



**PIRKANMAAN
AMMATTIKORKEAKOULU**

2-TYYPIN DIABETESTA SAIRASTAVIEN HENKILÖIDEN MOTI- VOITUMINEN LIIKKUMISEEN

**Laura Harmaala
Susanne Åkerberg**

Opinnäytetyö
Syyskuu 2009
Fysioterapian koulutusohjelma
Pirkanmaan ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Pirkanmaan ammattikorkeakoulu
Fysioterapian koulutusohjelma

HARMAALA, LAURA & ÅKERBERG, SUSANNE:
2-tyyppin diabetesta sairastavien henkilöiden motivoituminen liikkumiseen

Opinnäytetyö 49 s., liitteet 2 s.
Syyskuu 2009

Opinnäytetyömme tavoitteena oli kehittää 2-tyyppin diabetesta sairastavien henkilöiden fysioterapiaa siten, että työmme tuloksia voitaisiin hyödyntää diabetespotilaiden liikkumiseen motivoimisessa. Työmme taustalla on pyyntö Hatanpään sairaalan osastoilla A4 ja B4 työskenteleviltä fysioterapeuteilta. Tarkoituksenamme oli selvittää tietyn ennalta määritetyn kohderyhmän motivoitumista liikkumiseen. Päädyimme 2-tyyppin diabetespotilaisiin sairauden ajankohtaisuuden vuoksi.

Opinnäytetyömme teoriaosuus käsittelee 2-tyyppin diabetesta ja motivaatiota sen psykologisesta näkökulmasta lähtien. Teoriaosuudessa käsitelimme 2-tyyppin diabetesta siten, että teoria toimisi myös perehdyttävänä tietopakettina sairauden hoidossa ja ennaltaehkäisemisessä. Tutkimuksemme on empiirinen. Tutkimusmenetelmänä käytämme haastattelua, mikä toteutetaan ennalta laaditun ja testatun haastattelulomakkeen pohjalta.

Tulosten perusteella 2-tyyppin diabetesta sairastavia henkilöitä motivoisi liikkumaan terveydelliset syyt. Tulokset toivat esille, että on olemassa kuitenkin selkeä ristiriita käytännön ja liikkumaan motivoitumiseen johtavien syiden välillä. Vaikka terveydelliset syyt nousivat selkeästi esille, kuitenkin yksikään haastatelluista ei ollut muuttanut liikuntatottumuksiaan 2-tyyppin diabeteksen toteamisen jälkeen.

Ristiriita antaakin jatkotutkimuksen mahdollisuuden selvittää, miten tieto saataisiin käytäntöön 2-tyyppin diabetesta hoidettaessa ja ennaltaehkäistäessä. Työmme tuo esille liikkumiseen motivoivia tekijöitä, kuten terveydelliset syyt, yleiskunnon kohentuminen ja itsenäinen kotona selviytyminen, joita voidaan hyödyntää 2-tyyppin diabetespotilaiden fysioterapiassa. Samalla työmme toimii tiivistettynä tietopakettina 2-tyyppin diabeteksestä sekä motivaatiosta ja motivoitumisen psykologiasta.

ABSTRACT

Pirkanmaan ammattikorkeakoulu
Pirkanmaa University of Applied Sciences
Degree Programme in Physiotherapy

HARMAALA, LAURA & ÅKERBERG, SUSANNE:
Motivating type 2 diabetics to exercise

Bachelor's thesis 51 pages
August 2009

The purpose of our thesis was to develop the physiotherapy for people diagnosed with type 2 diabetes mellitus. The topic of the study was suggested by the physiotherapists working at Hatanpää hospital. Our aim was to examine how a certain group gets motivated to exercise. Type 2 diabetics were chosen as a target group due to the topicality of the condition.

The theoretical part of this study handles type 2 diabetes and motivation. The study has an empirical approach and the data were collected through interviews conducted by using a pre-tested questionnaire form.

Health was the most important reason for getting people motivated to exercise. There is, however, a conflict between practice and the reasons behind getting motivated to exercise. None of the interviewees had changed their exercising habits after receiving their type 2 diabetes diagnosis.

This conflict provides an opportunity for further study. It would be interesting to clarify why there is a gap between practice and knowledge among the people with type 2 diabetes. At the same time our thesis serves as a concise information package on type 2 diabetes mellitus and the psychology of motivation.

Key words: type 2 diabetes mellitus, exercise, motivation, getting motivated

SISÄLTÖ

2-TYYPIN DIABETESTA SAIRASTAVIEN HENKILÖIDEN MOTIVOITUMINEN LIIKKUMISEEN	1
1 JOHDANTO	5
2 2-TYYPIN DIABETES	6
2.1 2-tyypin diabetes ja sen hoito	6
2.1.1 Lääkehoito 2-tyypin diabeteksessa.....	8
2.1.2 Ravinto 2-tyypin diabeteksen hoitokeinona	8
2.1.3 Liikunta 2-tyypin diabeteksen hoitokeinona	10
3 MOTIVAATIO	16
3.1 Motivaatio käsitteenä.....	16
3.2 Liikuntamotivaatio.....	17
3.3 Motivaatiopsykologian perusta	18
3.3.1 Klassiset motivaatioteoriat	18
3.3.2 Eurooppalainen uusi motivaatioteoria	19
3.3.3 Amerikkalainen motiiviteoria	21
3.3.4 Moderni motivaatioteoria.....	23
3.3.5 Motivaatioteorioiden yhteenveto	24
3.4 Motivoinnin keinot.....	25
3.5 Motivaatiotasot	26
3.6 Sisäinen ja ulkoinen motivaatio	27
3.7 Tyypin 2 diabetes ja motivaatio	28
4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS	30
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	31
5.1 Opinnäytetyön kohde.....	31
5.2 Opinnäytetyön menetelmät.....	31
5.3 Haastattelun toteutus ja aineiston käsittely.....	33
6 TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET	35
6.1 2-tyypin diabeetikon liikuntatottumukset	35
6.2 2-tyypin diabeteksen toteamisen vaikutus liikuntakäyttämiseen	39
6.3 Liikkumiseen motivoivat tekijät 2-tyypin diabeetikolla.....	40
6.4 Tutkimustulosten yhteenveto.....	41
LÄHTEET	47
LIITTEET.....	50

1 JOHDANTO

Tämä opinnäytetyö käsittelee 2-tyyppin diabetespotilaan motivoitumista liikkumiseen. Pyyntö opinnäytetyötämme koskien tuli Hatanpään sairaalalta. Pohdittuamme meitä kiinnostavaa kohderyhmää, päädyimme 2-tyyppin diabetesta sairastaviin henkilöihin, koska aihe on tällä hetkellä erittäin ajankohtainen sekä koskettaa suurta osaa suomalaisesta aikuisväestöstä. Tästä syystä päädyimme yhteistyöhön Hatanpään sairaalan osastoiden A4 ja B4:llä työskentelevien fysioterapeuttien sekä muun hoitohenkilökunnan, kuten sairaanhoitajien kanssa. Sairaanhoitajilta tarvitsemme mahdollisesti apua selvittäessämme potilaiden päivärytmiä sekä mahdollisia ongelmakohtia.

Tavoitteenamme opinnäytetyössämme on kehittää 2-tyyppin diabetesta sairastavien potilaiden fysioterapiaa siten, että työmme tuloksia voitaisiin hyödyntää diabetespotilaiden liikkumiseen motivoimisessa. Tarkoituksenamme on selvittää niitä tekijöitä, jotka motivoivat 2-tyyppin diabetespotilaita liikkumaan. Otsikolla 2-tyyppin diabetesta sairastavien henkilöiden motivoitumisesta liikkumiseen ei löydy vastaavia tutkimuksia.

Liikunta on tärkeä hoitomuoto 2-tyyppin diabetesta hoidettaessa, joten 2-tyyppin diabetesta sairastavien henkilöiden motivoituminen liikkumiseen on luonnollisesti tärkeä osatekijä tässä asiassa. Myös ravinnolla on tärkeä merkitys 2-tyyppin diabetesta hoidettaessa, mutta ravinnon osuus ja merkitys jää opinnäytetyössämme vähemmälle huomiolle. Liikunta ja ravitseminen ovat kuitenkin tärkeä osa diabeteksen omahoitoa. Tämän lisäksi osalla 2-tyyppin diabeetikoista on diabeteslääkitys osana hoitoa. Hyvä verensokerin tasapaino edellyttää tasapainoa ravinnon, liikunnan ja usein myös diabeteslääkityksen välillä. Pyrimme löytämään niitä yhteneväisyyksiä tai eroavaisuuksia 2-tyyppin diabetesta sairastavien potilaiden motivoitumisessa liikkumiseen, mitä voitaisiin hyödyntää fysioterapiassa.

”Liikkuva ihminen välittää itsestään ja tämä välittäminen antaa motivaatiota oman terveyden vaalimiseen. Hyvässä kunnossa jaksaa huolehtia paremmin myös diabeteksestä.” (Suomen Diabetesliitto ry. 2008, 2.)

2 2-TYYPIN DIABETES

Tyypin 2 diabeetikoita on Suomessa noin 250 000 ja diagnosoimattomia tapauksia arvioidaan olevan jopa 200 000 (Tietoa diabeteksestä 2009). Elintapamuutokset ovat tärkeä hoitomuoto 2 tyypin diabeteksessä. Tarvittaessa hoitomuotona käytetään myös lääkehoitoa. (Tyypin 2 diabetes 2009.) Seuraavissa kappaleissa käsittelemme 2 tyypin diabetesta sairautena sekä ravintoa, liikuntaa ja lääkitystä 2 tyypin diabeteksen hoidon näkökulmasta.

2.1 2-tyypin diabetes ja sen hoito

Diabetes on energia-aineenvaihdunnan häiriö, jonka seurauksena veren sokeripitoisuus kohoaa liian suureksi ja hiilihydraatti- rasva- ja valkuaisaineenvaihdunnassa yleensä ilmenee häiriöitä. Nämä johtuvat siitä, että haiman kyky tuottaa insuliinia puuttuu, on puutteellinen tai insuliinin vaikutus on heikentynyt kudoksissa. (Saraheimo & Ilanne-Parikka 1999, 9; Suomen diabetesliitto ry. 2002, 10.)

2-tyypin diabeteksessä verensokerin nousu liittyy sekä insuliiniresistenssiin eli insuliinin heikentyneeseen vaikutukseen kudoksissa että insuliinin häiriintyneeseen erityykseen haimassa. Insuliinilla on verensokerin säätelyssä olennainen osa. Veressä oleva sokeri on peräisin ravinnosta ja osaksi maksasta, mikä tuottaa sokeria erityisesti yöllä ja jossain määrin aterioiden jälkeen. Tarvitaan insuliinia, jotta solut voisivat käyttää veressä olevaa sokeria hyväkseen. (Saraheimo & Ilanne-Parikka 1999, 17-18; Kangas 1999, 115-116; Suomen diabetesliitto ry. 2002, 10.)

Kun insuliinin vaikutus on heikentynyt kudoksissa, lihakset eivät pysty normaalisti käyttämään sokeria polttoaineenaan tai varastoimaan sitä varastosokeriksi. Maksa taas ei pysty hillitsemään sokerin muodostusta, minkä takia se tuottaa sokeria jatkuvasti, vaikka sitä ei tarvittaisi. Tällöin haima erittää insuliinia korke-

an sokeripitoisuuden vuoksi tavallista enemmän. Kun haima tuottaa pidemmän aikaa normaalia enemmän insuliinia, se väsyä. Sen seurauksena henkilö alkaa kärsiä suhteellisesta ja lopulta todellisesta insuliinin puutteesta. Tällöin verensokeri alkaa nousta ja 2-typin diabetes on kehittynyt. Suhteellisessa insuliininpuutteessa haimalla ei ole enää jäljellä insuliinierityksen varareservejä, mutta se kykenee tuottamaan jonkin verran insuliinia. Todellisessa insuliinin puutteessa 2-typin diabeetikon tila vastaa 1-typin diabetesta, koska haima ei enää juurikaan eritä insuliinia. (Saraheimo & Ilanne-Parikka 1999, 17-18; Kangas 1999, 115-116; Suomen diabetesliitto ry. 2002, 10.)

Yleensä haiman toiminta 2-typin diabeteksessa heikkenee vuosien mittaan, joten sairaus etenee hitaasti. Sokeripitoisuus veressä kohoaa vähitellen, joten elimistö tottuu normaalia korkeampaan sokeritasoon ja oireita ei ilmene. Tästä syystä 2-typin diabeteksen toteaminen tapahtuu yleensä normaalissa terveystarkastuksessa tai muita sairauksia tutkittaessa. (Suomen diabetesliitto ry. 2002, 10.)

Merkkejä kohonneesta verensokerista voivat olla jano, väsymys ja lisääntynyt virtsaamisen tarve. Riskitekijöitä 2-typin diabetekseen sairastumiseen ovat perinnöllisyys, ylipaino ja vatsakkuus. Lisäksi riskitekijöitä ovat keskivartalolihavuus, liikunnan vähäisyys, metabolinen oireyhtymä (poikkeavat veren rasvavot, kohonnut verenpaine, kihti) ja raskauden aikainen diabetes. Lääkkeistä kortisoni, osa nesteenoistajista ja beetasalpaajista lisäävät riskiä sairastua 2-typin diabetekseen. (Saraheimo & Ilanne-Parikka 1999, 18; Suomen diabetesliitto ry. 2002, 10.)

2-typin diabeteksessa hoidon perustan muodostaa lääkkeetön omahoito; liikunta ja terveellinen ravitsemus. Liikapaino ja korkea veren glukoosi sekä niistä johtuvat hormonituotannon muutokset aiheuttavat insuliiniresistenssiä. Tästä syystä ylipainoisilla henkilöillä painonpudotus terveellisen ruokavalion ja liikunnan avulla on yksi hoitokeino, koska nämä yhdessä voivat parantaa insuliinin tehoa elimistössä ja vähentää insuliinin tarvetta. (Aro 2007, 12; Ilanne-Parikka & Himanen 1999, 30.) Jo 5-10 prosentin painonpudotus tuo edullisia vaikutuksia sokeri- ja rasva-aineenvaihduntaan sekä verenpaineeseen (Virtanen & Aro 2007, 15).

2.1.1 Lääkehoito 2-tyypin diabeteksessa

Aina elämäntapamuutokset eivät riitä hoitokeinoksi 2-tyypin diabeteksessa. Tällöin tarvitaan lisäksi lääkehoitoa. Kohonnutta verensokeria hoidetaan suun kautta otettavilla tableteilla tai insuliinilla, joissakin tapauksissa molemmilla. Tableteilla voidaan tehostaa elimistön oman insuliinin vaikutusta, lisätä insuliinin eritystä haimassa, nopeuttaa insuliinin vapautumista haimasta tai vähentää maksan sokerintuotantoa. Kun haiman insuliinin tuotanto on vuosien myötä vähentynyt niin, ettei pelkkä tablettihoito riitä pitämään verensokeria tasapainossa, siirrytään yleensä yhdistelmähoitoon. Tällöin tablettihoitoon lisätään insuliini. Tyypin 2 diabetesta voidaan hoitaa myös pelkästään insuliinilla, jos haiman oma insuliinintuotanto on jo merkittävästi vähentynyt ja verensokeri nousee sekä yön paaston aikana että päivällä aterioiden jälkeen. Jos verensokerin paastoarvo on toistuvasti yli 7 mmol/l, on syytä aloittaa verensokeria alentava lääkitys. (Suomen Diabetesliitto ry. 2002, 37-41.)

