

Taru Mäkilä

TERVEYSLIIKUNTAPILOTTIIN OSALLISTUMINEN JA FYYSI-  
NEN AKTIIVISUUS 6 KK PILOTIN JÄLKEEN

Fysioterapian koulutusohjelma

2008



## TERVEYSLIIKUNTAPILOTTIIN OSALLISTUMINEN JA FYYSINEN AKTIIVISUUS 6 KK PILOTIN JÄLKEEN

Mäkilä, Taru  
Satakunnan ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveysala, Pori  
Fysioterapian koulutusohjelma  
Marraskuu 2008  
Tuominen, Hanna  
YKL: 79,6  
Sivumäärä: 40

Asiasanat: terveysliikunta, työikäiset, muutos, fyysinen aktiivisuus, kyselytutkimus

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia terveysliikuntapilottiin osallistuneiden henkilöiden kokemuksia ja mielipiteitä pilottiin osallistumisesta ja oliko tutkittavien fyysisessä aktiivisuudessa tapahtunut muutoksia kuusi kuukautta pilotin loppumisen jälkeen. Terveysliikuntapilotti (Metabolisen oireyhtymän ja tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvien henkilöiden tehostetun liikuntaneuvonnan vaikutukset fyysisen aktiivisuuden lisääntymiseen ja terveyteen) on osa suurempaa Terveysliikunnan palveluketju terveyssektorilla –projektia, joka käynnistyi Satakunnan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan Porin yksikössä vuonna 2006. Aihe opinnäytetyölle syntyi pilotin tutkijoiden ehdotuksesta.

Tutkimus oli luonteeltaan laadullinen eli kvalitatiivinen, mutta se sisälsi myös määrällisiä eli kvantitatiivisia piirteitä. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat terveysliikuntapilottiin osallistuneet työikäiset henkilöt, jotka olivat liikunnallisesti passiivisia ja kuuluivat 2 tyypin diabeteksen ja metabolisen oireyhtymän riskiryhmään. Tutkimuksen aineistonkeruutapana käytettiin kyselylomaketta, joka lähetettiin tutkittaville (n=12) toukokuussa 2008.

Kyselylomakkeita palautui 5 kappaletta, jolloin kyselyn vastausprosentiksi muodostui 42. Vastanneet (n=5) kokivat saaneensa terveysliikuntapilotin kautta tietoa liikunnan ja terveyden välisistä yhteyksistä sekä tietoa eri liikuntamuodoista. Kaikki vastanneet tiedostivat liikunnan lisäämisen tarpeen, johon pilotin sisältämällä terveysliikuntaneuvonnalla oli todennäköisesti vaikutusta. Terveysliikuntapilotin vaikutus osallistuneiden fyysiseen aktiivisuuteen oli vähäinen, sillä kaikkien vastanneiden fyysisen aktiivisuuden määrä ei täyttänyt terveysliikunnan suositusten määrää kuusi kuukautta pilotin loppumisen jälkeen. Haasteena tulevissa samankaltaisissa liikuntainterventioissa tulee olemaan se, miten osallistujat saadaan sitoutumaan ja motivoitumaan projektiin, ja sitä kautta pysyvien käyttäytymisen muutosten tekemiseen.

## PARTICIPATION IN HEALTH-ORIENTED PHYSICAL ACTIVITY –PILOT STUDY AND PHYSICAL ACTIVITY 6 MONTHS AFTER THE STUDY

Mäkilä, Taru  
Satakunta University of Applied Sciences  
Social Services and Health Care, Pori  
Degree Programme in Physiotherapy  
November 2008  
Tuominen, Hanna  
PLC: 79,6  
Number of pages: 40

Keywords: health-oriented physical activity, working-age population, change, physical activity, survey

---

The purpose of this thesis was to survey the experiences and opinions of those who participated in health-oriented physical activity -pilot study and if there were changes in their physical activity 6 months after the pilot study. Health-oriented physical activity –pilot study ("Effects of an intense physical activity-counselling on physical activity and health in people at risk for metabolic syndrome and type 2 diabetes") is part of a larger "Service chain of health-oriented physical activity at health sector"-project which started at 2006 in Satakunta University of Applied Sciences, Social Services and Health Care, Pori. The idea of the study was based on the wishes of the pilot study workers.

The main approach of the study was qualitative but it also included quantitative attributes. The subjects of the study were selected from the pilot study participants who were physically inactive and had a high risk of type 2 diabetes and metabolic syndrome. The study was carried out by a questionnaire in May 2008.

Five questionnaires were responded and the response rate was 42%. According to the respondents the pilot study helped the participants to get information about health improving effects of physical activity and different forms of exercising generally. All the respondents acknowledged the need for increasing physical activity, which might be partly explained by the intense health-oriented physical activity counselling. Effects on physical activity were minor because the amount of physical activity of all the respondents did not fulfil the physical activity recommendations 6 months after the pilot study. In the future at the same kind of interventions the main challenge will be how to motivate the participants to the project and how to make permanent behavioural changes.

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	6
2	TERVEYSLIIKUNTA.....	7
2.1	Terveysliikunnan suositus.....	8
2.2	Liikuntapiirakka – suomalaisten sovellus terveysliikuntasuosituksesta .....	9
3	LIIKUNTAKÄYTTÄYTYMINEN JA SIIHEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT	11
3.1	Altistavat, mahdollistavat ja vahvistavat tekijät.....	11
3.2	Liikuntakäyttäytyminen eri elämänvaiheissa.....	12
4	LIIKUNTAKÄYTTÄYTYMISEN MUUTOS.....	13
4.1	Liikuntaneuvonta.....	14
4.2	Transteoreettinen muutosvaihemalli .....	14
4.2.1	Esiharkintavaihe.....	15
4.2.2	Harkintavaihe .....	16
4.2.3	Valmisteluvaihe .....	16
4.2.4	Toimintavaihe/Aloitteluvaihe .....	17
4.2.5	Ylläpitovaihe .....	17
4.3	Transteoreettinen muutosvaihemalli perusterveydenhuollon liikuntainterventioissa .....	17
5	TERVEYSLIIKUNTAPILOTTI .....	18
5.1	Terveysliikuntapilotin tavoitteet .....	19
5.2	Terveysliikuntapilotin toteutus .....	19
5.3	Terveysliikuntapilotin tulokset intervention jälkeen.....	21
6	TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	21
7	TUTKIMUSMENETELMÄT .....	22
7.1	Koehenkilöt.....	22
7.2	Aineistonkeruu .....	22
7.3	Kyselytutkimus aineistonkeruumenetelmänä.....	23
7.4	Analysointi .....	25
8	TULOKSET .....	25
8.1	Terveysliikuntapilotti .....	26
8.1.1	Ryhmämuotoisuus.....	26
8.1.2	Liikuntasuunnitelma, pilotin kesto ja käyttäytymisen muutoksen tukeminen.....	27

8.2	Liikunta-aktiivisuus .....	28
9	JOHTOPÄÄTÖKSET.....	29
10	POHDINTA .....	30
10.1	Tulosten tarkastelu .....	30
10.2	Tutkimuksen luotettavuus .....	34
10.3	Tutkimuksen eettisyys.....	36
10.4	Tutkimuksen hyödyntäminen tulevaisuudessa.....	36
	LÄHTEET.....	38
	LIITTEET	

# 1 JOHDANTO

Vaikka liikunnan suotuisat vaikutukset terveyteen ja erilaisten sairauksien ehkäisyyn tunnetaan hyvin, silti noin miljoona (40%) suomalaisista työkäisistä liikkuu terveytensä kannalta riittämättömästi. Liikkumattomuus lisää sairastumista mm. sydän- ja verisuonisairauksiin ja tyyppin 2 diabetekseen sekä altistaa ylipainolle ja erilaisille tuki- ja liikuntaelimestön vaivoille. Aikaisemmin terveyden ylläpitämiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi suositeltiin raskasta kuntoliikuntaa, mutta nykytiedon mukaan jo kohtuullisesti kuormittavalla liikunnalla, esimerkiksi kävelyllä, voidaan ehkäistä 2 tyyppin diabetesta ja sydän- ja verenkiertoelimestön sairauksia. Säännöllinen liikunta laskee esimerkiksi verenpainetta, parantaa veren rasvojen laatua ja sydämen iskutilavuutta sekä laajentaa verisuonien läpimittaa. Liikunnalla voidaan parantaa kudosten insuliiniherkkyyttä sekä ylläpitää tuki- ja liikuntaelimestön kuntoa, esimerkiksi luuston vahvuutta. Liikunnalla on lisäksi todettu olevan vaikutusta rinta- ja paksusuolensyövän ehkäisyssä sekä myönteisiä vaikutuksia mielenterveyteen ja unen laatuun. (Fogelholm, Paronen & Miettinen 2007, 88; Laaksonen & Lakka 2007, 18; Käypä hoito 2008; Suni & Taulaniemi 2003.)

Koska liikunnan terveysvaikutukset ovat kiistattomat, ihmisten liikuntakäyttäytymiseen tulisi pyrkiä vaikuttamaan liikuntaneuvonnan avulla. Elintapojen muutosta tulisi tukea mahdollisimman kokonaisvaltaisesti pysyvien muutosten mahdollistamiseksi. Pysyvien muutosten saavuttamiseksi asiakkaan on koettava muutos merkitykselliseksi omassa elämässään. Usein tämä vaatii henkilökohtaisen terveysongelman kohtaamisen, mikä pysäyttää henkilön ajattelemaan perusteellisemmin omaa terveydentilaansa. Terveystieteiden roolia liikuntaneuvonnan antajana korostetaan, koska sillä on mahdollisuus tavoittaa ne henkilöt, jotka hyötyvät eniten liikunnan lisäämisestä. Liikuntakäyttäytymisen muuttaminen on haastavaa, mutta tärkeää, sillä Maailman terveysjärjestön, WHO:n, arvion mukaan jopa 90 prosenttia 2 tyyppin diabeteksesta pystyttäisiin välttämään elintapoja muuttamalla, esimerkiksi lisäämällä liikunnan määrää. (Heinonen 2007, 24-25; Borodulin ym. 2004, 3729; WHO 2003.)

Satakunnan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan Porin yksikössä käynnistyi vuonna 2006 Terveysliikunnan palveluketju terveyssektorilla -projekti, jonka tarkoituksena on kehittää terveysliikuntaneuvontamalli liikunnallisesti passiivisille työikäisille sekä samalla vahvistaa terveysliikunnan asemaa osana terveysneuvontaa ja lisätä terveydenhuollon ammattilaisten terveysliikunnan asiantuntemusta. Vuonna 2007 aloitettiin projektiin liittyvä pilottitutkimus, jossa tutkittiin kymmenen kuukautta kestäneen liikuntaintervention vaikutuksia terveysmuuttujiin. Tutkittavat olivat työikäisiä, liikunnallisesti passiivisia sekä 2 tyypin diabeteksen ja metabolisen oireyhtymän riskiryhmään kuuluvia. Terveysliikuntaneuvonta keskittyi käyttäytymisen muutokseen ja liikunnan mahdollistamiseen perustuen transteoreettiseen muutosvaihemalliin.

Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää terveysliikuntapilottiin osallistuneiden henkilöiden kokemuksia ja mielipiteitä pilottiin osallistumisesta ja onko tutkittavien fyysisessä aktiivisuudessa tapahtunut muutoksia kuusi kuukautta pilotin loppumisen jälkeen. Tulosten perusteella voidaan asettaa mahdollisia kehittämisehdotuksia vastaavanlaisille projekteille tulevaisuudessa.

## 2 TERVEYSLIIKUNTA

Terveysliikunnalla tarkoitetaan kaikkea sellaista fyysistä aktiivisuutta, joka parantaa tai ylläpitää terveyttä ja joka ei tuota terveydellisiä haittoja tai vaaroja. Terveyttä edistää liikunta, joka toistuu usein, on säännöllistä sekä määrältään ja kuormittavuudeltaan riittävän tehokasta. Terveysliikunnan tavoitteena on hyvän terveyskunnan saavuttaminen ja ylläpitäminen. Terveyskunnolla tarkoitetaan kaikkia niitä fyysisen kunnan osa-alueita, joilla on yhteys terveyteen ja fyysiseen toimintakykyyn. Terveyskunnan osa-alueita ovat aerobinen kunto (kestävyyskunto), motorinen kunto (liikkeiden hallinta ja tasapaino), tuki- ja liikuntaelimistön kunto (lihasvoima- ja kestävyys, nivelten liikkuvuus ja luun vahvuus) ja kehon koostumus (paino, vyötärön ym-

pärys). (Fogelholm 2004, 12-13; Fogelholm, Oja, Rinne, Suni & Vuori 2004, 2042; Vuori 2003, 27.)

