

Kirsi Ahtiainen ja Salla-Maari Nousiainen

KÄYTTÄYTYMINEN EI KÄSKYSTÄ MUUTU

Liikuntaneuvonnan keskeyttäneet asiakkaat

Liike luo elämää -hankkeessa

Opinnäytetyö
Fysioterapian koulutusohjelma


Marraskuu 2010




MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

KUVAILEHTI

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>		Opinnäytetyön päivämäärä 4.11.2010
Tekijä(t) Ahtiainen Kirsi, Nousiainen Salla-Maari	Koulutusohjelma ja suuntautuminen Fysioterapian koulutusohjelma	
Nimeke Käyttäytyminen ei käskystä muutu Liikuntaneuvonnan keskeyttäneet asiakkaat Liike luo elämää -hankkeessa		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia, millaiset liikuntaneuvonta-asiakkaat keskeyttävät liikuntaneuvontaprosessin Liike luo elämää -hankkeessa. Opinnäytetyössä luotiin myös profiili kuvaamaan tyypillistä liikuntaneuvonnan keskeyttäneitä asiakasta. Liike luo elämää on Etelä-Savossa toimiva terveystuotantahanke, joka tarjoaa liikuntaneuvontaa työikäiselle väestölle. Opinnäytetyön avulla Liike luo elämää -hankkeen koordinoijat voivat pyrkiä parantamaan liikuntaneuvontaprosessia siten, että asiakkaat saataisiin pysymään mukana liikuntaneuvonnassa koko prosessin ajan.</p> <p>Liikuntaneuvonta on yksilöllistä opastusta ja neuvontaa terveyteen liittyvissä asioissa. Liikuntaneuvonnan tavoitteet muodostuvat asiakkaan elämäntilanteesta, pyrkimyksistä, terveydentilasta ja siitä, mitä hän on valmis muuttamaan omassa käyttäytymisessään. Liikuntakäyttäytymisen muuttaminen on palapeliä, jossa monien osien on sovittava kohdalleen. Palapelin kokoamisen apuna käytetään terveyden edistämiseen käytettyjä malleja ja toimintatapoja. Liike luo elämää -hankkeessa näitä malleja ovat precede-proceed-malli ja transteoreettinen muutosvaihemalli.</p> <p>Opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Kohdejoukkona olivat eteläsavolaiset 18–64-vuotiaat ihmiset, jotka keskeyttivät Liike luo elämää -hankkeen liikuntaneuvontaprosessin. Otos koostui 59 keskeyttäneestä asiakkaasta. Otosta verrattiin Liike luo elämää -hankkeen liikuntaneuvonnassa jatkaneisiin asiakkaisiin (423 asiakasta). Opinnäytetyössä käytettiin valmiiksi kerättyä Excel- taulukkomuodossa olevaa aineistoa, joka on rajattu syksystä 2008 tammikuulle 2010.</p> <p>Tutkimuksemme osoitti, että tyypillisimmät Liike luo elämää -hankkeen liikuntaneuvonnan keskeyttäneet asiakkaat ovat keski-ikäisiä työssäkäyviä ihmisiä, jotka liikkuvat suosituksiin nähden vähän ja kamppailevat painonhallinnan kanssa. He kokevat kuitenkin elämänlaatunsa ja motivaationsa liikuntaan hyväksi. Tutkimuksemme tulokset ovat suuntaa-antavia, eikä niitä voi yleistää koskemaan kaikkia liikuntaneuvonnan keskeyttäneitä asiakkaita. Tuloksille ei löydy suoranaista vertailupohjaa, koska vastaavaa tutkimusta samasta ikäryhmästä ei ole. Mielestämme jatkossa tulisi tutkia myös sitä, miksi asiakkaat keskeyttävät liikuntaneuvonnan.</p>		
Asiasanat (avainsanat) liikuntaneuvonta, terveysneuvonta, keskeyttäneet, työikäiset, motivaatio		
Sivumäärä 52 s. + liitt. 10 s.	Kieli Suomi	URN
Huomautus (huomautukset liitteistä)		
Ohjaavan opettajan nimi Kirsti Uusitalo	Opinnäytetyön toimeksiantaja Liike luo elämää -hanke	

DESCRIPTION

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>		Date of the master's thesis 4.11.2010
Author(s) Ahtiainen Kirsi, Nousiainen Salla-Maari	Degree programme and option Degree Programme in Physiotherapy	
Name of the master's thesis Old habits are hard to break. Customers who most likely quit the Liike luo elämää -programme		
Abstract <p>The main objectives of the research were to investigate and establish the customer type that is the most likely to quit the Liike luo elämää programme. It is a programme aiming to coach its customers about the importance of physical activity. Liike luo elämää health counselling programme operates in Etelä-Savo and it offers physical activity counselling for working age adults. The research was conducted to assist the coordinators of the Liike luo elämää campaign to improve the programme in order to keep the customers engaged in the process instead of leaving it.</p> <p>The programme consists of individual coaching and mentoring on health related subjects and problems of each customer. The goals of the programme are based on the customer's personal targets, health and willingness to change their exercising habits. There are several tools, such as the precede-proceed model, that are applied to the Liike luo elämää programme to support the progress of each customer.</p> <p>The research population consisted of 18 to 64 year old customers from the Etelä-Savo region who did not complete the programme, and a sample of 59 customers was chosen for the research. Data was gathered through quantitative research methods from the sample population and it was compared to the 423 customers who stayed on the programme. In addition, Excel database from autumn 2008 to January 2010 was used in the research.</p> <p>According to the results of the research the majority of the customers who did not complete the Liike luo elämää programme are middle aged with a full time occupation, who exercise very little and struggle with maintaining their weight. However, the results show that they feel their motivation to exercise and the quality of their lives are satisfactory. The results of the research are only case specific and not applicable to all customers who do not complete the programme. It is recommended that in future the reasons behind quitting the programme are investigated further.</p>		
Subject headings, (keywords) Physical activity counseling, health education, drop-out, working aged adults, motivation		
Pages 52 p. + app. 10 p.	Language Finnish	URN
Remarks, notes on appendices		
Tutor Kirsti Uusitalo	Bachelor's thesis assigned by Liike luo elämää -programme	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	TYÖIKÄISTEN LIIKUNTAKÄYTTÄYTYMINEN SUOMESSA.....	2
2.1	Mikä motivoi ihmisiä liikkumaan?.....	3
2.2	Terveysliikunta	3
2.3	Terveysliikunnan suositus.....	4
3	LIIKUNTANEUVONTAHANKKEET SUOMESSA.....	5
3.1	Liike luo elämää -hanke.....	6
3.2	Liike luo elämää -hankkeen liikuntaneuvontaprosessi	7
3.3	Muita samankaltaisia liikuntaneuvontahankkeita.....	8
4	LIIKUNTANEUVONNASTA APUA TERVEYDEN EDISTÄMISEEN	9
4.1	Liikuntaneuvonnasta tukea käyttäytymisen muuttamiseen.....	11
4.2	Miksi asiakkaat keskeyttävät liikuntaneuvonnan?.....	12
4.3	Precede-Proceed -malli	13
4.4	Transteoreettinen muutosvaihemalli.....	14
5	TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	16
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	16
6.1	Tutkimusmenetelmät	17
6.2	Aineiston tutkiminen	17
6.3	Kohderyhmän kuvaus	18
7	TUTKIMUKSEN TULOKSET	19
7.1	Soittoaikojen keskusteluista selviävät tiedot	36
7.2	Tiivistelmä tuloksista.....	37
8	POHDINTA	40
8.1	Tulosten pohdinta	41
8.2	Opinnäytetyöprosessin arviointi	45
8.3	Jatkotutkimusehdotukset	46
	LÄHTEET	47
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Jopa kaksi kolmasosaa suomalaisesta aikuisväestöstä liikkuu terveytensä kannalta riittämättömästi (Kansallinen liikuntatutkimus 2005–2006, 15). Työikäiset ovat eri ikäluokkien passiivisimpia liikkujia, ja juuri siksi liikunnan harrastamiseen tulisi, varsinkin työikäisenä, kiinnittää huomiota (Helminen & Pietiläinen 1998, 4). Uusittu Kansallinen liikuntatutkimus osoittaa kuitenkin, että aikuisväestö on alkanut liikkua aiempaa intensiivisemmin, sillä jopa 72 % suomalaisista ilmoittaa liikkuvansa säännöllisesti. Liikunta parantaa fyysistä toimintakykyä ja ennaltaehkäisee sydän- ja verisuonisairauksia. Tämän lisäksi liikunnalla on myönteinen vaikutus terveyttä edistäviin elämäntapoihin ja elämänhallintaan. (Helminen & Pietiläinen 1998, 4.)

Liikuntaneuvonta auttaa työikäisiä kiinnostumaan omasta hyvinvoinnista ja jaksamisesta. Liikuntaneuvonnan tavoitteita ovat asiantunteva ohjaus, tavoitteellinen toiminta, asiakkaan motivaation herättäminen ja sen ylläpito sekä palautteen antaminen. (Nupponen & Suni 2005, 217.) Voidaan sanoa, että liikuntaneuvonnan keskeyttää tietty osa asiakkaista, vaikka edellämainitut seikat toteutuisivatkin. Useat liikuntainterventiotutkimukset osoittavat, että puolet osallistujista jättää liikunnan puolen vuoden kuluessa. Jotta ihmisten mielenkiinto liikuntaan säilyisi, tulisi panostaa liikkujien omiin toiveisiin, kuten siihen, mitä he itse haluavat, arvostavat ja millaisissa elämäntilanteissa he elävät. On näyttöä myös siitä, että oma-aloitteinen liikunta on jatkuvampaa kuin jonkun muun kehottama liikunta. (Laitakari & Miilunpalo 1998, 32–35.)

Saimme toimeksiannon Etelä-Savon Liikunnan hallinnoimalta Liike luo elämää (LLE) – hankkeelta. Tavoitteenamme on tutkia, millaiset liikuntaneuvonta-asiakkaat keskeyttävät liikuntaneuvontaprosessin. Tulosten pohjalta luomme myös profiilin tyypillisimmästä liikuntaneuvonnan keskeyttäneestä asiakkaasta. Käytämme työssämme valmista aineistoa, joka on rajattu hankkeen alusta eli syksystä 2008 tammikuulle 2010.

Opinnäytetyömme avulla LLE-hankkeen koordinoijat saavat tietoa liikuntaneuvonnan keskeyttäneistä asiakkaista. Tämän avulla he voivat pyrkiä parantamaan liikuntaneuvontaprosessia, jotta asiakkaat pysyisivät paremmin mukana koko prosessin ajan. Hankkeen tavoitteena on edistää työllistymistä ja työmarkkinoilla pysymistä sekä ehkäistä syrjäytymistä (Euroopan sosiaalirahasto 2007).

2 TYÖIKÄISTEN LIIKUNTAKÄYTTÄYTYMINEN SUOMESSA

Liikunta tarjoaa työikäisille mahdollisuuden hankkia piristäviä ja vapauttavia kokemuksia. Tämän lisäksi liikunta tasapainottaa elämää työn ja arjen välillä, ylläpitää kuntoa ja terveyttä sekä auttaa stressinhallinnassa. (Vuori ym. 2005, 639–640.) Työ- ja toimintakyvyllä tarkoitetaan fyysistä suorituskäkyä ja selviytymistä jokapäiväisissä toiminnoissa ja työssä. Nykyään työkykyä verrataan yksilön omaan toimintakykyyn ja työn asettamiin vaatimuksiin. Oletetaan, että liikunta ennaltaehkäisee työkyvyttömyydeltä, koska liikunnalla on myönteisiä vaikutuksia terveyteen ja toimintakykyyn. Työikäisten liikunta vaikuttaa ensisijaisesti fyysiseen toimintakykyyn ja sen kautta kroonisiin sairauksiin, kuten selkävaivoihin, diabetekseen ja sydän- ja verisuonisairauksiin. (Vuori ym. 2005, 171–175.) Suomessa tämä on otettu huomioon valtioneuvoston hyväksymässä Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa, joka tarkastelee Suomen terveyspolitiikkaa 15 vuoden aikavälillä. Ohjelman tavoitteena on parantaa työikäisen väestön työ- ja toimintakykyä sekä työympäristöä niin, että työelämässä pysyttäisiin pidempään. (Sosiaali- ja Terveysministeriö 2001, 2-3)

Työikäisistä suomalaisista miehistä reilu kolmannes liikkuu terveytensä kannalta riittävästi, naiset sen sijaan liikkuvat hieman enemmän kuin miehet. Tämä johtuu siitä, että naiset harrastavat enemmän vapaa-ajan liikuntaa ja heidän arkipäivään kuuluu enemmän fyysistä aktiivisuutta. Noin puolella väestöstä liikunta on säännöllistä. Suomalaisen suosiossa ovat perinteiset kestävyysliikunnan muodot, joita harrastetaan pääasiassa ulkona. Suurin osa suomalaisista naisista ja miehistä kokee liikuntamahdollisuudet varsin hyvinä. (Vuori ym. 2005, 618–619) Suosituin liikuntamuoto aikuisväestön keskuudessa on kävely, jota harrastaa reilu 1,8 miljoonaa suomalaista (Kansallinen liikuntatutkimus 2009–2010, 7). Liikkumisen rajoittavat tekijät liittyvätkin henkilökohtaisiin syihin, kuten ajan puutteeseen, sairauksiin tai muihin velvoitteisiin. Ajan riittämättömyys on suomalaisille hankala ongelma, koska ajankäyttöä ei osata laittaa tärkeysjärjestykseen. (Vuori ym. 2005, 618–619) Nykyään sellaisten liikuntapaikkojen ja -lajien suosio on noussut, jotka sopivat kiireiseen elämänrytmiin (Suomen Liikunta ja Urheilu 2010). Liikunnan tuottamat elämykset, yhdessä olon mahdollisuus, itsensä toteuttaminen sekä uusien taitojen oppiminen ovat myös syitä, mitkä vaikuttavat lii-

kunnan harrastamiseen. Suomalaisille ominaista on, että liikunta tuottaa enemmän sisäistä tyydytystä kuin ulospäin havaittavaa iloa. (Vuori ym. 2005, 625–627.)