Kohonneen verensokerin hoitoon voidaan käyttää myös guarkumikuitua. Se on hyytelöä muodostava ravintokuitu, mikä hidastaa sokeriksi pilkkoutuneen ruuan imeytymistä suolistosta hilliten näin aterian aiheuttamaa verensokerin nousua. Guarkumia voidaan käyttää lääkkeettömän hoidon tukena tai yhdessä tablettien kanssa. (Suomen Diabetesliitto ry. 2002, 39.)

Muuna lääkehoitona 2-tyypin diabeteksessa käytetään verenpainelääkkeitä alentamaan kohonnutta verenpainetta, asetyylisalisyylihappoa korjaamaan veren lisääntynyttä hyytymistäipumusta sekä rasvalääkkeitä hoitamaan rasvaaineenvaihdunnan häiriöitä (Aro 2007, 12). Lääkehoidosta huolimatta on kuitenkin edelleen muistettava ravinnon ja liikkumisen merkitys 2-tyypin diabeteksen hallinnassa. (Suomen Diabetesliitto ry. 2002, 37.)

2.1.2 Ravinto 2-tyypin diabeteksen hoitokeinona

Ravinnolla on suuri merkitys 2-tyypin diabeteksen hoidossa. Oikea ravinto ja ruokailurytmi ovat lääkkeetöntä omahoitoa ja kyseessä on usein elämäntapojen

muuttaminen. Ravinnon laadulla ja säännöllisellä ruokailurytmillä pyritään painonhallintaan ja tasoittamaan verensokerin vaihteluita. (Aro 2007, 12, 14; Suomen diabetesliitto ry. 2002, 14; Ruoka 2009.)

Painonhallinnan ja veren sokeriarvojen tasapainon lisäksi terveellisen ruokavalion avulla voidaan ehkäistä ja hoitaa diabeteksen lisäsairauksia. Näitä ovat diabeettinen munuaissairaus, rasva-aineenvaihdunnan häiriö, korkea verenpaine sekä sydän- ja verisuonitaudit. (Virtanen & Aro 2007, 15) Lisäksi ravinnolla voidaan vaikuttaa myös muihin terveydellisiin tekijöihin, kuten veren hyytymisominaisuuksiin, suojaravintoaineiden saantiin, insuliinin tehoon elimistössä ja veren rasva-arvoihin (Virtanen & Aro 2007, 16; Aro & Heinonen 2007, 46).

Diabeetikon ruokavalioksi suositellaan pääpiirteittäin koko väestölle suositeltavan terveellisen ruokavalion periaatteita. Ruokavalion tavoitteena on edistää terveyttä ja hyvinvointia sekä pitää veren glukoosipitoisuus mahdollisimman normaalina diabeteksen lisäsairauksien ehkäisemiseksi tai niiden etenemisen estämiseksi. Ruokavalion tulisi sisältää runsaasti kuitua ja suojaravintoaineita ja vain vähän kovaa rasvaa ja suolaa. Kuitu- ja hiilihydraattipitoinen ruoka parantaa sokeritasapainoa, millä on tärkeä merkitys insuliinin tehon lisääntymisessä. (Virtanen & Aro 2007, 15; Aro 2007, 22; Aro & Heinonen 2007, 47; Suomen diabetesliitto ry. 2002, 15.)

Kuitupitoinen ruoka on myös tärkeä veren rasva-arvojen kontrolloimisessa. Vähäinen suolan käyttö on oleellinen verenpaineen alentamiseksi. Kovan eli tyydyttyneen rasvan vähentäminen on tärkeä osa painonhallintaa, koska se auttaa veren rasva-arvojen korjaamisessa. Ruokavalion tulisi sisältää energiaa sopivasti tavoitepainon suuntaisesti, hiilihydraattia 45-60% energiasta, proteiinia 10-20% energiasta, rasvan kokonaismäärä alle 35% energiasta (kertatyydyttymättömiä rasvoja 10-20%, monityydyttymättömiä rasvoja alle 10% ja kovaa rasvaa alle 10%) sekä suolaa enintään 6 grammaa päivässä. (Aro 2007, 22; Aro & Heinonen 2007, 47; Suomen diabetesliitto ry. 2002, 15.)

Lääkäri Antti Heikkilä on esittänyt oman kantansa diabeetikon ruokavaliosta. Hänen mielestään diabeetikon ruokavaliona tulisi suosia vähähiilihydraattista ruokavaliota, jossa ravinto koostuu pääasiassa eläinrasvoista, kohtuullisesta

proteiinimäärästä ja niukasta hiilihydraatista. Rasva on ihmisen peruspolttoaine ja sokeri on tarkoitettu lyhytaikaiseksi energianlähteeksi. Heikkilä suosii eläinperäisiä rasvoja, koska niistä saa hyvin energiaa, mutta niitä ei tule syötyä kuin pieniä määriä. Jos taas syö hiilihydraattia, mihin on lisäksi sekoitettu rasvaa, rasva varastoituu insuliinin toimesta rasvakudokseen ja lihottaa. (Heikkilä 2008, 63-64, 69.)

Joidenkin tutkimusten mukaan vähähiilihydraattinen ruokavalio vähentää viskeeraalista rasvaa, auttaa painonhallintaan, pitää verensokerin tasaisena ja alentaa verenpainetta. Jos 2-tyyppin diabeetikko syö hiilihydraattia tämän hetkisten suositusten mukaisesti, verensokeri kohoaa ja sitä hallitaan lääkkeiden avulla. Jos 2-tyyppin diabeetikko päinvastoin syö vähän hiilihydraatteja, verensokeri ei edes pääse kohoamaan ja yleensä lääkettä ei tarvita tällöin. Ennen diabeetikoita hoidettiin pelkästään rajoittamalla ravinnon hiilihydraatteja ja osaksi tähän perustuu Heikkilän kanta vähähiilihydraattisesta ruokavaliosta diabeteksen hoidossa. Heikkilä kritisoi kevyttuotteita, joiden ravintoarvot ovat heikommat kuin luonnonmukaisesti tuotetun. Samoin hän neuvoo välttämään keinorasvoja, joiden käytöllä näyttää olevat jonkinlainen yhteys insuliiniresistenssiin ja 2-tyyppin diabeteksen lisääntymiseen. Heikkilän lisäksi mm. lääkärit Richard Bernstein, Annika Dahlqvist ja Robert C. Atkins sekä tohtori Wolfgang Lutz ovat vähähiilihydraattisen ruokavalion puolestapuhujia. (Heikkilä 2008, 28-30, 63-65, 69, 74-75.)

2.1.3 Liikunta 2-tyyppin diabeteksen hoitokeinona

Koska liikunta on avainsanana työssämme ja tärkeässä roolissa tutkimuksessamme, käsittelemme seuraavassa kappaleessa liikuntaa 2-tyyppin diabeteksen hoitokeinona hieman laajemmin kuin ravintoa ja lääkettä aiemmin.

Liikunnalla on positiivisia vaikutuksia ihmisen fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Liikunta parantaa hapenottoa sekä vahvistaa sydämen ja keuhkojen toimintaa. Oikein kuormitettu liikunta lisäksi vahvistaa lihaksia, luita ja niveliä. Liikunta kuluttaa energiaa ja sen seurauksena elimistön aineen-

vaihdunnassa ja hormonien erityksessä tapahtuu muutoksia. Säännöllinen liikunta muuttaa aineenvaihduntaa ja hormonitasapainoa myös siten, että muutoksen jatkuvat lepotilassakin. Säännöllisen harjoittelun loputtua harjoittelun aiheuttamat aineenvaihdunnan muutokset häviävät. (Koivisto 1999, 79; Heinonen 1999, 91-93.)

2-typin diabeteksen hoidossa liikuntaa suositellaan hoitokeinona yhdessä ruokavalion ja lääkehoidon kanssa. Liikunta alentaa verensokeria suorituksen aikana, mutta myös sen jälkeen jopa vuorokauden ajan riippuen liikunnan tehosta ja kestosta. Liikunnalla on suotuisat vaikutukset myös mm. rasva-aineenvaihduntaan, verenpaineeseen, lihastoimintaan, toimintakykyyn ja mielialaan. Tutkimuksista on selvinnyt myös, että liikunnalla voidaan vähentää diabeteksen lisäsairauksille altistavia vaaratekijöitä. Jos hoitona on pelkkä ruokavalio tai lääke, joka ei lisää insuliinineritystä, vaaraa liiallisen verensokerin laskuun liikunnalla ei ole. Jos käytössä on insuliinineritystä lisäävät tabletit ja insuliini, liikuntapäiviä varten on hyvä suunnitella poikkeavat lääkeannokset liiallisen verensokerin madaltumisen vuoksi. (Aro & Heinonen 2007, 55; Koivisto 1999, 79.)

Tohtori Diana Thomas, professori Elizabeth J Elliott ja professori Geraldine A Naughton (2006) selvittivät liikunnan vaikutuksia 2-typin diabetekseen. Osallistujia tutkimuksessa oli 377, joista 14 satunnaista henkilöä oli valittu liikuntatutkimukseen. Kokeilu kesti kahdeksasta viikosta kahteentoista kuukauteen. Tutkimuksessa selvisi, että liikunta edistää verensokerin hallintaan, vähentää viskeraalista ja ihonalasta rasvakudosta, laskee veren rasva-arvoja sekä lisää insuliinin vastetta. Sen sijaan tutkimus osoitti, että liikunnalla ei ole vaikutusta veren kolesteroliin ja verenpaineeseen. Liikunnalla ei myöskään ollut vaikutusta koehenkilöiden painoon johtuen rasvan tilalle tulleesta lihasmassasta. Tutkimuksen aikana ei raportoitu kertaakaan huonoista liikuntakokemuksista tai diabetekseen liittyvistä komplikaatioista. (Thomas, Elliott & Naughton 2006.)

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa kuitenkin muutama seikka. Ensinnäkin tutkimuksen lyhytaikaisuuden vuoksi ei voitu tutkia liikunnan pidempiaikaisia vaikutuksia ja mahdollisia komplikaatioita. Lisäksi koeryhmän pieni koko vaikut-

taa tulosten yleistettävyyteen mm. lihavuutta, verenpainetta, kolesterolia, lihasmassaa ja elämänlaatua mitattaessa. (Thomas et al 2006.)

Liikuntaa harrastaessa diabeetikon tulee olla selvillä diabetekseen liittyvistä komplikaatioista. Neuropatia aiheuttaa tuntohäiriöitä, jotka voivat olla ongelmana painoa kannattelevissa liikuntalajeissa. Autonomisen hermoston neuropatia voi taas aiheuttaa suuria sykkeen ja verenpaineen vaihteluita liikunnan aikana. Lihasvoimaharjoittelu ei sovi jos on vaikea (proliferatiivinen) retinopatia, vaikea autonomisen hermoston neuropatia tai erittäin huono sydämen vasemman kammion pumppaustoiminta. Vähintään kolmasti viikossa toistuva ja teholtaan kohtuullisesti kuormittava kestävyysliikunta lisää insuliiniherkkyyttä, parantaa glukoosinsietoa ja pienentää suurentunutta plasman insuliinin pitoisuutta. (Kukkonen-Harjula 2005, 101.)

Nykyisten kansainvälisten liikuntasuosituksen mukaan 2-tyypin diabetesta sairastavien henkilöiden liikuntaohjelma tulisi koostua sekä aerobisesta kestävyysliikunnasta että voimaharjoittelusta. Säännöllisen aerobisen kestävyysliikunnan on todettu vaikuttavan positiivisesti terveisiin ihmisiin. Tästä syystä aerobista liikuntaa onkin suositeltu varsin pitkään sopivana liikuntamuotona 2-tyypin diabeetikoille. Hapenkulutuksen ja insuliiniherkkyyden yhteys ei kuitenkaan näytä olevan yhtä suorassa yhteydessä 2-tyypin diabeetikoilla, toisin kuin terveillä ja nuorilla ihmisillä. Onkin pohdittu, että maksimihapenottokyvyllä olisi kynnyсарvo, joka olisi ylitettävä, jotta aerobisella liikunnan voisi saavuttaa selkeitä muutoksia sokeri- ja insuliiniaineenvaihduntaan. 2-tyypin diabetesta sairastaville henkilöille on kuitenkin tunnusomaista huono heikko fyysinen suorituskyky. Jotta aerobisella kestävyysliikunnalla olisi vaikutusta insuliiniherkkyyteen ja sokeritasapainoon, liikunnan tulisi olla riittävän rasittavaa, mikä voi olla haasteellista diabeetikolle. Säännöllisellä kevyellä aerobisella liikunnalla on edullinen vaikutus suorituskyvyn kohenemiseen, hapenottokyvyn paranemiseen, lipidiaineen vaihduntaan ja verenpaineeseen, joten aerobista liikuntaa olisi silti hyvä harrastaa, vaikka ei pääsisi kovin korkeaan intensiteettiin. 2-tyypin diabeetikko suositellaankin säännöllistä päivittäistä vähintään 30 minuutin pituista kestävyysliikuntaa 50-70% teholla maksimaalisesta hapenottokyvystä. Liikunnan tuli vastata teholtaan vähintään reipasta kävelyä ja se voi koostua myös useammasta 10 minuutin liikuntatuokiosta. (Eriksson 2005, 445-446.)

Pelkkä aerobinen liikunta ei riitä hoitamaan 2-tyyppin diabetesta, mutta yhdistettynä voimaharjoitteluun, saadaan aikaan monipuolinen ja vaikuttava liikuntaohjelma, millä voidaan hidastaa ikääntymiseen liittyviä aineenvaihduntamuutoksia. Lihasmassaa sekä lihasten verenkiertoa lisäävillä liikuntamuodoilla on suotuisa vaikutus 2-tyyppin diabeteksen hoidossa. Voimaharjoittelulla voidaan parantaa merkittävästi insuliiniherkkyyttä lihaskudoksessa ja sillä on myös positiivinen vaikutus verenpaineeseen ja rasva-aineenvaihduntaan. Voimaharjoittelu parantaa sokeritasapainoa ilman samanaikaista muutosta maksimihapenottokyvyssä tai painossa. Lihasmassan kasvaessa glukoosin varastoitumistila suurenee ja täten insuliiniherkkyys lisääntyy. Lihasmassan kasvu lisää myös perusaineenvaihduntaa, millä on vaikutus painonhallintaan. Voimaharjoittelu tulisi aloittaa kevyesti, 40-50% maksimivastuksesta ja lisätä kuormitusta vähitellen. Liikkeitä tulisi olla 6-10 kappaletta. Sopiva sarjojen määrä on 2-3 ja toistojen määrä 7-8 kertaa. Uusimpien tutkimusten mukaan intensiteetin tulisi olla suuri toistoja tehdessä. Voimaharjoittelu on erityisen hyvä kuntoilu muoto, koska se soveltuu myös ihmisille, joiden liikuntakyky on rajoittunut. Kuntosaliliikunnalle ei ole yläikärajaa ja erityisesti ikäihmisille sopivasta kuntosaliliikunnasta on hyötyä myös tasapainoon. (Eriksson 2005, 445-446.)

