yksilön suhdetta liikuntaan holistiseen ihmisenäkemykseen pohjautuvalla konstruktionistisella lähtöoletuksella. Tähän perustuen, on liikuntatottumusmuutos

todennäköisempi, mikäli kuntoutuja saa mahdollisuuden lähestyä liikuntasuhdettaan monen eri kanavan kautta. Ryhmäkeskustelut luovat pohjaa liikunnan merkityksien rakentamiselle. Kurssin liikuntakokemukset taas luovat pohjan uusille keskusteluille ja merkityksille. Liikunnan merkityksellisyyden kasvaminen on todennäköisempää, mikäli liikuntakokemukset ovat kokemuksellisesti yhdenmukaisia ja tukevat liikuntakeskusteluja. Jos ohjaaja siis suosittelee kohtuudella kuormittavaa liikuntaa, on tärkeää, että kuntoutuksen liikuntakokeilut takaavat kohtuukuormitteisen liikunnan kokemuksen. Mikäli kuntoutujien kokemukset liikuntakokeiluista kuntoutuskurssilla ovat positiivisia, tuotetaan myös keskusteluissa liikunnan positiivista merkitysilmastoa.

Tutkimusta suunniteltaessa oli tärkeää huomioida, että kurssisisällöt eivät liikaa poikenneet toisistaan, jotta kaikki kuntoutuskurssille osallistuvat saisivat voimavaroja lisäävää ohjausta liikunnasta. Tästä eettisestä syistä ohjaukselliset erot liikuntaneuvonnan sisällöissä tutkimuskurssin ja kontrolliskurssin välillä olivat pienet. Toiminnalliset menetelmät eivät lisänneet tutkimuskurssilla liikunnan kokonaisohjauksen aikaa. Muutokset tapahtuivat perusohjelman sisällä ohjaustapaa muuntaen. Toiminnallisia menetelmiä käytettiin jokaisella ohjauksella keskimäärin 10 minuuttia. Ajalliseen panostukseen nojaten, voidaan todeta, että toiminnallisten menetelmien käytöllä näyttää olevan vaikutusta tavoitteiden asetteluun. Jatkossa olisi hyödyllistä tutkia, mitkä tekijät ohjauksessa ja liikuntatavoitteiden asettamisessa vaikuttavat liikuntatottumusten pysyviin muutoksiin. Tämä edellyttäisi pitkittäistutkimusta ja käytettävien mittareiden perusteellista pohdintaa. Jatkotutkimuksen tekeminen on hyvinkin perusteltua, kun pyritään kehittämään vaikuttavampaa liikuntaneuvontaa kuntoutujien elämänlaadun kohentamiseksi.

KIRJALLISUUS

Adams J., & White M. (2003) Are activity promotion interventions based on the Transtheoretical model effective? A critical review. *British Journal of Sports and Medicine* 37, 106-114.

Anderson, Bob & Funnell Martha (2005) *The art of empowerment. Stories and Strategies for Diabetes Educators*. 2nd Edition. American Diabetes Association.

Antonovsky, Aaron (1996) The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International* 11 (1).

Colberg, Sheri R. & Sigal, Ronald J. & Fernhall, Bo & Regensteiner, Judith G. & Blissmer, Bryan & Rubin, Richard & Chasan-Taber, Lisa & Albright, Ann L. & Braun, Barry (2010) Exercise and Type 2 Diabetes. *Julkaisussa Diabetes Care*. Volume 33 (12), 147–167.

DEHKON 2D -hanke 2003–2007 (2009) Loppuraportti. Diabetesliitto. Hermes.

Diabeteksen ehkäisy ja hoidon kehittämissuunnitelma DEHKO 2000–2010 (2011) Loppuraportti. Diabetesliitto. Pori. Kehitys.