2.1 Mikä motivoi ihmisiä liikkumaan?

Nykypäivän ihminen ei ole vain tarpeitaan tyydyttävä olento vaan myös tavoitteisiin pyrkivä ja harkitseva päätöksentekijä. Motivaatio kehittyy koko elämän ajan. Esimerkiksi nuorena liikutaan liikunnan ilosta, kun taas iän karttuessa liikunnan terveydelliset vaikutukset korostuvat. Elämä saa siis edetessään uusia merkityksiä asettaen tavoitteet uuteen järjestykseen. Motivoituessaan yksilö ponnistelee mielellään kohti päämääriä, jolloin hän saattaa ylittää sekä omat että muiden odotukset. Motivaatio toimii voimavarana ihmisen toiminnassa. (Peltola ym. 2000, 84.)

Motivaatio auttaa ymmärtämään ihmisten käyttäytymistä. Se voidaan jakaa sisäiseen ja ulkoiseen motivaatioon. Sisäinen motivaatio syntyy ihmisen halusta suoriutua tehtävästä itsenäisesti ja ulkoisen motivaation mukaan ihminen haluaa jonkinlaisen palkkion suorituksesta tehtävästä. (Metsämuuronen 1995, 71.)

Motivaatiota voi tarkastella lukuisten eri teorioiden ja viitekehyksien kautta. Tämän vuoksi tarkastelemme opinnäytetyössämme motivaation liittymistä liikuntaan yleisellä tasolla. Motivaatio ja siihen liittyvä ajattelu luovat pohjan oman elämän ohjautumiselle. Ihmiset motivoituvat yksilöllisesti jokaiseen eri elämäntilanteeseen. Motivaatio voi perustua ihmisten aiempiin kokemuksiin ja temperamenttieroihin. Esimerkiksi ihmisen uudet mielenkiinnon kohteet voivat liittyä aiempiin harrastuksiin. Toisaalta osa ihmisistä pitää tutusta ja turvallisesta harjoittelumuodosta, kun taas osa haluaa kokeilla uusia ja jännittäviä lajeja. Ihminen ohjaa elämäänsä asettamalla tavoitteita, kehittämällä suunnitelmia ja keinoja niihin pääsemiseksi sekä arvioimalla toimintaa ja sen tulosta. (Salmela-Aro 2002, 22, 59–60.)

2.2 Terveysliikunta

Terveysliikuntaa on kaikki liikkuminen, joka vaikuttaa myönteisesti terveyteen. Nykyään tutkimustiedon lisääntyä liikuntaa suositellaan enemmän terveyden edistämisenä kuin fyysisen kunnon kohottamisena. (Niemi 2007, 4.) Terveysliikunnalla on myös

myönteisiä vaikutuksia ihmisen psyykkiseen ja sosiaaliseen terveyteen liikunnan toteuttamistavoista riippumatta (Vuori 2000, 15).

Terveysliikunta määritellään säännölliseksi, kuormitukseltaan kohtuulliseksi ja jatkuvaksi. Hyötyliikunta, fyysiset ponnistelut töissä ja vapaa-ajan liikunta ovat kaikki esimerkkejä siitä. Terveysliikunta tavoittelee erityisesti terveytensä kannalta liian vähän liikkuvia ihmisiä. (Suni & Taulaniemi 2003.) Terveysliikunnaksi eivät riitä muutaman minuutin mittaiset arkiaskareet. Arkiaskareiden hoitaminen on kuitenkin tyhjää parempi, sillä kaikkien tulisi välttää fyysisesti hyvin passiivista elämää, kuten löhöilyä. (UKK-instituutti 2009.)

Kuntoliikunta on osa terveystoimintaa, ja se on kuormittavuudeltaan raskaampaa kuin terveystoiminta (Suni & Taulaniemi 2003). WHO:n (2010) kuntoliikuntasuosituksen mukaan rasittavuudeltaan kohtuullista liikuntaa tulee harrastaa vähintään 30 minuuttia viisi kertaa viikossa ja raskasta liikuntaa vähintään 20 minuuttia kolme kertaa viikossa. Kohtuullista liikuntaa voi olla esimerkiksi reipas kävely, jossa hengästyy jonkin verran, kun taas raskasta liikuntaa voi verrata juoksuun tai hölkkään, jossa hengästyy voimakkaasti ja hikoilee. Muita kuntoliikuntalajeja ovat esimerkiksi hiihto, uinti, juoksu, pallopelit ja aerobic. Edellä mainittu kuntoliikuntasuositus on minimisuositus. Liikkumalla enemmän saavutetaan lisää terveydellisiä hyötyjä. Kaksi kertaa viikossa toteutettu kuntoliikunta ylläpitää kuntoa, kun taas kolmesta viiteen kertaan viikossa parantaa sitä.

2.3 Terveystoiminnan suositus

Liike luo elämää -hankkeen liikuntaneuvonnassa käytetään apuna terveystoiminnan suositusta, joka on kuvattu liikuntapiirakan muotoon. UKK-instituutin (2009) laatima liikuntapiirakka on julkaistu ensimmäisen kerran vuonna 2004. Liikuntapiirakka on terveystoiminnan suositus aikuisille (18–65-vuotiaille), ja sitä käytetään laajalti liikuntaneuvonnassa, niin perusterveydenhuollossa kuin liikunta-alallakin. Liikuntaneuvonnassa liikuntapiirakan avulla selvitetään asiakkaan sen hetkistä liikunnan laatua ja määrää. Liikuntapiirakasta on tehty tutkimustiedon lisääntyneä päivitetty versio vuonna 2009. Terveystoiminnan suosituksen uudistaminen pohjautuu USA:n terveystoimintanomaisten vuonna 2008 julkaisemaan tutkimukseen (HHS 2008). Uudessa versiossa

korostetaan lihaskuntoharjoittelun tärkeyttä kestävyysliikunnan ohella (UKK-instituutti 2009).

Uuden liikuntapiirakan mukaan tulee harjoittaa niin kestävyys- kuin lihaskuntoakin. Kestävyyskuntoa harjoitetaan oman peruskunnan ja tavoitteiden mukaan. Aloittelijoille ja terveystaiteilijalle suositellaan kestävyyskuntoa kohentavaa reipasta liikuntaa, kuten kävelyä, marjastusta ja hyötyliikuntaa kaksi ja puoli tuntia viikossa. Tottuneille ja hyväkuntoisille taiteilijalle suositellaan sen sijaan vähintään tunti ja 15 minuuttia raskasta liikuntaa viikoittain, kuten pyöräilyä, vesijuoksua ja pallopelejä. Tämän lisäksi lihaskuntoa ja liikehallintaa tulee kohentaa esimerkiksi kuntosaliharjoittelun ja venyttelyn avulla ainakin kaksi kertaa viikossa. Lihaskuntoa ja liikehallintaa kohentava liikunta parantaa lihasvoimaa ja kestävyyttä sekä notkeutta ja tasapainoa. Se lisää myös luun lujutta ja tukee tuki- ja liikuntaelimestön terveyttä. Liikkuminen on hyvä jakaa tasaisesti koko viikolle. Liikuntapiirakan mukaisella liikuntamäärällä saavutetaan suurin osa terveyshyödyistä. Hyödyt kasvavat, jos liikutaan suosituksia enemmän. (UKK-instituutti 2009.)

3 LIIKUNTANEUVONTAHANKKEET SUOMESSA

Liikuntaneuvontaa on tutkittu Liikkumisresepti-hankkeen avulla. Liikkumisresepti-hanke toimi valtakunnallisesti Suomessa vuosina 2001–2004, ja sitä toteuttivat Suomen Reumaliitto, Suomen Lääkäriliitto, Suomen Sydänliitto, UKK-instituutti, KKI-ohjelma ja Jyväskylän yliopiston Terveystieteiden tutkimuskeskus. Hankkeen avulla pyrittiin lisäämään lääkäreiden antamaa liikuntaneuvontaa perusterveydenhuollossa ja kohderyhmänä olivat terveydellisiin riskiryhmiin kuuluvat asiakkaat. (Aittasalo & Kukkonen-Harjula 2010.)

Liikkumisresepti-hanke on osoittautunut tutkimusten mukaan vaikuttavaksi tavaksi muuttaa liian vähän liikkuvien asiakkaiden liikuntakäyttäytymistä. Aiheesta on saatu hyviä ja yhtenäisiä tuloksia sekä Suomessa että kansainvälisissä tutkimuksissa. Liikuntaneuvonnan edistäminen valtakunnallisen hankkeen avulla on hidasta, joten sen rinnalle tarvitaan alueellisia hankkeita. (Aittasalo & Kukkonen-Harjula 2010.)

Etelä-Savon alueella ei ollut julkisia liikuntaneuvontaa tarjoavia yksiköitä, joten alueelle perustettiin uusi Liike luo elämää -terveysliikuntahanke. Tämä hanke toimii samoilla periaatteilla kuin liikkumisresepti-hanke. (Etelä-Savon Liikunta ry 2003.)

3.1 Liike luo elämää -hanke

Liike luo elämää eli LLE on Etelä-Savon liikunta ry:n terveysliikuntahanke, joka alkoi Mikkelissä 1.1.2008. Hankkeen tavoitteena oli perustaa kolme liikuntaneuvontaa tarjoavaa terveysliikuntayksikköä, Mikkeliin, Pieksämäelle ja Savonlinnaan. Liikuntaneuvonta alkoi Mikkelissä 1.8.2008. Savonlinnassa ja Pieksämäellä toiminta alkoi tammikuussa 2009. Mikkelin ammattikorkeakoulu toimii hankkeen pääpartnerina. Liikuntaneuvontayksiköitä ovat terveyskeskus ja ammattikorkeakoulun hyvinvoinnin palvelupiste Elixiri Mikkelissä, Itä-Savon sairaanhoitopiiri Savonlinnassa ja Kunnonkeskus Oy Pieksämäellä. Muita yhteistyökumppaneita ovat Tanhuvaaran urheilupuisto ja Kuopion yliopisto. (Etelä-Savon Liikunta ry 2003.) Hankkeen avulla tuotetaan tutkimustietoa eteläsavolaisen työssäkäyvän väestön liikunta- ja terveyskäyttäytymisestä sekä näihin vaikuttavista tekijöistä. Hanke loppuu 31.12.2010, mutta liikuntaneuvonta jatkuu edellämainituissa yksiköissä. Hankkeen toimintojen onnistuneet hyvät käytännöt ja epäonnistuneet kokeilut raportoidaan, minkä perusteella toimintaa pyritään kehittämään. (Euroopan sosiaalirahasto 2007.)

Liikuntaneuvonta on vain yksi osa Liike luo elämää -hankkeen kokonaisuutta. Hanke järjestää etelä-savolaisille esimerkiksi kuntoilutapahtumia ja kursseja. (Etelä-Savon Liikunta ry 2003.) Opinnäytetyössämme tarkastelemme ainoastaan Liike luo elämää-hankkeen liikuntaneuvontaa.

Liikuntaneuvonta-asiakkaat tulevat palvelun pariin itsenäisesti soittamalla tai ohjautumalla työterveyshuollosta, lääkäriltä tai terveydenhoitajalta. Liikuntaneuvonta on tarkoitettu kaikille eteläsavolaisille työikäisille (18–64-vuotiaille). Ensisijaisena kohderyhmänä ovat yli 45-vuotiaat, terveytensä kannalta liian vähän liikkuvat tavalliset kansalaiset. (Etelä-Savon Liikunta ry 2003.) Tutkimukset ovat osoittaneet, että juuri terveytensä kannalta liian vähän liikkuvat työikäiset hyötyvät liikuntaneuvonnasta eniten (Vähäsarja ym. 2004, 86). Liikuntaneuvonnassa he saavat terveydenhuollon ammattilaiselta henkilökohtaista apua ja tukea terveys- ja liikuntakäyttäytymisen muutos-

prosessiin. Nämä palvelut ovat olleet maksuttomia asiakkaille. (Etelä-Savon Liikunta ry 2003.)

3.2 Liike luo elämää -hankkeen liikuntaneuvontaprosessi

Liike luo elämää -hankkeen liikuntaneuvontaprosessin avulla pyritään löytämään asiakkaiden yksilölliset haasteet ja mahdollisuudet. Liikuntaneuvonnan pohjana käytetään kattavaa haastattelua, jonka avulla luodaan asiakkaan fyysistä kuntoa ja toiveita vastaava yksilöllinen liikuntasuunnitelma. (Etelä-Savon Liikunta ry 2003.) Haastattelurunko koostuu strukturoiduista, puolistrukturoiduista ja avoimista kysymyksistä. Liikuntaneuvonnan apuna käytetään tilanteen mukaan asiakkaan liikuntakäyttäytymistä selittäviä teorioita ja malleja (Vuori ym. 2005, 658). Tämä näkyy LLE-hankkeen liikuntaneuvontaprosessissa siten, että suunnitelman laatimisessa hyödynnetään trans-teoreettista muutosvaihemallia, jonka avulla arvioidaan asiakkaan muutosvalmiutta. Liikuntaneuvonnassa tärkeää on saada asiakas sitoutumaan ja motivoitumaan kokonaisvaltaisesti prosessiin. (Vähäsarja ym. 2004, 82.) Sitoutumista ja motivaation herättämistä voidaan tarpeen vaatiessa parantaa esimerkiksi varaamalla asiakkaalle kaksi ensikäyntiä.