## 2.1 Terveysliikunnan suositus

The American College of Sports Medicine määritteli vuonna 1978 liikuntasuosituksen, jonka mukaan ihmisten tulisi harrastaa vähintään kolme kertaa viikossa hengästyistä ja hikoilua aiheuttavaa kuntoliikuntaa. Kuormittavuudeltaan raskasta liikuntaa korostava suositus on voinut olla liian suuri kynnys aloittaa liikuntaharrastus niille henkilöille, jotka eivät ole ennen liikkuneet. Kuntoliikuntasuositus oli yleisesti käytössä aina 1990-luvulle asti, jolloin alettiin korostaa kohtalaisesti kuormittavaa liikuntaa terveyden edistämiseksi. Vuonna 1995 julkaistiin Russel Paten johtaman työryhmän suositus terveyttä edistävästä liikunnasta, joka korosti kohtalaisesti kuormittavaa, reipasta kävelyä vastaavaa liikuntaa terveyden edistämiseksi. Suosituksen tarkoituksena oli alentaa kynnystä liikunnan aloittamiseksi ja lisäämiseksi etenkin niillä ihmisillä, jotka eivät ole kiinnostuneita kuntoliikunnasta tai joille kuntoliikunta on mahdotonta esimerkiksi terveydellisistä syistä. Tavoitteena oli myös tuoda esille, että liikkumattomuuteen liittyviä terveysriskejä voidaan ehkäistä melko pienillä toimenpiteillä, esimerkiksi lisäämällä arkiliikunnan määrää. (Fogelholm ym. 2005, 72-76; Fogelholm ym. 2004, 2040; Fogelholm & Oja 2005, 72-73.)

Vuoden 1995 terveystuokuntasuositus on ollut laajalti käytössä aina vuoteen 2007 asti, jolloin Yhdysvalloissa julkaistiin uusi terveystuokuntasuositus perustuen vahvaan tutkimusnäyttöön liikunnan ja terveyden välisistä yhteyksistä. Nykyinen terveystuokuntasuositus on yhdistelmä vanhoista terveystuokuntasuosituksista sekä kuntoliikuntaa painottavista suosituksista. Suosituksen mukaan aikuisen henkilön (18-65-vuotiaat) tulisi harrastaa 5 kertaa viikossa vähintään 30 minuuttia kohtuullisesti rasittavaa liikuntaa tai vaihtoehtoisesti 3 kertaa viikossa raskaampaa kuntoliikuntaa vähintään 20 minuuttia kerrallaan. Terveydelle riittävän fyysisen aktiivisuuden voi myös saavuttaa yhdistelemällä vaihtoehtoisia muotoja esimerkiksi kävelemällä 2 kertaa 30 minuuttia ja juoksemalla 2 kertaa 20 minuuttia viikossa. (Fogelholm 2008, 3; Haskell ym. 2007, 1083.)



Kohtuullisesti kuormittavalla liikunnalla tarkoitetaan liikkumista reipasta kävelyä vastaavalla teholla, jolloin syke on vähintään noin 100 lyöntiä minuutissa. Kohtuullisesti kuormittavan liikunnan voi jakaa pienempiin jaksoihin, kuitenkin vähintään 10 minuuttia kerrallaan. Raskaalla kuntoliikunnalla taas tarkoitetaan liikuntaa, joka aiheuttaa voimakkaampaa hengästymistä ja sykkeen nousua, esimerkiksi juoksua tai hölkkää. Suosituksessa korostetaan myös tuki- ja liikuntaelimestön harjoittelua, joka on jäänyt aiemmin vähemmälle huomiolle. Lihaskuntoharjoittelua tulisi toteuttaa 2 kertaa viikossa ja liikkeiden tulisi kohdistua suurimmille lihasryhmille. (Fogelholm 2008, 3; Haskell ym. 2007, 1083-1084.)

Suosituksen tarkoituksena on taata riittävä perustaso, jolla fyysisestä passiivisuudesta aiheutuvat suurimmat terveysriskit pystytään välttämään. Suositeltu liikunnan määrä haluttujen terveysvaikutusten aikaansaamiseksi tulee päivittäisten välttämättömien askareiden ja siirtymisten lisäksi, jotka ovat usein kuormittavuudeltaan liian alhaisia ja kestoltaan alle 10 minuuttia. Liikkumalla annettuja suosituksia enemmän voidaan saavuttaa lisää terveyshyötyjä. Riittävä liikunnan määrä ehkäisemään liikkumattomuuteen liittyviä terveysriskejä vastaa noin 4,2 MJ:n (1000 kcal) energiankulutusta viikossa, mutta ihanteellisinta terveyden kannalta olisi kuluttaa yli 8,4 MJ (2000 kcal). Tämän määrän voi saavuttaa esimerkiksi kävelemällä tai harrastamalla muuta liikuntaa päivittäin noin 45-60 minuutin ajan kohtuullisella (reippaalla) teholla. Yhdistelemällä erilaisia fyysisen aktiivisuuden muotoja on helpointa lisätä liikunnan määrää ja energiankulutusta. (Fogelholm ym. 2005, 76; Fogelholm ym. 2004, 2041; Haskell ym. 2007, 1083-1084.)

## 2.2 Liikuntapiirakka – suomalaisten sovellus terveysterveystieteestä

UKK-instituutin liikuntapiirakka on kehitetty hahmottamaan terveysterveystieteestä suositukset liikuntaneuvontaa varten ja se perustuu 1990-luvun alussa syntyneeseen terveyskunto-käsitteeseen. Liikuntapiirakka on ollut Suomessa käytössä jo vuodesta 2004 lähtien korostaen terveysterveystieteestä monipuolisuutta, mitä myös nykyinen terveysterveystieteestä suositus painottaa. Liikuntapiirakka on jaettu kahteen osaan, joissa huomioidaan yleisen terveysterveystieteestä suosituksen lisäksi muut liikunnan, terveyden ja terveysterveystieteestä väliset annos-vastesuhteet. Piirakan alaosa kuvaa perusliikuntaa, jolla tarkoi-

tetaan arki-, hyöty- ja työmatkaliikuntaa. Perusliikunnalle on tyypillistä, että itse liikuminen ei ole motiivina, esimerkiksi pihatyöt, kävely kauppaan ja töihin sekä lasten kanssa leikkiminen. Perusliikuntaa tulisi olla päivittäin vähintään 30 minuuttia, jonka voi kerätä esimerkiksi 10 minuutin jaksoista, ja sitä tulisi kertyä yhteensä 3-4 tuntia viikossa. Perusliikunta ei varsinaisesti kehitä terveystason eri osa-alueita, mutta säännöllisesti toistuvalla matalatehoisellakin fyysisellä aktiivisuudella on myönteinen vaikutus terveyteen ja painonhallintaan. Jo kohtalaisesti kuormittavalla liikunnalla, esimerkiksi kävelyllä, voidaan tutkimusten mukaan ehkäistä 2 tyypin diabetesta ja sydän- ja verenkiertoelimistön sairauksia. (Fogelholm 2008, 3; Fogelholm ym. 2005, 78-79; Fogelholm 2004, 12; Laaksonen & Lakka 2007, 18-21.)

Piirakan yläosa muodostuu kuntoliikunnasta, jota tulisi harrastaa noin joka toinen päivä. Kuntoliikuntaa tulisi kertyä viikossa yhteensä noin 2-3 tuntia. Piirakan yläosa on jaettu kahteen lohkoksi, kestävyysliikuntaan ja liikehallintaan/lihaskuntoon. Kestävyysliikunnan tavoitteena on kehittää ja ylläpitää sydän- ja verenkiertoelimistön kuntoa. Hyviä kestävyysliikunnan lajeja ovat mm. hölkkä, uinti, hiihto, pyöräily ja reipas kävely. Liikehallinnalla ja lihaskunnolla tarkoitetaan mm. lihasvoimaa, nivelten liikkuvuutta ja kudosten joustavuutta, joita voi kehittää ja ylläpitää esimerkiksi kuntosaliharjoittelulla, lihaskuntoharjoitteilla, pallopeleillä ja venyttelemällä. (Fogelholm ym. 2005, 78-79.)

Kumpikin piirakan osa vastaa erikseen noin 4,2 MJ:n (1000 kcal) energiankulutusta viikossa, joka riittää suojaamaan liikkumattomuuden aiheuttamilta terveysriskeiltä. Suosituksena onkin yleisesti käytössä oleva ohje ”Ota ainakin puolet!”, mutta ihanneellisinta olisi, jos molemmat piirakan osat toteutuisivat. Liikuntapiirakkaa voidaan muuttaa ja soveltaa liikuntaneuvonnassa asiakkaan mukaan. Esimerkiksi ylipainoisilla henkilöillä tulisi täyttyä piirakan molemmat puolet, että energiankulutus on mahdollisimman suurta, kun taas ikääntyneillä korostuvat tuki- ja liikuntaelimistön kunto ja liikehallinta mahdollisten kaatumisten ehkäisemiseksi. (Fogelholm 2004, 12.)

### 3 LIIKUNTAKÄYTTÄYTYMINEN JA SIIHEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT

Ihmisten liikuntakäyttämiseen vaikuttavat monet eri tekijät. Liikkeelle lähteminen edellyttää monenlaisia harkintoja, valintoja ja toimintoja. Tekijöitä voidaan jaotella erilaisilla tavoilla, esimerkiksi jakamalla ne konkreettisiin ja käsitteellisiin tekijöihin. Konkreettisilla tekijöillä tarkoitetaan esimerkiksi liikuntataitoja, liikuntapaikan etäisyyttä ja valitun liikuntamuodon rasittavuutta. Käsitteellisillä tekijöillä tarkoitetaan henkilön omaa käsitystä itsestään liikkujana ja omaa arviota pystyvyydestä tiettyyn liikuntamuotoon. Yksittäisen tekijän merkitys voi vaihdella eri ikä-kausina, esimerkiksi liikunnan motiivit vaihtelevat eri elämänvaiheissa. Tekijät ovat erilaisia yksilöittäin, ja ne voivat muuttua esimerkiksi elämäntilanteen mukaan, joka luo haasteita liikunnan edistämiseksi väestötasolla. (Vuori 2003, 79-81; Zacheus, Tähtinen, Koski, Rinne & Heinonen 2003, 33-37.)

#### 3.1 Altistavat, mahdollistavat ja vahvistavat tekijät

Yksi yleisimmistä terveyskasvatuksessa käytetyistä jaotteluista on tekijöiden ryhmitely Greenin (1980) PRECEDE-mallin mukaan altistaviin, mahdollistaviin ja vahvistaviin tekijöihin, jotka voivat vaikuttaa liikuntakäyttämiseen sekä myönteisesti että kielteisesti. (Vuori 2003, 81, 102-103.)

Altistavilla tekijöillä tarkoitetaan henkilön mielikuvia, asenteita, tietoja, uskomuksia ja kokemuksia. Altistaviksi tekijöiksi luokitellaan myös ikä, sukupuoli ja sosiaalinen tausta. Jos henkilöllä on aikaisempia negatiivisia kokemuksia liikunnan harrastamisesta, esimerkiksi huonot koululiikuntamuistot tai liian rasittava liikuntamuoto, kynnys aloittaa liikunta on korkea. Jos taas muistot ovat myönteisiä, liikunnan aloittamisen kynnys on matalampi. (Nupponen 2005, 224; Vuori 2003, 102.)

Mahdollistavilla tekijöillä tarkoitetaan niitä tekijöitä, jotka positiivisessa muodossaan tekevät mahdolliseksi liikunnan harrastamisen ja kielteisessä muodossa rajoitta-

vat liikunnan harrastamista. Mahdollistaviin tekijöihin kuuluvat henkilön ja ympäristön edellytykset liikunnan harrastamiseen, esimerkiksi suoritustaidot, terveys, kunto, aika, suorituspaikat, välineet ja varusteet. (Nupponen 2005, 224; Vuori 2003, 102.)

Vahvistaviin tekijöihin kuuluvat erityyppisten sosiaalisten yhteisöjen antama tuki, palaute, asenne sekä mahdolliset liikunnan tuottamat onnistumisen kokemukset ja palkinnot. Motivaatio liikuntatottumusten muutoksen tekemiseen ja onnistumiseen kasvaa, jos muutosta harkitsevan henkilön perhe ja ystävät kannustavat ja antavat myönteistä palautetta. (Vuori 2003, 102-103.)

Yhteenvedona altistavista, mahdollistavista ja vahvistavista tekijöistä voidaan todeta, että liikunnan aloittamisen tai ylläpitämisen todennäköisyys kasvaa silloin, kun mahdollisimman monet myönteisistä ja mahdollisimman harva kielteisistä tekijöistä toteutuvat samanaikaisesti. Liikuntaneuvontaa antavan ammattilaisen tulisi selvittää yhdessä asiakkaan kanssa mitkä ovat asiakkaan altistavat, mahdollistavat ja vahvistavat tekijät, jotta saataisiin käsitys suunniteltua muutosta rajoittavista ja tukevista asioista. (Nupponen 2005, 224; Vuori 2003, 102-103.)

### 3.2 Liikuntakäyttäytyminen eri elämänvaiheissa

Ihmisten liikuntakäyttäytyminen on erilaista eri ikäpolvien välillä, esimerkiksi liikunnan teho, säännöllisyys, motiivit, esteet ja liikuntalajit vaihtelevat eri elämänvaiheissa. Lapsuuden ja nuoruuden aikaisella aktiivisella liikunnan harrastamisella on todettu olevan yhteyttä aktiiviseen liikkumiseen aikuisena. Tammelinin (2003) mukaan aktiivinen liikunnan harrastaminen, urheiluseuraan kuuluminen ja hyvä koulu-liikuntanumero ovat yhteydessä aktiiviseen liikkumiseen aikuisena, kun taas heikolla koulumenestyksellä ja sosioekonomisella asemalla on yhteys aikuisuuden liikkumattomuuteen. (Tammelin 2003, 7; Zacheus ym. 2003, 33-37.)