Diabeetikon hyvän hoidon toteuttamisen periaatteet. Suuntaviivoja tyyppin 2 diabeetikoiden hoitoon ja kuntoutukseen (2011) DEHKO-julkaisu. Suomen Diabetesliitto ry. Tampere.

Eskola, Jari & Suoranta, Juha (1998) *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere. Vastapaino.

Fogelholm, Mikael & Oja, Pekka (2010) *Terveysliikuntasuositukset*. Teoksessa Fogelholm, Mikael & Vuori, Ilkka & Vasankari Tommi (toim.) *Terveysliikunta*. Duodecim. UKK-instituutti.

Groop, Per-Henrik (2004) Teoksessa Matikainen, Esko & Aro, Timo & Huunan-Seppälä, Antti & Kivekäs, Jukka & Kujala, Santero & Tola, Sakari (toim.). *Toimintakyky. Arviointi ja kliininen käyttö*. Jyväskylä. Kustannus Duodecim, 282–288.

Hannukainen, Kati (2010) Miksi diabeetikko tarvitsee kuntoutusta? Julkaisussa Diabetes ja lääkäri. 4/2010. Suomen Diabetesliitto. PunaMusta.

Heinonen, Kirsi (2008) Tietoa vai taitoa liikunnan mielekkyyteen? Tutkielma tyypin 2 diabeetikoiden liikunnan lisäämiseen vaikuttavista tekijöistä. Julkaisematon kandidaatin tutkielma. Tampereen yliopisto. Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos.

Heinonen, Kirsi (2009) Liikuntamotivaation moninaisuus. Teoksessa Ilanne-Parikka Pirjo & Rönnemaa, Tapani & Saha, Marja-Terttu & Sane Timo (toim.) Diabetes. Hämeenlinna. Duodecim, 180–181.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2001) Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki. Yliopistopaino.

Hunt, Paula & Hillsdon Melvyn (1996) Changing eating and exercise behavior. Blackwell Science Ltd.

Ilanne-Parikka, Pirjo & Kallioniemi Vuokko (2008) Diabetes ja metabolinen oireyhtymä. Teoksessa Rissanen, Paavo & Kallanranta, Tapani & Suikkanen Asko (toim.). Kuntoutus. Keuruu. Duodecim, 144–150.

Isoherranen, Kaarina (2005) Moniammatillinen yhteistyö. Vantaa. WSOY.

Jarvala, Tiina & Raitanen, Jani & Rissanen Pekka (2010) Diabeteksen kustannuksen Suomessa 1998–2007. Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma (DEHKO 2000–2010), Suomen Diabetesliitto. Tampereen yliopisto.

Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi & Suoninen, Eero (2004) Diskurssianalyysin aakkoset. Tampere. Vastapaino.

Järvikoski, Aila (2000) Kuntoutujakeskeinen lähestymistapa kuntoutuksen asiakastyössä. Teoksessa Onnismaa, Jussi & Pasanen, Heikki & Spangar, Timo (toim.) Ohjaus ammattina ja tieteenalana 2. PS-kustannus. Porvoo, 242–248.

Järvikoski, Aila & Härkäpää Kristiina (1995) Kuntoutuksen seitsemän kehitysaluetta. Teoksessa Suikkanen, Asko & Härkäpää, Kristiina & Järvikoski, Aila & Kallanranta, Tapani & Piirainen, Keijo & Repo, Marjatta & Wikström, Juhani. Kuntoutuksen ulottuvuudet. Juva. WSOY, 49–59.

Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina (2006) Kuntoutuksen perusteet. Helsinki. WSOY.

Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina (2008) Kuntoutuskäsityksen muutos ja asiakkuuden muotoutuminen. Teoksessa Rissanen, Paavo & Kallanranta, Tapani & Suikkanen, Asko (toim.). Kuntoutus. Keuruu. Duodecim, 56–63.