Liikunnasta on hyötyä myös 2-tyyppin diabeteksen ehkäisyssä. Tutkimuksissa on todettu vähäisen liikunnan ja huonon suorituskyvyn lisäävän alttiutta sairastua 2-tyyppin diabetekseen. Liikuntamäärän ei tarvitse olla suuri, jotta sillä olisi suojaava vaikutus. Vaara sairastua diabetekseen pienenee 6 prosenttia jokaista 500 kcal:n energiankulutusta vastaavaa säännöllistä viikoittaista liikuntamäärää kohti. Liikuntamäärän lisääminen siis vähentää riskiä sairastua 2-tyyppin diabetekseen. (Eriksson 2005, 447.) Seuraavaksi käsittelemme yleisiä terveysliikuntasuosituksia, joita noudattamalla on mahdollista ennaltaehkäistä 2-tyyppin diabetesta.



KUVIO 1. Liikuntapiirakka (UKK-instituutti 2009)

Tämän hetkisen UKK-instituutin terveysliikuntasuosituksen mukaan (kuvio 1) 18-64-vuotiaiden tulisi harrastaa liikuntaa useana päivänä viikossa yhteensä ainakin 2 t 30 min reippaasti tai 1 t 15 min rasittavasti. Tämän lisäksi tulisi kohentaa lihaskuntoa ja kehittää liikehallintaa ainakin kaksi kertaa viikossa. Liikkuminen olisi hyvä jakaa vähintään kolmelle päivälle viikossa ja sen pitäisi kerrallaan kestää vähintään 10 minuuttia. Kuitenkin terveyden kannalta vähäisenkin säännöllinen liikkuminen on parempi kuin ei yhtään. Muutamien minuuttien pituiset arkiaskareet eivät kuitenkaan täytä terveysliikunnan vaatimuksia. Terveystyöhyödyt lisääntyvät uusimpien tutkimusten mukaan kun liikkuu pidemmän aikaa tai rasittavammin kuin minimisuosituksessa suositellaan. (UKK-instituutti 2009.)

Käypähoitosuosituksen yleisten liikuntasuositusten mukaan terveille 18-65-vuotiaille suositellaan kohtuukuormitteista kestävyysliikuntaa vähintään 30 minuuttia vuorokaudessa vähintään viitenä päivänä viikossa tai raskasta liikuntaa

20 minuuttia vuorokaudessa kolmena päivänä viikossa. Päivittäinen 30 minuutin kohtuukuormitteinen liikunta voidaan toteuttaa myös useampina, vähintään kymmenen minuutin jaksoina. Lisäksi olisi tärkeä harrastaa luustolihasvoimaa ja kestävyyttä ylläpitävää tai lisäävää liikuntaa ainakin kahtena päivänä viikossa esim. kuntosaliharjoitteluna. Tämän vähimmäissuosituksen ylittävällä liikunnalla on mahdollista lisätä saavutettavia terveyshyötyjä. (Kesäniemi et al. 2008.)

Käypähoidon liikuntasuosituksessa vähintään 65-vuotiaille terveille ja 50-64-vuotiaille pitkäaikaissairaille suositellaan kestävyysliikuntaa vähintään viitenä päivänä viikossa ja lihaskuntoharjoittelua kahdesti viikossa. Tämän ohella liikuntavalikoimaan tulisi kuulua nivelten liikkuvuutta ja tasapainoa ylläpitävää ja kehittävää liikuntaa. Lisäksi liikuntasuunnitelman tekemisessä olisi suositeltavaa hyödyntää asiantuntijan konsultaatiota. (Kesäniemi et al. 2008.)

Ohjeita ja suosituksia 2-typin diabeteksen hoitoon ravinnon, liikunnan ja lääkehoidon kautta löytyy useita niin kuin edellä huomasimme. On kuitenkin hyvä muistaa, että diabeetikko on oman elämänsä asiantuntija (Ilanne-Parikka & Himanen 1999, 29). Tätä tulisi ajatella myös hoidettaessa 2-typin diabetesta sairastavaa henkilöä. Diabeetikko itse oppii tietämään ajan kuluessa, miten ruokailu, liikunta ja päivärytmi vaikuttavat elimistöön ja verensokeriin (Ilanne-Parikka & Himanen 1999, 29). Hän on myös ainoa, joka tietää resurssinsa omahoitoon. On syytä muistaa, että kukaan ei aina jaksakaan tai onnistu ylläpitämään hyvää hoitotasapainoa. (Ilanne-Parikka & Himanen 1999, 34.)

3 MOTIVAATIO

Motivaatiolla on tärkeä merkitys ihmisen toimintaan ja toiminnan ohjautumiseen. Jokainen ihminen vastaa itse omasta toiminnastaan. Seuraavassa käsittelemme motivaation käsitettä sekä motivaatiota sen psykologisesta näkökulmasta lähtien. Käsittelemme myös motivoinnin keinoja ja motivaatiotasoja sekä sisäisen ja ulkoisen motivaation merkitystä. Nämä auttavat lukijaa ymmärtämään motivaation merkityksen ihmisen toiminnassa ja sitä kautta ohjaavat motivoimisessa.

3.1 Motivaatio käsitteenä

Motivaatiolla tarkoitetaan toimintaan johtavien tietoisten motiivien kokonaisuutta, tavoitteisuutta, vaikuttimia, syitä ja perusteita (Turtia 2001, 638). Motivaatio vastaa kysymykseen: miksi ihminen asettaa tietynlaisia tavoitteita? Teorioissa, joissa keskitytään ihmisen biologiseen olemukseen, motivaatio ja motiivit yhdistetään tarpeisiin. Ihminen ei voi itse päättää tai valita tarpeitaan, mutta hän voi tiedostaa ne. Tarpeet tyydyttyvät eri tavalla eri ympäristöissä ja ne vaikuttavat yksilön sisäiseen ja ulkoiseen motivaatioon. Sisäisesti motivoituneen ihmisen tavoitteet ovat sellaisia, joita hän haluaa itse. Ulkoisesti motivoitunut toimii sen perusteella, mitä muut haluavat. Hänelle tärkeitä ovat palkkiot, suosio, hyväksyntä sekä rangaistuksen välttäminen. (Salmela-Aro 2002, 10.)

Motivaatio antaa ihmiselle toimintaa lisäävää energiaa sekä suuntaa ihmisen käyttäytymistä kohti tavoitettaan. Ihmisen motivoituessa jostakin asiasta, alkaa hänen käyttäytymisensä muuttua ja ihminen pystyy toimimaan tehokkaasti saavuttaakseen päämääränsä. Motivoituminen edellyttää, että aiotulla toiminnalla on merkitys, toiminta on mielekäästä ja se koetaan arvokkaaksi, tärkeäksi ja hyväksi. Toiminta on mielekäästä silloin, kun sillä on merkitystä tekijälleen. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 85.)

Ihmisen motivaatio liittyy aina varhaisimmista kokemuksista lähtien vuorovaikutukseen toisen ihmisen kanssa. Lapsen ollessa turvallisessa vuorovaikutussuhteessa vanhempansa kanssa, hän oppii jäsentämään tavoitteitaan sekä säätlemään ja ohjelmoimaan toimintojaan. Yhteisön ja yksilön tavoitteet eivät kuitenkaan ole aina ilmeisiä eivätkä helposti tiedostettavissa. (Talvitie et al. 2006, 85-86.)

Kuntoutukseen liittyneissä motivaatiotutkimuksissa on todettu, että kuntoutujan omat uskomukset terveydestään sekä paranemisestaan ennustavat kuntoutumisen tuloksellisuutta ja sitoutumista hoitoon. Kuntoutujan motivaatioon vaikuttavia tekijöitä ovat hänen sosiaalinen verkostonsa sekä kuntoutujan omat kyvyt hyödyntää henkilökohtaisia resurssejaan. Sosiaalinen verkosto, kuten omaiset ja työtoverit, toimivat kuntoutuksen aikana merkittävänä emotionaalisena tukena. (Talvitie et al. 2006, 86.)

3.2 Liikuntamotivaatio

Seuraavassa käsittelemme liikuntaan motivoitumista liikuntamotivaation avulla. Linkitämme liikuntamotivaation ajatusta myös tulevissa kappaleissa motivaatio-psykologiaan, motivoinnin keinoihin ja motivaatiotasoihin sekä sisäisen että ulkoisen motivaation käsitteeseen. On tärkeää ymmärtää motivaatiota sen eri muodoissa, jotta on mahdollista rakentaa kokonaiskuva motivaatiosta ja motivoitumisesta.

Liikuntamotivaation kokonaisuuden katsotaan koostuvan kolmesta osatekijästä; kiinnostus, mielihyvämunistot ja liikuntahistoria. Jotta yksilö motivoituisi liikunnasta, hänen tulisi tuntea kiinnostusta omaehtoiseen liikuntaan. Kiinnostus voi juontaa juurensa vanhoista muistijäljistä ja yksilö saattaa muistaa liikunnan hyvää tekevän vaikutuksen. Mielihyvämunistot voivat olla psyykkisiä, fyysisiä tai sosiaalisia. Historian tarkastelu auttaa ymmärtämään, miten nykyiseen tilanteeseen ollaan mahdollisesti tultu. (Heinonen 2007.)

Liikunnan motivaation kannalta huomioitava seikka on nautinto sekä yksittäisestä liikkeestä että kokonaisliikunnasta. Tavoittelemme elämässä mielihyvää ja vältämme mielihäpäää. Onkin luonnollista, että liikunnan tuottaessa mielihäpäää, lopetamme helposti sen harrastamisen. Liikunnan tuottaessa meille mielihyvän tunnetta, on hyvin todennäköistä, että haluamme sen sisältyvän elämäämme. (Heinonen 2007.)

3.3 Motivaatiopsykologian perusta

Motivaatiota on selitetty psykologian näkökulmasta eri teorioiden perusteella. Motivaatioteoriat ovat saaneet erilaisia näkemyksiä aina vallinneesta psykologisesta suuntauksesta riippuen. Niiden avulla on selitetty ihmisen toimintaa ja pyritty löytämään syytä siihen, miksi ihminen toimii juuri siten kuin toimii. Seuraavassa käsittelemme motivaatioteorioiden suuntauksia lähtien klassisista motivaatioteorioista päätyen moderniin motivaatioteoriaan.

Motivaatiopsykologia pyrkii siis selittämään, miksi ihmiset toimivat tai ajattelevat tietyllä tavalla eivätkä jollakin toisella, vaihtoehtoisella tavalla. Motivaatio näkyy paitsi yksittäisenä toimintana tietyssä tilanteessa myös toimintojen samankaltaisuutena koko elämänkaarella. Motivaatio ei aina ole tietoista. Lähelle motivaation käsitettä tulevat myös arvot, arvostukset sekä intressit. (Salmela-Aro 2002, 10.)

3.3.1 Klassiset motivaatioteoriat

Motivaatiopsykologian perusajatukset ovat vaihdelleet huomattavasti eri aikoina riippuen teoreettisesta lähestymistavasta. Yksi klassisista näkökulmista on lähtenyt liikkeelle fysiologiasta. Sen mukaan motiivit, vietit ja tarpeet ovat yksilön sisäisiä ominaisuuksia ja ne kumpuavat omasta elimistöstämme. Tällaiset tarpeet perustuvat hyvin pitkälti fysiologiseen säätelyjärjestelmään. Näitä tarpeita ovat esimerkiksi nälkä, jano ja seksuaalisuus. Niille on tyypillistä homeostaasi-

periaate, jolla tarkoitetaan sitä, että elimistössä on olemassa tietty optimaalinen tila, josta poikkeaminen lisää tarpeen voimakkuutta. (Salmela-Aro 2002, 11.)

Psykoanalyttinen teoria liittyy osittain fysiologisiin selityksiin, joissa ihmisen toiminnan ajateltiin perustuvan viettäilykkeisiin ja mielihyvään. Keskeinen idea psykoanalyysissä oli se, että yksilön toimintaa motivoivat seikat ovat tietoisien ajattelun saavuttamattomissa. (Salmela-Aro 2002, 11.)

Liikunnan kehollisen mielihyvän voidaan katsoa koostuvat yksittäisistä liikkeistä. Siten kehollinen mielihyvä johtaa myös psyykkiseen mielihyvään. On tärkeää pohtia ja tunnustella omaa tapaa liikkua. Aikuisina vieraannumme usein omasta kehostamme. Lapsena emme suorittaneet liikuntaa vaan yksinkertaisesti nautimme kehon liikuttamisen mielihyväästä. (Heinonen 2007.) Siten aikuisenkin olisi tärkeää saada miellyttäviä liikuntakokemuksia ja onnistumisen tunteita, jotta nautinto liikkumiseen palaisi.

Behaviorismi on yksi klassinen teoria, joka poikkeaa olennaisesti edellä mainituista. Siinä ei puhuttu varsinaisesti motivaatiosta, mutta sillä kuvattiin kuitenkin motivaationaalisia ilmiöitä. Behaviorismin perusajatuksena oli, että jos jostakin toiminnasta palkitaan, tullaan toimintaa todennäköisesti jatkamaan. Tämä puolestaan tarkoittaa motivaation lisääntymistä. Vaikka behaviorismin idea ei ole olennainen motivaatiotutkimuksen kannalta, se on tärkeä siksi, että sen kritiikistä on noussut eräs käytetty motivaatioteoria, sisäsyntyisen motivaation merkitystä korostava lähestymistapa. (Salmela-Aro 2002, 11-12.)

Behaviorismin ajatusmallia voisi hyödyntää liikuntamotivaation osalta erityisesti palkitsemisen muodossa. Toisille palkinto on liikunnan tuoma hyvä olo. Toisille taas palkintona toimii tunne kuulumisesta ryhmään samankaltaisten henkilöiden kanssa.

3.3.2 Eurooppalainen uusi motivaatioteoria

Yhtenä eurooppalaisen motivaatioteorian klassikkona voidaan pitää belgialaista Joseph R. Nuttinia. Hänen relationaalinen motivaatioteoriansa mullisti aiemman

käsityksen ihmisen motivaatiosta ja se loi pohjaa modernille motivaatiokäsitykselle monin tavoin. Nuttin esitti, että motiivi ei ole yksilön sisäinen ominaisuus tai voima. Hän kutsui niitä tarpeiksi. Motiivi on Nuttinin mukaan yksilön sisäisen tarpeen ja sen ulkoisen kohteen välinen suhde. Yksilö puolestaan tyydyttää tarpeensa ulkoisen maailman kohteilla. Näin ollen motivaatiota ei voida enää ymmärtää tarkastelemalla sisäistä tarvetta vaan sen dynaamista suhdetta eli relaatiota sitä tyydyttävään kohteeseen. (Salmela-Aro 2002, 12.)

Ajatus motivaatiosta toimii relationa, joka kohdistuu tiettyyn asiaan. Tästä on esimerkkinä yksi perustarve eli ravinnon saaminen. Kun huomaamme olevamme nälkäisiä, mieleemme tulee erilaisia vaihtoehtoja: voimme lähteä ruokalaan, pizzeriaan tai syödä eväät. Omitu mieltymykset ja tottumukset ovat keskeinen osa motivaatiota ja ovat juuri niitä dynaamisia suhteita sisäisen tarpeen ja sen kohteen välillä. (Salmela-Aro 2002, 12.)

Eurooppalaisen motivaatioteoriaan nojaten ihmisen pitäisi saada liikunta osaksi arkea ja täten automaattisesti hakeutua liikkumaan. Kun liikunnasta tulee osa jokapäiväistä elämää, siitä tulee hyvällä tavalla riippuvaiseksi. Tällöin motivaatio liikkumiseen muuttuu lähes sisäiseksi tarpeeksi.