Liikunnan harrastaminen on määrältään vähäisintä elämänkaaren keskivaiheilla (26-45-vuotiaat) ja kaikkein suurinta alku- ja loppuvaiheessa. Liikunnan määrän vähenemistä elämän keskivaiheilla selitetään usein laiskuudella sekä perhe-elämän tuomilla haasteilla, esimerkiksi ajanpuutteella. Lapset ja nuoret liikkuvat keskimäärin 3

kertaa viikossa, 26-45-vuotiaat keskimäärin 2 kertaa viikossa ja ikääntyneet 3,5 kertaa viikossa. Myös liikuntalajeissa sekä liikunnan motiiveissa on nähtävissä eroja eri ikäluokkien välillä. Lasten ja nuorten ikäryhmälle tyypillisintä ovat pallopelien lisäksi muut vauhdikkaat lajit, ja elämänrakentajille ja nuorille aikuisille aerobic, kuntosaliharjoittelu ja lenkkeily. Kävely on suosituin liikuntamuoto jokaisessa ikäryhmässä lukuun ottamatta lapsia. Aikuisten ja ikääntyneiden liikuntamuodoissa korostuvat kävely, pyöräily, lenkkeily, uinti, voimistelu, marjastus ja sienestys. Mitä vanhemmasta ikäluokasta on kyse, sitä matalatehoisemmat lajit korostuvat. Liikunnan motiivit ovat ikäryhmien välillä pääosin samankaltaisia, esimerkiksi rentoutuminen, irtiotto arjesta ja hyvä olo, mutta lasten ikäryhmä suosii kilpailua ja sosiaalisuutta enemmän kuin muut ikäryhmät. (Zacheus ym. 2003, 33-37.)

#### 4 LIKUNTAKÄYTTÄYTYMISEN MUUTOS

Ihmisten liikuntakäyttämisen muuttaminen on tärkeää, koska liikunnan vaikutukset monien sairauksien ehkäisyssä, hoidossa ja kuntoutuksessa ovat kiistattomat. Vaikka liikunnan terveyshyödyt tiedetään yhä tarkemmin, silti vain 60-65 prosenttia suomalaisista työikäisistä liikkuu riittävästi terveytensä kannalta. Arvion mukaan liian vähäinen liikunta aiheuttaa Suomessa 300-400 miljoonan euron kustannukset vuosittain. Terveystieteiden roolia väestön liikuntakäyttämisen muuttamisessa pidetään tärkeänä, koska sillä on ainutlaatuinen mahdollisuus tavoittaa fyysisesti passiiviset henkilöt, jotka hyötyisivät eniten liikunnan lisäämisestä. Käyttämisen muutos on hidas prosessi, joka edellyttää henkilön omaa tahtoa ja motivaatiota muutoksen tekemiseen. Asiakkaan tulee ymmärtää itse muutoksen merkitys omassa elämässään, jotta elintapojen pysyvä muutos onnistuisi. (Aittasalo 2008, 261; Heinonen 2007, 24; Tala 2007, 19-24.)

#### 4.1 Liikuntaneuvonta

Liikuntaneuvonnalla tarkoitetaan terveydenhuollon ja liikunnan ammattilaisten pyrkimystä vaikuttaa yksilön liikuntatottumuksiin. Sen avulla pyritään lisäämään terveytensä kannalta liian vähän liikkuvien asiakkaiden liikunnan määrää. Liikuntaneuvonnan tulee olla asiakaslähtöinen prosessi, jossa asiakasta tuetaan löytämään omat valmiutensa muuttamaan liikuntakäyttäytymistään. Terveydenhuollon työntekijöiden suhtautuminen liikuntaneuvontaa kohtaan on myönteistä, mutta silti neuvontaan käytettävä aika on vähäistä, ja asiakaslähtöisyys unohtuu usein. Ajanpuute ja puutteelliset neuvontataidot ovat yleisimmät perustelut liikuntaneuvonnan vähäiselle toteutumiselle. Ohjaaminen vaatii monenlaisia tietoja ja taitoja. Pelkkien ohjeiden antaminen ei riitä, vaan neuvonnan antajan on kohdattava jokainen asiakas yksilönä, jolla on oma elämäntilanteensa ja historiansa. Usein liikuntaneuvontaa antavatkin normaallipainoiset, joille liikunta on aina ollut luonnollinen osa elämää, minkä takia heidän voi olla vaikeuksia ymmärtää ylipainoisen, liikunnallisesti passiivisen, henkilön negatiivista suhtautumista liikuntaa kohtaan. (Aittasalo 2007, 9-10; Heinonen 2007, 24-25; Aittasalo 2008, 261.)

Liikuntaneuvontaa varten on kehitetty erilaisia työkaluja, joiden käyttö vaihtelee alueittain. Suomessa on laajalti käytössä liikuntapiirakan lisäksi liikkumisresepti, jolla lääkäri määrää asiakkaalle kirjallisesti miten hänen tulisi liikkua, jotta fyysinen aktiivisuus olisi terveyden kannalta riittävää. Liikkumisreseptin on todettu lisäävän terveytensä kannalta liian vähän liikkuvien henkilöiden liikunnan määrää etenkin lyhytaikaisesti. Esimerkiksi Kallings ym. havaitsivat, että liikkumisreseptin käyttö lisäsi merkitsevästi tutkittavien fyysisen aktiivisuuden määrää ja elämänlaatua 6 kuukauden seuranta-aikana. (Aittasalo 2007, 9-13; Kallings, Leijon, Hellénus & Ståhle 2008, 154.)

#### 4.2 Transteoreettinen muutosvaihemalli

Liikuntakäyttäytymisen muutosta selittäviä malleja ja teorioita on useita. Terveydenhuollon asiantuntijan tulee tietää, miten käyttäytymisen muutos voi tapahtua, jotta käytännön työssä toteutuvassa liikuntaneuvonnassa asiakkaan tukeminen olisi mah-

dollisimman kokonaisvaltaista ja oikea-aikaista. Suosituimpia liikuntainterventioissa käytettyjä teorioita ovat erilaiset käyttäytymisvaiheteoriat, joiden lähtökohtana on, että käyttäytymisen muutos etenee vaiheittain. Eteneminen ei ole aina itsestään selvää, vaan vaiheissa voidaan mennä myös taaksepäin ja pysyä paikallaan pitkiäkin aikoja. Yksi yleisimmistä käyttäytymisvaiheteorioista on transteoreettinen muutosvaihemalli (TTM), jota on käytetty paljon perusterveydenhuollon liikuntainterventioissa tukemaan tutkittavien fyysisen aktiivisuuden muutosta. Mallin kehittivät vuonna 1983 Prochaska ja DiClemente. Sen avulla yritetään selittää, miten käyttäytymisen muutos voi tapahtua ja miten asiakkaan elintapojen muutosprosessia voidaan tukea mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja yksilöllisesti. (Adams & White 2003, 106; Kasila ym. 2004, 82-83; Vuori 2003, 71.)

Transteoreettinen muutosvaihemalli perustuu käsitykseen, että käyttäytymisen muutos tapahtuu vaiheittain. Vaiheet jaetaan yleisimmin viiteen eri muutosvaiheeseen, jotka ovat esiharkinta, harkinta, valmistelu, toiminta/aloittelu ja ylläpito. Asiakkaan ajattelu- ja toimintatavat ovat erilaisia eri vaiheissa. Käyttäytymisen muutoksen aikana asiakas kohtaa erilaisia kokemusperäisiä ja toiminnallisia prosesseja, joiden läpikäyminen on edellytyksenä muutoksen etenemiselle vaiheesta toiseen. Muutoksen alkuvaiheissa prosessit ovat kokemuksellisia (ajattelu, tuntemukset, kokemukset) ja loppuvaiheissa toiminnallisia, jolloin suunnitelma toteutetaan käytännössä. Jotta liikuntaneuvontaa antava asiantuntija voisi tukea muutoksen toteutumista parhaalla mahdollisella tavalla, hänen on tunnistettava missä muutosvaiheessa asiakas on. Neuvonnan sisältö vaihtelee eri vaiheissa, joten asiakkaan vaiheen tunnistaminen on tärkeää, jotta neuvonta on sopivaa juuri hänen muutosvaiheessaan. Jos jo alkuvaiheissa tuetaan asiakkaan toiminnallisia prosesseja, asiakas saattaa turhautua, koska hän ei ole vielä valmis muuttamaan käyttäytymistään. (Adams ym. 2003, 107; Kasila ym. 2004, 82; Turku 2007, 55; Vuori 2003, 73.)

#### 4.2.1 Esiharkintavaihe

Esiharkintavaiheessa oleva asiakas ei ole kiinnostunut liikunnan aloittamisesta sillä hetkellä eikä myöskään tulevaisuudessa. Hän saattaa suhtautua liikunnan aloittamiseen kielteisesti eikä koe tarvetta muutokselle. Asiakas saattaa kokea liikunnan aloit-

tamisen kyseisessä elämänvaiheessa hankalaksi tai hänellä ei välttämättä ole tietoa liikunnan vaikutuksista terveydelle. Esiharkintavaiheessa olisi tärkeää lisätä asiakkaan tietoja esimerkiksi liikunnan terveysvaikutuksista ja arvioida hänen nykyistä fyysistä aktiivisuutta. Informaation tulisi kuitenkin olla vielä tässä vaiheessa neutraalia, jotta asiakkaan kiinnostus liikuntaa kohtaan saataisiin heräämään ilman painostusta. (Kasila ym. 2004, 83; Vuori 2003, 73.)

#### 4.2.2 Harkintavaihe

Harkintavaiheessa olevalle asiakkaalle on tyypillistä, että hän ei osallistu liikuntaan, mutta harkitsee ja pohtii sen aloittamista. Harkintavaiheeseen siirtyessään asiakas tiedostaa tarpeen liikunnan lisäämiselle, mutta ei ole vielä täysin valmis aloittamaan muutoksen toteuttamista. Asiakas suunnittelee kuitenkin liikunnan aloittamista tulevaisuudessa, mutta ei vielä seuraavien kuuden kuukauden aikana. Asiakkaan kanssa tulisi keskustella yhdessä mitä hyötyä ja mitä haittoja liikunnasta mahdollisesti aiheutuu. Asiakasta tuetaan kokemaan muutos myönteisenä asiana. Neuvonnassa kartoitetaan yksilölliset liikuntaa estävät tekijät ja yritetään löytää ratkaisu esteiden poistamiselle. (Turku 2007, 56; Vuori 2003, 73.)

#### 4.2.3 Valmisteluvaihe

Valmisteluvaiheessa asiakas on motivoitunut aloittamaan liikunnan harrastamisen lähiaikoina (seuraavan puolen vuoden aikana) ja hän saattaa tehdä valmisteluja liikunnan aloittamista varten. Valmisteluvaiheessa siirrytään kokemuksellisista prosesseista toiminnallisiin prosesseihin, sillä tässä vaiheessa asiakas kokee muutoksen myönteisenä asiana ja on motivoitunut siihen. Asiakkaan kanssa kartoitetaan hänen asuinpaikkakuntansa liikuntamahdollisuuksia ja hänen tarvitsemaansa sosiaalista tukea, esimerkiksi miten lähipiiri suhtautuu tulevaan muutokseen. Valmisteluvaiheessa asetetaan yhdessä asiakkaan kanssa konkreettiset tavoitteet ja laaditaan liikuntasuunnitelma. (Kasila ym.2004, 82-83; Vuori 2003, 73.)



#### 4.2.4 Toimintavaihe/Aloitteluvaihe

Toiminta- tai aloitteluvaiheessa oleva asiakas on aloittanut muutospäätöksensä toteuttamisen käytännössä ja aloittanut säännöllisen liikunnan harrastamisen viimeisen kuuden kuukauden aikana. Vaikka liikunta on säännöllistä, sen jatkuminen on vielä epävarmaa. Vaiheelle on tyypillistä erilaiset repsahdukset, joita voidaan ennaltaehkäistä tiedostamalla ne tilanteet ja syyt, jotka repsahduksia aiheuttavat. Asiakas saattaa pettyä, jos esimerkiksi paino ei enää laske niin nopeasti kuin alkuvaiheessa tai liian nopea ja kova liikunnan aloitus on tuonut mukanaan kivuliaita rasitusvammoja. (Vuori 2003, 73; Turku 2007, 58.)

#### 4.2.5 Ylläpitovaihe

Ylläpitovaiheessa asiakas on toteuttanut päätöksensä ja harrastanut säännöllisesti liikuntaa vähintään puolen vuoden ajan. Liikunnasta on tullut asiakkaalle elämäntapa, ja hänellä ei ole aikomusta muuttaa liikuntakäyttäytymistään ennalleen. Neuvontamenetelminä ovat asiakkaan kannustaminen ja motivoiminen jatkamaan saavutettua liikuntakäyttäytymisen muutosta. Neuvonnassa on pyrittävä vahvistamaan liikunnan tuottamia fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia kokemuksia. (Kasila ym. 2004, 83; Vuori 2003, 73,75.)