Järvikoski, Aila & Karjalainen, Vappu (2008) Kuntoutus monitieteisenä ja -alaisena prosessina. Teoksessa Rissanen Paavo, Kallanranta Tapani, Suikkanen Asko(toim.). Kuntoutus. Keuruu. Duodecim, 82-86.

Klemola, Timo (1998) Ruumis liikkuu – liikkeuko henki? Fenomenologinen tutkimus liikunnan projekteista. Filosofisia tutkimuksia vol 66. Tampereen yliopisto.

Kolb, D (1984) *Experiential Learning. Experience as the Source of Learning and Development.* Prentice Press. Engelwood Cliffs, NJ.

Kukkonen-Harjula, Katriina (2010) Metabolinen oireyhtymä ja tyypin 2 diabetes. Teoksessa Fogelholm, Mikael & Vuori, Ilkka & Vasankari, Tommi (toim.) *Terveysliikunta.* Keuruu. Duodecim, 124–130.

Laaksonen, DE. & Niskanen, L. & Lakka, H-M. & Lakka, TA. & Uusitupa, M. (2004) Epidemiology and treatment of the metabolic syndrome. *Ann Med.* 2004; 36:332–346.

Lakka, TA & Laaksonen, DE. (2007) Physical activity in prevention and treatment of the metabolic syndrome. *Applied Physiology, Nutrition and Metabolism.* 2007; 32:76-88.

Lehtinen, Erno & Kinnunen, Riitta & Vauras, Marja & Salonen, Pekka & Olkinuora, Erkki & Poskiparta Elisa (1989) *Oppimiskäsitys.* Helsinki. Kouluhallitus.

Marttila, Jukka & Ilanne-Parikka, Pirjo (2004) Julkaisussa *Diabetes ja lääkäri* 4/2009. Suomen Diabetesliitto. PunaMusta.

Miller, W. R. (1999) Motivaatio ja muutoksen käsitteellistäminen. Teoksessa Koski-Jännes, Anja & Riittinen, Liisa & Saarnio, Pekka (toim.) Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. (2008) Helsinki. Tammi, 16–36.

Metsämuuronen, Jari (2003) Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002) Motivational Interviewing. Preparing People for Change. The Guilford Press, New York.

Niskanen, Leo (2009) Liikunta metabolisessa oireyhtymässä ja tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä. Teoksessa Iltanen-Parikka, Pirjo & Rönnemaa, Tapani & Saha, Marja-Terttu & Sane, Timo (toim.) Diabetes. Hämeenlinna. Duodecim, 172.

Nuutinen, Helena. Saako diabeetikko potea? Julkaisussa Diabetes ja lääkäri. 4/2010 Syyskuu. Suomen Diabetesliitto. PunaMusta.

Paatero, Heidi & Lehmijoki, Pentti & Kivekäs, Jukka & Ståhl Tomi (2008) Teoksessa Rissanen, Paavo & Kallanranta, Tapani & Suikkanen, Asko (toim.). Kuntoutus. Keuruu. Duodecim.

Peavy, Vance R. (2004) Sosiodynaaminen näkökulma ja ohjauksen käytäntö. Teoksessa Onnismaa, Jukka & Pasanen, Heikki & Spangar Timo (toim.) Ohjaus ammattina ja tieteenalana 3. Ohjauksen välineet. Juva. PS-kustannus, 16–47.

Prochaska, James O. & Marcus Bess H. (1994) The Transtheoretical Model: Applications to Exercise. Teoksessa Rod K. Dishman (Editor). Advances in Exercise Adherence. Human Kinetics. USA. 161-180.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. & Norcross, J. C. (1992) In Search of How People Change. Applications to Addictive Behaviors. American Psychologist, 47 (9), 1102–1114.

Prochaska, James O. & Norcross, J.C. (2003) Systems of psychotherapy. A transtheoretical analysis. 5th editor. Thompson learning.

Puolimatka, Tapio (2002) Opetuksen teoria. Konstruktionismista realismiin.