Liikuntaneuvontaprosessi Liike luo elämää -hankkeessa kestää noin kuudesta seitsemään kuukautta. Prosessi alkaa ensimmäisellä liikuntaneuvontakäynnillä, jossa kartoitetaan henkilön nykytila haastattelurungon (**Liite 1**) ja testausten avulla. Ensikäynnillä asiakas luo itselleen tavoitteet ja yhdessä liikuntaneuvojan kanssa asiakas pohtii keinoja, kuinka tavoitteet saavutettaisiin. Liikuntaneuvonnan kautta asiakkaan on mahdollista päästä mukaan muun muassa matalan kynnyksen ryhmätoimintaan tai lisätetstauksiin. (Etelä-Savon Liikunta ry 2003.)

Noin kuukauden päästä ensikäynnistä liikuntaneuvoja ottaa yhteyttä asiakkaaseen joko puhelimitse tai sähköpostilla. Tällöin asiakkaalta kysytään, miten prosessi on käynnistynyt. Samalla tehdään myös mahdollisia muutoksia suunnitelmaan. Kahden kuukauden kuluttua ensimmäisestä soittoajasta otetaan asiakkaaseen uudelleen yhteyttä ja kartoitetaan taas tilannetta. Soittokerroilla asiakkaan haastattelun apuna käytetään lyhyempää haastattelurunkoa (**Liite 2**). Puhelinkeskusteluista saadaan selville, onko asiakkaan liikuntakäyttäytymisessä tapahtunut muutosta ensikäynnin jälkeen. Liikun-

taneuvonnassa ei korosteta yhden painokilon pudottamista, vaan tärkeintä on saada aikaan pientäkin muutosta omassa ajattelussa ja käyttäytymisessä. Puhelinkeskustelujen avulla asiakasta kannustetaan kohti uusia elämäntapoja. (Pöyry 2010.)

Kahden tai kolmen kuukauden päästä soittoajoista on kontrollikäynti, jossa käydään läpi sama haastattelurunko ja testaukset kuin ensimmäisellä liikuntaneuvontakäynnillä. Näiden avulla saadaan selville, onko muutosta tapahtunut puolen vuoden aikana. Kontrollikerralla asiakkaan kanssa käydään vielä läpi hänen tavoitteitaan ja suunnitelmaansa jatkoa varten. Asiakas antaa viimeisellä kerralla palautteen liikuntaneuvonnasta. (Mt.) Liikuntaneuvonnan tavoitteena on, että liikuntaa harjoitetaan neuvonnan jälkeen omatoimisesti (Vuori ym. 2005, 680).

Opinnäytetyössä tutkimme LLE-hankkeen asiakkaita, jotka eivät ole käyneet viimeisellä kontrollikäynnillä. He ovat siis käyneet ensikäynnillä, mutta keskeyttäneet liikuntaneuvonnan ensikäynnin tai soittokertojen jälkeen.

3.3 Muita samankaltaisia liikuntaneuvontahankkeita

Liike luo elämää -hankkeen kaltaisia liikuntaneuvontahankkeita on muuallakin Suomessa. Satakunnassa alkoi vuonna 2006 Terveysliikunnan palveluketju terveyssektorilla -projekti, jonka tarkoituksena on kehittää ja testata liikuntaneuvontamallia riittävästi liikkuville työikäisille ihmisille. Liikuntainterventioon päästäkseen asiakkaan oli täytettävä tiettyjä kriteerejä. Asiakkaan tuli olla esimerkiksi liikunnallisesti passiivinen työikäinen ihminen, jolla on vyötärölihavuutta ja kohtalainen riski sairastua kakkos tyyppin diabetekseen seuraavan kymmenen vuoden aikana. Interventioon osallistui 12 ihmistä, joista vain viisi jatkoi projektin loppuun asti. Myös keskeyttäneet asiakkaat kutsuttiin loppumittauksiin, mutta vain yksi heistä saapui paikalle. Tämä tutkimus on osoittanut, että osallistujien sitoutumista interventioon tulee tukea enemmän. Asiakkaiden elämänlaatua ja sen mahdollista muutosta tulee myös mitata tarkemmin. Tutkimus sisälsi Liike luo elämää -hankkeeseen verrattuna enemmän ryhmätapaamisia ja muita oheistoimintoja, kuten kotitehtäviä ja tutustumiskäyntejä, jolloin se vaati asiakkaalta itseltään enemmän panostusta. (Törne ym. 2008, 44–46)

Samankaltaisia hankkeita ovat myös esimerkiksi Telirane-hanke Kainuun alueella, Lahti Liikkeelle -kehittämishanke Lahdessa sekä Terve Lappi -hanke Pohjois-Suomessa. Telirane-hanke on terveyttä edistävä liikunta- ja ravitsemusneuvontamalli, joka toimii vuosina 2008–2010. Hankkeen tavoitteena on luoda sosiaali- ja terveys-toimialan järjestöjen ja julkisen sektorin yhteinen liikunta-, ravitsemusneuvonta- ja seurantamalli. (Kainuun Liikunta ry 2006.) Lahti Liikkeelle -hanke toimi vuosina 2006–2009. Hankkeen tavoitteena on kehittää toimintamalleja ja – tapoja lahtelaisten terveyden ja terveystiikunnan edistämiseksi. (Salo 2006.) Terve Lappi on Pohjois-Suomen terveyden edistämisen kehittämis- ja toimintamallihanke, joka ajoittuu vuosille 2009–2011. Hankkeen tavoitteena on perustaa pysyvät rakenteet ja yhteiset toimintatavat terveyden edistämiseen Lapissa. (Terve Lappi toiminta 2009.)

Liikuntaneuvontapalveluita tarjotaan julkisissa terveydenhuollossa muun muassa Helsingissä, Turussa ja Jyväskylässä. Suomessa on kuitenkin paljon alueita, missä liikuntaneuvontapalveluita tarjoaa vain yksityinen sektori. Tällöin palveluiden kohde-ryhmäkin on erilainen, koska palvelut ovat usein maksullisia.

4 LIIKUNTANEUVONNASTA APUA TERVEYDEN EDISTÄMISEEN

Jokaisella ihmisellä on oikeus terveyttä edistävään neuvontaan, joka on avuksi terveyttä ja terveystalveluja koskevissa päätöksissä (World Confederation of Physical Therapy 2009). Liikuntaneuvonta on yksi henkilökohtaisen terveysneuvonnan alue samoin kuin esimerkiksi ravitsemusneuvonta. Henkilökohtaisella ohjauksella ja neuvonnalla on todettu olevan erityinen osuus terveystiikunnan edistämässä. Liikuntaneuvonnan tavoitteet muodostuvat asiakkaan elämäntilanteesta, pyrkimyksistä, terveydentilasta ja siitä, mitä hän on valmis muuttamaan omassa käyttäytymisessään. Ihanteellista liikuntaneuvonnassa on liikuntaneuvojan ja asiakkaan dialoginen kanssakäyminen. Siihen kuuluvat tasapuolinen vuorovaikutus, asiakkaan aktiivinen osallistuminen ja kuunteleminen sekä ongelman ja sen ratkaisumallien pohtiminen yhdessä. Liikuntaneuvonnassa muodostetaan keskustelun pohjalta jokin ongelma, esimerkiksi liikunta- tai ruokailutottumuksissa, jota neuvonnassa pyritään ratkaisemaan. Tiedon tai ohjeiden antaminen yleisessä muodossa ei siis riitä, vaan liikuntaneuvonnan toivotaan olevan henkilökohtaisempaa. (Nupponen & Suni 2005, 216–217.)

Liikuntaneuvonnassa suunnitellaan asiakkaille yksilöllisiä liikuntasuunnitelmia ja annetaan tietoa terveellisistä elämäntavoista (Rinne 2008). Asiakas ei hyödy liikuntaneuvonnasta, jos hän ei näe yhtymäkohtia uusien ohjeiden ja arkielämänsä välillä. Tällöin hän saattaa jäädä vain seuraamaan liikuntaneuvontaa passiivisena taka-alalle. Asiakas vastaanottaa vain annetut palvelut, ja on voimaton vaikuttamaan omaan terveyteen ja toimintakykyynsä. (Hanski 2004, 43) Liikuntaneuvonnassa tulee ottaa huomioon asiakkaan fyysisen kunnon lisäksi myös asiakkaan elämäntilanne, arvot ja omat tavoitteet ja näkökulmat. Liikuntaneuvonnassa tärkeää on myönteinen ilmapiiri ja asiakkaan aktiivinen kuuntelu (Vähäsarja ym. 2004, 83).

Ensisijaisia liikuntaneuvontapalveluiden markkinoinnin keinoja ovat tiedotus, viestintä, opastus ja ohjaus sekä tapahtumien ja kampanjoiden järjestäminen. Neuvonnassa keskeistä on asiakkaan tietoisuuden, kiinnostuksen ja mahdollisuuksien lisääminen. (Vuori ym. 2005, 655.) Ellei omaehtoista kiinnostusta ole, liikuntaneuvonta saattaa aiheuttaa asiakaassa vastarintaa tai tunteen, ettei hänen todellisista tarpeistaan välitetä. Tällaiselle asiakkaalle kannattaa kertoa liikunnan hyödyistä ja erilaisista vaihtoehdoista, ja antaa asiakkaalle aikaa harkita muutosta. (Nupponen & Suni 2005, 218–219.)

Liikuntaneuvonnan tekee haastavaksi se, että asiakas ei välttämättä tiedosta omia tarpeitaan tai toiveitaan liikunnan suhteen (Vuori ym. 2005, 658). Jokaisella ihmisellä on yksilöllinen kokemustaustansa, jonka pohjalta jokainen muodostaa omat näkemyksensä eri elämäntapojen ominaisuuksista ja niiden miellyttävyydestä, vaikuttavuudesta sekä omasta kyvystä toteuttaa niitä. Uusien tapojen omaksuminen edellyttää muutoksia ihmisen tajunnassa, ennen kuin käyttäytyminen voi muuttua pysyvästi. (Miilunpalo 1999, 417.)

Liikuntaneuvoja voi vaikuttaa myönteisesti asiakkaan muutosprosessiin informoimalla asiakasta liikunnan vaikutuksista. Aloittaakseen liikunnan suuri osa asiakkaista tarvitseekin perusteellista neuvontaa ja ohjausta. (Vuori ym. 2005, 658.) Liikuntaneuvojan tulee huomata kaikki se potentiaali, mitä yksilössä on. Liikuntaneuvoja ei saa kuitenkaan asettaa asiakkaalle liian suuria odotuksia, sillä se voi sammuttaa asiakkaan motivaation. (Metsämuuronen 1995, 51–52.) Liikuntaneuvonnan intensiivisyys ja seurantakäynnit ovat tärkeitä muutosprosessin onnistumiseksi. Seurantakäynneillä vahvistetaan asiakkaan omaa hallintaa ja muutoksen pysyvyyttä. Muutosprosessin onnistumista

vahvistaa myös asiakkaan kanssa yhdessä laaditut pienemmät konkreettiset välitavoitteet. (Miilunpalo 1999, 423.)

4.1 Liikuntaneuvonnasta tukea käyttäytymisen muuttamiseen

Liikuntaneuvonnan päätavoitteena on saada aikaan muutosta asiakkaan ajattelussa ja käyttäytymisessä. Liikuntakäyttäytymisen tutkimiseen käytetään monia erilaisia malleja, jotka tutkivat liikuntakäyttäytymistä eri näkökulmista. Yhteistä malleille on se, että niillä pyritään vaikuttamaan positiivisesti liikuntakäyttäytymiseen. (Nupponen & Suni 2005, 218.)

Liikuntakäyttäytymiseen kuuluvat liikunta ja siihen vaikuttavat eri tekijät, kuten syyt, motiivit sekä liikuntaa rajoittavat tekijät. Liikunnan edistäminen edellyttää näiden tekijöiden ja niissä tapahtuvien muutosten tuntemista. Liikunta jaetaan tarkoitusten mukaan, esimerkiksi työliikuntaan, harrastusliikuntaan sekä arki- ja hyötyliikuntaan. Liikuntakäyttäytyminen on yksi käyttäytymisen muoto, minkä muuttaminen on yhtä vaikeaa kuin esimerkiksi ravinto- ja tupakointikäyttäytymisen muuttaminen. Muutoksen tekee vaikeaksi se, että liikuntakäyttäytymiseen vaikuttavat tekijät ovat henkilökohtaisia ja usein syvälle juurtuneita. Liikuntakäyttäytymisen muutokseen ja uusien tapojen käyttöönottoon kuluu runsaasti aikaa ja energiaa. (Vuori ym. 2005, 618–620, 647, 660.) Liikuntaneuvonnan terveysvaikutukset ilmenevät vasta, kun muutosta on tapahtunut riittävästi ja, kun muutoksesta on kulunut tarpeeksi aikaa (Nupponen & Suni 2005, 218). Muutoksen uskotaan olevan myös jossain määrin yksilön oman tahdon säätelemää. Muutos käyttäytymisessä edellyttää aina päätöksentekoprosessia. (Miilunpalo 1999, 418–422.) Vuori (2005, 651) toteaa, että ”liikunnan aloittaminen tai jatkuminen on sitä todennäköisempää, mitä useammat myönteiset tekijät vaikuttavat samanaikaisesti, mitä vahvempia ne ovat ja mitä vähemmän ja mitä heikompia kielteisiä tekijöitä on vaikuttamassa.”