### 4.3 Transteoreettinen muutosvaihemalli perusterveydenhuollon liikuntainterventioissa

Muutosvaihemallin käyttö on lisääntynyt viime vuosina siitä huolimatta, ettei sen tehokkuudesta ole osoitettu vielä paljoakaan näyttöä. Kasilan ym. (2004) katsauksessa arvioitiin transteoreettiseen muutosvaihemalliin perustuvia perusterveydenhuollon liikuntainterventioita. Tilastollisesti merkitseviä eroavuuksia liikunnan lisääntymisessä tai etenemisessä eri muutosvaiheissa koe- ja kontrolliryhmän välillä havaittiin yhteensä neljässä tutkimuksessa kahdeksasta. Koeryhmien saama transteoreettiseen muutosvaihemalliin perustuva liikuntaneuvonta oli joko vaikuttavampaa tai yhtä vaikuttavaa kuin kontrolliryhmille annettu liikuntaneuvonta. Neuvontamenetelmien to-

teutumisessa mallin pääperiaatteiden mukaan havaittiin kuitenkin olevan puutteita ja parannettavaa. Tulokset ovat samansuuntaisia Adamsin ja Whiten vuonna 2003 julkaistun katsauksen kanssa, jossa tarkasteltiin vuosien 1982-2001 välisenä aikana ilmestyneitä liikuntainterventioita (n=15). Merkittäviä muutoksia kontrolliryhmään verrattuna liikunnan lisääntymisessä tai muutosvaiheessa etenemisessä todettiin olevan yhteensä 11:ssä transteoreettiseen muutosvaihemalliin perustuvassa liikuntainterventiossa. Transteoreettisen muutosvaihemallin vaikuttavuuden arviointi interventioissa on vaikeaa, koska sitä voidaan soveltaa monella eri tavalla. (Adams & White 2003, 106; Kasila ym. 2004, 81-82.)

Hillsdon ym. vertailivat tavanomaista liikuntaneuvontaa ja transteoreettiseen muutosvaihemalliin perustuvaa motivoivaa haastattelua tutkittavien raportoimaan liikunta-aktiivisuuteen 12 kuukauden kuluttua tutkimuksen alkamisesta. Motivoivan haastattelun ryhmän liikunta-aktiivisuus lisääntyi 10 prosenttia enemmän kuin tavallisen neuvonnan ryhmän. Norris ym. havaitsivat, että transteoreettiseen malliin pohjautuvan koeryhmän liikunta-aktiivisuus ei lisääntynyt merkitsevästi kontrolliryhmään verrattuna, mutta harkintavaiheessa olevien osuus lisääntyi 8,7 % enemmän kuin kontrolliryhmässä. Green ym. tutkivat kirjallisen neuvontamateriaalin ja 3 motivoivan puhelinkontaktin vaikutusta tutkittavien fyysisen aktiivisuuden lisääntymiseen. Tutkittavien raportoima fyysisen aktiivisuuden määrä 6 kuukautta tutkimuksen alkamisen jälkeen oli merkitsevästi suurempi verrattuna alkutilanteeseen. (Hillsdon ym. 2001, 808-812; Green ym. 2002, 177; 81-85; Norris ym. 2000, 513.)

## 5 TERVEYSLIIKUNTAPILOTTI

Terveysliikuntapilotti on osa projektia Terveysliikunnan palveluketju terveyssektorilla (Satakunnan Ammattikorkeakoulu 2006 – 2010). Koko projektin tarkoituksena on kehittää terveysliikuntaneuvontamalli liikunnallisesti passiivisille työikäisille henkilöille, jotka kuuluvat 2 tyyppin diabeteksen ja metabolisen oireyhtymän riskiryhmään ja samalla vahvistaa terveysliikunnan asemaa osana terveysneuvontaa ja lisätä ter-

veydenhuollon ammattilaisten terveystieteiden asiantuntemusta. Projektin osatavoitteina ovat terveystieteiden palveluketjun nykyisen tilanteen kartoittaminen, palveluketjun soveltaminen käytäntöön, palveluketjun kehittäminen Porin karhukunnissa, liikkumisreseptin käyttökoulutuksen järjestäminen lääkäreille, terveystieteen neuvonnan lisäkoulutuksen järjestäminen fysioterapeuteille ja terveydenhoitajille sekä vertaisohjaajakoulutuksen järjestäminen.

### 5.1 Terveystieteenpilotin tavoitteet

Terveystieteenpilotin (Metabolisen oireyhtymän ja tyyppin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvien henkilöiden tehostetun liikuntaneuvonnan vaikutukset fyysisen aktiivisuuden lisääntymiseen ja terveyteen) tavoitteena oli selvittää, onko 10 kuukautta kestäväällä liikuntainterventiolla vaikutuksia terveytensä kannalta riittävästi liikkuvien henkilöiden fyysiseen aktiivisuuteen sekä 2 tyyppin diabeteksen ja metabolisen oireyhtymän riskitekijöihin. Tyyppin 2 diabetes on Suomessa ja myös maailmanlaajuisesti lisääntyvä kansanterveysongelma, jonka ajatellaan johtuvan väestön lisääntyneestä lihavuudesta ja liikkumattomuudesta. Suomessa on tällä hetkellä noin 250 000 tyyppin 2 diabetesta sairastavaa henkilöä ja noin 200 000 suomalaisen arvioidaan sairastavan sitä tietämättään. Metabolinen oireyhtymä on yksi riskitekijä tyyppin 2 diabeteksen syntymiselle ja se lisää riskiä sairastua sepelvaltimo- ja aivovaltimotautiin. Metabolisella oireyhtymällä tarkoitetaan monien aineenvaihdunnallisten vaaratekijöiden kertymää samaan yksilöön. Kuten 2 tyyppin diabetes myös metabolinen oireyhtymä on yleinen ja lisääntyvä tila: noin 17% suomalaisista työikäisistä miehistä ja 8 % naisista sairastaa metabolista oireyhtymää. (Diabetesliitto 2007; Eriksson 2005, 439-452; Laaksonen 2006, 48; Vuori 2005, 452-453).

### 5.2 Terveystieteenpilotin toteutus

Pilotin terveystieteen neuvontaa keskittyi käyttäytymisen muutoksen tukemiseen ja liikunnan mahdollistamiseen perustuen transteoreettiseen muutosvaihemalliin. Terveystieteen neuvonnassa korostettiin terveystieteiden monipuolisuutta ja helppoutta – jo pienillä muutoksilla voidaan ehkäistä liikkumattomuuteen liittyviä terveystieteiden-

jä. Kohderyhmänä olivat työikäiset (20-65-vuotiaat), fyysisesti inaktiiviset henkilöt, joiden liikunta-aktiivisuus ei täyttänyt terveysliikunnan suositusten kriteerejä. Henkilöiden rekrytointi tutkimukseen tapahtui lääkäreiden vastaanottokäynneillä, joissa lääkäri selvitti nykyiset liikuntatottumukset, vyötärölihavuuden ja mahdolliset riskitekijät liikunnalle. Tarkoituksena oli järjestää verrokki- ja liikuntaneuvontaryhmä, mutta osallistujien puutteesta johtuen tutkittavia saatiin vain 12, jonka takia tutkimuksesta tehtiin pilottitutkimus.

Alku-, väli- ja loppumittauksissa tutkittavilta mitattiin verenpaine, verensokeri, seerumin lipidit, vyötärön ympärys ja BMI. Aerobista kuntoa arvioitiin UKK-instituutin 2 kilometrin kävelytestillä ja fyysistä aktiivisuutta arvioitiin MET-mittarilla. Lihaskuntoa arvioitiin UKK-instituutin askelkyky- ja muunneltu punnerrus-testillä sekä puristusvoimamittauksella. Motorista kuntoa testattiin UKK-instituutin 6 metrin takaperinkävelyllä. Elämänlaatua ja hyvinvointia arvioitiin 15D-kyselyllä.

Alkumittaukset tehtiin tammikuussa 2007, jonka jälkeen alkoi noin neljän kuukauden tehostetun liikuntaneuvonnan jakso. Intervention aikana ryhmätapaamiset olivat 1-2 viikon välein, jolloin he tutustuivat yhdessä eri liikuntalajeihin. Jokaisella kerralla osallistujat tekivät oman liikuntasuunnitelman viikoksi eteenpäin, jonka toteutumista ja realistisuutta arvioitiin seuraavalla tapaamiskerralla. Suunnitelmien tavoitteena oli, että niissä täyttyisi terveysliikunnan suositukset. Osallistujille kerrottiin intervention alussa terveysliikunnasta ja UKK-instituutin liikuntapiirakkaa käytettiin oman liikuntasuunnitelman tekemisen tukena. Jokaisen liikuntakerran alussa oli varattu aikaa keskustelulle, osallistujat saivat verrata kokemuksia keskenään ja pohtia syitä oman suunnitelman toteutumisen onnistumiselle tai epäonnistumiselle. Intervention jälkeen tehtiin välimittaukset kesäkuussa 2007, jonka jälkeen käynnistyi noin kuuden kuukauden tuettu itsenäisen liikunnan jakso. Osallistujat laativat itselleen omat henkilökohtaiset tavoitteet. Ryhmä kokoontui viiden kuukauden aikana 5 kertaa. Osallistujiin oltiin puhelinkontaktissa säännöllisin väliajoin, jolloin kysyttiin suunnitelman toteutumisesta ja onko mahdollisesti esiintynyt jotakin ongelmia tai kysymyksiä.

### 5.3 Terveysliikuntapilotin tulokset intervention jälkeen

Intervention alussa osallistuneita oli 12, joista viisi oli aktiivisesti mukana ryhmätapaamisissa pilotin loppuun asti, joiden lisäksi yksi osallistunut harjoitteli itsenäisesti syksyn ajan. Pilotin loppumittaukset tehtiin marraskuussa 2007, jolloin liikkumista oli ollut yhteensä 10 kuukautta. Loppuun asti mukana olleiden (n=6) systolinen verenpaine laski 5,4 % ja diastolinen verenpaine 7,7 %. BMI nousi viidellä henkilöllä ja laski vain yhdellä. HDL-kolesterolin määrä parani 6,6 %, mutta sen sijaan LDL-kolesterolin määrä nousi 6,1 %. Alaraajojen lihasvoimaa mittaavan askelkykyyn testitulokset parani 5,7 % ja koko vartalon lihasvoimaa mittaavan muunnellun punnerruksen testitulokset 9,6 %. Dynaamista tasapainoa testaavan takaperin kävelyn tulos parani 5,6 %. Verensokeri- ja triglyseridiarvoihin pilotin vaikutus oli vähäinen. Tulosten perusteella voidaan sanoa, että pilotin vaikutus terveystuottajiin oli vähäinen, mutta pilotin avulla saatiin lisättyä osallistuneiden tietoisuutta elämäntapamuutosten tarpeellisuudesta. (Keckman, Tuominen & Törne 2008, 45-46.)

## 6 TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän tutkimuksen tehtävänä oli selvittää terveysliikuntapilottiin osallistuneiden henkilöiden kokemuksia ja mielipiteitä pilottiin osallistumisesta ja oliko tutkittavien fyysisessä aktiivisuudessa tapahtunut muutoksia kuusi kuukautta pilotin loppumisen jälkeen. Tulosten perusteella voidaan asettaa mahdollisia kehittämissuhteita vastaavienlaisille projekteille tulevaisuudessa.

1. Mitä mieltä pilottiin osallistuneet ovat pilotista ja sen toteuttamisesta?
2. Miten pilottiin osallistuneiden fyysinen aktiivisuus on muuttunut pilotin jälkeen osallistuneiden omasta mielestä?

## 7 TUTKIMUSMENETELMÄT

Tutkimus oli luonteeltaan kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus, mutta se sisälsi myös kvantitatiivisia eli määrällisiä piirteitä. Tilaus opinnäytetyölle tuli terveystieteiden liikuntapilottin tutkijoilta, jotka toivoivat seurantakyselyä pilottiin osallistuneille kuusi kuukautta pilottin loppumisen jälkeen. Aihetta tarkennettiin koskemaan tutkittavien liikunta-aktiivisuutta ja heidän kokemuksiaan ja mielipiteitään pilottin toteuttamisesta.

### 7.1 Koehenkilöt

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat terveystieteiden liikuntapilottiin osallistuneet henkilöt (n=12). Tutkittavat olivat työkäisiä (20-65-vuotiaat) ja he kuuluivat 2 tyypin diabeteksen ja metabolisen oireyhtymän riskiryhmään. Osallistujien tuli saada Diabetesliiton tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomakkeesta vähintään 12-14 pistettä, jolla tarkoitetaan kohtalaista riskiä sairastua 2 tyypin diabetekseen seuraavien kymmenen vuoden kuluessa. Vyötärölihavuuden lisäksi osallistuneilla tuli olla vähintään kaksi metabolisen oireyhtymän kriteereistä. Tutkittavien rekrytointi terveystieteiden liikuntapilottiin tapahtui lääkäreiden vastaanotokäynnillä, joissa lääkäri selvitti mm. sen hetkisen liikunta-aktiivisuuden, vyötärölihavuuden ja mahdolliset esteet tutkimukseen osallistumiselle. Tutkittavien harrastama liikunnan määrä ei täyttänyt terveystieteiden liikunnan suositusten kriteerejä. (Keckman ym. 2008, 45; Diabetesliitto 2001.)