Rauhala, Lauri (2005) Ihmiskäsitys ihmistyössä. Helsinki.Yliopistopaino.

Rauste von Wright, M. & von Wright, J. (1994). Oppiminen ja koulutus. Porvoo. WSOY.

Rissanen, P. & Aalto, A-M. (2002) Yhteenveto kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnista. Teoksessa Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. Stakes. Saarijärvi. Gummerus.

Saraheimo, Markku & Sane, Timo (2009) Diabetes lisääntyy. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo & Rönnemaa, Tapani & Saha, Marja-Terttu & Sane, Timo (toim.). Diabetes. Hämeenlinna. Duodecim, 13-14.

Siitonen, Juha (1999) Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Oulun opettajankoulutuslaitos. Acta universitatis Ouluensis E 37.

Sund, Reijo & Koski, Sari (2009) FinDM II. Diabeteksen ja sen lisäsairauksien esiintyvyyden ilmaantuvuuden rekisteriperusteinen mittaaminen-tekninen raportti. Suomen Diabetesliitto. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Vilen, Marika & Leppämäki, Päivi & Ekström, Leena (2008) Vuorovaikutuksellinen tukeminen. WSOY.

Vehviläinen, Sanna (2003) Ohjaus vuorovaikutuksena. 2. painos. Helsinki.Gaudeamus.

Vuori, Ilkka (2003) Lisää liikuntaa. Edita Prima.

Vuori, Ilkka. Terveys-, pätkä- ja arkiliikunta tehokkaita - ovatko nykyiset suositukset kohdallaan? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2007;123(24):2983–90.

Vuorinen, Ippo (2001) Tuhat tapaa opettaa. Suomen Morenoinstituutin julkaisusarja nro 1. Resurssi.

Vähäsarja, Kati & Poskiparta, Marita & Kettunen, Tarja & Kasila, Kirsti. Transteoreettinen muutosvaihemalli perusterveydenhuollon liikuntaneuvonnassa. Liikunta ja tiede 2004/6, 81–88.

Vähäsarja, K. & Poskiparta, M. & Kettunen, T. & Kasila, K. (2005) Transteoreettinen muutosvaihemalli perusterveydenhuollon liikuntaneuvonnassa. Katsaus. Terveiden edistämisen tutkimuskeskus.

Internet -lähteet

U.S. Department of Health and Human Services (2008) Physical activity guidelines for Americans. Be active, healthy, and happy! www.health.gov/paguidelines Haettu 26.3.2011.

Heinonen Kirsi (2010) Valtimoterveyttä kaikille -projekti 2009–2010. Loppuraportti. www.diabetes.fi, www.sydanliitto.fi, www.stm.fi Haettu 8.2.2011.

Vainiemi Kirsi. Kelan kuntoutuksen suuntaviivoja. GAS-menetelmä. www.kela.fi. Haettu 18.2.2011.

Winell Klas. Aikuisten diabeteksen hoidon laatu ja vaikuttavuus 2008. DEHKO -raportti 2009:3. Verkkojulkaisu. www.diabetes.fi/dehko ISSN 1798-3320 Haettu 28.2.2011.

<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/alias/kuntoutus>/GAS-posteri Haettu 27.1.2011

<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/alias/kuntoutus>/GAS-esite Haettu 27.1.2011

www.kaypahoito.fi/diabetes Haettu 27.1.2011

www.kaypahoito.fi/lihavuus Haettu 27.1.2011

www.diabetes.fi Haettu 13.3.2011

www.sydanliitto.fi Haettu 12.3.2011

Tiedote kurssiviikolla toteutettavasta tutkimuksesta

Kuntoutuskurssinne ensimmäisellä jaksolla toteutetaan kurssitoiminnan kehittämistutkimusta. Tutkimuksen tavoitteena on erilaisten ohjauskäytäntöjen vaikuttavuuden tarkastelu. Tutkimus toteutetaan pro gradu -työnä Tampereen yliopiston yhteiskuntatieteiden tiedekunnan sosiaalitutkimuksen laitoksella.