Toiseksi Nuttin korosti kognitiivisten mekanismien merkitystä motivaatiota tarkastellessa. Motivaation kohdistuessa ulkomaailman kohteisiin, niitä koskevat mielikuvat eli representaatiot ovat keskeisiä motivaation dynamiikassa. Ihmisillä on siis mielikuva siitä, mikä heitä motivoi ja mihin he pyrkivät. Nuttin kuvasi teoriassaan myös sen, miten ihmiset voivat toteuttaa motivaatiotaan. Motiivit muokataan ensin konkreettisiksi tavoitteiksi ja ne toteutetaan luomalla erilaisia keinoja tavoitteiden toteuttamiseksi. Näitä keinoja Nuttin kutsui suunnitelmiksi ja strategioiksi. (Salmela-Aro 2002, 13.) Ihmisen on muodostettava itselleen tavoitteita ja tehtävä suunnitelma päästäkseen tavoitteeseensa. Tähän käy esimerkkinä fysioterapeutin kanssa laadittu suunnitelma ja tavoite elämäntapojen muuttamisesta 2-tyyppin diabeteksen hoidossa.

Kolmanneksi Nuttin kuvasi perustarpeita, joihin kuului fysiologisten tarpeiden lisäksi myös erilaisia kognitiivisia tarpeita, kuten uteliaisuus ja sosiaalisuus. Nut-

tin oli tässäkin asiassa aikaansa edellä, mutta esimerkiksi Murrayn motivaatioteoriassa oli samankaltaisia ajatuksia. (Salmela-aro 2002, 13.)

Aleksei Leontjev kehitti teorian, jonka keskeinen metateoreettinen väittäminen on, että psyykkisten ilmiöiden ja ulkomaailman välillä on kohteellista toimintaa. Yksilön toiminta rakentuu hierarkkiseksi järjestelmäksi, jossa ihmisen toiminnan ylimmällä hierarkiatasolla ovat erilaiset motiivien ohjaamat toiminnat. Yksi toiminta voidaan toteuttaa toisten toimintojen avulla, joita puolestaan motivoivat erilaiset tavoitteet. (Salmela-aro 2002, 13.)

Leontjevin mukaan motiivihierarkiat ovat yksilöllisiä ja ne muodostavat pohjan yksilöllisen persoonallisuuden ymmärtämiselle. Tällöin ihmisten motiivihierarkioiden keskeiset motiivit voivat olla erilaisia ja ne voivat erota myös motiivia toteuttavien tavoitteiden osalta. Leontjev korosti siis tarvehierarkioiden yksilöllisyyttä, jolloin eri henkilöillä motiivien tärkeysjärjestys on erilainen. (Salmela-Aro 2002, 15.) Jotta liikunta tulisi osaksi arkea, ihmisen on priorisoitava elämänsä uudestaan ja asetettava liikunta oman hyvinvointinsa kannalta uudelle sijalle.

3.3.3 Amerikkalainen motiiviteoria

Yhdysvalloissa kehiteltiin 1950- ja 1960-luvuilla motivaatioteorioita, jotka loivat osaltaan pohjaa modernille motivaatioteorialle. Henry Murrayn motiiviteorian keskeinen käsite oli tarve. Murray käytti tarvetta samassa merkityksessä kuin aiemmin oli käytetty vietti-sanaa. Hän otti tarkastelun kohteeksi sekä yksilön että ympäristön. Murray esitti tarpeen kuvastavan yksilön näkökulmaa. Paine-käsitteen avulla hän kuvasi ympäristöä. Näin ollen ihmisiä ja ympäristöjä voidaan tarkastella tarpeiden ja paineiden vastaavuuksina. Ympäristö, joka kannustaa sosiaaliseen vuorovaikutukseen, sopisi ulospäin suuntautuneelle henkilölle, mutta ei sisäänpäin suuntautuneelle. Murray kehitti myös TAT-kuvatestin, jonka avulla tutkitaan ihmisten motivaatiota. Murray kehitti menetelmän siksi, että hänen mukaansa ihmiset eivät kyenneet tuomaan esille tarpeitaan niitä suoraan kysyttäessä. Menetelmän pohjalta on luotu myös muitakin motivaation mittaamenetelmiä kuten McCellandin suoriutumis-, valta- ja läheisyysmotivaatioita mittaavat menetelmät. (Salmela-Aro 2002, 16.)

Edward Deci lähti liikkeelle behaviorismin kritiikistä. Hän kritisoi behaviorismin ajatusta siitä, että ihmisen toimintaa voitaisiin motivoida pääasiassa ulkoisten palkintojen avulla. Ulkosyntyisen motivaation rinnalle Deci toi sisäsyntyisen motivaation käsitteen, jolla hän tarkoitti sitä, että henkilö tekee jotain siksi, että se on sinällään palkitsevaa. Hän kuvasi asiaa myös autonomian ja kontrolloidun toiminnan käsitteillä. Autonominen toiminta on siten sisäsyntyistä toimintaa, johon ihmiset itse voivat vaikuttaa. Kontrolloitu toiminta puolestaan nousee muiden ihmisten tai tilanteen vaatimusten pohjalta ja määräytyy siten ulkoisesti. (Salmela-Aro 2002, 16.)

Deci ja Ryan kuvasivat myöhemmin fenomenologisessa itsemääräämisteoriasaan sisäsyntyisen motivaation näkökulmaa siten, että ihmisellä on kolme universaalia psyykkistä tarvetta: autonomia, kompetenssi ja läheisyys. He ovat kehittäneet menetelmän eri tavoin motivoituneiden toimintojen mittaamiseen. Menetelmässä pyydetään henkilöä arvioimaan, minkä takia hän pyrkii toteuttamaan tietyn asian. Vaihtoehtoja ovat: a) joku toinen haluaa niin tai tilanne vaatii sitä, b) asia tuottaa hänelle mielihyvää ja hän on siitä itse kiinnostunut, c) henkilö itse kokisi häpeää, syyllisyyttä tai ahdistusta, jos hän ei toteuttaisi sitä ja d) hän toimii tietyllä tavalla, koska uskoo todella, että asia on tärkeä asia. Menetelmää voidaan soveltaa siten itse tuotettujen tavoitteiden tarkasteluun. (Salmela-Aro 2002, 16.) Tätä kappaletta olisi hyvä pohtia ihmisen kanssa häntä motivoimassa liikkumaan. On hyvä ymmärtää, mistä motivaatio lähtöisin, jotta löydetään oikeat motivoinnin keinot.

Evoluutioteorian avulla voidaan esittää, että kaikki ihmisille yhteiset lajiominaisuudet, kuten keskeiset psyykkiset mekanismit ja motivaatio, ovat kehittyneet siksi, että ne lisäävät yksilön sopivuutta ympäristöönsä. Evoluutiopsykologia antaa myös pohjan ymmärtää muita perustarpeita. Nämä perustarpeet ovat toimintatapoja, jotka ovat lisänneet yksilöiden menestystä ja selviytymistä. Evoluutiopsykologia auttaakin ymmärtämään, miksi tietyt asiat maailmassa vetävät ihmislajin edustajia puoleensa. (Salmela-Aro 2002, 18-19.)

3.3.4 Moderni motivaatioteoria

Motivaatiota koskeva tutkimus vilkastui selvästi 1980-luvulla, jolloin tutkimusryhmät kehittivät motivaatiota koskevaa teoriaa sekä tutkimustapoja. Yhteistä eri lähestymistavoille oli pyrkimys kuvata ja tutkia motivaatiota itse raportoitujen tavoitteiden avulla. Näitä tavoitteita kuvattiin eri termeillä, kuten hanke, pyrkimys ja mahdollinen minä. Tutkimuksissa käytettiin myös mittareita, esimerkiksi henkilöä pyydettiin kirjoittamaan ensin ylös 3-10 erilaista tavoitetta, jonka jälkeen heitä pyydettiin arvioimaan, millaisia ajatuksia ja tunteita kuhunkin tavoitteeseen liittyy. (Salmela-Aro 2002, 20.)

Brian Little kuvasi teoriassaan ihmisen toimintaa hänen omassa ympäristössään. Hän kehitti teoriaansa varten henkilökohtaisen projektin käsitteen, jolla tarkoitettiin henkilökohtaisten toimintojen sarjaa. Littlen teoriassa painottuu ekologinen näkökulma, ja hänen laboratorionsakin nimi on sosiaalisen ekologian laboratorio. (Salmela-Aro 2002, 20-21.)

Robert Emmons kuvaa teoriassaan motivaatiota henkilökohtaisten pyrkimysten käsitteellä. Henkilökohtaisella pyrkimyksellä hän tarkoittaa sitä, mitä ihminen tyypillisesti tai luonteenomaisesti pyrkii elämässään tekemään. Tässä menetelmässä henkilöä pyydetään luettelemaan 15 henkilökohtaista pyrkimystä, joka toteutetaan täydentämällä 15:ta lausetta, jotka alkavat: ”minä tyypillisesti pyrin...” Emmonsin menetelmässä henkilön pyrkimykset luokitellaan erilaisiin motivaatioluokkiin ja niitä arvioidaan niiden abstraktisuuden perusteella sekä lähestymisen-väittämisen perusteella. (Salmela-Aro 2002, 21.) Selvittämällä ihmisen kanssa hänelle luonteenomaiset tavat toimia, on mahdollista selvittää ihmisen motivaatiota esimerkiksi juuri liikuntaan. Näin voidaan selvittää, mille sijalle ihminen asettaa liikunnan tällä hetkellä elämässään. Tässä apuna voi toimia Roxendalin kuvaamat motivaatiotasot, joita käsittelemme luvussa 3.5.

Nurmi ja Salmela-Aro ovat tutkineet paitsi tavoitteiden ja hyvinvoinnin yhteyksiä myös motivaation roolia ihmisen elämänkaareissa. Nurmi kehitti teoriaa yksilön oman elämän ohjauksesta. Teorian mukaan ihminen ohjaa elämäänsä asettamalla tavoitteita, kehittämällä suunnitelmia ja strategioita niihin pääsemiseksi ja arvioimalla toiminnan tuloksellisuutta. Suunnitteluun vaikuttavat myös mah-

dollisuudet ja rajoitteet, samoin omaa toimintaa arvioitaessa erilaiset kulttuurin mallit ja standardit ovat olennaisia. (Salmela-Aro 2002, 22.) Kaikki elämäntilanteet eivät mahdollista erillistä aikaa liikkumiseen, mutta tiedostamalla omat voimavaransa ja rajoittavat tekijät, ihminen voi mahdollisuuksien mukaan ohjata elämäänsä asettamiinsa tavoitteita kohti. Pienillä elämänmuutoksilla voi muuttaa elämäntapaansa aktiivisemmaksi esimerkiksi käyttämällä portaita hissien sijaan, kävelemällä lyhyet matkat ja suorittamalla taukoliikuntaa.

Modernissa motivaatioteoriassa motivaatiota on tutkittu ihmisten kertomien tavoitteiden avulla. Minkälaisia tavoitteita, hankkeita tai pyrkimyksiä ihmisillä on, millaisiksi he arvioivat mahdollisuutensa toteuttaa niitä ja vaikuttaa niihin, kuinka tärkeiksi he ne arvioivat ja millaisia tunteita niihin liittyy. Tätä menetelmää käyttäen tutkijat ovat selvittäneet motivaation yhteyttä ihmisten hyvinvointiin, terveyteen, elämäntyytyväisyyteen ja menestykseen eri elämänalueilla. (Salmela-Aro 2002, 23-24.)

3.3.5 Motivaatioteorioiden yhteenveto

Klassiset motivaatioteoriat selittävät motivaatiota fysiologisesta näkökulmasta tarkastellen. Myös palkitseminen ja vietit ohjaavat ihmisen toimintaa klassisessa motivaatiopsykologiassa. Eurooppalainen motivaatioteoria tuo esille motivaation tarpeen ja sen ulkoisen kohteen suhteesta. Motivaation ajateltiin kumpuavan ajattelutoiminnoista, joiden pohjalta ihminen toteuttaa tavoitteitaan. Motivaatiolla olisi tällöin aina jokin tietty kohde ja motiivit jokaisen ihmisen kohdalla yksilöllisiä. Amerikkalainen motivaatioteoria perustuu puolestaan sisä- ja ulkosyntyiseen motivaatioon. Evoluutiopsykologiassa motiivia selitetään ihmisten perustarpeiden kautta. Niiden katsotaan lisäävän yksilöiden menestystä selviytyä. Moderni motivaatioteoria painottaa henkilökohtaisen projektin menetelmää, jolloin ihminen pyrkii toimimaan itselleen tyypillisellä tavalla. Henkilökohtaiset tavoitteet ja tavoitteiden merkitys ihmisen elämänkaaren aikana ohjaavat siten jokaista ihmistä toiminnassaan. Se, mikä sillä hetkellä koetaan itselle merkitykselliseksi, myös tehdään ja toteutetaan.

3.4 Motivoinnin keinot

Motivoinnin keinot vaihtelevat aina tapauskohtaisesti. Toisiin ihmisiin vetoavat tietyt keinot kuin toisiin. Löytämällä oikeat keinot, joilla voidaan motivoida ihminen saavuttamaan tavoitteensa, on mahdollista saada ihminen motivoitumaan kohti päämääräänsä. Seuraavassa käsittelemme näitä motivoinnin keinoja, joilla ihmisen toimintaan voidaan vaikuttaa.

Miten motivoida kuntoutuja liikkumaan? Tämä on luonnollinen ja hyvin usein esitetty kysymys, joka liittyy kuntoutukseen yleensä. Jollakin tavalla tiettyjä toimintoja tulisi saada ensin alkuun ja jotta kuntoutuksella olisi jokin merkitys, tulee kuntoutuksen olla sekä jatkuvaa että riittävän intensiivistä. (Ojanen 2001, 1999.)

Motivoinnin keinot voidaan jakaa kuuteen sosiaalisen vaikuttamisen keinoon, joilla ihmiset voidaan saada liikkeelle. Näistä keinoista ensimmäinen on pakko. Elämässä on monia asioita, joita on pakko tehdä. Jotta kuntoutuja voidaan saada liikkumaan, tarvitaan pakkoa siinä mielessä, että hänen oletetaan ilman muuta osallistuvan. Tällöin ei anneta poisjäämisen mahdollisuutta. Pakottamista käytetään motivoinnin keinona kipuun, johon vain liike ja liikkuminen auttavat. Toinen motivoinnin keino on uhkaus. Uhkaus voi olla esimerkiksi pelottelua terveyden menettämisestä, jos kuntoutuja ei liiku. Kolmas motivoinnin keino on tarjous. Tällöin kuntoutujalle tarjotaan jotain mieluisaa, kuten hierontaa. Tarjotavan asian tulisi olla kuitenkin jotain muuta kuin ravintoon liittyvää nautintoa. Neljäs motivointikeino on ohjaus. Ohjausta tarvitaan jatkuvuuden takaamiseksi. Ohjaus liittyy myös kiinteästi sekä liikunnan terveysvaikutuksiin että itse liikuntasuorituksiin. Viidentenä motivointikeinona käytetään vetoomusta. Tällöin korostetaan kuntoutujan omakohtaista vastuuta liikunnan harrastamisessa. Jatkoissa voidaan vedota siihen, että kuntoutuja on käynyt näin säännöllisesti, eikä hän voi yhtäkkiä jäädä pois. Kuudes motivoinnin keino on arvostus. Arvostus on mukana alusta alkaen, mutta liikunnan ollessa omaehtoista, arvostus on pääasiallinen vaikutuskeino. Kun liikunnasta tulee omaehtoista, on kyseessä vastuullisen ihmisen arvostaminen ja kunnioittaminen. (Ojanen 2001, 200)

Peruslainalaisuudet ovat vaikuttamisessa yksinkertaisia. Vaikuttamiseen pätee yhteensopivuuden laki, jolla tarkoitetaan sitä, että eri keinoihin liittyy hyvin suu-

rella todennäköisyydellä tiettyjä, usein lähes automaattisia reaktioita. Pakkoa seuraa totteleminen, uhkausta seuraa altistuminen. Tarjousta seuraa puolestaan hyväksyminen ja ohjausta vastaanottaminen. Vetoomusta seuraa sitoutuminen ja arvostusta vastuun ottaminen. (Ojanen 2001, 200.)