### 7.2 Aineistonkeruu

Tutkimuksen suorittamista varten ei tarvinnut anoa erikseen tutkimuslupaa, sillä tutkimus oli osa suurempaa projektia, jonka tutkimuslupa soveltui myös kyseiseen tutkimukseen. Tutkimuksen aineistonkeruutapana käytettiin kyselyä, joka postitettiin kaikille terveystieteiden liikuntapilottiin osallistuneille toukokuussa 2008, jolloin pilottin loppumisesta oli kulunut aikaa kuusi kuukautta. Kyselyn lähetekirjeessä kerrottiin tut-

kimuksen tehtävästä ja vastausten luottamuksellisuudesta (Liite 1). Lomakkeen mukana lähetettiin palautuskuori, jonka postimaksu oli maksettu. Kyselyille varattiin palauttamisaikaa kaksi viikkoa. Kyselyitä palautui ensimmäiseen palautuspäivään mennessä 3 kappaletta. Kysely lähetettiin uudelleen kaikille, mutta toiseen palautuspäivään mennessä palautui vain yksi kyselylomake lisää. Toisen palautuspäivän jälkeen palautui vielä yksi kyselylomake, joka päätettiin ottaa mukaan tutkimukseen, jotta tutkimusjoukko olisi mahdollisimman suuri. Kyselyitä palautui lopulta yhteensä 5 kappaletta, jolloin tutkimuksen otokseksi muodostui  $n=5$ .

### 7.3 Kyselytutkimus aineistonkeruumenetelmänä

Kyselytutkimuksella on monia etuja, mutta myös haittoja. Kyselyn avulla voidaan kerätä tietoa esimerkiksi tutkittavien mielipiteistä, tiedoista, käyttäytymisestä ja toimintoista. Kysely mahdollistaa laajan tutkimusaineiston keräämisen ja sen avulla voidaan kysyä useita eri asioita. Tutkimustulosten analysointi on tilasto-ohjelmien avulla nopeaa, jos lomake on hyvin suunniteltu ja aineisto on helposti muutettavissa tallennettuun muotoon. Kyselytutkimuksen heikkoutena pidetään aineiston pinnallisuutta. Tutkija ei voi tietää, ovatko vastaajat rehellisiä vastauksissaan ja ymmärtävätkö he vastausvaihtoehdot ja kysymykset niin kuin tutkija on tarkoittanut. Kato voi olla suuri, vaikka kysely lähetettäisiinkin suurelle tutkimusjoukolle. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 190.)

Tutkimusmenetelmäksi valittiin kyselytutkimus opinnäytetyön tilauksen perusteella. Menetelmän valintaan vaikutti myös se, että kyseinen kohderyhmä oli jo osallistunut opinnäytetyönä toteutettuun haastattelututkimukseen kesäkuussa 2007, minkä takia samaa tutkimusmenetelmää ei haluttu toistaa uudelleen samalla kohderyhmällä. Kyselyä käytetään yleisimmin kvantitatiivisissa tutkimuksissa suurelle tutkimusjoukolle, mutta kyseinen tutkimus oli luonteeltaan enemmän laadullinen ja tutkimusjoukko oli pieni. Kyselylomake (Liite 2) sisälsi sekä avoimia että kontrolloituja (monivalinta) kysymyksiä. Molemmilla kyselyn muodoilla on omat etunsa ja haittansa. Avomissa kysymyksissä vastaajat saavat mahdollisuuden kertoa omista mielipiteistään sekä ilmaista itseään omin sanoin. Vastauksista voidaan pyrkiä tunnistamaan vastaajan tunteiden voimakkuutta ja motivaatiota, mikä on keskeistä laadullisessa tutki-

muksessa. Avointen kysymysten vastausten käsittely on erilaisten vastausten takia kuitenkin vaikeaa. Monivalintakysymysten vastausten käsittely, analysointi ja vertailu on helpompaa, koska vastausvaihtoehdot ovat rajatut. (Hirsjärvi ym. 2007, 193-199.)

Tutkimuksessa käytetty kyselylomake jakautui kahteen osaan. Kyselylomake sisälsi yhteensä 21 kysymystä. Ensimmäisessä osassa tutkittiin osallistuneiden mielipiteitä ja kokemuksia terveystaivonpilottiin osallistumisesta ja toisessa osassa osallistuneiden liikunta-aktiivisuutta. Kokemuksia ja mielipiteitä terveystaivonpilottiin osallistumisesta selviteltiin kysymällä lisäksi terveystaivonpilotti osallistuneiden tietoa liikunnan ja terveyden välisistä yhteyksistä ja kokivatko osallistuneet terveystaivonpilotin hyödylliseksi itselleen tai sillä olleen vaikutusta omaan asennoitumiseen liikuntaa kohtaan. Ryhmämuotoisen toteutuksen soveltuvuutta selviteltiin kysymällä ryhmän vaikutusta osallistumisaktiivisuuteen ja omien tavoitteiden saavuttamiseen sekä sitä, koettiin ryhmän kokoontumiskertojen määrä sopivaksi ja oliko eri liikuntalajeihin tutustuminen yhdessä ryhmän kanssa tarpeellista. Kokemuksia henkilökohtaisen liikuntasuunnitelman laatimisesta tutkittiin kysymällä sen mahdollisesta kannustavasta vaikutuksesta ja sitä, saatiinko sen laatimiseen riittävästi ohjeita ja kokivatko osallistuneet pystyvänsä laatimaan liikuntasuunnitelman itsenäisesti pilotin loppumisen jälkeen. Osallistuneilta kysyttiin myös mielipidettä pilotin kestosta, kehittämisehdotuksia pilotille ja koettiin pilotin järjestäjän antama tuki ja muutosprosessin seuraaminen riittäväksi. Pilottiin osallistumisen mielekkyyttä kartoitettiin kysymällä osallistuneiden halukkuutta osallistua uudelleen samanlaiseen pilottiin, jos sellainen mahdollisuus annettaisiin.

Liikunta-aktiivisuutta ja sen muutosta pilotin jälkeen kartoitettiin kysymällä kokivatko osallistuneet liikunnan määrän muuttuneen pilotin jälkeen ja kokivatko he pilotilla olleen mahdolliseen muutokseen vaikutusta. Liikunnan määrää selviteltiin kysymällä keskimääräistä viikoittaista liikunnan määrää kuuden kuukauden aikana pilotin loppumisen jälkeen. Liikunnalla tarkoitettiin mitä tahansa fyysistä aktiivisuutta, jossa hengästyy, mutta pystyy silti puhumaan. Yhdeksi liikuntasuorituksiksi katsottiin vähintään 30 minuuttia kestänyt liikunta-aktiivisuus päivässä, jonka voi kerätä vähintään 10 minuutin jaksoista. Osallistuneiden suhtautumista liikuntaan selviteltiin



kysymällä tyytyväisyyttä omaan sen hetkiseen liikunnan määrään ja sitä, miten tärkeänä osallistuneet pitivät säännöllistä liikunnan harrastamista.

#### 7.4 Analysointi

Tutkimusjoukon pienuuden takia ei ole mahdollista käyttää tilastollisia menetelmiä tulosten analysoinnissa. Suljettujen kysymysten vastausten jakautuminen ilmoitetaan numeerisesti esimerkiksi ”Vastaaajista 3/5 --” ja avointen kysymysten analysoinnissa korostetaan osallistuneiden subjektiivisia mielipiteitä ja kokemuksia suorien lainausten avulla. Laadullisessa tutkimuksessa käytetään usein sisällönanalyysiä, jolla tarkoitetaan menetelmää, jolla analysoidaan kirjallista ja suullista kommunikaatiota. Vastauksista pyritään löytämään samanlaisuuksia ja erilaisuuksia sekä löytämään tapahtumien ja asioiden välisiä yhteyksiä. Koska aineistonkeruumenetelmänä käytettiin kyselyä, ja tutkimusjoukko on pieni, ei sisällönanalyysiä pystytä kunnolla käyttämään. Vastauksista yritetään kuitenkin löytää mahdollisuuksien mukaan yhteisiä tekijöitä. Aineistoa käsitellään teoreettisen viitekehyksen ja tutkimustehtävien kautta. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21.)

## 8 TULOKSET

Kyselyn vastausprosentiksi muodostui 42. Kolme kyselyyn vastanneista (n=5) oli mukana pilotissa loppuun asti. Kaksi keskeyttänyttä vastaajaa eivät vastanneet jokaiseen kysymykseen, jolloin joidenkin kysymysten vastausten analysoinnissa käytetään kolmen tai neljän vastaajan vastauksia ja mielipiteitä.

## 8.1 Terveysliikuntapilotti

Vastaajista 2/5 koki pilotin lisänneen tietoa liikunnan vaikutuksesta terveyteen ”melko paljon”, mutta 3/5 vastasi ”melko vähän”. Vastaajista 3/5 koki terveystilakuntapilotin vaikuttaneen positiivisesti asennoitumiseen liikuntaa kohtaan. Vastauksia perusteltiin mm. uusien kokemusten saamisella ja sitä kautta kynnyksen madaltumisella uusien liikuntalajien kokeiluun. Keskeyttäneet olivat sitä mieltä, että pilotilla ei ollut vaikutusta heidän asennoitumiseensa liikuntaa kohtaan.

*”Vinkkejä eri vaihtoehdoista”*

*”Tutustumalla eri liikuntamuotoihin ja -välineisiin kynnys harrastaa niitä madaltui”*

*”Kun liikkuu enemmän olokin kohenee ja kunto paranee”*

*”Liikun jo aikaisemminkin”*

*”Liikunta kuulunut aina elämäni”*

Kaikki vastanneet (n=4) kokivat terveystilakuntapilotin hyödylliseksi itselleen. Vastajat saivat terveystilakuntapilotista uutta tietoa mm. liikunnasta ja terveydestä sekä niiden välisistä suhteista sekä tietoa eri liikuntamuodoista.

*”Terveystieto”*

*”Liikunnan merkityksestä terveyteen/omaan hyvinvointiin”*

*”Sain monenlaista tietoa liikunnasta ja välineistä”*

*”Tietoa eri liikuntamuodoista”*

*”Monta mukavaa liikuntamuotoa tuli tutuksi ja huomasin niiden tuottavan iloa”*

### 8.1.1 Ryhmämuotoisuus

Kaikki loppuun asti mukana olleet (n=3) kokivat ryhmän vaikuttaneen positiivisesti osallistumisaktiivisuuteen. Keskeyttäneet kokivat ryhmän vaikuttaneen joko kielteisesti tai että sillä ei ollut vaikutusta osallistumiseen. (Taulukko 1.) Vain yksi loppuun asti mukana ollut vastaaja koki ryhmän vaikuttaneen myönteisesti omien tavoitteiden saavuttamiseen, kun taas muut eivät kokeneet ryhmällä olevan siihen vaikutusta.

Taulukko 1. Ryhmän vaikutus osallistumisaktiivisuuteen

Ryhmän vaikutus osallistumisaktiivisuuteen	Lkm	%
ei vaikutusta	1	20
kielteinen vaikutus	1	20
myönteinen vaikutus	3	60
Yht.	5	100

Kokoontumiskertojen määrää 3/4 vastaajista pitivät sopivana, yksi vastaajista olisi halunnut kokoontumiskertoja olevan enemmän. Vastaajat (n=4) kokivat tarpeelliseksi tutustumisen yhdessä eri liikuntalajeihin. Kolme vastaajaa neljästä innostui kuntosaliharjoittelusta kokeilemisen jälkeen. Sauvakävely ja vesivoimistelu koettiin myös mielekkäinä lajeina.

#### 8.1.2 Liikuntasuunnitelma, pilotin kesto ja käyttäytymisen muutoksen tukeminen

Suhtautuminen henkilökohtaisen liikuntasuunnitelman laatimisen ja noudattamiseen oli neutraalia ja myönteistä. Vain yksi vastanneista koki liikuntasuunnitelman kannustaneen liikkumaan ”paljon”, kun taas loput kysymykseen vastanneista vastasivat ”jonkin verran”. Projektihenkilökunnan ohjaus ja neuvonta liikuntasuunnitelman tekemiseen koettiin riittäväksi. Kaikki vastaajat (n=4) uskoivat pystyvänsä laatimaan pilotin päätyttyä itsenäisesti liikuntasuunnitelman, vaikka kaksi vastaajista raportoi laatimisessa olevan vielä pieniä vaikeuksia.

Terveysliikuntapilotin kestoja vastaajat (n=4) pitivät sopivan pituisena. Kehittämisehdotuksia pilotin sisältämälle terveysterveystuoneuvonnalle saatiin kahdelta vastaajalta. Terveysterveystuoneuvonnalta kaivattiin jotain sellaista, mikä lisäisi osallistuneiden sitoutumista ja motivaatiota, koska niin moni osallistuneista keskeytti pilotin. Kehittämisehdotukseksi mainittiin myös henkilökohtaisen ohjauksen määrän lisääminen, ettei yhteistä aikaa kuluisi henkilökohtaisten vaikeuksien pohdintaan. Ryhmän antama vertaistuki nähtiin kuitenkin ryhmämuotoisen ohjauksen etuna.

*”Ryhmät tulisi saada sitoutumaan projektiin, motivoitumaan mukaan”*

*”Henkilökohtaisen ohjauksen määrää voisi jnk verran lisätä ettei yhteistä ’teoria-aikaa’ kuluisi yksilökohtaisten ratkaisujen/vaikeuksien pohdintaan. Toisaalta yksilön kohtaamat asiat voivat antaa jaettuna muillekin ryhmän jäsenille jtk”*

Projektihenkilökunnan antama tuki ja osallistuneiden muutosprosessin seuraaminen koettiin riittäväksi. Kaikki vastanneista (n=4) osallistuisivat tulevaisuudessa uudelleen samanlaiseen projektiin.