Pro gradu -työn ohjaajana toimii Tarja Aaltonen, YTT, yliopiston lehtori, sosiaalipsykologia.

Tutkimuksen kohderyhmänä ovat tyypin 2 diabeteksen kuntoutuskursseille osallistuvat.

Kohdekursseja on kaksi:

- 1) Ensimmäinen kurssijakso 10.–18.1.2011 ja toinen kurssijakso 23. – 27.5.2011
- 2) Ensimmäinen kurssijakso 24.1.–1.2.2011 ja toinen kurssijakso 16.–20.5.2011

Molemmilla kursseilla tutkimus toteutetaan kurssin ensimmäisellä jaksolla.

Tutkimukseen tarvittavat tiedot tulevat esille normaalin kurssitoiminnan ja kurssilla käytettävien haastattelulomakkeiden puitteissa. Erillisiä haastatteluja tai kyselyitä ei järjestetä. Kurssiviikon aikana esille tulleet asiat raportoidaan tutkimusjulkaisuissa tavalla, jossa tutkimukseen osallistuvia ei ole mahdollista tunnistaa henkilöinä.

Tutkimuksesta kirjoitetaan raportti, mikä on luettavissa keväällä 2011 osoitteessa <http://tutkielmat.uta.fi>

Mahdollisiin tiedusteluihin tutkimukseen liittyen vastaa
ylilääkäri Pirjo Ilanne-Parikka
Diabeteskeskus 03–2860 111

Annan suostumukseni, että kurssilla kerättyjä tietoja voidaan käyttää kyseisessä pro gradu -työssä. Tiedostan, että henkilöllisyyttäni julkaisussa ei voida tunnistaa.

Tutkimukseen osallistuvan allekirjoitus ja nimenselvennys

Tampereella ____.____.2011

Tätä tiedotetta on kaksi kappaletta
(1. tutkittavan kpl 2. tutkimusta toteuttavan tahon kpl)

KUNTOUTUSKURSSI TYYPIN 2 DIABEETIKOILLE 2010 1. osa

MAANANTAI		
11.15	Lounas	
12.00 -14.00	Kurssin avaus Tutustumista ja kurssitavoitteet	hoitaja, liikuntasuunnittelija
	Talokierros	hoitaja
13.45	Kahvi	
15.00–16.00	Tavoitteet ryhmissä	
14.00–17.00	Haastattelu/vastaanotot muun ohjelman ohessa	
16.45–17.15	Verensokerit Päivällinen	
17.30–19.30	Liikunnan perusteet, kuntosaliin tutustuminen	liikuntasuunnittelija
20.30–21.30	Iltapala	

TIISTAI		
7.00–8.00	Verensokerit, painot, verenpaineet omatoimisesti	diabeteshoitaja tavattavissa
8.00 – 8.30	Aamupala	
8.30 – 9.00	Aamuvenyttely	liikuntasuunnittelija
9.00–10.00	Mitä diabetes on?	lääkäri
10.15–11.30	Terveellinen syöminen	ravitsemusterapeutti
11.45 - 12.30	Verensokerit Lounas	
13.00–14.30	Ryhmä A. Hoitajan ryhmä	diabeteshoitaja
	Vastaanottoja Ryhmä B	
14.30 – 15.00	Kahvi	
15.00 – 16.30	Ryhmä B: Hoitajan ryhmä	diabeteshoitaja
	Vastaanottoja Ryhmä A:	
16.45–17.15	Verensokerit Päivällinen	
18.00–19.00	Kuntoutusta tukevaa vapaa-ajan ohjelmaa	vapaa-ajanohjaaja
20.00–21.00	Iltapala	