Toiseksi vaikuttamiseen pätee hitauden laki, joka merkitsee sitä, että totutuista keinoista ja reaktioista voi olla vaikea päästä irti. Kolmanneksi vallitsee motivaation ja keinojen ristiriidan laki. Tämän mukaan keino herättää vastareaktion, jos se ei vastaa kuntoutujan motivaatiota. Jos ei ole koskaan liikkunut omaehtoisesti, on turha vedota vastuuseen tai kannustaa terapeuttisesti. Käytännön motiivoinnin kannalta on oleellista, että olosuhteet tunnetaan riittävän hyvin. Samat keinot eivät sovellu kaikille. (Ojanen 2001, 201.)

3.5 Motivaatiotasot

Motivaatio voidaan jakaa eri tasoihin ihmisen omasta näkökulmasta lähtien. Eri tasojen avulla voidaan siten luokitella ihminen motivaationsa perusteella ja siten löytää oikeat keinot saada kyseinen ihminen motivoitumaan. Seuraavassa kuvaamme Roxendalin motivaatiotasojen avulla eri motivaatiotasoja.

Gertrud Roxedal on määritellyt motivaatiotasot psykoanalytikko Sandor Radon 1930-luvulla kehittämien motivaatioteorioiden pohjalta. Motivaatiotasot Roxendalin mukaan ovat kiinnostunut, velvollisuudentuntoinen, riippuvainen, tukeutuja ja luopuja. Rado käytti näitä motivaatiotasoja työskennellessään neurologisten potilaiden parissa. Roxedal käyttää Radon motivaatiotasoja ilmaistakseen sekä yhteistyön että motivaation merkitystä, jotta potilas saavuttaisi tavoitteensa. (Roxedal 1987, 62.)

Ensimmäinen taso Roxendalin motivaatiotasossa on kiinnostunut henkilö. Tällä tasolla henkilö haluaa kehittyä. Tällöin hän etsii itsekin aktiivisesti tietoa, kokee, kyselee, yhdistelee ja pohtii. Hänellä on luovia aktiviteetteja ja toiminta on itse-tuntoa vahvistavaa. (Roxedal 1987, 62.)

Toinen taso on velvollisuudentuntoinen henkilö. Tällä tasolla henkilön ajatuksia Roxendal kuvaa seuraavasti: ”Sano sinä minulle, mitä minun pitää tehdä”.

Toimenpiteinä ovat kehontuntemusharjoittelu ja sensorinen aktivointi. Tämän lisäksi oireiden hoitoa ja oppimista sekä oivaltamista tukevat minää ja itsetuntoa vahvistavat harjoitteet. Tällöin henkilö tarvitsee annostusohjeita, ettei ylittäisi voimavarojaan. (Roxendal 1987, 63.)

Kolmas Roxendalin motivaatiotasoissa on riippuvainen henkilö. Tätä tasoa kuvataan lauseella ”Sinun täytyy auttaa minua”. Toimenpiteitä tällä tasolla ovat maksimaalinen tuki sekä minää vahvistava harjoittelu. Harjoituksia toistetaan useita kertoja, jotta henkilö huomaa kykenevänsä toimimaan ja tarvitsee siten resurssejaan. Jos henkilölle annetaan liian haastavia tehtäviä terapiassa tai kotiharjoitteissa, tunne kyvyttömyydestä lisääntyy. Terapian tulisi olla aktivoivaa ja oireita käsittelevää. (Roxendal 1987, 63-64.)

Neljäs motivaatiotaso on tukeutuva henkilö. Tällöin henkilö ei usko voivansa auttaa itseään. Toimenpiteitä tällöin ovat tuki, arvonnanto sekä kunnioitus itsetunnon kohenemiseksi. Tällöin ei saa asettaa liikaa vaatimuksia vaan henkilölle on annettava onnistumisen kokemuksia. (Roxendal 1987, 64.)

Viides eli viimeinen motivaatiotaso on luopuja. Tällöin henkilö kokee, että mikään ei auta, mikään onnistu, eikä mistään kuitenkaan ole hyötyä. Toimenpiteinä ovat harjoitteet omat kehon tuntemukseen sekä pieni, kivuton liike. Tärkeää on luoda henkilölle hyvän olon tunne sekä liikkeen ja liikkumisen ilo ilman vaatimuksia. (Roxendal 1987, 65.)

3.6 Sisäinen ja ulkoinen motivaatio

Motivaatio voi olla sekä sisäistä, ihmisestä itsestään lähtevää, tai ulkoista, jolloin jokin ulkoapäin tuleva asia vaikuttaa ihmisen toimintaan. Seuraavassa kuvaamme motivaatiota sisäisen ja ulkoisen motivaation käsitteillä.

Pelletierin tutkimustulosten mukaan ulkoinen ja sisäinen motivaatio eivät ole toisilleen vastakkaisia asioita. Sisäisen motivaation käsite lähestyy autonomiaa. Se ei kuitenkaan ole aivan sama asia kuin autonomia. Sisäisen motivaation on katsottu edistävän koettua panostusta ja intentiota jatkaa. (Ojanen 2006, 23.)

Sisäinen motivaatio ja autonomia yhdistyvät liikunnan ollessa omaehtoista, yksin harrastettua ja omista tarpeista nousevaa. Liikuntaa harrastetaan, koska sen koetaan palvelevan omia tavoitteita ja pyrkimyksiä. Sisäinen motivaatio ja liittyminen yhdistyvät, kun liikunnan harrastamisen yhdessä koetaan olevan tärkeää ja yhdessä oleminen on liikuntaa tärkeämpi asia. (Ojanen 2006, 23.)

Ulkoinen motivaatio ja liittyminen yhdistyvät, kun liikunnassa on olennaista muutuminen ja ryhmän mukana toimiminen. Jos liikuntaa ei tällä tavoin tueta, jää liikunta pois. Ryhmän paine toimii kannustimena liikkumaan. Ulkoinen motivaatio ja autonomia yhdistyvät, kun liikuntaa harrastetaan esimerkiksi terveyden vuoksi. Harrastamisen takana saattaa olla lääkärin määräys. Liikunnan harrastaminen on kuitenkin omaehtoista eikä seuraa kaivata. (Ojanen 2006, 23.)

3.7 Tyypin 2 diabetes ja motivaatio

2-tyypin diabetes kehittyy yleensä hitaasti ja tieto sairauden toteamisesta pysäyttää ja herättää monenlaisia kysymyksiä, pelkoakin. Osa 2-tyypin diabeetikoista saattaa tuntea itsensä terveeksi eikä välttämättä ymmärrä muiden puheita hoidon tarpeellisuudesta. (Suomen diabetes ry. 2002, 8.) Koska 2-tyypin diabeteksen puhkeamisella on vahva yhteys elämäntapoihin, moni sairastunut aloittaa itsensä syyttelyn. 2-tyypin diabeetikon onkin ensin hyväksyttävä sairastumisensa ennen kuin voi alkaa hoitaa diabetestaan. (Pintilä 1999, 23-24.)

Diabeetikon oma osuus 2-tyypin diabeteksen hoidossa on tärkeä ja keskeinen asia. Se on hienoa, että saa vaikuttaa hoitoonsa runsaasti. Asiassa on kuitenkin kaksi puolta, mitkä tulee huomioida; jotkut henkilöt kokevat hoitovastuun liian raskaaksi. (Suomen diabetes ry. 2002, 64.) Elämäntapamuutosten tekeminen aikuiselle voi olla vaikeaa, koska hän on tottunut tiettyihin tapoihin. Myös arjen

pyörittäminen ja mahdollisimman hyvän omahoidon yhdistäminen voi olla hankalaa, ainakin aluksi. Sairastuminen 2-tyypin diabetekseen voi olla kuitenkin syy ottaa itseään niskasta kiinni ja aloittaa itsestään huolehtiminen. (Pintilä 1999, 24.)

Harvoin kuitenkin pitkäaikainen motivaatio syntyy pelkästään tekemisen ilosta. Hyvät hoitotulokset varmasti toimivat motivoijana, mutta alkuun pääsy ja motivaation ylläpito voi olla vaikeampaa. Siihen voi auttaa se, että rakentaa tietoisesti perustaa omalle jaksamiselleen. Riittävät taustatiedot hoidon perusteista ja omahoidosta auttavat joitakin motivoitumaan. Lähipiirin tuki tai ulkopuolinen tukihenkilö on myös tärkeä tekijä, jotta jaksaa motivoitua hoitoon. Lisäksi omat ajatukset, oikean suuntainen asennoituminen ja sairauden kanssa sinuiksi tuleminen motivoivat muutoksiin. Tämä saattaa usein olla se puuttuva tekijä. Tietoa, taitoa ja tukea on tarpeeksi, mutta hoitomotivaatio puuttuu. 2-tyypin diabeetikon olisikin hyvä käydä keskustelua itsensä kanssa ja kysyä kuinka paljon on valmis tekemään elämäntapamuutoksia. (Suomen diabetesliitto ry. 2002, 66-67.)

Elämässä on ylä- ja alamäkiä ja niin myös ohimenevä stressi ja masentuneisuus kuuluvat siihen osana. Aina ei ole mahdollista hoitaa itseään täysipainoisesti, mutta sitä ei tule ajatella kuitenkaan repsahduksena. Jos ennakoi omat voimavaransa ja on tilanteen tasalla, on helpompi palata normaaliin rytmiin. (Suomen diabetesliitto ry. 2002, 68.)

4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyömme tavoitteena on kehittää diabetespotilaiden fysioterapiaa. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää 2-typin diabetesta sairastavien henkilöiden liikkumiseen motivoivia tekijöitä, jotta fysioterapeutit saisivat työmme avulla keinoja 2-typin diabetesta sairastavien henkilöiden motivoinnissa liikkumaan.

Tutkimuksessa selvitämme, mitä yhtäläisyyksiä näiden henkilöiden motivoitumisessa liikkumaan löytyy. Liikunta on tärkeä osa näiden henkilöiden kuntouttamista ja siksi motivoituminen liikkumiseen on olennaista. Usein se on kuitenkin hankalaa ja fysioterapeutit kokevat tämän haastavana.

Tutkimusongelmina toimivat seuraavat kysymykset:

1. Minkälaisia ovat 2-typin diabeetikon liikuntatottumukset?
2. Miten diabeteksen toteaminen on vaikuttanut liikuntakäyttämiseen 2-typin diabeetikoilla?
3. Mitkä tekijät motivoivat 2-typin diabetesta sairastavia henkilöitä liikkumaan?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

5.1 Opinnäytetyön kohde

Kohdejoukkona on Hatanpään sairaalan A ja B 4-osastojen 2-tyyppin diabetesta sairastavat henkilöt, jotka ovat tutkimuksen toteutuksen aikana hoitojaksolla. Haastattelumme teemat käsittelevät 2-tyyppin diabetesta sairastavien henkilöiden liikuntatottumuksia ja niiden mahdollista muuttumista 2-diabeteksen toteamisen jälkeen sekä liikkumiseen motivoivia tekijöitä. Päädyimme rajaamaan kohderyhmän yli 40-vuotiaisiin, jotka ovat sairastaneet 2-tyyppin diabetesta vähintään 6 kuukauden ajan, jotta heillä mahdollisesti olisi omakohtaisia kokemuksia liikunnan vaikutuksesta 2-tyyppin diabeteksen hoidossa.

Haastatelluista seitsemän oli naisia ja yksi mies. Nuorin haastateltava oli 49-vuotias ja vanhin 84-vuotias. Vastaajien keski-ikä oli 63, 5 vuotta. 2-tyyppin diabeteksen toteamisesta oli kolmella haastateltavista kulunut alle viisi vuotta, lopuilla useampi vuosikymmen. 2-tyyppin diabeteksen lisäksi haastateltavilla oli muitakin todettuja sairauksia. Näitä olivat kilpirauhasen vajaatoiminta, kohonnut verenpaine kahdella henkilöllä, osteoporoosi, kohonnut kolesteroli, rintasyöpä, ruusu, epilepsia sekä astma. Myös sydämen vajaatoiminta, hiippaläppävuoto, cardiomyopatia, chronin tauti, fibromyalgia, depressio, ärtynyt paksusuoli ja skitsofrenia esiintyivät haastateltavien muissa sairauksissa.

5.2 Opinnäytetyön menetelmät

Tutkimusmenetelmänä on käytössä haastattelu, mikä toteutetaan potilashuoneissa ennalta laaditun haastattelulomakkeen pohjalta (liite 1). Haastattelulomake sisältää sekä avoimia että suljettuja kysymyksiä. Haastattelulomaketta tehtäessä käytetään motivaatiotutkimusten pohjalta laadittuja mittareita. Esitetasimme lomakkeen kahdella 2-tyyppin diabetesta sairastavalla henkilöllä ja testattavat pitivät lomaketta selkeänä ja ymmärsivät kysymykset. Lomakkeen ko-

kosimme yhteistyössä Hatanpään sairaalan osastojen A4 ja B4 fysioterapeuttien kanssa. Liikkumaan motivoivia tekijöitä listasimme fysioterapeuttien ja meidän omien kokemusten perusteella. Jätimme lomakkeeseen myös avoimen vastausvaihtoehdon, sillä motivoivat tekijät saattavat olla hyvinkin henkilökohtaisia.

Päädyimme yksilöhaastatteluun siksi, että yksilöhaastattelu on sosiaalinen vuorovaikutustilanne ja tällä tavalla saamme potilaat syvemmin miettimään heitä motivoivia keinoja ja saamme laajempaa materiaalia kuin lomakehaastattelussa sekä voimme tarvittaessa selventää ja syventää saatavia vastauksia. Yksilöhaastattelu on myös tässä tapauksessa luonnollisempi tapa saada potilaalta luotettavampaa ja realistisempaa tietoa, koska toteutamme lomakkeen täyttämisen siten, että potilas on yksin tilanteessa eikä ryhmässä ja tällöin myös potilaan rooli subjektina korostuu. Näin ollen meidän roolimme toimia haastattelijoina on tähän tilanteeseen parempi vaihtoehto kuin pelkän lomakkeen täyttäminen potilaan toimesta. (Hirsjärvi 2001, 41; Hirsjärvi 2004, 194.)

Opinnäytetyö on empiirinen. Empiirisessä tutkimuksessa kohteena on jokin ilmiö, josta hankitaan tietoa jollakin systemaattisella tiedonhankintamenetelmällä (Koivula et al. 2003, s.16). Empiirinen tutkimus on kokonaisuus, joka sisältää monia vaiheita. Vaiheita ovat alustava tutkimusongelma, jota seuraa aiheeseen perehtyminen ja ongelman täsmennys. Tämän jälkeen tutkimusprosessissa edetään aineiston keruuseen ja analysointiin. Viimeiseksi prosessissa päädytään tulosten tulkinnan kautta johtopäätöksiin ja raportointiin. Osavaiheet ovat keskinäisessä riippuvuussuhteessa (Hirsjärvi 2001, 14).