*”Kimpassa kivempaa”*

*”Ohjattu toiminta panee liikkumaan enemmän”*

*”Passiivinen tarttee ’potkua’, ryhmässä onnistuu paremmin”*

*”Koska tämä jäi kesken, aikojen vaihtumisen vuoksi, jotka eivät minulle sopineet”*

## 8.2 Liikunta-aktiivisuus

Kaikki loppuun asti mukana olleet raportoivat liikkumisen lisääntyneen pilotin päätymisen jälkeen ”jonkin verran”. Yksi vastaaja raportoi viimeisimmän kuuden kuukauden aikaisen viikoittaisen liikunnan määrän olevan 3-4 kertaa viikossa. Loput vastaajista raportoivat liikunnan määräksi 1-2 kertaa viikossa. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Keskimääräinen viikoittainen liikunnan määrä viimeisimmän 6 kuukauden aikana

Viikoittainen liikunnan määrä	Lkm	%
0 kertaa	0	0
1-2 kertaa	4	80
3-4 kertaa	1	20
5-6 kertaa	0	0
7 tai enemmän	0	0
<b>Yht.</b>	<b>5</b>	<b>100</b>

Kahden vastaajan mielestä osallistuminen terveystoimintapilottiin vaikutti liikunnan lisääntymiseen ”melko paljon”, yhden ”melko vähän” ja yksi vastanneista valitsi vaihtoehdon ”en osaa sanoa”. Säännöllisen liikunnan harrastaminen oli ”melko tärkeää” 4/5 vastaajasta ja ”erittäin tärkeää” yhdelle vastaajista.

Kysyttäessä tyytyväisyyttä omaan liikunnan määrään pilotin loppumisen jälkeen kaikki vastanneista (n=4) olivat tyytymättömiä omaan fyysiseen aktiivisuuteensa.

*”Elämäntilanteen muuttumisesta johtuva ajanpuute”*

*”Jalan kanssa ongelmia”*

*”Liikun edelleen liian vähän, vaikka monta liikuntamuotoa tulikin tutuksi ja koettua mukavaksi. Uuden elämäntapamallin omaksuminen käytännössä on vaikeahkoa, muttei mahdotonta!”*

## 9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen tehtävänä oli selvittää terveystoimintapilottiin osallistuneiden henkilöiden kokemuksia ja mielipiteitä pilottiin osallistumisesta ja oliko tutkittavien fyysisessä aktiivisuudessa tapahtunut muutoksia kuusi kuukautta pilotin loppumisen jälkeen.

Terveystoimintapilotin toteutus koettiin pääosin onnistuneeksi ja hyödylliseksi. Kukaan vastaajista ei maininnut selviä puutteita tai parannettavaa pilotin toteuttamisessa. Onnistuneesta toteutuksesta on merkinä myös se, että vastaajat osallistuisivat uudelleen samanlaiseen projektiin, jos sellainen mahdollisuus olisi. Ryhmäläiset kokivat saaneensa terveystoimintapilotin kautta tietoa liikunnan ja terveyden välisistä yhteyksistä sekä tietoa eri liikuntamuodoista ja varusteista. Tutkittavien fyysisessä aktiivisuudessa ei tapahtunut merkittäviä muutoksia terveystoimintapilotin loppumisen jälkeen. Vain yksi vastaaja raportoi liikkuneensa pilotin loppumisen jälkeen 3-4 kertaa ja loput vastaajista ainoastaan 1-2 kertaa viikossa, joka ei täytä terveystoimintapilotin suositusten kriteerejä. Kaikki vastanneet olivat kuitenkin tyytymättömiä harrastamansa liikunnan määrään. Tämän perusteella voidaan olettaa, että kaikki vastaan-

neet tiedostavat muutostarpeen olemassaolon, joka on edellytyksenä pysyvien muutosten tekemiselle.

## 10 POHDINTA

Tutkimuksen avulla ei pystytty täysin vastaamaan tutkimusongelmiin johtuen vastausprosentin alhaisuudesta ja joidenkin kysymysten puutteellisesta muotoilusta. Jotta olisi saatu tarkempi kuva siitä, onko tutkittavien fyysinen aktiivisuus lisääntynyt kuusi kuukautta pilotin loppumisen jälkeen, olisi tarvinnut tietää tarkkaan, mikä fyysisen aktiivisuuden taso oli ennen pilottiin osallistumista. Pilotin tutkijat olivat kartoittaneet liikunnan määrän ennen intervention alkamista ja tulokset olisivat olleet mahdollisesti käytettävissäkin, mutta vastauksia ei olisi pystynyt vertailemaan ilman, että tutkittavien henkilöllisyys olisi tullut ilmi. Tästä huolimatta kyselyn avulla saatiin kuitenkin kuva siitä, mikä on vastanneiden fyysinen aktiivisuus tällä hetkellä. Pilotin vaikutusta ja osuutta tutkittavien nykyiseen fyysiseen aktiivisuuteen ei pystytty tulosten perusteella luotettavasti todistamaan.

### 10.1 Tulosten tarkastelu

Vastaukset kysymyksiin ”Lisäsikö terveystuoteprojekti tietoa liikunnan vaikutuksesta terveyteen?” ja ”Oliko terveystuoteprojektista mielestäsi hyötyä sinulle?” ovat hieman ristiriitaisia. Edellisessä vain kaksi vastaajaa koki tiedon lisääntyneen ”melko paljon” ja loput ainoastaan ”melko vähän”, mutta silti jälkimmäisessä vastaajien kokemissa hyödyissä korostuivat eri liikuntamuotoihin ja -välineisiin tutustumisen lisäksi juuri liikunnan ja terveyden väliset yhteydet. Osallistujat eivät välttämättä kokeneet pilotin varsinaisesti lisänneen tietoa liikunnan vaikutuksesta terveyteen, koska heillä voi olla ennen pilottiin osallistumista jonkinasteista perustietoa aiheesta. Tieto liikunnan terveystuotuksista voi toimia altistavana tekijänä liikunnan aloittamiselle, mutta pysyvän käyttäytymisen muutoksen aikaansaamiseksi tarvitaan

usein enemmän, sillä muutos on koettava erityisen merkittäväksi omassa elämässä. (Heinonen 2007, 24.)

Liikuntapaikat, -välineet, ja -varusteet kuuluvat liikuntaa mahdollistaviin tekijöihin, joihin terveystuotepilotissa kiinnitettiin huomiota esimerkiksi antamalla osallistuneille mahdollisuuden kokeilla yhdessä uusia lajeja ja erilaisia liikuntavälineitä sekä tutustua urheiluvälineliikkeeseen, mikä oli monelle uusi kokemus. Useasti kynnys kokeilla yksin uutta liikuntalajia ja uusia välineitä sekä mennä vieraaseen ympäristöön on korkea, mutta ryhmän kanssa kokeilu on paljon helpompaa ja se vähentää ennakkoluuloja uutta ja vierasta asiaa kohtaan.

*”Tutustumalla eri liikuntamuotoihin ja -välineisiin kynnys harrastaa niitä madaltui”*

*”Sain monenlaista tietoa liikunnasta ja välineistä”*

*”Monta mukavaa liikuntamuotoa tuli tutuksi ja huomasin niiden tuottavan iloa”*

Kaikki vastanneet, jotka olivat mukana pilotissa loppuun asti, kokivat sen vaikuttaneen positiivisesti omaan asennoitumiseen liikuntaa kohtaan. Sen sijaan keskeyttäneet kokivat toisin, perustelut olivat ”Liikun jo aikaisemmin” ja ”Liikunta kuulunut aina elämäni”. Yksittäisten perustelujen pohjalta voidaan ajatella, että keskeyttäneet ovat mahdollisesti esiharkintavaiheessa, jossa ei havaita muutostarvetta ja suhtaudutaan kielteisesti liikunnan aloittamiseen. Heidän kohdallaan suhtautuminen on kielteistä liikunnan lisäämisen suhteen, sillä he saattavat ajatella nykyisen liikunnan määrän olevan terveyden kannalta riittävää eivätkä koe tarvetta muutokselle. Terveystuotepilotista voidaan tulkita väärin, sillä terveystuotepilotin suositellut määrät ovat päivittäisen ns. välttämättömän liikkumisen lisäksi tulevaa fyysistä aktiivisuutta. Ihminen ottaa päivittäin noin 4000-5000 askelta esimerkiksi välttämättömien siirtymisten ja askareiden takia, mikä vastaa noin 4 kilometrin kävelyä. Tämä voi aiheuttaa sen, että omaa fyysistä aktiivisuutta pidetään riittävänä, vaikka todellisuudessa liikunnan määrä ja teho ovat liian alhaiset liikunnan tuomien terveysvaikutusten syntymiseksi. (Fogelholm 2004, 12; Vuori 2003, 73.)

Suhtautuminen terveystuotepilotin ryhmämuotoiseen toteutukseen oli pääosin myönteistä. Kaikki loppuun asti mukana olleet kokivat ryhmän vaikuttaneen positiivisesti.

visesti osallistumisaktiivisuuteen. Ryhmän antama vertaistuki antaa useasti motivaatiota, sillä henkilö huomaa, että muutkin ihmiset taistelevat samojen asioiden parissa. Kokemusten vaihtaminen, tuen saaminen, uusien ystävyys-suhteiden luominen ja asioiden pohtiminen useasta eri näkökulmasta ovat ryhmämuotoisen toteutuksen etuja. Hyvä ryhmähenki takaa sen, että tapaamisiin on mukava tulla ja nähdä, miten muut ovat edistyneet. Ryhmän ja muun sosiaalisen yhteisön, esimerkiksi perheen, antama tuki ja kannustus toimivat liikuntaa vahvistavina tekijöinä. Kaikille ryhmämuotoisuus ei kuitenkaan sovellu, sillä omista henkilökohtaisista asioista kertominen vieraille ihmisille saattaa tuntua vaikealta tai sitä ei haluta tehdä. Terveysongelmat halutaan usein pitää omana tietona. (Vuori 2003, 153.)

Vaikka keskeyttämisen syyksi tuotiin esille ajanpuute, joka on tyypillisin työikäisten keskuudessa esiintyvä perustelu liikunnan vähäisyydelle tai sen puuttumiselle, on monien osallistuneiden keskeyttämisen taustalla voinut olla myös kielteinen suhtautuminen ryhmämuotoiseen toteutukseen. Keskeyttäneet eivät kokeneet ryhmää tärkeäksi, mikä voi johtua esimerkiksi siitä, että he olisivat halunneet enemmän yksilöohjausta tai että he eivät viihtyneet juuri kyseisessä ryhmässä. Jos ryhmässä on paljon vahvoja persoonia, hiljaisempien on vaikea nousta esille ja saada äänensä kuuluviin, minkä takia he voivat tuntea itsensä ulkopuolisiksi. Osallistuminen terveystoimintapiilottiin oli kuitenkin vapaaehtoista, ja ryhmämuotoisuus oli tiedossa pilotin alkaessa. Tulevaisuudessa samankaltaisissa interventioissa yksilöohjauksen määrää voisi lisätä, jos sen avulla saataisiin parannettua osallistumisaktiivisuutta. Yksilöohjauksen avulla neuvonta saataisiin paremmin kohdennettua yksilöllisesti asiakkaan muutosvaiheeseen sopivaksi. Ryhmän kokoontumiskertojen määrää pidettiin pääosin sopivana, mutta yksi osallistuneista olisi halunnut useampia tapaamiskertoja. Tapaamiskertojen lisääminen ei ole kannattavaa, sillä kyseisestä ryhmästä vain 5 oli aktiivisesti mukana kaikissa tapaamisissa loppuun asti. (Zacheus ym. 2003, 33-37.)

Intervention aikana osallistujat laativat henkilökohtaisen viikoittaisen liikuntasuunnitelman, jonka tavoitteena oli kannustaa osallistuneita liikkumaan terveystoiminnan suositusten mukaisesti. Vastaajat kokivat saaneensa tarpeeksi ohjeita liikuntasuunnitelman laatimiseen ja kokevat pystyvänsä laatimaan jatkossakin oman suunnitelman, mutta vain yksi vastanneista koki suunnitelman kannustaneen liikkumaan ”paljon”. Tämä voi johtua siitä, että vastaajat eivät ole tottuneet laatimaan kirjallista sunni-



telmaa tai ylipäättään suunnittelemaan etukäteen milloin ja miten he liikkuvat, koska liikunta ei ole ollut säännöllistä ja kuulunut luonnolliseksi osaksi arkipäivää. Liikuntasuunnitelma voi toimia kannustajana, sillä siitä näkee konkreettisesti määrän, jonka pitäisi liikkua ja samalla pystyy myös seuraamaan, toteutuuko suunnitelma. Kun liikunnan muoto ja ajankohta on merkitty kalenteriin, ei voida niin helposti vedota siihen, että liikunnalle ei ole aikaa.