Liikunnan harrastaminen koostuu hyvin pitkistä ja monimutkaisista käyttäytymisketjuista, jotka liittyvät muun muassa aikaan, välineisiin, paikkaan ja kanssaihmiin. Ketju alkaa esimerkiksi siitä, kun yksilö on tehnyt päätöksen lähteä liikkumaan ja ajankohta lähestyy. Ketju jatkuu liikuntavarusteiden keräämisellä, liikuntapaikalle menemisellä ja varusteiden vaihdolla, itse liikuntasuorituksella loppuen kotiin palaa-

miseen. Tällainen ketju voi helposti katketa monessa kohdassa erinäisistä syistä, jolloin liikuntasuoritus jää tekemättä. Liikuntasuoritus ja siihen valmistautuminen mielletään täten vaativaksi käyttäytymiseksi verrattuna helpompaan käyttäytymiseen, kuten television katseluun. Tämä osaltaan selittää sen, miksi osa yksilöistä kokee liikunnan harrastamisen paljon aikaa vieväksi ja vaivaa aiheuttavaksi. Tämä voi johtaa myös liikunnan harrastamisen lopettamiseen. (Laitakari & Miilunpalo 1998, 33.)

4.2 Miksi asiakkaat keskeyttävät liikuntaneuvonnan?

Kaikkeen toimintaan kuuluu aina joukko ihmisiä, jotka keskeyttävät sen vapaaehtoisesta osallistumisesta huolimatta. Toiminnan keskeyttäminen korostuu etenkin erilaisissa liikuntaan liittyvissä hankkeissa. Itse ilmiöön ei voida vaikuttaa, mutta siihen, kuinka paljon keskeyttäneitä on ja missä vaiheessa he keskeyttävät, pystytään vaikuttamaan. Liikuntaneuvonnan keskeyttämiseen, samoin kuin sen aloittamiseen ja jatkamiseen vaikuttavat useat eri tekijät. (Lämsä & Mäenpää 2002, 12.) Keskeyttämiseen ei ole yhtä ainoaa syytä, vaan se johtuu eri ihmisillä eri asioista (Vuori ym. 2005, 650). Liikuntaharrastuksen keskeyttämiseen vaikuttavat eri elämänvaiheet ja elämässä tapahtuvat muutokset (Allender ym. 2008, 160). Liikuntaneuvonnan keskeyttäminen voi suureksi osaksi johtua asiakkaan sisäisen motivaation puutteesta. Tähän voivat vaikuttaa ulkoiset paineet, tärkeät henkilöt ja sitoutuminen muutokseen. Tärkeintä toiminnan jatkamisessa on sisäisen motivaation säilyttäminen ja tarpeiden tyydyttäminen. (Metsämuuronen 1995, 53–54.)

Liikuntahankkeet yrittävät jatkuvasti herättää uusien asiakkaiden mielenkiinnon erilaisilla markkinoinnin keinoilla, kuten tapahtumilla, tempauksilla ja ”oheiskrääsillä”. Uusien asiakkaiden myötä hankkeiden tulee pystyä tarjoamaan lupaamansa palvelut ja takaamaan toiminnan laatu. Hankkeiden ei tulisi kuitenkaan liikaa keskittyä uusien asiakkaiden rekrytointiin, vaan panostaa myös aikaisemmin hankkeisiin liittyneisiin asiakkaisiin. Jos näin ei tapahdu, vastuu asiakkaiden keskeyttämisestä siirtyy asiakkaiden itsensä lisäksi myös hankkeille. Keskeyttäneiden määrän minimoimiseksi voidaan tehdä paljonkin, mutta tärkeimpänä pysyvemmän sitoutumisen saavuttamiseksi on taata toiminnan laatu. (Lämsä & Mäenpää 2002, 12–14.)

4.3 Precede-Proceed -malli

Liike luo elämää -hankkeen liikuntaneuvonnassa käytetään apuna kahta eri liikunta-käyttäytymistä selittävää teoriaa – Greenin Precede-Proceed -mallia ja transteoreettista muutosvaihemallia. Nämä mallit ovat keskeisiä neuvonta- ja ohjausmenetelmiä hankkeen liikuntaneuvonnassa.

Lawrence Greenin (2005) luomaa Precede-Proceed -mallia käytetään apuna, kun halutaan määrittää terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä tarpeita. Se ottaa huomioon yksilön lisäksi myös muita tekijöitä, jotka vaikuttavat terveyteen, kuten terveydenhuoltojärjestelmän ja ympäristön. Mallin avulla voidaan myös suunnitella ja arvioida terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä.

Precede-proceed -malli jakaantuu kahteen eri osaan. Ensimmäisessä precede-osassa hahmotellaan lähtökohta ja saavutettava päämäärä sekä määritellään keinot, joilla päämäärä saavutetaan. Toisessa proceed-osassa toteutetaan suunnitellut toimenpiteet ja arvioidaan niiden vaikuttavuutta. (Mt.)

Greenin mallin mukaan terveyden edistämässä kiinnitetään huomiota käyttäytymisen altistaviin, mahdollistaviin ja vahvistaviin tekijöihin. Altistavat tekijät liittyvät uuden käyttäytymisen aloittamiseen tai sen kokeiluvaiheeseen. Näitä tekijöitä ovat muun muassa ihmisen henkilökohtaiset asenteet, uskomukset, arvot, käsitykset sekä ulkoiset ärsykkeet. (Mt.) Osa tekijöistä, kuten mielihyvä voi lisätä muutoshalua, kun taas esimerkiksi aikaisemmat epämiellyttävät kokemukset voivat jarruttaa sitä (Nupponen & Suni 2005, 224). Mahdollistaviin tekijöihin kuuluvat sisäiset ja ulkoiset tekijät, jotka tekevät käyttäytymisen mahdolliseksi. Näitä ovat terveydentila, taidot sekä käytössä olevat voimavarat ja palvelut, kuten liikuntapaikkojen ja välineiden saatavuus. Vahvistavat tekijät ovat muutoksen ylläpitämisen kannalta keskeisiä. Näitä ovat toiminnasta saatava palaute, sosiaalinen tuki, toisten kannustus ja liikunnan tuottamat vaikutukset, kuten ilo ja mielihyvä. Precede-proceed -mallin mukaan liikuntakäyttäytymisen muutosprosessin toteutuvuus on sitä suurempi, mitä monipuolisemmin ja voimakkaammin altistavat, mahdollistavat ja vahvistavat tekijät esiintyvät yhtäaikaaisesti. (Green 2005.)

4.4 Transteoreettinen muutosvaihemalli

Transteoreettinen muutosvaihemalli on kehitetty 1970-luvulla Prochaskan ja DiClementen tutkimusten pohjalta tupakasta vieroittamisen avuksi. Nykyään mallia käytetään myös esimerkiksi tutkittaessa terveys- ja liikuntakäyttäytymisen muutoksia. (Suikka 2004, 24.) Mallia on sovellettu myös terveydelle epäsuotuisan käyttäytymisen lopettamisessa eikä juurikaan suotuisan käyttäytymisen tukemisessa (Poskiparta 2002, 25). Transteoreettisen muutosvaihemallin vaikuttavuudesta liikuntaneuvonnassa ei ole vielä riittävästi näyttöä, vaikka sen käyttö on viime aikoina lisääntynyt runsaasti. On kuitenkin näyttöä siitä, että transteoreettiseen muutosvaihemalliin perustuvat liikuntaneuvonnat ovat vähintään yhtä vaikuttavia tai vaikuttavampia kuin ilman mallia toteutetut neuvonnat. Elintapojen muuttaminen vaatii pitkää prosessia. Transteoreettisella muutosvaihemallilla tuetaan fyysisen aktiivisuuden muutosta liikuntaneuvonnassa. Sen avulla lisätään myös asiantuntijan ymmärrystä asiakkaan liikuntakäyttäytymisestä ja sen muutoksesta. (Vähäsarja ym. 2004, 81–88.)

Transteoreettinen muutosvaihemalli koostuu viidestä eri vaiheesta, joita ovat esiharkinta, harkinta, valmistelu, toiminta ja ylläpito. Siirtyminen muutosvaiheesta toiseen etenee asteittain. Eri vaiheet auttavat ymmärtämään, mitkä keinot voisivat olla tehokkaita muutoksen mahdollistamiseksi. Ihmiset liikkuvat muutosvaihemallin tasoilla yksilöllisesti, toiset eri järjestyksessä ja eri vauhtia kuin toiset. (Poskiparta 2002, 25–26.) Alkuvaiheessa tärkeintä on muutosvalmiuden tiedostaminen ja päätöksen tekeminen, minkä jälkeen asiakas pohtii muutoksen tuomia hyötyjä ja haittoja. Muutoksia käyttäytymisessä alkaa tapahtua, kun hyödyt painottuvat haittoja enemmän. Onnistuneen liikuntaneuvonnan kannalta eri vaiheiden tarkat ajalliset määreet eivät ole tarkoituksen mukaisia. Repsahdukset kuuluvat muutosprosessiin. Niiden avulla asiakas oppii tunnistamaan muutosta vaikeuttavia tilanteita ja uuden toimintatavan omaksuminen helpottuu. (Vähäsarja ym. 2004, 81–88.)

Esiharkintavaiheessa asiakas ei tiedosta muutostarvetta, eikä siten halua muuttaa käyttäytymistään lähitulevaisuudessa. Asiakas tunnistaa omat ongelmat ympäristössään, mutta ei itsessään. Asiakas ei ymmärrä nykyisten elintapojensa vaikutusta terveyteensä tai ei välitä siitä. Tässä vaiheessa on tärkeää, että asiakas lisää tietoisuutta itsestään ja

muutoksen tarpeesta. (Vuori 2003, 75.) Tärkeää on myös, että yksilö itse valitsee, mitä terveyskäyttäytymisen aluetta hän haluaa muuttaa (Poskiparta 2002, 26).

Harkintavaiheessa asiakas tiedostaa muutoksen tarpeen, mutta ei ole vielä valmis muuttamaan käyttäytymistään. Tässä vaiheessa asiakas pohtii muuttavansa elintapojaan seuraavan puolen vuoden aikana ja tasapainottelee hyötyjen ja haittojen välillä. (Vähäsarja ym. 2004, 83.) Tavoitteena on motivaation rakentuminen erilaisin keinoin, kuten entisten elintapojen hyötyjen ja haittojen itsearviointilla (Vuori 2003, 75).

Valmisteluvaiheessa asiakas on motivoitunut ja tekee jo pieniä muutoksia käyttäytymisessään kuukauden sisällä (Vähäsarja ym. 2004, 83). Tavoitteena asiakkaalla on löytää toimintatapa, joka on itselle sopivin ja motivoivin. Jos asiakas ei epäonnistuisaan koe syyllisyyden tunnetta, hän ei pysty etenemään muutosprosessissa. (Poskiparta 2002, 27.) Tässä vaiheessa asiakkaan kanssa suunnitellaan konkreettiset lyhyen ja pitkän aikavälin tavoitteet (Vuori 2003, 75).

Toimintavaiheessa asiakas on jo tehnyt merkittävän muutoksen elintavoissaan viimeksikuluneen puolen vuoden sisällä (Poskiparta 2002, 27). Repsahdukset ovat yleisiä, vaikka luottamus muutoksen onnistumiseen kasvaa. Asiakas pystyy välttämään riskitilanteita ja oppii toimimaan tavoitteidensa mukaisesti. (Vuori 2003, 75.) Ympäristön tuella on merkittävä osuus tässä vaiheessa (Poskiparta 2002, 27).

Ylläpitovaiheessa uusi käyttäytymismalli on vakiintunut osaksi elämäntapaa ja muutoksesta on kulunut yli puoli vuotta. Asiakas osaa arvioida omaa toimintaansa ja palkita itseään onnistumisten johdosta. Hän on myös entistä varmempi uuden elintavan ylläpitämisestä. (Poskiparta 2002, 28.) Tässä vaiheessa tärkeintä asiakkaalle on tuki ja seuranta (Vuori 2003, 75).

Transteoreettista muutosvaihemallia voidaan tarkastella Greenin Precede-Proceed -mallin pohjalta. Esiharkinta- ja harkintavaiheet ovat yhteydessä altistavien ja mahdollistavien tekijöiden kanssa, valmisteluvaihe puolestaan mahdollistavien tekijöiden ja ylläpitovaihe sen sijaan vahvistavien tekijöiden kanssa. (Lämsä & Mäenpää 2002, 12–14.) Liikuntakäyttäytyminen, jossa muutosvaihemalli on otettu huomioon, rohkaisee kokeilemaan uusia liikuntamuotoja, auttaa löytämään itselle mieluisan ja pitkäaikaisen

liikuntamuodon sekä antaa aikaa uuden elämäntavan omaksumisessa. Liikuntakäyttämisen muutosprosessi on pitkäjänteinen prosessi, joka vaatii vähintään puoli vuotta. (Laitakari & Miilunpalo 1998, 32–35.) Tämä on otettu huomioon myös Liike luo elämää -hankkeessa.

5 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyömme tavoitteena on saada selville, millaiset ihmiset ovat keskeyttäneet liikuntaneuvonnan Liike luo elämää -hankkeessa.