Käytämme lomaketta, missä on avoimia ja suljettuja kysymyksiä eli lomakehaastattelu on puolistrukturoitu, jolloin osa kysymyksistä on valmiiksi laadittuja ja osaan haastateltava voi vastata vapaasti. Lomakehaastattelu antaa mahdollisuuden tarkentaa kysymystä ja sen tarkoitusta, sekä mahdollisuuden vuorovaikutukseen (Koivula, Suihko & Tyrväinen 2003, 48). Käytämme suljettuja kysymyksiä, koska tiettyjen kysymysten vastausvaihtoehdot haluamme vakioida yhtenäisyyden vuoksi. Avoimia kysymyksiä käytämme siksi, että tiettyihin kysymyksiin ei ole tiedossa selkeitä yksittäisiä vastauksia. Avoimilla kysymyksillä annamme potilaalle myös mahdollisuuden kertoa omista tuntemuksistaan ilman,

että rajaamme jokaista kysymystä etukäteen. Toisaalta suljettujen kysymysten merkitys on myös tärkeä, jotta mahdolliset yhteneväisyydet nousisivat esiin. (Koivula et al. 2003, 47.)

5.3 Haastattelun toteutus ja aineiston käsittely

Suoritimme haastattelut Kaupin sairaalassa Hatanpään sairaalan osastoilla A4 ja B4 helmikuussa 2009. Haastattelut suoritettiin potilashuoneissa sekä päiväsalissa. Haastatteluiden kesto vaihteli 10 minuutista 35 minuuttiin. Diabeteksen "tasapainotukseen" tulleiden henkilöiden haastattelut kestivät suhteessa vähemmän aikaa kuin pidempään osastolla olleiden henkilöiden. Diabeetikot tulevat osastolle "tasapainotukseen" silloin kuin heidän verensokeriensa hoitotasapaino on syystä tai toisesta huonontunut, eli yleensä jo pidemmän aikaa koholla olleiden verensokeriarvojen vuoksi. "Tasapainotuksella" tarkoitetaan yleensä joko lääkehoidon tehostamista tai elintapojen sekä omahoidon toteutuksen tarkistamisen ja omahoitoon parempaa motivoitumista. Osastojakson aikana verensokeriarvot yleensä tasapainottuvat eli normalisoituvat. (Järvinen, S. 2009.)

Tarkoituksenamme oli haastatella noin kymmentä henkilöä. Osaston senhetkistä potilaista yhdeksän soveltui kohderyhmäämme. Yksi potilaista kieltäytyi, joten otantamme on kahdeksan henkilöä. Jokaiselta haastateltavalta pyydettiin lupa haastatteluun osaston fysioterapeutin toimesta. Potilas sai itse valita paikan, missä halusi haastattelun toteutettavan. Varmistimme, että haastattelutilassa oli mahdollisimman vähän ulkopuolisia häiriötekijöitä, jotta haastateltavat pystyivät keskittymään paremmin haastatteluun. Lisäksi meidän oli helpompi saada kontakti potilaaseen ja saimme kirjattua mahdollisimman tarkasti potilaan vastaukset haastattelulomakkeeseen.

Suoritimme haastattelun valmiiksi laaditun lomakkeen kysymysten pohjalta. Kirjasimme vastaukset suoraan lomakkeeseen emmekä nauhoittaneet keskustelua. Haastateltava sai itselleen kopion haastattelulomakkeesta, mutta me kirjasimme heidän vastauksensa. Esitimme kysymykset neutraalisti pyrkimättä johdattelemaan haastateltavaa. Pyrimme antamaan haastateltaville mahdolli-

suuden kertoa vapaasti ajatuksistaan, jotta hän saisi pohdittua vastaustaan. Lopuksi pyysimme kuitenkin jokaiseen kysymykseen täsmennetyn vastauksen. Jos haastateltavan pohdinta lähti karkaamaan aihepiiristä, ohjasimme haastateltavaa palaamaan takaisin esitettyyn kysymykseen. Olimme suunnitelleet haastattelulomakkeen kysymysten rajaukset tarkkaan etukäteen, jotta haastateltavien olisi helpompi antaa selkeät vastaukset kysymyksiin.

Koimme vuorovaikutuksen meidän ja haastateltavien kesken luonnolliseksi. Haastateltavat kertoivat vastaavansa mielellään kysymyksiimme sekä auttamaan meitä opinnäytetyössämme. Haastatteluilmapiiri oli myönteinen ja rento. Haastattelulomake oli haastateltavien mielestä sopivan pituinen. Osa jopa yllättyi haastattelun nopeasta sujumisesta. Tavoitteenamme olikin pitää haastattelulomake kahden sivun mittaisena, jotta haastateltavat jaksaisivat vastata kaikkiin kysymyksiin tarkasti pohtien.

Aineiston käsittelyssä käytimme pohjana tyhjää haastattelulomaketta. Kirjasimme siihen yhteenvedona kaikkien haastateltavien vastaukset. Luokittelimme vastaukset niiden esiintymislukumäärän perusteella. Haastateltavien iän perusteella muodostimme epätasaväliset luokat. Epätasavälistä luokittelua käytetään kun luokan alarajaa tai ylärajaa ei ilmoiteta (Karjalainen 2003, 32). Iän luokittelimme alle 60-vuotiaisiin sekä 60-vuotiaisiin ja vanhempiin. Yli 60-vuotiaat olivat olleet pääsääntöisesti usealla pidemmällä sairaalajaksoilla, joten liikunta oli tästä syystä jäänyt heidän elämässään vähemmälle. He muistelivatkin liikuntatottumuksissaan lähinnä ennen sairaalajaksoja olleita liikuntatottumuksia.

Aineistoa käsitellessä pidimme tärkeänä, että kumpikin luokittelisi ensin itseksensä haastattelulomakkeiden vastaukset ja vasta sen jälkeen kävisimme tulokset yhdessä läpi, jotta aineiston tulokset täyttyisivät laadullisesti ja olisivat täten mahdollisimman reliaabeleita.

6 TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET

6.1 2-tyypin diabeetikon liikuntatottumukset

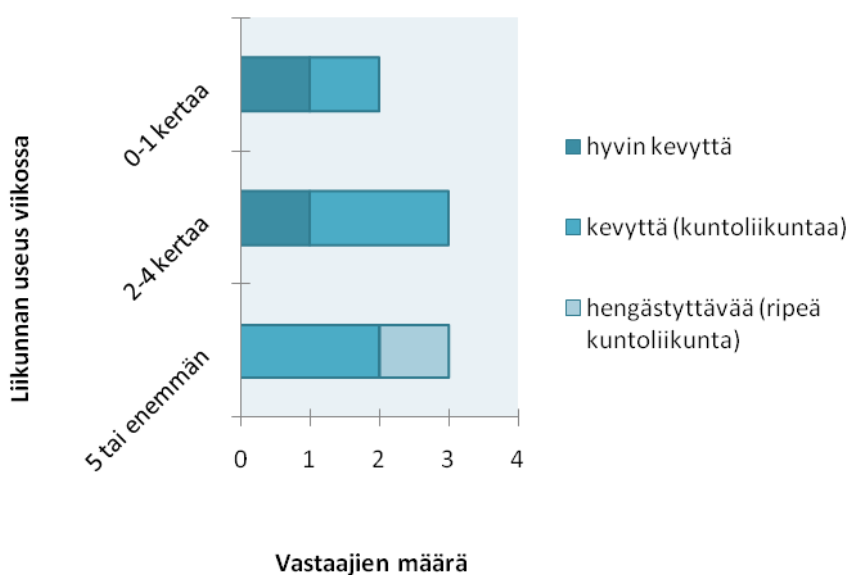
Ensimmäisen kysymyksen vastaukset jakaantuivat seuraavalla tavalla: ei yhtään ja kerran viikossa liikkuvansa vastasi kaksi henkilöä, kolme henkilöä kertoi liikkuvansa 2-4 kertaa viikossa ja viisi tai useamman kerran viikossa liikkuvansa vastasi kolme henkilöä. Yhdistimme lomakkeesta kohdat ei yhtään kertaa ja kerran viikossa, koska tämä liikuntamäärä on kunnon kannalta olematon. 2-4 kertaa viikossa riittää ylläpitämään kuntoa. Viisi tai useampi kerta viikossa on riittävä kunnon kohentumiseksi.

Toiseen kysymykseen kaksi henkilöä vastasi liikunnan olevan hyvin kevyttä (hyötyliikunta). Viisi vastaajaa kertoi liikunnan olleen kevyttä (kuntoliikunta) ja yksi kertoi liikunnan olevan hengästyttävää (ripeä kuntoliikunta).

Suurin osa haastatelluista kertoi liikkuvansa 2-4 kertaa viikossa. Liikunnan teho oli vastausten perusteella riittävä suorituskyvyn ja hapenottokyvyn parantamiseen, mutta kevyellä aerobisella liikunnalla ei tutkimusten mukaan ole vaikutusta sokeri- ja insuliiniaineenvaihduntaan 2-tyypin diabeetikoilla. Lisäksi haastateltavien subjektiivinen kokemus voi vaikuttaa liikunnan rasittavuuden todelliseen asteeseen. Liikunnan määrä ja rasittavuus ei ollut muuttunut haastateltavilla 2-tyypin diabeteksen toteamisen jälkeen, joten liikunnan merkitys potilaille sairauden hoidossa ei ole ollut näissä tapauksissa merkittävä. Tulosten mukaan terveyshyödyt kuitenkin lisääntyvät, kun liikkuu pidemmän aikaa tai rasittavammin, joten liikunnan lisäämisellä voisi olla positiivisia vaikutuksia haastateltavien terveyteen.

Verrattaessa viikoittaisia liikuntakertojen määriä liikunnan rasittavuuteen ilmeni, että kevyttä ja hengästyttävää liikuntaa harrastavat henkilöt liikkuvat suhteessa enemmän kuin hyvin kevyttä liikuntaa harrastavat (kuvio 2.). Oletettavasti tämä juontuu siitä, että useammin viikossa liikuntaa harrastavilla henkilöillä on parempi kunto ja he voivat harrastaa kovatempoisempaa ja rasittavampaa liikun-

taa. Mahdollisesti syynä voi olla myös se, että harvemmin liikkuvat eivät uskalla nostaa liikunnan rasittavuuden astetta päinvastoin kuin useimmin liikkuvat ovat oppineet kuuntelemaan tuntemuksiaan kehossaan ja uskaltavat nostaa liikunnan intensiteettiä. Kunnan kohentumisen kannalta liikunnan rasittavuuden lisäämisen olisi oleellista.



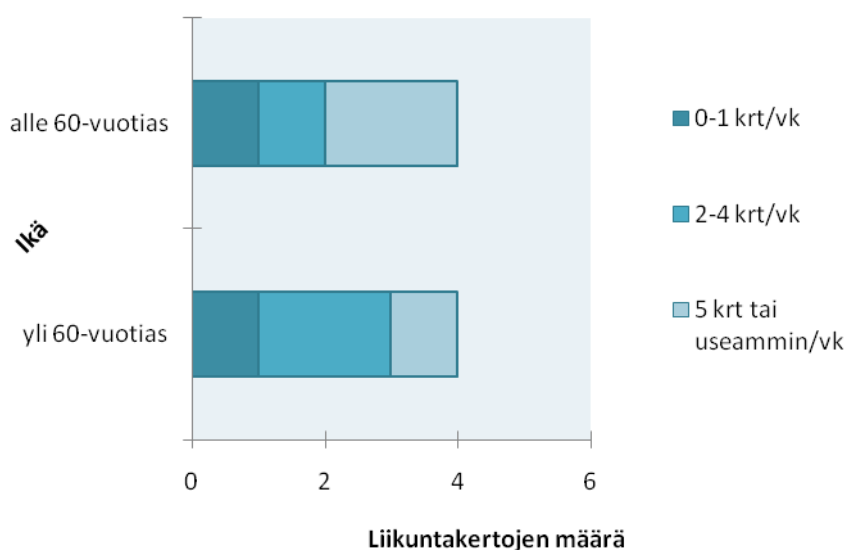
KUVIO 2. Viikoittaisten liikuntakertojen määrä suhteessa liikunnan rasittavuuteen 2-tyyppin diabeetikoilla

Verrattaessa iän merkitystä liikuntakertojen lukumäärään ei löytynyt selkeää eroavaisuutta (kuvio 3.). Säännöllisellä liikunnalla on mahdollista osittain hidastaa iän tuomia muutoksia. Iän perusteella ei voida siten tehdä suoranaisia oletuksia ihmisten liikunta-aktiivisuudesta. Yksilöiden välillä liikunta-aktiivisuus voi vaihdella hyvinkin paljon kunnosta ja terveydentilasta riippuen.

Ikääntyessä ihmisen kehossa tapahtuu tiettyjä fysiologisia muutoksia: solujen jakaantuminen hidastuu, surkastuneiden solujen tilalle muodostuu rasvasoluja sekä kollageenin määrä sidekudoksessa vähenee (Tilvis 1993, 41-45). Tästä syystä lihassolujen määrä vähenee lihaksissa vaikuttaen lihasvoimaan alentavasti. Kollageenin vähentymisestä johtuen lihasten ja jänteiden joustavuus heik-

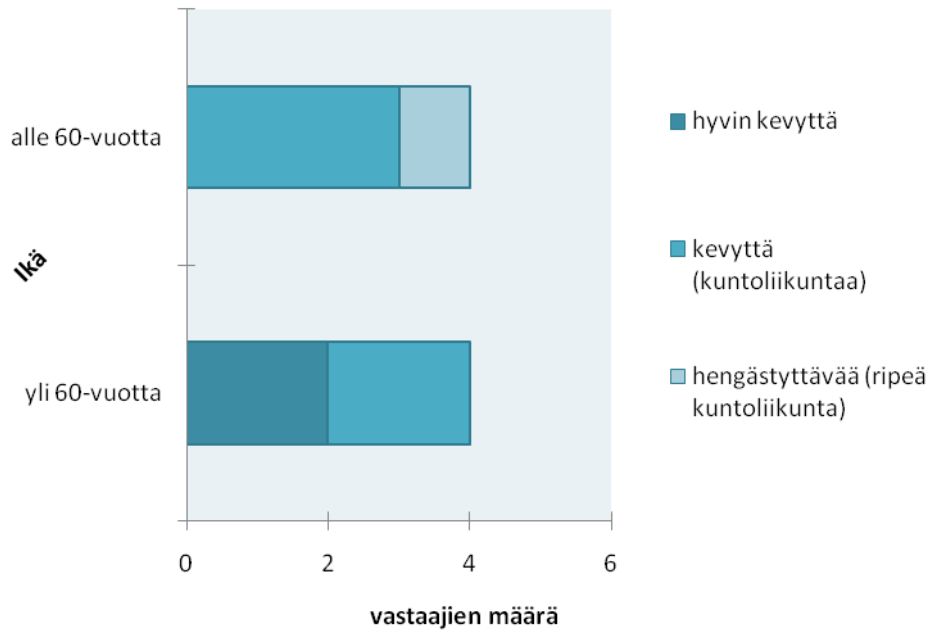
kenee. Lisäksi nivelissä tapahtuu muutoksia ruston pinnan kulumisen ja kuivumisen myötä, jolloin nivelet kipeytyvät ja nivelten liikelaajuus pienenee. (Tilvis 1993. 45-47.)