Terveysliikunnan suositus, 5 kertaa viikossa vähintään 30 minuuttia kohtuullisesti rasittavaa liikuntaa tai vaihtoehtoisesti 3 kertaa viikossa raskaampaa kuntoliikuntaa vähintään 20 minuuttia kerrallaan, täyttyy vain yhdellä vastaajista. Tästä ei kuitenkaan voida olla täysin varmoja, sillä liikunnan määrää käsittelevässä kysymyksessä olisi pitänyt erotella tarkemmin kohtalaisesti kuormittavan liikunnan ja raskaamman kuntoliikunnan osuudet. Kysymystä laadittaessa uutta päivitettyä versiota terveystieteellisen kuntasuosituksen ei ollut käytettävissä. Terveystieteellisen kuntapilotin vaikutus tutkittavien keskimääräiseen fyysiseen aktiivisuuteen kuuden kuukauden aikana pilotin loppumisesta oli vähäinen, sillä esimerkiksi kukaan vastaajista ei kokenut pilotin vaikuttaneen nykyiseen fyysiseen aktiivisuuteen määrään ”erittäin paljon”. Ei kuitenkaan voida tietää, olisiko tutkittavien liikunnan määrä vähäisempi, jos tutkittavat eivät olisi osallistuneet pilottiin. Positiivista kuitenkin oli, että 3-4 kertaa viikossa liikkuvan lisäksi muutkin vastanneet liikkuvat keskimäärin edes 1-2 kertaa viikossa, mikä on selvästi parempi kuin se, ettei liikkuisi lainkaan. (Haskell ym. 2007, 1083.)

Kaikki vastanneet kertoivat olevansa tyytymättömiä harrastamansa liikunnan määrään, mutta pitivät säännöllistä liikunnan harrastamista joko melko tärkeänä tai tärkeänä. Pelkästään vastausten perusteella on kuitenkin vaikeaa arvioida tarkasti ja luotettavasti, mihin transteoreettisen muutosvaihemallin vaiheeseen kukin vastaajista sijoittuu kuusi kuukautta pilotin loppumisen jälkeen, sillä siihen tarvittaisiin tarkempia tietoja, kysymyksiä tai haastattelua. Tulosten perusteella voidaan olettaa, että ylläpitovaiheeseen, jossa säännöllisestä liikunnasta on tullut pysyvä osa elämää, kukaan vastaajista ei vielä ole edennyt. Tulokset vahvistavat käsitystä siitä, että käyttäytymisen muutos on hidas prosessi, ja muutosvaiheissa voidaan mennä taaksepäin ja pysyä paikallaan pitkiäkin aikoja.

*”Liikun edelleen liian vähän, vaikka monta liikuntamuotoa tulikin tutuksi ja koettua mukavaksi. Uuden elämäntapamallin omaksuminen käytännössä on vaikeahkoa, muttei mahdotonta!”*

## 10.2 Tutkimuksen luotettavuus

Koska tutkimus sisälsi sekä laadullisia että määrällisiä piirteitä, tulee luotettavuutta arvioida molempien tutkimusmenetelmien kannalta. Laadullisessa tutkimuksessa on tarkoitus tutkia syvällisesti pienen tutkimusjoukon mielipiteitä, eikä yleistyksiä ole tarkoitus tehdä. Koska aineistonkeruumenetelmänä oli kyselylomake, ei syvälinen analysointi ollut mahdollista. Laadullisen tutkimuksen luotettavuus perustuu siihen, että tutkija raportoi kaikki tutkimuksen vaiheet mahdollisimman tarkasti ja selkeästi, jotta tutkimus olisi toistettavissa samalla menetelmällä. Kyseisen tutkimuksen vaiheet on pyritty raportoimaan selkeästi ja tutkimus on helposti toistettavissa. Kyselylomake on saatavissa, jos sitä halutaan käyttää tulevaisuudessa vastaavien interventioiden seurannassa. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeisiä luotettavuuden arvioinnissa käytettäviä käsitteitä ovat tutkimuksen validiteetti ja reliabiliteetti. Tutkimuksen validiteetilla tarkoitetaan sitä, että tutkitaanko sitä asiaa, mitä on tarkoituskin tutkia. Validiteetti voidaan jakaa ulkoiseen ja sisäiseen validiteettiin. Ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen yleistettävyyttä ja sisäisellä validiteetilla tutkimuksen sisäistä luotettavuutta, esimerkiksi mitataanko käytetyllä mittarilla sitä mitä on tarkoituskin mitata ja onko teoria oikein valittu. Reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimuksen, tutkimustulosten tai käytetyn mittarin toistettavuutta, esimerkiksi sitä, saavatko useammat tutkijat samalla mittarilla samanlaisia tuloksia tai saadaanko sama tulos, jos sama mittaaja toistaa mittauksen useampaan kertaan. (Hirsjärvi ym. 2007, 226-227; Metsämuuronen 2006, 55.)

Kyseisessä tutkimuksessa kyselylomakkeen luotettavuus on suoraan verrattavissa tutkimuksen luotettavuuteen. Ennen kyselylomakkeen laatimista tutustuttiin kyselytutkimusta käsitteleviin oppaisiin ja etsittiin Internetistä erilaisissa liikuntainterventioiden seurannassa käytettyjä kyselylomakkeita, jotta saataisiin mahdollisimman paljon tietoa siitä, miten kysymykset olisi parasta muotoilla ja mitä kannattaisi välttää. Tästä huolimatta kyselylomakkeesta olisi tullut luotettavampi, jos lopullinen teo-

riaosa olisi valmistunut ennen kyselylomakkeen lähettämistä, sillä jälkikäteen ajateltuna moni kysymys tuntuu irralliselta teoritietoon nähden. Kyselylomake tulisi aina pilotoida eli esitestata, jonka jälkeen kysymyksiä voidaan vielä korjata ja muotoilla. Kysely esitestattiin ainoastaan pilotin tutkijoilla, jotka antoivat muutamia korjausehdotuksia. Luotettavuuden lisäämiseksi olisi pitänyt kysyä korjausehdotuksia aivan ulkopuolisilta henkilöiltä, jotka helposti huomaavat asioita, joita itse ei tule ajatelleeksi. (Hirsjärvi ym. 2007, 199.)

Koska vastauksia tuli paljon odotettua vähemmän ( $n=5$ ), tutkimustuloksia ei voida yleistää koskemaan koko tutkimusjoukkoa ( $n=12$ ). Vastausprosentin jääminen alhaiseksi heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Terveysliikuntapilottiin osallistuneista viisi oli aktiivisesti mukana ryhmätapaamisissa intervention loppuun asti. Heistä kolme vastasi kyselyyn, joiden lisäksi kyselyyn vastasi kaksi keskeyttäneitä. Keskeyttämisen ajankohtaa ei kysytty, sillä ajateltiin, että tutkittavat rohkenevat keskeyttämisestä huolimatta vastata kyselyyn pelkäämättä tunnistamista keskeyttämisen ajankohdan perusteella. Vastausprosentin jääminen alhaiseksi voi johtua useista eri tekijöistä. Erilaisia kyselyitä ja gallupeja käytetään nykyään paljon, minkä takia ihmiset eivät enää välitä vastata niihin. Vaikka tutkimuksen aihe on keskeinen vastausaktiivisuuteen vaikuttava tekijä, myös kyselyn ulkomuoto ja kysymysten tarkka ja huolellinen muotoilu on tärkeää. Kyselyssä käytettiin sekä monivalintakysymyksiä että avoimia kysymyksiä. Avoimia kysymyksiä oli melko paljon, jotka ovat usein työläämpiä vastaajalle, mikä voi aiheuttaa sen, ettei viitsitä vastata koko kyselyyn. (Hirsjärvi ym. 2007, 190.)

Kyselyn lähettämisaikajankohta ei ollut paras mahdollinen, sillä kesälomakausi oli parhailaan käynnissä. Monivalintakysymysten vastausvaihtoehdot tuntuvat jälkikäteen liian samankaltaisilta ja eri ihmiset voivat käsittää ne eri tavalla, esimerkiksi melkosanan merkitys voidaan ymmärtää eri tavoilla. Luotettavien johtopäätösten muodostaminen kysymyksittäin ei ole mahdollista vastausten vähyyden takia, sillä yksi vastaaja saattoi valita vaihtoehdon a, toinen vaihtoehdon b ja kolmas vaihtoehdon c jne.

Tutkimustulosten analysoinnissa ei pystytty käyttämään tilastollisia menetelmiä tutkimusjoukon pienuuden takia eikä tyypillisiä laadullisessa tutkimuksessa käytettäviä analyysitapoja. Vastauksista pyrittiin löytämään yhdenmukaisuuksia ja vertailemaan

tuloksia teorian tietoon. Jotta vastanneiden mielipiteet ja kokemukset saataisiin raportoitua mahdollisimman tarkasti, avoimien kysymysten tulokset kirjoitettiin suoria lainauksin.

### 10.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksessa noudatettiin eettisiä periaatteita koko tutkimuksen ajan. Koska opinäytetyö oli osa suurempaa projektia, sen toteuttamiselle ei tarvinnut hakea erikseen omaa tutkimuslupaa eettiseltä toimikunnalta. Tutkittavien henkilö- ja osoitetiedot saatiin pilotin tutkijoilta ja niitä käsiteltiin luottamuksellisesti ainoastaan Satakunnan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden Porin yksikön tiloissa, jolloin tutkittavien henkilöllisyys ei tullut missään vaiheessa ulkopuolisten tietoon. Kyselylomakkeissa ei tarkoituksella kysytty ikää, sukupuolta tai keskeyttämisen ajankohtaa, jolloin vastaajat olisi mahdollisesti voitu tunnistaa. Tutkittaville annettiin tietoa tutkimuksesta kyselyn lähetekirjeessä, jossa selvitettiin tutkimuksen tarkoitus, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus, vastausten luottamuksellisuus ja tulosten julkaisutapa sekä julkaisupaikka.

### 10.4 Tutkimuksen hyödyntäminen tulevaisuudessa

Tutkimuksen yhtenä tavoitteena oli antaa kehittämisehdotuksia vastaavanlaisille projekteille tulevaisuudessa. Vastausprosentin alhaisuuden takia kyselyn tuloksia ei voida yleistää koskemaan koko tutkimusjoukon mielipiteitä, joten kehittämisehdotuksia on vaikea antaa. Tutkimus kuitenkin osoitti, että pilotin toteutuksessa ei vastanneiden mukaan ilmennyt suurimpia puutteita tai parannettavaa. Vaikka kaikkien tutkittavien liikunnan määrä ei yltänyt pilotin loppumisen jälkeen terveystieteiden suositusten tasolle, liikkuivat kaikki vastaajat edes jonkin verran. Kaikki tiedostivat liikunnan lisäämisen tarpeen, johon pilotin terveystieteiden tunteilla on voinut olla vaikutusta. Ryhmien tapaamiskertojen lukumäärää tai pilotin kestoa ei kannata lisätä, sillä pilotin keskeyttämisprosentti oli suuri. Yksilöohjauksen määrää voisi lisätä, jos sen avulla saataisiin lisättyä osallistumisaktiivisuutta. Haasteena tulevissa liikuntainter-

ventioissa tulee olemaan se, miten osallistujat saadaan sitoutumaan ja motivoitumaan projektiin, ja sitä kautta pysyvien elämäntapamuutosten tekemiseen.

Tulevaisuudessa olisi mielenkiintoista tutkia samankaltaisiin interventioihin osallistuneiden kokemuksia ja liikunta-aktiivisuutta esimerkiksi haastattelututkimuksella, jolla saataisiin mahdollisesti syvällisempää ja tarkempaa tietoa tutkittavien mielipiteistä ja kokemuksista. Etenkin sellaisten henkilöiden, jotka ovat keskeyttäneet projektin, saaminen mukaan tutkimukseen olisi tärkeää, sillä he osaisivat parhaiten tuoda esiin mahdolliset puutteet ja parannusehdotukset.

## LÄHTEET

- Adams, J & White M. 2003. Are activity promotion interventions based on the transtheoretical model effective? A critical review. *Br. J. Sports Medicine* 37 (2), 106-114.
- Aittasalo, M. 2008. Physical activity counselling in primary health care. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports* 18 (3), 261.
- Aittasalo, M. 2007. Liikuntaneuvonta osaksi käytäntöä – työkaluja yksilölliseen liikuntaneuvontaan. *Liikunta ja Tiede* 44 (5), 9-13.
- Borodulin, K., Jousilahti, P., Kujala, S. & Ståhl, T. 2004. Lääkärien toteuttaman liikuntaneuvonnan yleisyys ja tarve. *Suomen Lääkärilehti* 59 (40), 3729-3734.
- Diabetesliitto 2007. Tietoa diabeteksestä. [Viitattu 28.10.2008.] Saatavissa [http://www.diabetes.fi/sivu.php?artikkeli\\_id=34](http://www.diabetes.fi/sivu.php?artikkeli_id=34)
- Diabetesliitto 2001. Tyypin 2 diabeteksen riskitesti. [Viitattu 5.11.2008] Saatavissa <http://www.diabetes.fi/testit/riskitesti/>
- Eriksson, J. 2005. Diabetes. Teoksessa Vuori, I., Taimela, S. & Kujala, U. (toim.) *Liikuntalääketiede*. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim, 438-451.
- Fogelholm, M. 2008. Terveysliikunnan tutkimusuutiset. Liikettä lihavuuteen. UKK-instituutti. [Viitattu 28.10.2008] Saatavissa <http://www.ukkinstituutti.fi/upload/it81slbo.pdf>
- Fogelholm, M., Oja, P., Rinne, M., Suni J. & Vuori, I. 2004. Riittääkö puoli tuntia kävelyä päivässä? *Suomen Lääkärilehti* 59 (19), 2040-2042.
- Fogelholm, M. 2004. Terveysliikunnan suosituksista Liikuntapiirakkaan. *Liikunta ja Tiede* 41 (3), 12.
- Fogelholm, M. & Oja, P. 2005. Terveysliikuntasuosituksiset. Teoksessa Fogelholm, M & Vuori, I. (toim.) *Terveysliikunta-fyysinen aktiivisuus terveyden edistämässä*. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim, 72-79.
- Fogelholm, M., Paronen, O. & Miettinen, M. 2007. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:1. Liikunta – hyvinvointipoliittinen mahdollisuus. Suomalaisen terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti 2006. [verkojulkaisu] Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö, Opetusministeriö & UKK-instituutti. [Viitattu 14.1.2008] Saatavissa <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2007/02/pr1169019512649/passthru.pdf>
- Green, B., McAfee, T., Hindmarsh, M., Madsen, L., Caplow, M. & Buist, D. 2002. Effectiveness of telephone support in increasing physical activity levels in primary care patients. *American Journal of Preventive Medicine* 22 (3), 117-183.