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata aineistoa ja pohtia sen perusteella mahdollisia syitä, miksi osa asiakkaista keskeyttää liikuntaneuvontaan osallistumisen. Selvitämme, mitä liikuntaneuvonnan keskeyttäneet asiakkaat ovat vastanneet liikuntaneuvonnassa esitettyihin kysymyksiin. Tulosten perusteella luomme profiilin tyypillisimmästä LLE-hankkeen liikuntaneuvonnan keskeyttäneestä asiakkaasta. Vertaamme myös, missä suhteissa liikuntaneuvontaa jatkaneiden asiakkaiden tulokset eroavat liikuntaneuvonnan keskeyttäneiden asiakkaiden tuloksista.

Tutkimuksella haettiin vastauksia seuraaviin tutkimusongelmiin:

1. Millaiset asiakkaat ovat keskeyttäneet liikuntaneuvontaprosessin?
2. Miten tutkimuksemme tulokset eroavat liikuntaneuvonnassa jatkaneiden ja sen keskeyttäneiden asiakkaiden välillä?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Liike luo elämää -hankkeen liikuntaneuvojat ovat dokumentoineet tiedot asiakkaista täsmällisesti ja luotettavasti hankkeen salattuun webropol-tietokantaan asiakasnumeroilla. Ohjelmaan ei siis tallennu asiakkaan henkilötietoja, eikä mitään sellaista tietoa, joka voi vaarantaa hänen yksilösuojansa. Tämän takia aineistoa voidaan luotettavasti. (Pöyry 2010.)

Hanke lopetti tiedonkeruun maaliskuussa 2010. Liikuntaneuvonta jatkuu hankkeen lopettamisen jälkeen. Tutkimamme aineisto on rajattu hankkeen alusta, elokuusta 2008 (1.8.2008) tammikuuhun 2010 (26.1.2010). Sovimme aineiston rajaamispäivämäärän yhdessä hankkeen projektiasiantuntija Lassi Pöyryn kanssa. (Pöyry 2010.)

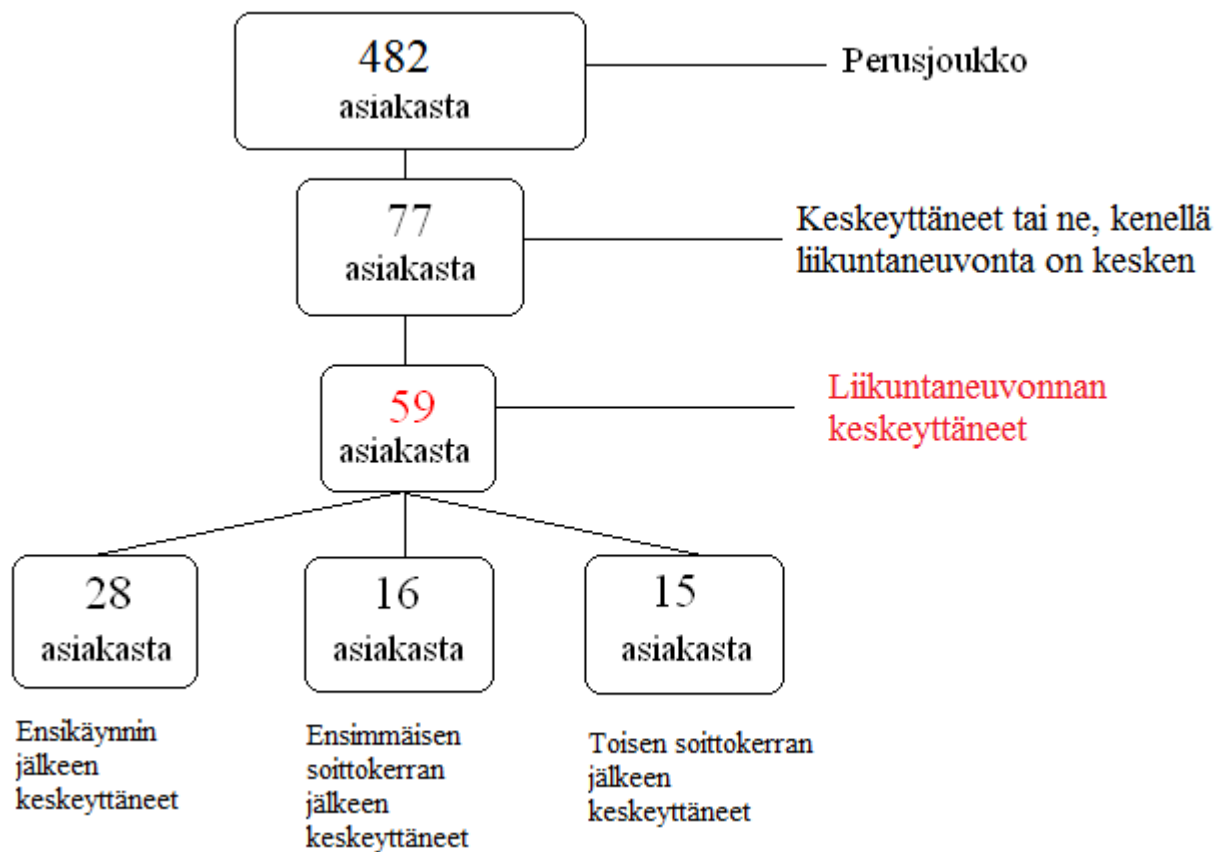
6.1 Tutkimusmenetelmät

Opinnäytetyömme tutkimusmenetelmä on kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus, koska aineistomme koostuu haastattelurungon avulla saaduista tuloksista, jotka on koottu taulukkomuotoon. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa määritellään perusjoukko, josta otetaan tutkittavaksi tietty otos. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa aineisto on tilastollisesti käsiteltävässä muodossa. (Hirsjärvi ym. 2009, 140.) Aineisto voi olla joko valmiiksi numeerisessa muodossa tai muutettavissa sellaiseksi. Aineistoa on valikoitava niin, että tutkimusongelman kannalta tärkein tieto saadaan selville. (Alkula ym. 1994, 45.)

6.2 Aineiston tutkiminen

Saamamme Microsoft Office Excel -aineisto koostui kaikkien LLE-hankkeeseen osallistuneiden asiakkaiden kaikista toteutuneiden käyntien tiedoista. Aineistomme perusjoukosta suodatimme tutkittavaksi otokseksi liikuntaneuvonnan keskeyttäneiden ja siinä jatkaneiden asiakkaiden tiedot. Keskeyttäneiden asiakkaiden otoksesta karsittiin vielä pois niiden henkilöiden tiedot, joilla liikuntaneuvontaprosessi on vielä kesken. Prosessi on kesken osalla asiakkaista, koska he ovat aloittaneet liikuntaneuvonnan vasta loppuvuodesta 2009. Karsimisen jälkeen saimme selville lopullisen liikuntaneuvonnan keskeyttäneiden määrän. Aineistosta suodatimme asiakkaat sen mukaan, missä vaiheessa he ovat keskeyttäneet prosessin, ensikäynnin, ensimmäisen soittokerran ja toisen soittokerran jälkeen keskeyttäneisiin.

Liikuntaneuvonnassa jatkaneiden ja sen keskeyttäneiden asiakkaiden tiedoista muodostimme kuvioita, jotka pohjautuivat liikuntaneuvontaa varten valmiiksi laadittuun haastattelurunkoon. Vertasimme liikuntaneuvonnassa jatkaneiden asiakkaiden tuloksia liikuntaneuvonnan keskeyttäneiden asiakkaiden tuloksiin haastattelurungon jokaisessa kohdassa.



Kuvio 1. Missä vaiheessa liikuntaneuvontaprosessia asiakkaat ovat keskeyttäneet liikuntaneuvonnan

6.3 Kohderyhmän kuvaus

Opinnäytetyömme kohderyhmänä ovat eteläsavolaiset työikäiset (18–64-vuotiaat) ihmiset, jotka ovat olleet Liike luo elämää -hankkeen liikuntaneuvontaprosessissa mukana, mutta ovat syystä tai toisesta keskeyttäneet sen.

Tutkimastamme Microsoft Office Excel -aineistosta selvisi, että LLE-hankkeeseen on osallistunut Mikkelin, Savonlinnan ja Pieksämäen alueella yhteensä 482 liikuntaneuvonta asiakasta, aikavälillä syksystä 2008 tammikuulle 2010. Liikuntaneuvontaprosessin keskeyttäneitä asiakkaita oli 59, eli liikuntaneuvonnan keskeyttämisprosentti on 12,24 %. Näin ollen liikuntaneuvonnassa jatkaneita asiakkaita on 423. Ensikäynnin jälkeen 28 asiakasta keskeytti liikuntaneuvonnan. Ensimmäisen soittokerran jälkeen keskeytti 16 asiakasta ja toisen soittokerran jälkeen 15 asiakasta. (Kts. Kuvio 1.)

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Esittelemme seuraavaksi Liike luo elämää -hankkeen liikuntaneuvonnan keskeyttäneiden ja siinä jatkaneiden asiakkaiden tiedoista tutkimamme tulokset kuvioin, taulukoin tai sanallisesti.

Haastattelurunko oli hankkeen alussa erilainen (**Liite 3**) verrattuna nykyiseen versioon (**Liite 1**). Sitä uudistettiin, koska rahoittaja vaati asiakkaasta tarkempia tietoja. Uusi haastattelurunko otettiin käyttöön 11.12.2008 (Pöyry 2010). Kysymykset, joissa Ei tietoa -vastauksia oli paljon, eivät ole olleet mukana alkuperäisessä haastattelurungossa. Näitä kysymyksiä olivat muun muassa koulutus, sivilisaatio, transteoreettinen muutosvaihemalli ja se, miten liikuntaneuvonnan pariin on ohjaututtu. N-luvut vaihtelevat, koska joidenkin kysymyksiä kohdalla asiakkaiden vastauksia puuttui.

Haastattelurungon ensimmäiset kysymykset koskivat asiakkaiden perustietoja.

Taulukko 1. Sukupuolijakauma liikuntaneuvonnassa jatkaneilla (n=423) ja sen keskeyttäneillä asiakkailta (n=59)

Sukupuoli	Liikuntaneuvonnassa jatkaneet	Liikuntaneuvonnan keskeyttäneet	Keskeyttämisprosentti
Miehet	24 %; 101	20 %; 12	10,6 %
Naiset	76 %; 321	78 %; 46	12,5 %
Ei tietoa	0 %; 1	2 %; 1	

Taulukosta 1. käy ilmi, että liikuntaneuvonnassa jatkaneista asiakkaista 24 % on miehiä ja 76 % naisia. Liikuntaneuvonnan keskeyttäneistä asiakkaista 20 % on miehiä ja 78 % naisia. Tutkimastamme aineistosta ei löytynyt vastausta kahden asiakkaan sukupuolesta. Miesten keskeyttämisprosentti liikuntaneuvonnassa on 10,6 % ja naisten 12,5 %.

Taulukko 2. Koulutus liikuntaneuvonnassa jatkaneilla (n=423) ja sen keskeyttä-neillä asiakkailla (n=59)

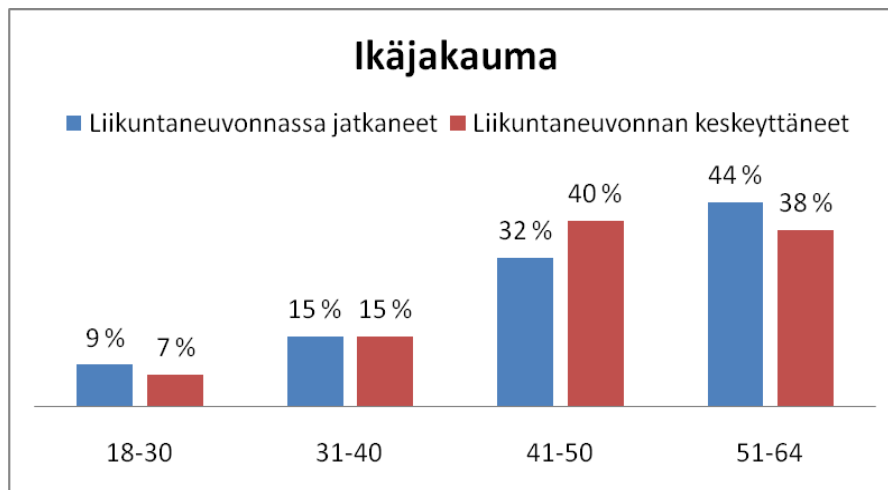
Koulutus	Liikuntaneuvonnassa jatkaneet	Liikuntaneuvonnan keskeyttäneet
Peruskoulu	16 %; 61	10 %; 3
Keskiaste	62 %; 234	70 %; 21
Korkeakoulututkinto	14 %; 51	17 %; 5
Ylempi korkeakoulu	8 %; 31	3 %; 1
Ei tietoa	46	29

Taulukosta 2. ilmenee, että liikuntaneuvonnassa jatkaneista asiakkaista 62 prosentilla on keskiasteen koulutus. Liikuntaneuvonnan keskeyttäneistä asiakkaista keskiasteen koulutus on 70 prosentilla.

Taulukko 3. Työmarkkina-asema liikuntaneuvonnassa jatkaneilla (n=423) ja sen keskeyttäneillä asiakkailla (n=59)

Työmarkkina-asema	Liikuntaneuvonnassa jatkaneet	Liikuntaneuvonnan keskeyttäneet
Opiskelija	3 %; 12	5 %; 3
Työtön	9 %; 37	13 %; 8
Työssä	72 %; 304	58 %; 34
Eläkeläinen	10 %; 44	5 %; 3
Muu	5 %; 21	14 %; 8
Ei tietoa	1 %; 5	5 %; 3

Taulukosta 3. selviää, että liikuntaneuvonnassa jatkaneista asiakkaista 72 % käy töissä ja 9 % on työttömiä. Liikuntaneuvonnan keskeyttäneistä asiakkaista työelämässä on 58 % ja työttömiä 13 %. Muu-kohdan yleisimpiä vastauksia olivat muun muassa työvalmennuskurssi, kotiäiti ja osa-aikaeläke.