Terve vanhus on yleensä aktiivinen, liikkuu sekä osallistuu erilaisiin toimiin ja harrastuksiin. Liikkuessa lihakset kuormittuvat, joten lihassäikeet eivät pääse ohenemaan, jolloin lihasvoimaa voidaan vielä ylläpitää. Lihasvoimaa pienentää ainoastaan iän mukana tapahtuva lihassäikeiden lukumääräinen väheneminen eikä vähittäin tapahtunutta suorituskyvyn heikentymistä voi kovallakaan harjoittelulla täysin estää. (Tilvis 1993, 47.)



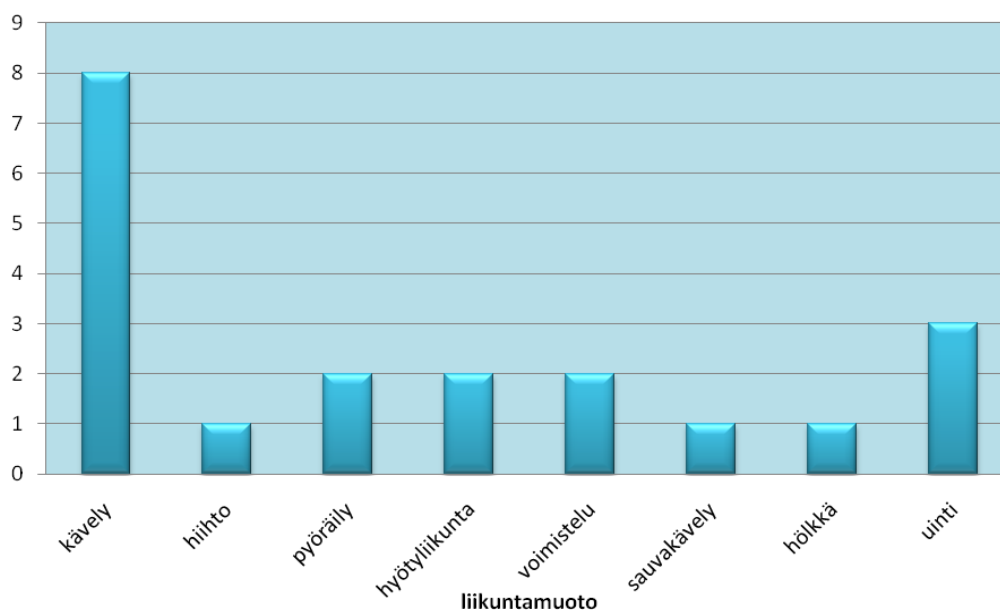
KUVIO 3. Iän merkitys liikuntakertojen määrään 2-typin diabeetikoilla

lällä ja liikunnan rasittavuudella näytti olevan yhteneväisyyttä, vaikka aineistomme otanta on pieni. Alle 60-vuotiaat harrastivat kevyttä tai hengästyttävää liikuntaa kun yli 60-vuotiailla liikunta oli hyvin kevyttä tai kevyttä (kuvio 4.). Yli 60-vuotiailla erilaiset fyysiset tekijät, kuten verenkiertoelimistön sairaudet, korkea verenpaine, halvaus, krooniset keuhkosairaudet, aikuisiän diabetes, liikali havuus, nivelrikko, osteoporoosi ja alaselkävut alkavat rajoittaa liikunnan rasittavuutta. Myös degeneratiiviset neurologiset sairaudet, dementia hyperlipidemia, depressio, syöpä ja näköongelmat vaikuttavat liikuntakykyyn. Tällöin jolloin liikunnan teho luonnollisesti laskee. (Heikkinen 2005, 192.)



KUVIO 4. Iän merkitys liikunnan rasittavuuteen 2-typin diabeetikoilla

Kolmanteen kysymykseen ”millaisia liikuntamuotoja harrastitte?” jokainen haastateltava vastasi harrastavansa kävelyä. Kolme ilmoitti uivansa, kaksi pyöräilevänsä sekä voimistelevansa. Myös hölkkä, sauvakävely, hiihto ja kotityöt esiintyivät haastateltavien liikuntamuotoina. Haastateltavat saivat ilmoittaa kaikki säännöllisesti harrastamansa liikuntamuodot. (kuvio 5.)



KUVIO 5. Liikuntalajeja, joita 2-typin diabeetikot harrastavat

2-tyyppin diabetesta sairastavilla henkilöillä kävely tuli selkeästi esille suosituimpana liikuntamuotona sekä hyötyliikuntana. Haastateltavien kertoman mukaan kävelyä on helppo toteuttaa liikuntamuotona, koska sen rasittavuutta on helppo säädellä kunnon mukaan, sitä voi harrastaa lähes missä vaan ja koska vaan. Kävelyä suositellaan myös usein ensimmäisenä liikuntamuotona liikuntaa aloittaessa, koska se soveltuu lähes jokaiselle ja se kehittää hyvin peruskuntoa. Tasaista kannatusta saivat myös pyöräily (myös hyötyliikuntamuotona), hyötyliikunta arkiaskareiden muodossa, voimistelu sekä uinti. Kukaan haastateltavista ei ilmoittanut harrastavansa voimaharjoittelua. Tällä olisi kuitenkin erittäin suotuisa vaikutus 2-tyyppin diabeteksen hoidossa, koska voimaharjoittelun on todettu parantavan sokeritasapainoa.

6.2 2-tyyppin diabeteksen toteamisen vaikutus liikuntakäyttäytymiseen

Jokainen haastateltava vastasi, ettei muuttanut liikuntatottumuksiaan 2-tyyppin diabeteksen toteamisen jälkeen. Kaikkien haastateltavien vastattua kysymyseen kielteisesti, jatkokysymystä ei esitetty. Jokainen haastateltava kuitenkin kertoi saaneensa perehdytyksen diabeteksen hoidosta sairauden tullessa ilmi. Perehdytys sisältää niin ravinto- kuin liikuntasuosituksen.

Voisi olettaa, että edes joku haastatelluista olisi pyrkinyt muuttamaan liikuntatottumuksiaan 2-tyyppin diabeteksen toteamisen jälkeen, sillä liikunnalla on oleellinen merkitys sairauden hoidossa. Miksi näin ei kuitenkaan tapahdu, vaatisi erillisen selvityksen ja olisi mahdollisesti jatkotutkimuksen aihe. Tulisiko perehdytyksessä korostaa entistä enemmän liikunnan merkitystä 2-tyyppin diabeteksen hoidossa? 2-tyyppin diabeteksen puhkeaminen voi olla monelle rankka asia ja vaatii kypsyttelyä. Kaikki eivät välttämättä edes ymmärrä olevansa sairaita, koska heistä ei tunnu siltä. Tämä voi olla yksi syy siihen, miksi haastateltavat ihmiset eivät muuttaneet liikuntatottumuksiaan.

2-tyyppin diabetes syntyy usein pitkän ajan jakson aikana ja elämäntavoilla on suuri merkitys sen syntymisessä. Koska elämäntavat ovat usein monien vuosien aikana muokkaantuneet, niiden muuttaminen voi olla vaikeaa. Lisäksi dia-

beetikko saattaa ajatella, että nyt on kieltäytyttävä kaikista paheista ja laitettava kertaheitolla kaikki elämäntavat uusiksi, vaikkei asia näin olekaan. Tämä nostaa kynnystä aloittaa elämäntapamuutokset. Elämäntapojen muuttaminen tapahtuu pikkuhiljaa ja ihmisen on sitouduttava muutoksiin loppuelämäkseen. Siksi muutosten toteutumiseen käytännössä olisi hyvä antaa aikaa ja lähteä liikkeelle pienistä asioista. Elämäntapamuutoksissa ihminen tarvitsee paljon kannustusta, jolloin motiivoinnin merkitys nousee esille läheisten ja hoitohenkilökunnan toimesta.

6.3 Liikkumiseen motivoivat tekijät 2-tyyppin diabeetikolla

Haastateltavat valitsivat kolme tärkeintä tekijää, jotka motivoisivat heitä liikkumaan useammin. Tärkeimmäksi liikkumiseen motivoivaksi tekijäksi nousivat terveydelliset syyt. Liikunnan tuoma hyvä olo, yleiskunnon kohentuminen/ylläpitäminen ja itsenäinen kotona selviytyminen olivat seuraavaksi tärkeimpiä tekijöitä liikkumiseen motivoitumisessa. (kuvio 6.)

Liikuntapaikan läheinen sijainti, ystävän seura, ryhmä ja sosiaaliset kontaktit sekä saattajan/tukihenkilön olemassaolo olivat myös merkityksellisiä tekijöitä liikkumiseen motivoitumisessa. Avoimen vastausvaihtoehdon kohdasta nousi esiin valmiiden vaihtoehtojen lisäksi lastenlasten vuoksi taistelemisen sekä koiran tuoma turva. (kuvio 6.)

Kuviossa on lueteltuna kaikki haastattelulomakkeemme vaihtoehdot liikkumaan motivoivista tekijöistä. Kuten kuviosta näkyy, osa vastausvaihtoehdoista ei tullut valituksi motivoivana tekijänä kolmen tärkeimmän tekijän joukkoon. Päätimme kuitenkin mainita nämäkin vaihtoehdot kuviossa, jotta lukijan on mahdollista nähdä kaikki annetut vaihtoehdot. Näin voidaan myös havainnollistaa vastaus-ten jakautumista eri vaihtoehtoihin.



KUVIO 6. Liikuntaan motivoivia tekijöitä 2-typin diabetesta sairastaville henkilöillä

Kysyttäessä, mikä motivoisi haastateltavia liikkumaan tämän hetkistä tilannetta useammin, esille nousivat painon lasku, tupakan polton lopettaminen, laihtuminen, lapsenlapset, terveyden kohentuminen, koira, turvallinen ulkoiluympäristö, enemmän käytettävissä olevaa aikaa, sää, kulkuympäristön esteettömyys, terveyden kohentuminen niin henkisesti kuin fyysisestikin, verensokerin taseus, kunnon ylläpitäminen sekä luonnon kauneus. Esimerkiksi eräs haastateltavista motivoitui liikkumaan ja huolehtimaan terveydestään hänen poikansa kuoltua, jolloin huoli lapsenlapsien tulevaisuudesta kasvoi. Toinen haastateltavista puolestaan kertoi, että koiran tuoma turva ja seura motivoisivat häntä liikkumaan useammin.

6.4 Tutkimustulosten yhteenveto

Vaikka terveydelliset syyt ja liikunnan tuoma hyvä olo nousivat tärkeimmäksi liikkumiseen motivoivaksi tekijäksi haastatteluissa, kukaan haastateltavista ei

kuitenkaan muuttanut liikuntatottumuksiaan 2-tyyppin diabeteksen toteamisen jälkeen. Tämä on ristiriidassa sen kanssa, että vain muutama haastateltavista liikkui liikuntasuosituksen mukaisesti tuolloin. Olisikin mielenkiintoista selvittää, mistä tämä ristiriita johtuu. Liikunta on tärkeä hoitokeino 2-tyyppin diabeteksen hoidossa ja perehdytys antaa jokaiselle sairastuneelle ohjeet ja suositukset liikunnan harrastamiseen. Kuitenkin jokainen haastateltava kertoo, ettei ole muuttanut liikuntatottumuksiaan sairauden toteamisen jälkeen, vaikka terveydelliset syyt ja liikunnan tuoma hyvä olo sekä yleiskunnon kohentuminen ja ylläpitäminen nousevat tärkeimmiksi liikkumiseen motivoiviksi tekijöiksi.

Haastattelulomaketta työstäessämme ajattelimme, että ryhmän tuella ja sosiaalisilla kontakteilla olisi suuri merkitys 2-tyyppin diabetesta sairastavien henkilöiden motivoitumisessa liikkumaan. Tutkimuksessa kuitenkin vain yksi vastasi tämän asian kuuluvan kolmen tärkeimmän motivoivan tekijän joukkoon. Tutkimustulos oli siten hieman yllätys meille. Terveydellisten syiden korostuminen näinkin vahvana motivoivana tekijänä kumosi ennakko-oletuksemme. Arvelimme tämän vastausvaihtoehdon saavan kannatusta jonkin verran, mutta ei kuitenkaan eniten. Terveydelliset syyt saattoivat nousta esille näinkin vahvasti, koska haastateltavina oli 2-tyyppin diabetekseen sairastuneita henkilöitä, joille sairastuminen on saattanut herättää kysymyksiä omasta terveydestä ja hyvinvoinnista.

Tutkimuksemme tuloksia voi erityisesti hyödyntää 2-tyyppin diabetesta sairastavien henkilöiden perehdytyksessä, kun sairaus todetaan. Perehdytyksessä voisi esimerkiksi keskustella potilaan kanssa liikuntaan motivoivista tekijöistä loma-keivaihtoehtojemme pohjalta (liite 1) ja tämän avulla auttaa potilasta löytämään keinoja liikunnan aloittamiseen sekä liikuntaan motivoitumiseen. Vaikka jokaiselle potilaalle oli perehdytyksessä kerrottu liikunnan merkityksestä 2-tyyppin diabeteksen hoidossa, tieto oli jäänyt kaikilla pintapuoliseksi tai liikunnan merkitystä sairauden hoitoon ei otettu vakavasti. Haastateltavilla nousivat kuitenkin esille terveydelliset syyt ja itsenäinen kotona selviytyminen tärkeimpinä motivoivina tekijöinä liikkumiseen, joten liikunnan merkitystä tulisi kuitenkin korostaa entisestään 2-tyyppin diabeetikoiden perehdytyksessä.

7 POHDINTA

Lomakehaastattelututkimus soveltui hyvin tiedonhankintamenetelmäksemme, koska pääsimme tällöin henkilökohtaiseen kontaktiin haastateltavien kanssa ja pystyimme siten tarkentamaan kysymyksiä tarvittaessa. Siitä huolimatta, että esitestasimme kyselylomakkeen, osoittautui kuudennen ja seitsemännen kysymyksen ero vaikeaksi ymmärtää. Haastattelun avulla pystyimme kuitenkin täsmentämään kysymysten eron merkityksen. Kuudenteen kysymykseen vastaaminen vei osalta haastateltavista paljon aikaa vastausvaihtoehtojen suuren lukumäärän vuoksi.

Muita mahdollisuuksia tutkimuksen toteuttamiseksi olisi ollut kyselylomakkeella toteutettu tutkimus tai haastattelu avoimin kysymyksin. Pelkkä kyselylomakkeeseen pohjautuva tutkimus ei olisi todennäköisesti toiminut luotettavana tiedonhankintamenetelmänä opinnäytetyössämme. Kyselylomakkeella suoritettussa tutkimuksessa olisimme luultavammin saaneet enemmän vastaajia tutkimuksemme, mutta vastauksissa olisi luultavammin esiintynyt paljon väärinymmärryksiä ja ristiriitoja. Tämä ongelma ilmeni jo suorittaessamme haastattelututkimusta, jolloin jouduimme selventämään kysymysten eroja ja avaamaan kysymyksiä haastateltaville.

Haastattelemalla ihmisiä avoimin kysymyksin olisimme todennäköisesti saaneet enemmän tietoa, mutta otanta olisi ollut pienempi resursseja ajatellen. Halusimme saada tutkimuksemme kuitenkin useamman henkilön näkökulman, joten tältä kannalta ajatellen lomakehaastattelu palveli työtämme parhaiten. Tällöin pystyimme myös tuomaan valmiita vastausvaihtoehtoja esille, mutta myös selventämään kysymyksiä tarvittaessa.