KESKIVIIKKO		
7.00–8.00	Verensokerit, verenpaineet omatoimisesti	diabeteshoitaja tavattavissa
8.00 – 8.30	Aamupala	
8.30 – 9.00	Aamuvenyttely	liikuntasuunnittelija
9.00 – 10.15	Ryhmä A: Ryhmätapaaminen	diabeteshoitaja
	Ryhmä B: Ryhmätapaaminen	psykologi
10.30–11.45	Ryhmä B: Ryhmätapaaminen	diabeteshoitaja
	Ryhmä A: Ryhmätapaaminen	psykologi
11.45 – 12.30	Verensokerit Lounas	
13.00–14.00	Liikuntaa	liikuntasuunnittelija
14.30–15.00	Kahvi	
15.00 – 16.30	Omien ruokatottumusten tarkastelua A+B	ravitsemusterapeutti
16.45–17.15	Verensokerit Päivällinen	
18.00–19.00	Kuntoutusta tukevaa vapaa-ajanohjelmaa	vapaa-ajanohjaaja
20.00–21.00	Verensokerit Iltapala	

TORSTAI		
7.00 -8.00	Verensokerit, verenpaineet omatoimisesti	diabeteshoitaja tavattavissa
8.00 – 8.30	Aamupala	
8.30–9.00 9.00–11.00	Aamuvenyttely Toimintakykyä ylläpitävää liikuntaa, Kävelykoulu 2	liikuntasuunnittelija
11.00–11.45	Syventävää tietoa diabeteksestä	Lääkäri
11.45–12.15	Verensokerit Lounas	
13.00–14.30	Ryhmä A: Ryhmätapaaminen Ryhmä B: Vastaanottoja	diabeteshoitaja
14.30 – 15.00	Kahvi	
15.00 – 16.30	Ryhmä B: Ryhmätapaaminen Ryhmä A: Vastaanottoja	diabeteshoitaja
16.45–17.15	Verensokerit Päivällinen	
18.00–19.00	Kuntoutusta tukevaa vapaa-ajan ohjelmaa	vapaa-ajanohjaaja
20.00–21.00	Verensokerit Iltapala	

PERJANTAI		
7.00	Verensokerit, verenpaineet omatoimisesti	diabeteshoitaja tavattavissa
7.45 – 8.15	Aamupala	
8.15 – 8.45	Aamuvenyttely	liikuntasuunnittelija
8.45–11.30	Muutoksen mahdollisuudet	psykologi, ravitsemusterapeutti ja liikuntasuunnittelija
11.45–12.30	Verensokerit Lounas	
13.00–14.00	Ryhmä B: Ryhmätapaaminen Ryhmä A: Vastaanottoja Lihaskuntotesti	diabeteshoitaja fysioterapeutti
14.30-15.00	Kahvi	
15.00 – 16.00	Ryhmä A: Ryhmätapaaminen Ryhmä B: Vastaanottoja Lihaskuntotesti	diabeteshoitaja fysioterapeutti
16.45–17.15	Verensokerit Päivällinen	
18.00–19.00	Kuntoutusta tukevaa vapaa-ajan ohjelmaa	vapaa-ajanohjaaja
20.00–21.00	Verensokerit Iltapala	

LAUANTAI		
7.00–8.00	Verensokerit, verenpaineet omatoimisesti	diabeteshoitaja tavattavissa
8.00-9.00	Aamupala	
9.00–10.30	Diabeteksen hoito erityistilanteissa	diabeteshoitaja
10.45–11.45	Diabeetikon sosiaaliturva	diabeteshoitaja
12.00-13.00	Verensokerit Lounas	
13.00–14.30	Väliajan tavoitteet	diabeteshoitaja
12.00-	Fysioterapeutin vastaanottoja	
14.30-15.00	Kahvi	
15.30-	Fysioterapeutin vastaanottoja Verensokerit	
17.00-18.00	Päivällinen	
20.00-21.00	Iltapala	