Haskell W., Lee I-M., Pate R., Powell K., Blair S., Franklin B., Macera C., Heath G., Thompson P. & Bauman A. 2007. Physical activity and public health. Updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. [Viitattu 12.6.2008] Saatavissa <http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/116/9/1081>

Hillsdon, M., Thorogood, M., White, I. & Foster, C. 2001. Advising people to take more exercise is ineffective: a randomized controlled trial of physical activity promotion in primary care. *International Journal of Epidemiology* 31 (4), 808-815.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Kustannus-osakeyhtiö Tammi.

Heinonen, K. 2007. Terveysliikunnan motivoiva ohjaus. *Diabetes ja lääkäri* 36 (6), 24-28.

Kallings, L.V., Leijon, M., Hellénus, M-L. & Ståhle, A. 2008. Physical activity on prescription in primary health care: a follow-up of physical activity level and quality of life. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports* 18 (6), 154-161.

Kasila, K., Kettunen, T., Poskiparta, M. & Vähäsarja, K. 2004. Transteoreettinen muutosvaihemalli perusterveydenhuollon liikuntaneuvonnassa. *Liikunta ja Tiede* 41 (6), 81-88.

Keckman, M., Tuominen, H. & Törne, M. 2008. Terveysliikunnan palveluketju liikuntakäyttämisen muutosta tukemaan. *Fysioterapia* 55 (5), 44-46.

Käypä hoito 2008. Liikunta. [Viitattu 17.10.2008] Saatavissa <http://www.kaypahoito.fi/>

Laaksonen, D. & Lakka, T. 2007. Liikunta tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyssä ja hoidossa. Liikunta on tehokasta täsmälääkettä. *Diabetes ja lääkäri* 36 (6), 18-23.

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

Metsämuuronen, J. 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 3. uudistettu painos. Helsinki. International Methelp Ky.

Nupponen, R. & Suni, J. 2005. Henkilökohtainen liikuntaneuvonta. Teoksessa Fogelholm, M. & Vuori, I. (toim.) Terveysliikunta-fyysinen aktiivisuus terveyden edistämässä. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim, 216-228.

Norris, S., Grothaus, L., Buchner, D. & Pratt, M. 2000. Effectiveness of Physician-Based Assessment and Counseling for Exercise in a staff Model HMO. *Preventive Medicine* 30 (6), 513-523.

Suni, J. & Taulaniemi, A. 2003. Terveysliikunta-tavoitteena terveys, ei suorituskyky. [verkkojulkaisu] Kansanterveyslaitos. *Kansanterveyslehti* 2003 (1). [Viitattu

14.1.2008] Saatavissa  
[http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet\\_2003/1\\_2003/terveysliikunta\\_-\\_tavoitteena\\_terveys,\\_ei\\_suurituskyky/](http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2003/1_2003/terveysliikunta_-_tavoitteena_terveys,_ei_suurituskyky/)

Tala, S. 2007. Terveysliikunta – terveyden edistämisen tärkeä osatekijä. Työterveyslääkäri 25 (2), 19-24.

Tammelin, T. 2003. Liikunta-aktiivisuus nuoruudesta aikuisikään sekä fyysinen kunto ja lihavuus 31-vuotiaana. Pohjois-Suomen vuoden 1966 syntymäkohortin seurantatutkimus. Oulun yliopisto. [Viitattu 30.6.2008] Saatavissa <http://herkules.oulu.fi/isbn9514272331/isbn9514272331.pdf>

Terveysliikunnan paikalliset suositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2000:1. Helsinki. Oy Edita Ab.

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

Vuori, I. 2005. Metabolinen oireyhtymä. Teoksessa Vuori, I., Taimela, S. & Kujala, U. (toim.) Liikuntalääketiede. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim, 452-459.

Vuori, I. 2003. Lisää Liikuntaa! Helsinki. Edita Publishing Oy.

World Health Organization 2003. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva.

Zacheus, T., Tähtinen, J., Koski, P., Rinne, R. & Heinonen, O.J. 2003. Miten elämäntapa jäsentää liikuntakäyttäytymistä? Liikunta ja Tiede. Erikoisliite 2003. (5-6), 33-37.





Hei!

Olen fysioterapiaopiskelija Satakunnan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden Porin yksiköstä. Lähestyn Sinua opinnäytetyöni merkeissä, jonka tarkoituksena on kyselytutkimuksen avulla selvittää **terveysliikuntapilottiin** (Terveysliikunnan palveluketju terveyssektorilla) **osallistuneiden henkilöiden kokemuksia ja mielipiteitä projektiin osallistumisesta ja onko tutkimuksella ollut vaikutusta projektiin osallistuneiden fyysisen aktiivisuuden lisääntymiseen**. Vastausten pohjalta pohdin pilotin tavoitteiden toteutumista ja mahdollisia kehittämistarpeita.

Kyselyn tiedot ovat täysin luottamuksellisia ja vastauksia tullaan käyttämään ainoastaan tutkimustarkoituksessa, opinnäytetyön raportoinnissa ja suullisessa esityksessä. Kenenkään vastauksia ei voi tunnistaa.

Toivon aktiivista osallistumista opinnäytetyöhöni, sillä vastauksesi ovat todella tärkeitä sekä tutkimuksen kannalta että opinnäytetyöni toteutumiselle. Pyydän siis Sinua ystävällisesti täyttämään kyselylomakkeen ja lähettämään sen oheisessa palautuskuoressa viimeistään **3.6.2008**. Postimaksu on maksettu.

Kiitos jo etukäteen

Fysioterapiaopiskelija

Taru Mäkilä

puh. xxxxxxx

sähköposti: xxxxxxxxx

Ohjaava opettaja Hanna Tuominen

sähköposti: xxxxxxx

Hyvä vastaaja,

Pyydän Sinua ystävällisesti vastaamaan kysymyksiin ympäröimällä sopivaksi katso-  
masi vaihtoehto tai kirjoittamalla vastauksesi sille varattuun tilaan. Rengasta moniva-  
lintakysymyksistä vain **yksi** mielestäsi sopivin vaihtoehto.

### **TERVEYSLIIKUNTAPROJEKTI**

1. Olitko mukana terveystoimintaprojektissa loppuun asti?

1= kyllä

2= en

Jos vastasit edelliseen kysymykseen 2= en, mitkä olivat syyt projektin keskeyttämi-  
selle?

---

---

---

---

2. Lisäsikö terveystoimintaprojekti tietoa liikunnan vaikutuksesta terveyteen?

1= ei yhtään

2= melko vähän

3= en osaa sanoa

4= melko paljon

5= erittäin paljon

3. Vaikuttiko terveysliikuntaprojekti omaan asennoitumiseesi liikuntaa kohtaan?

1= kyllä, miten?

---

---

---

2= ei, miksi ei?

---

---

---

4. Oliko terveysliikuntaprojektista mielestäsi hyötyä itsellesi?

1= kyllä, minkälaista hyötyä?

---

---

---

2= ei, miksi ei?

---

---

---

5. Vaikuttiko ryhmä omaan osallistumisaktiivisuuteesi?

1= ryhmällä ei ollut vaikutusta

2= ryhmä vaikutti kielteisesti

3= ryhmä vaikutti myönteisesti

6. Mikä oli ryhmän merkitys omien tavoitteittesi saavuttamiselle?

1= ryhmällä ei ollut vaikutusta

2= ryhmä vaikutti kielteisesti

3= ryhmä vaikutti myönteisesti

7. Oliko ryhmän kokoontumiskertoja mielestäsi?

1= liian usein

2= riittävän usein

3= liian harvoin

8. Oliko eri liikuntalajeihin tutustuminen mielestäsi tarpeellista?

1= kyllä

2= ei, miksi ei?

---

---

Jos vastasit edelliseen kysymykseen 1= kyllä, saiko tutustuminen Sinut innostumaan erityisesti jostain tietystä lajista?

---

---

---

9. Kuinka hyvin henkilökohtainen liikuntasuunnitelma kannusti sinua liikkumaan?

- 1= ei ollenkaan
- 2= jonkin verran
- 3= en osaa sanoa
- 4= paljon
- 5= erittäin paljon

10. Saitko mielestäsi riittävästi ohjausta ja neuvontaa oman liikuntasuunnitelman tekemiseen?

- 1= en
- 2= kyllä, mutta en ymmärtänyt täysin ohjeita
- 3= kyllä

11. Koetko, että Sinulla on terveystieteiden projektin päätyttyä valmiudet laatia itse-  
näisesti henkilökohtainen liikuntasuunnitelma?

- 1= en
- 2= kyllä, mutta minulla on pieniä vaikeuksia
- 3= kyllä

12. Mitä mieltä olet terveystiikuntaprojektin kestosta?

1= liian pitkä

2= sopivan pituinen

3= liian lyhyt

13. Miten kehittäisit terveystiikuntaprojektin sisältämää terveystiikuntaneuvontaa?

---

---

---

---

---

14. Tukiko projektihenkilökunta mielestäsi riittävästi Sinua?

1= kyllä

2= ei

Jos vastasit edelliseen kysymyksen 2= ei, minkälaisista tukea olisit halunnut lisää ja millaisissa tilanteissa?

---

---

---

---

15. Seurasiko projektihenkilökunta mielestäsi riittävästi muutosprosessisi etenemistä?

1= kyllä, sopivasti

2= kyllä, liikaakin

3= ei, liian vähän

16. Osallistuisitko uudelleen samanlaiseen projektiin, jos sellainen mahdollisuus olisi?

1= kyllä, miksi? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2= en, miksi? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **LIIKUNTA-AKTIIVISUUS**

**Seuraavissa kysymyksissä liikunnalla tarkoitetaan mitä tahansa fyysistä aktiivisuutta, jossa hengästyt, mutta pystyt silti puhumaan. Liikunnalla tarkoitetaan esimerkiksi hyöty- ja työmatkaliikuntaa, reipasta kävelyä, pyöräilyä, uintia, voimistelua, tanssia, kuntosaliharjoittelua ym. liikuntalajeja.**

**Yhdeksi liikuntasuorituksiksi katsotaan 30 minuuttia kestänyt liikunta-aktiivisuus päivässä, jonka voi kerätä vähintään 10 minuutin jaksoista.**

17. Kun mietit nykyistä harrastamaasi liikunnan määrää, onko siinä tapahtunut muutoksia terveystoimintaprojektin päättymisen jälkeen?

1= liikunnan määrässäni ei ole tapahtunut minkäänlaisia muutoksia projektin päättymisen jälkeen

2= liikunnan määrässäni ei ole juurikaan tapahtunut muutoksia projektin päättymisen jälkeen

3= en osaa sanoa

4= harrastamani liikunnan määrä on jonkin verran lisääntynyt projektin päättymisen jälkeen

5= harrastamani liikunta on lisääntynyt huomattavasti projektin päättymisen jälkeen

18. Kun ajattelet **viimeisimmän kuuden kuukauden aikana keskimäärin** tapahtunutta liikunta-aktiivisuuttasi, **kuinka monta kertaa viikossa keskimäärin** olet harrastanut liikuntaa niin, että hengästyit, mutta pystyt kuitenkin puhumaan?

1= 0 kertaa

2= 1-2 kertaa

3= 3-4 kertaa

4= 5-6 kertaa

5= 7 tai enemmän

19. Koetko, että terveysliikuntaprojektilla oli vaikutusta oman liikunta-aktiivisuutesi lisääntymiselle

1= ei yhtään

2= melko vähän

3= en osaa sanoa

4= melko paljon

5= erittäin paljon



20. Kuinka **tyytyväinen** olet omaan harrastamaasi liikunnan määrään terveystapiprojektin päättymisen jälkeen ja miten perustelet valitsemaasi vaihtoehtoa?

1= erittäin tyytymätön

2= tyytymätön

3= en osaa sanoa

4= tyytyväinen

5= erittäin tyytyväinen

Perustelut:

---

---

---

---

21. Kuinka tärkeää säännöllinen liikunnan harrastaminen on Sinulle?

1= ei yhtään tärkeää

2= vain vähän tärkeää

3= melko tärkeää

4= erittäin tärkeää

Kiitos vastauksistasi!