Lomakehaastattelu toimi mielestämme luotettavuudenkin osalta parhaiten tutkimustamme ajatellen. Pystyimme näkemään ihmisten ilmeet ja eleet, jolloin oli helpompaa tulkita haastateltavien vastauksia. Ilmeiden ja eleiden perusteella pystyimme muodostamaan jatkokysymyksiä, jos vastaus tuli epävarmasti. Esimerkkinä tästä erään haastateltavan liikuntatottumukset. Hän kertoi liikkuneensa aktiivisesti ennen sairaalajaksoja. Jatkokysymysten avulla ilmeni, että ensimmäi-

nen sairaalajakso oli ollut 80-luvulla muusta sairaudesta kuin 2-tyyppin diabeteksestä johtuen. Tämän jälkeen henkilö ei ollut juurikaan harrastanut säännöllistä liikuntaa.

Olimme molemmat paikalla haastattelutilanteissa, joten tämä lisäsi haastatteluidemme luotettavuutta, koska meillä oli käytössämme kahden ihmisen näkemys haastattelutilanteesta. Haastattelutilanteissamme toinen toimi haastattelijana sekä kirjaajana ja toinen toimi tarkkailijana. Purimme jokaisen haastattelutilanteen jälkeen kyselylomakkeen vastaukset yhdessä ja keskustelimme vastausten luotettavuudesta sekä kirjaamisesta. Tällöin tuli esiin tilanteita, jolloin toinen oli tehnyt huomion, mitä kirjaaja ei ollut merkinnyt lomakkeeseen. Pystyimme myös jälkikäteen palaamaan kyselylomakkeisiin ja käymään lävitse vastauksia kirjoittaessamme analyysia.

Tutkimusongelmiemme kannalta sukupuolen, muiden sairauksien ja diabeteksen keston kartoittamisella ei loppujen lopuksi ollut merkitystä. Tutkimustulosten yleistettävyyden kannalta otanta on liian pieni. Joitakin yhteneväisyyksiä kuitenkin ilmeni tämänkin otannan perusteella. Näiden tulosten perusteella uskomme kuitenkin, että saamamme vastaukset ovat luotettavia ja niistä on hyötyä käytännön kannalta 2-tyyppin diabetesta sairastavien henkilöiden parissa työskenteleville.

Työstämme on varmasti jonkinlaista apua 2-tyyppin diabetesta sairastavien henkilöiden parissa työskenteleville, koska lukemalla tutkimuksen tuloksia he voivat saada enemmän tietoa diabetespotilaiden ajatuksista ja tätä kautta hyödyntää tietoa ammatissaan eri osa-alueilla. Niin kuin työssämme ilmeni, terveydelliset syyt ovat tärkeä motivoiva tekijä liikkumiseen motivoinnissa, joten 2-tyyppin diabetesta sairastavien henkilöiden parissa työskentelevien olisi tärkeää kannustaa potilaita liikkumaan ja löytämään konkreettisesti heille sopivia liikkumisen muotoja ja motivoivia tekijöitä. Voimme kuvitella, että potilaat ovat kuulleet moneen otteeseen liikunnan merkityksestä 2-tyyppin diabeteksen hoidossa, mutta monella on suuri kynnys aloittaa liikunnan harrastaminen ja löytää itselleen mieluisa liikuntamuoto, missä tuntee itsensä hyväksytyksi ja saa onnistumisen kokemuksia. Tämä on tärkeä asia, jotta liikunta tulisi säännölliseksi osaksi elämää.

Työmme teoriaosuus toimii tiivistettynä tietopakettina 2-tyyppin diabeteksen hoitoon perehdyttäessä. Se voisi toimia siis osana perehdytystä potilaiden parissa työskenteleville henkilöille sekä 2-tyyppin diabetespotilaille. Muihin 2-tyyppin diabetesta käsitteleviin teoksiin nähden työmme käsittelee aihetta myös motivoivain kannalta, joten se tuo hieman monipuolisempaa näkökulmaa muihin oppaisiin verrattuna.

Olemme tyytyväisiä, että valitsimme kohderyhmäksemme 2-tyyppin diabetespotilaat, koska aihe on ajankohtainen ja esillä tiedotusvälineissä lähes päivittäin. Aiheeseen on nyt vasta tartuttu enemmän ja ihmisiä on kehoitettu selvittämään riskiä sairastua 2-tyyppin diabetekseen. 2-tyyppin diabetekseen sairastuminen on lisääntynyt jatkuvasti ja riskitekijät sairastua ovat kasvaneet. Ihmisille on tärkeä jakaa tietoa aiheesta, jotta sairautta voidaan ennaltaehkäistä. Myös aihetta olisi tärkeää tutkia vielä nykyistä enemmän. Tuntuu hienolta olla mukana kehittämässä 2-tyyppin diabeteksen hoitoa, vaikkakin näin pieneltä osaa.

Haastatteluita tehdessämme oli opettavaista kohdata 2-tyyppin diabeetikoita ja keskustella kasvokkain heidän kanssaan. Erityisesti se, että kyseessä on sairaus, mikä pitkälti aiheutuu omista elämäntavoista tuo sairauteen omat haasteensa. Ihmisten on sisäistettävä elämäntapamuutoksensa ja löydettävä niitä tärkeitä asioita elämässä, minkä vuoksi taistella 2-tyyppin diabeteksen hallitsemiseksi.

Yhteistyömme sujui alusta asti luontevasti ja työmme eteni aikataulun mukaisesti. Opinnäytteen palautuspäivän lähestyessä aikataulujen yhteensovittaminen oli haasteellista. Saimme kuitenkin järjestettyä yhteistä aikaa niin, että työ saatiin päätökseen aikataulun mukaisesti. Työskentelytapamme ja -tyylimme ovat samanlaisia, joten olemme välttyneet suurimmilta konflikteilta. Jaoimme alussa teoriaosuuden kahtia ja tämä järjestely toimi hyvin. Saatuamme palautetta siitä, että teoriaosuudet eivät linkittyneet toisiinsa, jouduimme tekemään viime hetkellä muutoksia työhön. Työ kuitenkin tämän jälkeen muokkaantui yhteisemmäksi ja lukijaystävällisemmäksi. Tutkimusosiota sekä analyysia kirjoittaessa löysimme helposti yhteisen sävelen ja kirjoittamisprosessi eteni sujuvasti ja hyvissä tunnelmissa.

Kyselylomakkeen teossa saimme ristiriitaisia mielipiteitä ulkopuolisilta tahoilta ja toivomukset lomakkeen rakenteesta vaihtelivat paljon. Tässä kohtaa lähdimme kuitenkin toteuttamaan yhteistyökumppanimme toiveita, jotta työmme palvelisi heitä mahdollisimman hyvin. Yhteistyö Hatanpään sairaalan A4 ja B4 osastojen henkilökunnan kanssa sujui ongelmitta. Saimme heihin tarvittaessa yhteyden puhelimitse tai sähköpostilla ja kävimme paikan päällä.

LÄHTEET

Aro, E. 2007. Mitä diabetes on? Teoksessa Aro, E. (toim.) Diabetes ja ruoka – teoriaa ja käytäntöä terveydenhuollon ja ravitsemisalalan ammattilaisille. Jyväskylä: Gummeruksen Kirjapaino Oy, 10-14.

Aro, E. 2007. Terveellisen ruokavalion koostaminen. Teoksessa Aro, E. (toim.) Diabetes ja ruoka – teoriaa ja käytäntöä terveydenhuollon ja ravitsemisalalan ammattilaisille. Jyväskylä: Gummeruksen Kirjapaino Oy, 21-31.

Aro, E. & Heinonen, L. 2007. Ruokavalion erityispiirteet tyyppin 2 diabeetikon hoidossa. Teoksessa Aro, E. (toim.) Diabetes ja ruoka – teoriaa ja käytäntöä terveydenhuollon ja ravitsemisalalan ammattilaisille. Jyväskylä: Gummeruksen Kirjapaino Oy, 46-55.

Eriksson, J.G. 2005. Diabetes. Teoksessa Vuori, I., Taimela, S. & Kujala, U. (toim.) Liikuntalääketiede. 3. uudistettu painos. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino. 438-451.

Heikkilä, A. 2008. Diabeteksen hoito ruokavaliolla. Tallinna: Raamatutrükikoda.

Heikkinen, E. 2005. Keski-ikäisten ja iäkkäiden liikunta. Teoksessa Vuori, I., Taimela, S. & Kujala, U. (toim.) Liikuntalääketiede. 3. uudistettu painos. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino. 184-201.

Heinonen, K. 2007. Liikuntamotivaation moninaisuus. Päivitetty 26.4.2007. Luettu 26.8.2009.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=di00809

Heinonen, K. 1999. Mikä meitä liikuttaa? Teoksessa Rönnemaa, T. (toim.) Diabetes. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 91-93.

Hirsjärvi, S., Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Järvinen, S. Diabeteshoitaja. 2009. Sähköpostiviesti 25.5.2009. Tampere.

Kangas, T. 1999. Insuliinihoidon perusteet. Teoksessa Rönnemaa, T. (toim.) Diabetes. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 105-127.

Karjalainen, L. 2003. Tilastomatematiikka. 8. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kesäniemi, A., Kettunen, J., Ketola, E., Kujala, U., Kukkonen-Harjula, K., Lakka, T., Rauramaa, R., Rauramo, I., Tikkanen, H. & Vuori, I. 2008. Liikunta. Päivitetty 9.10.2008. Luettu 18.08.2009.

http://www.kaypahoito.fi/kotisivut/sivut.koti?p_sivusto=6&p_navi=1303&p_url=http://www.kaypahoito.fi/kh/kh_julkaisu.suosituks

Koivisto, V. 1999. Diabetes ja liikunta. Teoksessa Rönnemaa, T. (toim.) Diabetes. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 79-87.

Koivula, U-M., Suihko, K. & Tyrväinen, J. 2003. Mission: Possible, Opas opin-
näytteen tekijälle. 2. uudistetun painoksen lisäpainos. Tampere: Pirkanmaan
ammattikorkeakoulun julkaisusarja C.

Kukkonen-Harjula, K. 2005. Metabolinen oireyhtymä ja tyypin 2 diabetes. Teok-
sessa Fogelholm, M. & Vuori, I. (toim.) Terveysliikunta. Jyväskylä: Gummerus
Kirjapaino Oy, 93-103.

Mertanen, M-L. Liikunnan hyödyntäminen mielenterveyden hoitotyössä. luettu
26.11.2008.
[http://gallia.kajak.fi/opmateriaalit/yleinen/ahorai/mielentervvehto/mielentervliikun
ta.htm#3](http://gallia.kajak.fi/opmateriaalit/yleinen/ahorai/mielentervvehto/mielentervliikun
ta.htm#3)

Ojanen, M. 2006. Liikunnan teoriaa, käsitteitä ja tutkimuksia. Teoksessa Turha-
la, S. & Kettunen, S. (toim.) Liiku mieli hyväksi. Malleja ja kokemuksia liikunta-
toiminnan kehittämistä. Vantaa: Dark Oy. 14-29.

Ojanen, M. 2001. Liiku oikein- voi hyvin. Liikunnan merkitys hyvinvoinnille.
Tampere:Tammer-Paino Oy.

Pintilä, H. 1999. Diabeteksen puhkeaminen. Teoksessa Rönnemaa, T. (toim.)
Diabetes. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 21-24.

Roxendal, G. 1987, Ett helhetsperspektiv- sjuksgymnastik inför framtiden. Lund:
Studentlitteratur.

Ruoka. 2009. Diabetesliitto. Päivitetty 25.6.2009. Luettu 18.8.2009.
http://www.diabetes.fi/sivu.php?artikkeli_id=5242

Salmela-Aro, K., Nurmi, J-E. (toim.). 2002. Mikä meitä liikuttaa. Modernin moti-
vaatiopsykologian perusteet. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Saraheimo, M. & Ilanne-Parikka, P. 1999. Mitä diabetes on? Teoksessa Rön-
nemaa, T. (toim.) Diabetes. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 9-20.

Suomen diabetesliitto ry. 2002. Tyypin 2 diabetes – Opas aikuistyyppin diabeeti-
kolle. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Talvitie, U., Karppi, S-L. & Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. 2. uudistettu
painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Tietoa diabeteksestä. 2009. Diabetesliitto. Päivitetty 26.3.2009. Luettu
20.8.2009. http://www.diabetes.fi/sivu.php?artikkeli_id=34

Tilvis, R. 1993. Vanhenemismuutokset. Teoksessa Tilvis, R. & Sourander, L.
(toim.) Geriatria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 41-74.

Turtia, K. 2001. Sivistyssanat. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Tyypin 2 diabetes. 2009. Diabetesliitto. Päivitetty 25.6.2009. Luettu 20.8.2009. http://www.diabetes.fi/sivu.php?artikkeli_id=94

UKK-instituutti. 2009. Terveysliikunnan suositus: Liikuntapiirakka. Luettu 18.8.2009. <http://www.ukkinstituutti.fi/fi/suosituksia>,

Virtanen, S. & Aro, E. 2007. Ruokavalio hoitona. Teoksessa Aro, E. (toim.) Diabetes ja ruoka – teoriaa ja käytäntöä terveydenhuollon ja ravitsemisalalan ammattilaisille. Jyväskylä: Gummeruksen Kirjapaino Oy, 15-20.

Thomas, D., Elliott, E.J. & Naughton, G. A. 2006. Exercise for type 2 diabetes mellitus. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006. Issue 3. CD002968

LIITTEET

Liite 1

LIIKKUMISEEN MOTIVOITUMINEN 2-TYYPIN DIABETES-POTILAALLA

Nimi _____

Ikä _____

Milloin Teillä on todettu 2-tyypin diabetes?
_____Onko Teillä muita todettuja sairauksia?

1. Kuinka usein viikossa liikutte?

- 0 krt / vko
- 1 krt / vko
- 2-4 krt / vko
- 5 tai enemmän

2. Millaista liikunta oli rasittavuudeltaan?

- hyvin kevyttä (hyötyliikunta)
- kevyttä (kuntoliikunta)
- hengästyttävää (riipeä kuntoliikunta)

3. Millaisia liikuntamuotoja harrastitte?

4. Muutitteko liikuntatottumuksianne sen jälkeen, kun Teillä todettiin 2-tyypin diabetes?

- kyllä
- ei

5. Jos vastasitte kysymykseen kyllä, miten ja miksi muutitte liikuntatottumuksi-
anne? _____

6. Jos ette liiku tällä hetkellä, mitkä seuraavista tekijöistä motivoisivat Teitä liik-
kumaan
(valitse 3 tärkeintä)?

Jos liikutte tällä hetkellä, mitkä seuraavista tekijöistä ovat motivoineet Teitä
liikkumaan (valitse 3 tärkeintä)?

- ystävän seura
- ryhmä – sosiaaliset kontaktit
- liikuntapaikan läheinen sijainti
- kulkuyhteydet liikuntapaikkaan / kuljetus
- terveydelliset syyt
- kohtuulliset kustannukset
- saattaja / tukihenkilö
- ryhmäliikunnan ajankohta
- turvallinen ulkoiluympäristö
- enemmän aikaa liikkumiselle
- tarkoituksenmukaiset välineet
- liikunnan tuoma hyvä olo
- yleiskunnon kohentuminen / ylläpitäminen
- kattavampi lajivalikoima
- kunnon konkreettinen seuraaminen esim. testein
- itsenäinen kotona selviytyminen
- liikunnasta saatava palkinto
- jokin muu, mikä _____

7. Mikä motivoisi Teitä liikkumaan useammin?