Kuvio 2. Ikäjakauma liikuntaneuvonnassa jatkaneilla (n=419) ja sen keskeyttäneillä asiakkailla (n=58)

Kuviosta 2. käy ilmi, että liikuntaneuvonnassa jatkaneista asiakkaista 44 % on 51–64-vuotiaita, 32 % on 41–50-vuotiaita ja 15 % on 31–40-vuotiaita. Liikuntaneuvonnan keskeyttäneistä asiakkaista taas 38 % on 51–64-vuotiaita, 40 % on 41–50-vuotiaita ja 15 % on 31–40-vuotiaita.

Taulukko 4. Siviilisäätö liikuntaneuvonnassa jatkaneilla (n=423) ja sen keskeyttäneillä asiakkailla (n=59)

Siviilisäätö	Liikuntaneuvonnassa jatkaneet	Liikuntaneuvonnan keskeyttäneet
Avo-/Avioliitto	67 %; 235	85 %; 17
Eronnut/Asumuserossa	16 %; 54	5 %; 1
Leski	3 %; 11	0 %; 0
Naimaton	14 %; 49	10 %; 2
Ei tietoa	74	39

Taulukko 4. kertoo sen, että 67 % liikuntaneuvonnassa jatkaneista on avo- tai avioliitossa kun taas keskeyttäneistä avo- tai avioliitossa on 85 %. Esitämme Ei tietoa -kohdassa vain asiakkaiden lukumäärän, koska heidän prosentuaalinen osuutensa on niin suuri, että se vääristää tulosta.

Taulukko 5. Ohjautuminen liikuntaneuvontaan liikuntaneuvonnassa jatkaneilla (n=423) ja sen keskeyttäneillä asiakkailla (n=59)

Ohjautuminen liikuntaneuvontaan	Liikuntaneuvonnassa jatkaneet	Liikuntaneuvonnan keskeyttäneet
Lääkäri	2 %; 10	0 %; 0
Terveystenhoitaja	9 %; 38	19 %; 9
Työterveyshuolto	2 %; 6	0 %; 0
Työpaikka	14 %; 57	6 %; 3
Oma aktiivisuus	33 %; 134	41 %; 19
LLE-tapahtumat/tilaisuudet	26 %; 104	15 %; 7
Muu	14 %; 55	19 %; 9
Ei tietoa	19	12

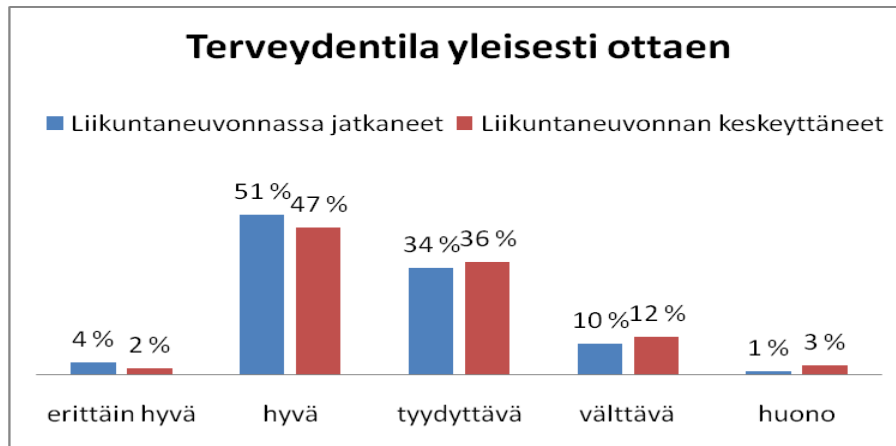
Taulukosta 5. käy ilmi, että liikuntaneuvonnassa jatkaneista asiakkaista liikuntaneuvontaan on ohjautunut omasta aktiivisuudesta 33 %, LLE-tapahtumista ja tilaisuuksista 26 %, työpaikan kautta 14 % ja muuta kautta, kuten työvalmennuskurssilta, fysioterapeutin ohjaamana tai ystävän suosittelemana 14 %. Liikuntaneuvonnan keskeyttäneistä asiakkaista 41 % on ohjautunut omasta aktiivisuudesta, 19 % terveydenhoitajan kautta ja 19 % muualta. Näistä lähes kaikki ohjautui työvalmennuskurssin kautta. Esitämme Ei tietoa -kohdassa vain asiakkaiden lukumäärän, koska heidän prosentuaalinen osuus vääristäisi tulosta.

Taulukko 6. Paikkakunta, mistä liikuntaneuvonnassa jatkaneet (n=383) ja sen keskeyttäneet asiakkaat (n=51) ovat kotoisin

Paikkakunta	Liikuntaneuvonnassa jatkaneet	Liikuntaneuvonnan keskeyttäneet	Keskeyttämisprosentti
Mikkeli	44 %; 179	71 %; 37	17,1 %
Pieksämäki	30 %; 119	15 %; 8	6,3 %
Savonlinna	21 %; 85	12 %; 6	6,6 %

Taulukko 6. näyttää, että liikuntaneuvonnassa jatkaneista 44 % on Mikkelistä, 30 % on Pieksämäeltä ja 21 % Savonlinnasta. Liikuntaneuvonnan keskeyttäneistä 71 % on

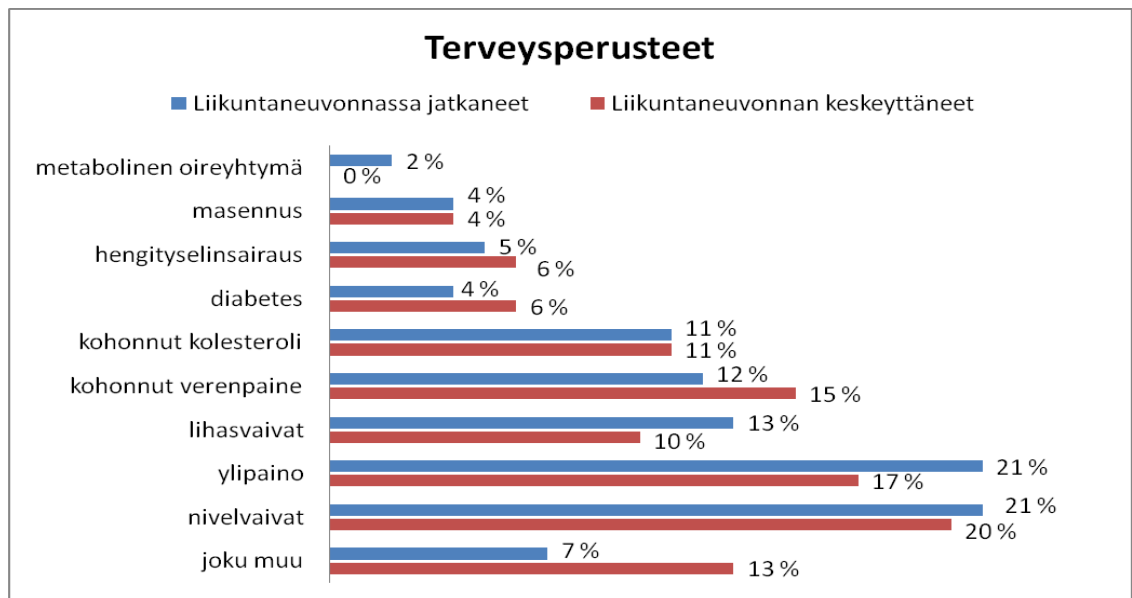
Mikkelistä, 15 % Pieksämäeltä ja 12 % Savonlinnasta. Keskeyttämisprosentti Mikkelissä on 17,1 %, Pieksämäellä 6,3 % ja Savonlinnassa 6,6 %. Loput perusjoukon asiakkaista tulivat liikuntaneuvontaan muun muassa Puumalasta, Mäntyharjulta, Enonkoskelta, Sulkavalta, Kerimäeltä ja Punkaharjusta.



Kuvio 3. Terveydentila liikuntaneuvonnassa jatkaneilla (n=421) ja sen keskeyttäneillä asiakkailla (n=59)

Kuviosta 3. näkyy, että liikuntaneuvonnassa jatkaneilla asiakkailla terveydentila on 51 %:lla hyvä ja 34 %:lla tyydyttävä. Liikuntaneuvonnan keskeyttäneistä 47 % kokee terveydentilansa hyväksi ja 36 % tyydyttäväksi.

Seuraavassa haastattelurungon kohdassa käsiteltiin terveysperusteita ja sairauksia, joiden hoidoksi liikuntaa tulisi lisätä. Tässä kohdassa asiakkaan tuli valita kaikki kohdat, jotka koskettavat itseä.

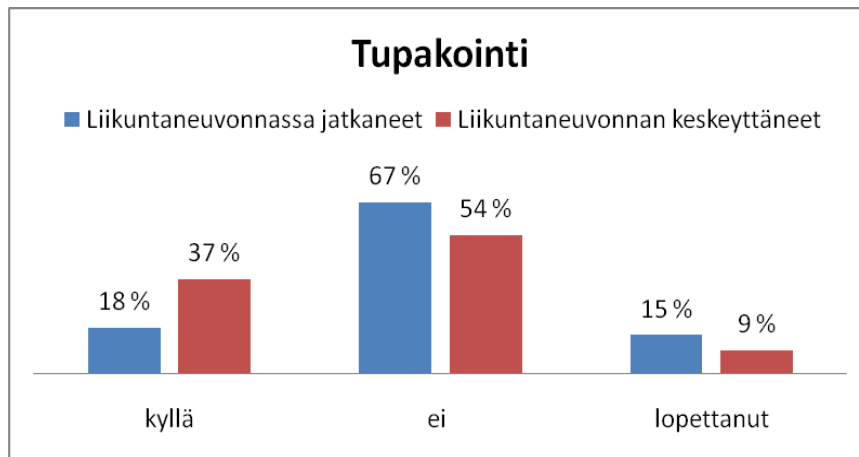


Kuvio 4. Terveysperusteet liikuntaneuvonnassa jatkaneilla (n=423) ja sen keskeyttäneillä asiakkailla (n=59)

Kuviosta 4. voidaan huomata, että 21 %:lla liikuntaneuvonnassa jatkaneilla asiakkailla on ylipainoa ja nivelvaivoja. Liikuntaneuvonnan keskeyttäneistä asiakkaista 20 %:lla on nivelvaivoja, 17 %:lla ylipainoa ja 15 %:lla kohonnut verenpaine. Joku muu -kohdassa yleisimpiä vastauksia ovat allergiat, sydänsairaudet ja kilpirauhasen vajaatoiminta.

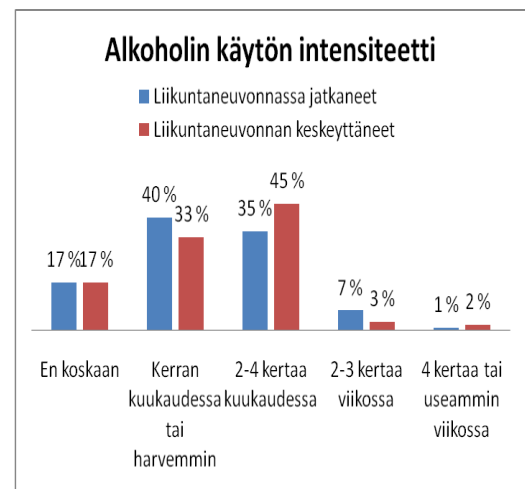
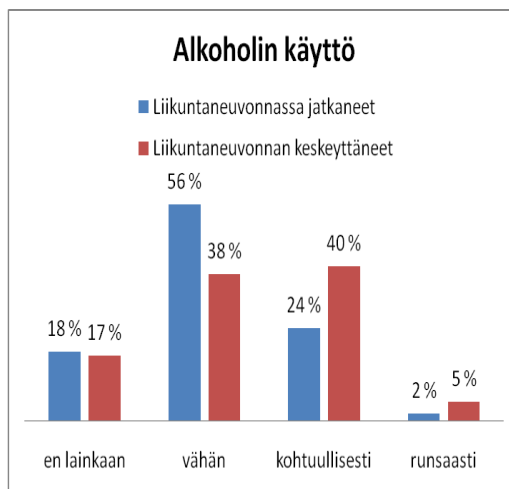
Seuraavassa haastattelurungon kohdassa kysyttiin, onko asiakkaalla jatkuvaa lääkitystä edellä mainittuihin sairauksiin. 56 % liikuntaneuvonnan keskeyttäneistä asiakkaista ja puolet liikuntaneuvonnassa jatkaneista asiakkaista käyttää jatkuvaa lääkitystä joko edellämainittuihin tai muihin sairauksiin.

Seuraavat kuviot havainnollistavat vastaajien tupakointia ja alkoholin käyttöä.



Kuvio 5. Tupakointitottumukset liikuntaneuvonnassa jatkaneilla (n=417) ja sen keskeyttäneillä asiakkailla (n=59)

Kuviosta 5. selviää, että liikuntaneuvonnassa jatkaneista asiakkaista 18 % polttaa tupakkaa ja 82 % ei polta. Liikuntaneuvonnan keskeyttäneistä asiakkaista 37 % tupakoi ja 63 % ei tupakoi. Lopettanut-kohta tarkoittaa tupakoinnin lopettaneiden asiakkaiden määrää.