SUNNUNTAI		
8.00-9.00	Aamupala	
	Liikuntaa / ulkoilua, Omaehtoista	
12.00-13.00	Lounas	
	Liikuntaa / ulkoilua, Omaehtoista	
14.30-15.00	Kahvi	
17.00-18.00	Päivällinen	
20.0-21.00	Iltapala	

MAANANTAI	Läheiset mukana	
7.00–8.00	Verensokerit, verenpaineet omatoimisesti	diabeteshoitaja tavattavissa
8.00–8.30	Aamupala	
8.30 – 9.00	Aamuvenyttely	liikuntasuunnittelija
9.00 – 10.30 10.45	Psykologin ryhmä läheisille A+B Liikuntaa / kävelytesti	psykologi fysioterapeutti
	Hoitajan haastattelut muun ohjelman ohessa	
11.45–12.15	Verensokerit Lounas	diabeteshoitaja
13.00–14.30	Ruoanvalmistuksen havaintoesitys Kurssilaiset ja läheiset	emäntä ja ravitsemusterapeutti
14.30-15.00	Kahvi	
15.00- 15.45	Liikuntaa	liikuntasuunnittelija
16.00 – 16.45	Diabeteksen hoidosta, Kurssilaiset ja läheiset	diabeteshoitaja
16.45–17.15	Verensokerit Päivällinen	
18.00–19.00	Kuntoutusta tukevaa vapaa-ajan ohjausta	vapaa-ajanohjaaja
20.00–21.00	Verensokerit Iltapala	

TIISTAI	Läheiset mukana	
7.00–8.00	Verensokerit, verenpaineet omatoimisesti	diabeteshoitaja tavattavissa
8.00–8.30	Aamupala	
8.30–9.00	Aamuvenyttely	liikuntasuunnittelija
9.00–10.15	Diabetes ja jalat	jalkojenhoitaja
10.15–11.30	Palaute kuntotestauksesta Kurssilaiset ja läheiset	fysioterapeutti
11.45–12.15	Lounas	
12.30–14.00	Miten tästä eteenpäin? A+B	psykologi
12.30 – 13.30	Diabeteshoitajan ryhmä läheisille	diabeteshoitajat
14.00–14.30	Kurssin päätös 1. jakson päätös ja lähtökahvit	
15.35	Bussi kaupunkiin	

GAS – Tavoitteen asettaminen

Kuntoutujan henkilötunnus

1	Kuntoutujan sukunimi ja etunimet		
PERUSTIEDOT			
	Nykyinen työtehtävä	Työstatus	
	Kuntoutusmuoto	Kurssin nro	
	Aloituspvm	Lopetus pvm	
	Palveluntuottaja	Pistemäärä	T-score

2	Tavoite 1:		
TAVOITTEEN ASETTAMINEN JA ARVIOINTI	Asteikko		Arviointi pvm
	-2	Selvästi odotettua matalampi	
	-1	Jonkin verran odotettua matalampi	
	0	Tavoitetaso	
	+1	Jonkin verran odotettua korkeampi	
	+2	Selvästi odotettua korkeampi	

Tavoite 2:

	Asteikko		Arviointi pvm
	-2	Selvästi odotettua matalampi	
	-1	Jonkin verran odotettua matalampi	
	0	Tavoitetaso	
	+1	Jonkin verran odotettua korkeampi	
	+2	Selvästi odotettua korkeampi	

Tavoite 3:

	Asteikko		Arviointi pvm
	-2	Selvästi odotettua matalampi	
	-1	Jonkin verran odotettua matalampi	
	0	Tavoitetaso	
	+1	Jonkin verran odotettua korkeampi	
	+2	Selvästi odotettua korkeampi	

3	Päiväys	Kuntoutujan allekirjoitus
ALLEKIRJOITUS		
	Työntekijä	Ammattinimike
	Työntekijä	Ammattinimike
	Työntekijä	Ammattinimike