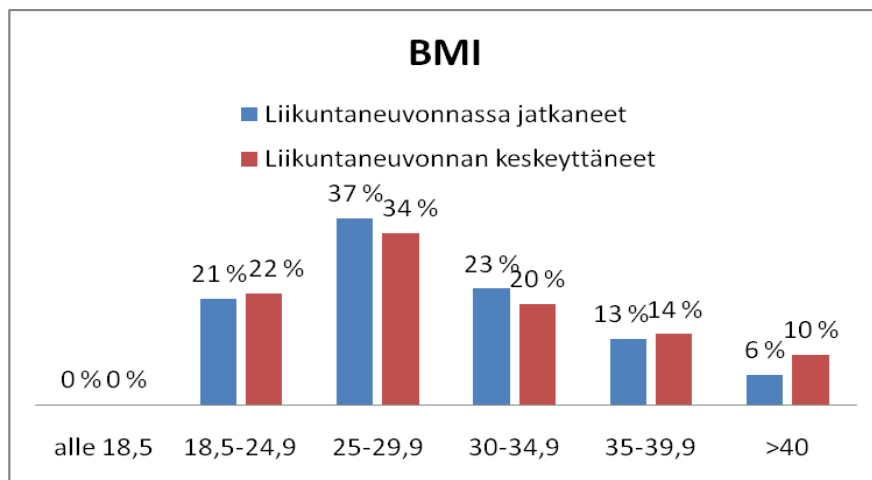


Kuviot 6. ja 7. Alkoholin käyttö ja sen intensiteetti liikuntaneuvonnassa jatkaneilla (n=419) ja sen keskeyttäneillä asiakkailla (n=58)

Kuvioista 6. selviää, että liikuntaneuvonnassa jatkaneista asiakkaista 18 % ei käytä alkoholia lainkaan, 56 % käyttää vähän ja 24 % kohtuullisesti. Liikuntaneuvonnan keskeyttäneistä asiakkaista 17 % ei käytä alkoholia, 38 % käyttää alkoholia vähän ja 40 % kohtuullisesti. Kuvio 7. kuvaa alkoholin käytön määrää tarkemmin, koska siinä

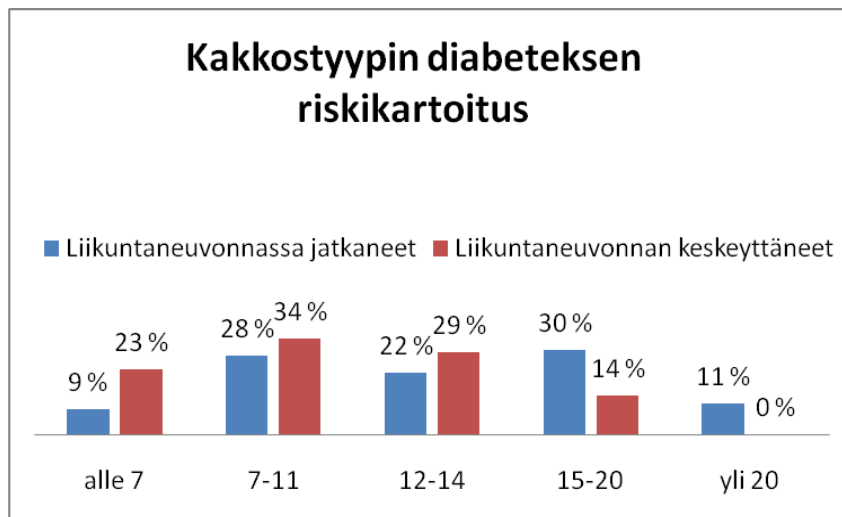
vastausvaihtoehdot ovat konkreettisempia. Siitä käy ilmi, että liikuntaneuvonnassa jatkaneista asiakkaista 40 % käyttää alkoholia kerran kuukaudessa tai harvemmin ja 35 % kahdesta neljään kertaan kuukaudessa. Liikuntaneuvonnan keskeyttäneistä asiakkaista 33 % käyttää alkoholia kerran kuukaudessa tai harvemmin ja 45 % kahdesta neljään kertaan kuukaudessa.

Haastattelurungon seuraavassa osassa käsiteltiin asiakkaiden ravintotottumuksia. Kysymyksen vastaukset olivat moninaisia, koska kysymys oli avoin. Noin puolet liikuntaneuvonnan keskeyttäneistä asiakkaista kertoo syövänsä säännöllisesti. Yleisimpiä hyviin ruokailutottumuksiin liittyviä asioita olivat pyrkimys syödä lautasmallin mukaisesti ja useammin kuin kerran päivässä. Yleisimpiä huonoihin ruokailutottumuksiin liittyviä asioita olivat puolestaan ruokailun epäsäännöllisyys, napostelu ja ruokailun painottuminen iltaan. Useimmat mainitsivat syövänsä vain yhden lämpimän aterian päivässä ja syövänsä liian vähän kasviksia ja marjoja. Synä huonoihin ruokailutottumuksiin olivat muun muassa kiireiset työpäivät ja vuorotyö.



Kuvio 8. BMI liikuntaneuvonnassa jatkaneilla (n=410) ja sen keskeyttäneillä (n=59) (Alle 18,5=alipainoinen, 18,5-24,9=normaali, 25-29,9=lievä lihavuus, 30-34,9=merkittävä lihavuus, 35-39,9=vaikea lihavuus, >40=sairaallinen lihavuus)

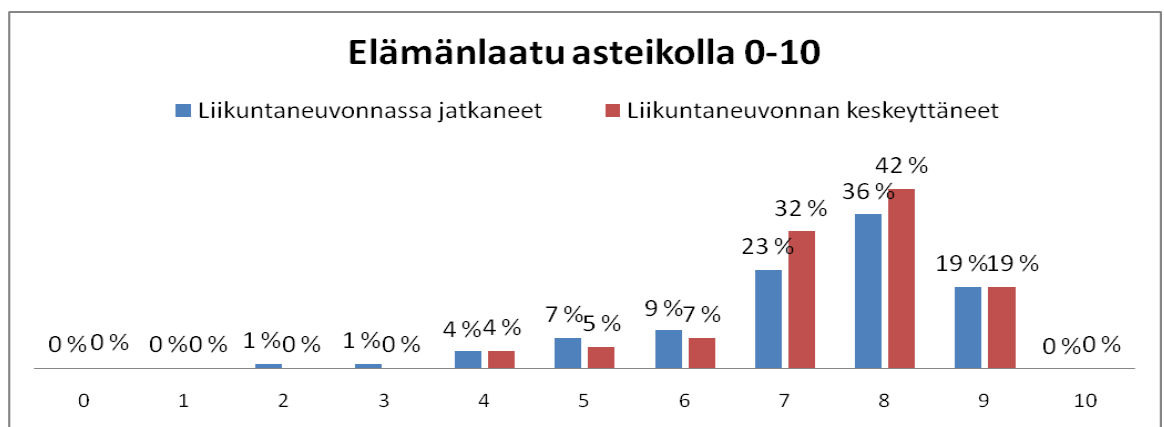
Kuviosta 8. näkyy, että painoindeksin mukaan normaalipainoisia on liikuntaneuvonnassa jatkaneista 21 % ja sen keskeyttäneistä 22 %. Lievää lihavuutta on 37 % liikuntaneuvonnassa jatkaneilla ja 34 % sen keskeyttäneillä asiakkailla.



Kuvio 9. Kakkostyypin diabeteksen riskikartoitus liikuntaneuvonnassa jatkaneilla (n=423) ja sen keskeyttäneillä asiakkailla (n=56)

(Alle 7 =pieni, 7-11 = jonkin verran lisääntynyt, 12-14=kohtalainen, 15-20=suuri ja yli 20=hyvin suuri riski sairastua kymmenen vuoden kuluessa)

Tuloksiin vaikuttavat ikä, painoindeksi, vyötärönympäryys, liikunta- ja ruokailutottumukset, verenpainelääkitys, kohonnut verensokeri sekä sukurasite. Kuvio 9. kertoo, että liikuntaneuvonnassa jatkaneista 9 %:lla on pieni riski, 28 %:lla on jonkin verran lisääntynyt riski, 22 %:lla on kohtalainen riski, 30 %:lla on suuri riski ja 11 %:lla on hyvin suuri riski sairastua kakkostyypin diabetekseen. Liikuntaneuvonnan keskeyttäneistä 23 %:lla on pieni riski, 34 %:lla on jonkin verran lisääntynyt, 29 %:lla on kohtalainen riski ja 14 %:lla on suuri riski sairastua kakkostyypin diabetekseen.



Kuvio 10. Elämänlaatu asteikolla nollasta kymmeneen liikuntaneuvonnassa jatkaneilla (n=423) ja sen lopettaneilla asiakkailla (n=59)

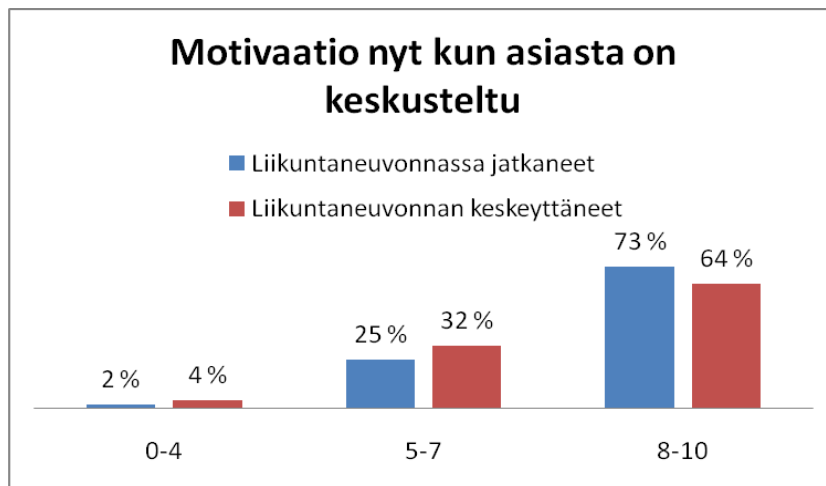
Kuviosta 10. käy ilmi, että liikuntaneuvonnassa jatkaneista 23 % kokee elämänlaatusa olevan tasoa seitsemän ja 36 % tasoa kahdeksan. Liikuntaneuvonnan keskeyttäneistä asiakkaista 32 % kokee elämänlaatusa olevan tasoa seitsemän ja 42 % tasoa kahdeksan. Yksikään keskeyttäneistä asiakkaista ei kokenut elämänlaatusa olevan nolla, yksi, kaksi, kolme tai kymmenen.

Asiakkaan motivoituneisuutta kysyttiin haastattelurungossa kahdesti. Liikuntaneuvonnassa motivaatiosta keskusteltiin ensimmäisen kerran perustietojen ja terveydentilan kartoituksen jälkeen. Asiakkaan liikuntakäyttäytymisen selvittämisen jälkeen motivaatiota liikuntaan tarkasteltiin uudelleen.



Kuvio 11. Motivaatio asteikolla nollasta kymmeneen liikuntaneuvonnassa (n=423) jatkaneilla ja sen keskeyttäneillä asiakkailla (n=59)

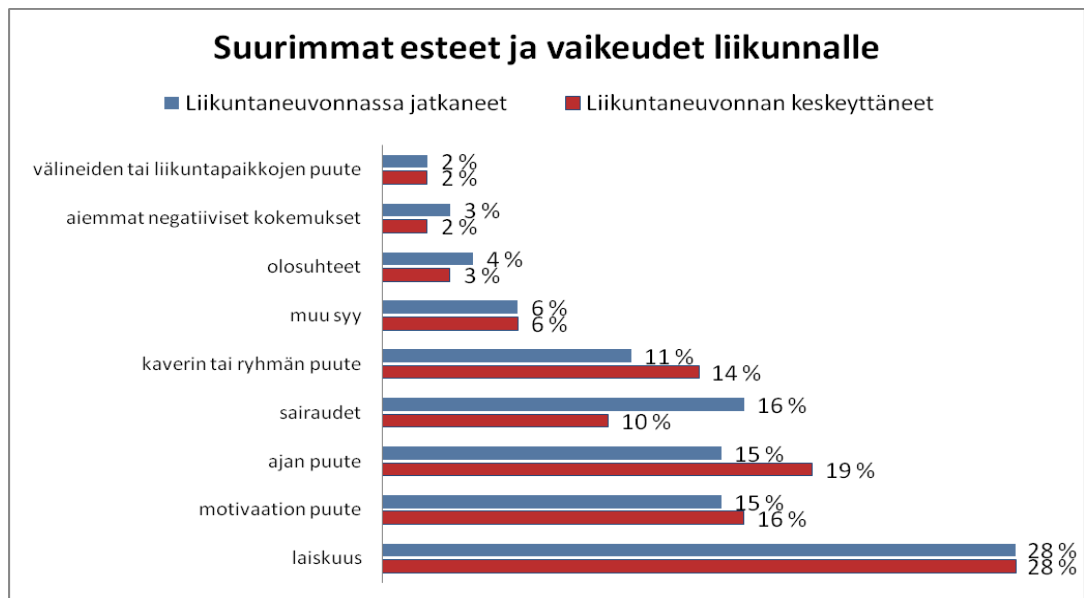
Kuviosta 11. näkyy, että liikuntaneuvonnassa jatkaneista asiakkaista 45 % koki motivaationsa olevan kahdeksan ja kymmenen välillä ja 43 % koki motivaationsa olevan viiden ja seitsemän välillä. Liikuntaneuvonnan keskeyttäneistä asiakkaista 52 % koki motivaationsa olevan kahdeksan ja kymmenen välillä ja 36 % koki motivaationsa olevan viiden ja seitsemän välillä. 12 % niin liikuntaneuvonnassa jatkaneista asiakkaista kuin sen keskeyttäneistäkin koki motivaationsa olevan nollan ja neljän välillä.



Kuvio 12. Motivaatio nolasta kymmeneen asiasta keskustelun jälkeen liikuntaneuvonnassa jatkaneilla (n=423) ja sen keskeyttäneillä asiakkailla (n=59)

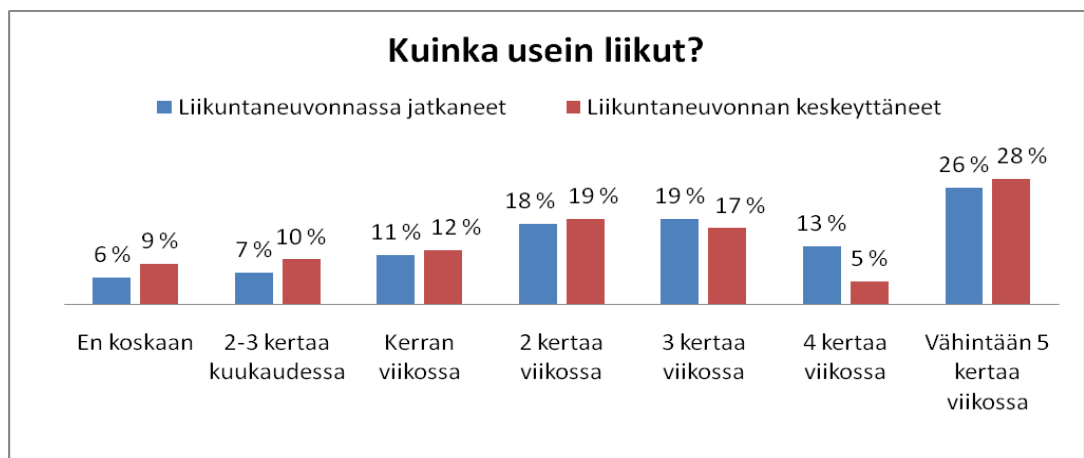
Kuviosta 12. näkyy se, miten motivaatio on muuttunut ensikäynnillä käydyssä keskustelun aikana. Liikuntaneuvonnassa jatkaneista asiakkaista 73 % koki motivaationsa olevan kahdeksan ja kymmenen välillä, 25 % koki motivaationsa olevan viiden ja seitsemän välillä ja 2 % koki motivaationsa olevan nollan ja neljän välillä. Liikuntaneuvonnan keskeyttäneistä asiakkaista 64 % koki motivaationsa olevan kahdeksan ja kymmenen välillä, 32 % koki motivaationsa olevan viiden ja seitsemän välillä, ja 4 % koki motivaationsa olevan nollan ja neljän välillä.

Seuraavassa haastattelurungon kohdassa käsiteltiin asioita, jotka motivoivat asiakkaita liikkumaan. Kysymys oli avoin. Liikuntaneuvonnan keskeyttäneet asiakkaat saa liikkumaan muun muassa huoli omasta terveydestä, liikunnan tuottama hyvä olo, raitis ulkoilma, kaverit ja jaksaminen töissä.



Kuvio 13. Suurimmat esteet ja vaikeudet liikunnalle liikuntaneuvonnassa jatkaneilla (n=423) ja sen keskeyttäneillä asiakkailla (n=59)

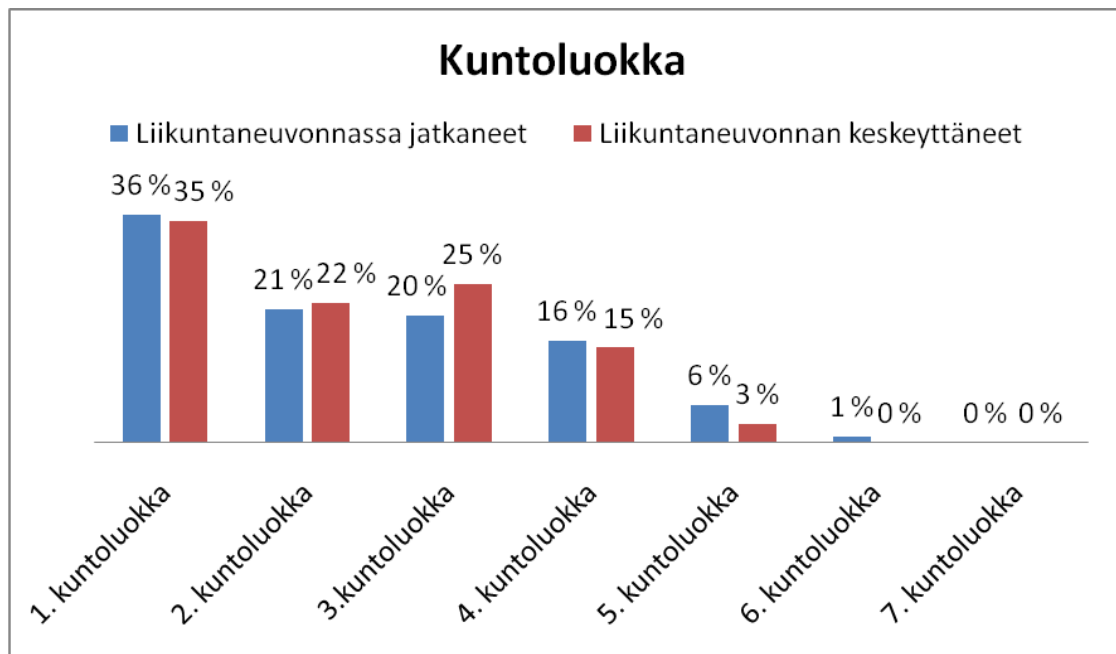
Liikunnan esteitä ja vaikeuksia koskevassa kysymyksessä sai vastata kaikkiin vastausvaihtoehtoihin, jotka koskettivat itseä. Kuvio 13. voi nähdä, että liikuntaneuvonnassa jatkaneista ja sen keskeyttäneistä 28 %, koki laiskuuden olevan yksi suurimmista esteistä liikunnalle. Liikuntaneuvonnassa jatkaneista 15 % koki motivaation ja ajanpuutteen olevan myös esteenä liikunnalle. Liikuntaneuvonnan keskeyttäneistä asiakkaista 19 % koki ajan ja 16 % koki motivaation puutteen esteeksi liikunnalle. Muita syitä olivat muun muassa vuorotyö, taloudellinen tilanne, perheolot ja väsymys.



Kuvio 14. Kuinka usein liikuntaneuvonnassa jatkaneet (n=423) ja sen keskeyttäneet asiakkaat (n=59) liikkuvat?

Yksi liikuntakerta muodostuu vähintään 30 minuuttia kestävästä vapaa-ajan fyysisestä kuormituksesta. Kuviosta 14. käy selville, että liikuntaneuvonnassa jatkaneista asiakkaista 26 % liikkuu vähintään viisi kertaa viikossa ja 6 % ei liiku koskaan. Liikuntaneuvonnan keskeyttäneistä asiakkaista 28 % liikkuu vähintään viisi kertaa viikossa ja 9 % ei liiku koskaan.

Liikunnan kuormittavuutta ja sen tuntimäärää viikossa selvitettiin tarkemmin haastattelurungon seuraavassa osassa. Kuormitukseltaan kevyt liikkuminen ei aiheuta hengästyistä tai hikoilua toisin kuin kohtalainen liikunta, joka aiheuttaa jonkin verran hengästyistä ja hikoilua sekä kohtalaista ponnistelua. Sen sijaan rasittava liikunta sisältää voimakasta ponnistelua, hengästyistä ja hikoilua. Vastaukset olivat lähes samantaisia liikuntaneuvonnan keskeyttäneiden ja jatkaneiden asiakkaiden välillä. Suurin osa asiakkaista harrastaa kuormitukseltaan kevyttä tai kohtalaista liikuntaa, ja yleisin tuntimäärä on yhdestä kahteen tuntia viikossa. Rasittavaa liikuntaa harrastaa liikuntaneuvonnan jatkaneista asiakkaista 25 % yhdestä kolmeen tuntia viikossa ja 17 % keskeyttäneistä asiakkaista yhdestä kahteen tuntia viikossa.



Kuvio 15. Kuntoluokka liikuntaneuvonnassa jatkaneilla (n= 353) ja sen keskeyttäneillä asiakkailla (n=40)

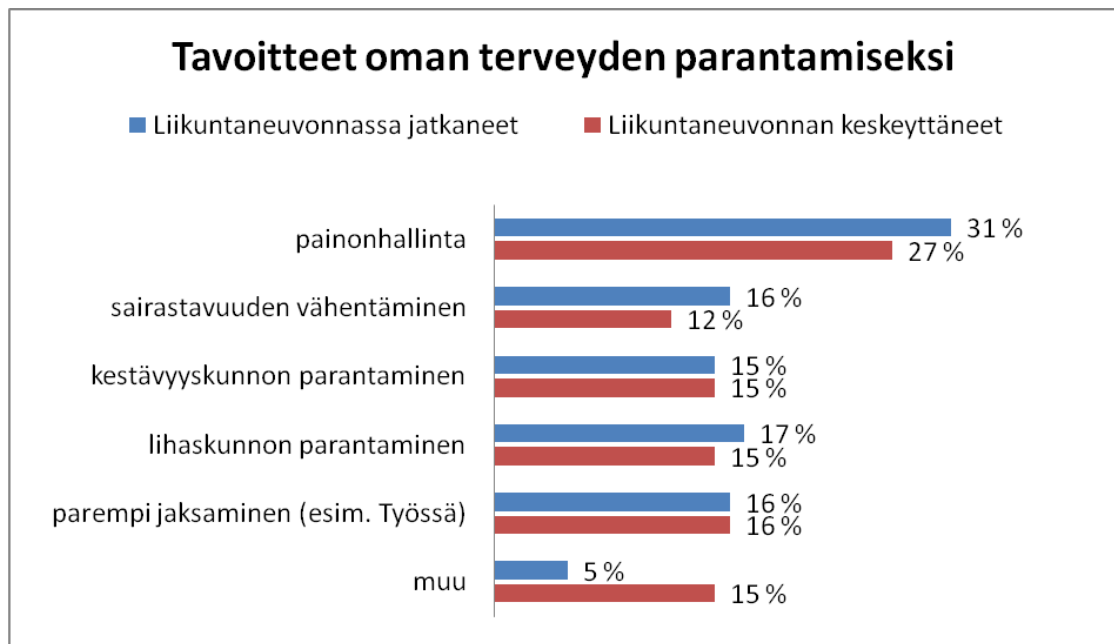
Kuntoluokka lasketaan maksimaalisen hapenottokyvyn Non-exercise (Nex) -menetelmällä. Tulokseen vaikuttavat asiakkaan oma arvio aktiivisuusluokastaan, ikä, painoindeksi ja sukupuoli. Kuviosta 15. näkyy, että kuntoluokkaan 1. kuuluu 36 % liikuntaneuvonnassa jatkaneista ja 35 % liikuntaneuvonnan keskeyttäneistä asiakkaisista.

Seuraavana kysymyksenä asiakkailta tiedusteltiin toiveita terveystietouden edistämiseksi. Asiakkaat valitsivat valmiiksi annetuista vaihtoehdoista kaksi itselleen tärkeintä kohtaa.



Kuvio 16. Toiveet terveystietouden edistämiseksi liikuntaneuvonnan keskeyttäneillä asiakkailla (n=59)

Kuviosta 16. käy ilmi, että liikuntaneuvonnan keskeyttäneistä asiakkaista 24 % toivoo yksilöllisiä kuntoiluohjeita, 23 % toivoo tukea ja seurantaa ja 16 % toivoo yksilöllistä ohjausta. Liikuntaneuvonnassa jatkaneiden asiakkaiden tulokset eivät eronneet tässä kohdassa keskeyttäneiden asiakkaiden tuloksista.



Kuvio 17. Tavoitteet oman terveyden parantamiseksi liikuntaneuvonnassa jatkaneilla (n=423) ja sen keskeyttäneillä asiakkailla (n=59)

Tässä kysymyksessä ei ollut rajoitettu vastausten määrää. Kuviosta 17. voidaan nähdä, että liikuntaneuvonnassa jatkaneista 31 % ja sen keskeyttäneistä asiakkaista 27 % pitää tavoitteenaan painonpudotusta. Liikuntaneuvonnan keskeyttäneistä asiakkaista 15 % kokee oman terveyden parantamisen muiksi tavoitteiksi muun muassa tupakoinnin lopettamisen, liikunnan säännöllisyyden ja monipuolisuuden lisäämisen sekä työkuuntoiseksi pääsemisen.

Seuraava kysymys oli avoin ja se koski muutosvalmiutta. Tässä kohdassa liikuntaneuvonnan keskeyttäneet asiakkaat kertoivat, mitä konkreettisia asioita he ovat valmiita tekemään edellä mainittujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Jaoinme vastaukset seuraaviin kategorioihin: ruokaremontti, tupakoinnin lopettaminen, liikuntamuutos, ei tarveta muutokselle ja ei kirjattu. Vastauksista kävi ilmi, että 49 % liikuntaneuvonnan keskeyttäneistä oli valmiita muuttamaan liikuntakäyttäytymistään. Ruokaremonttiin oli valmis noin yksi neljäsosa liikuntaneuvonnan keskeyttäneistä asiakkaista. Tupakanpolton oli valmis lopettamaan vain 4 %, vaikka liikuntaneuvonnan keskeyttäneistä asiakkaista tupakkaa poltti 37 %.



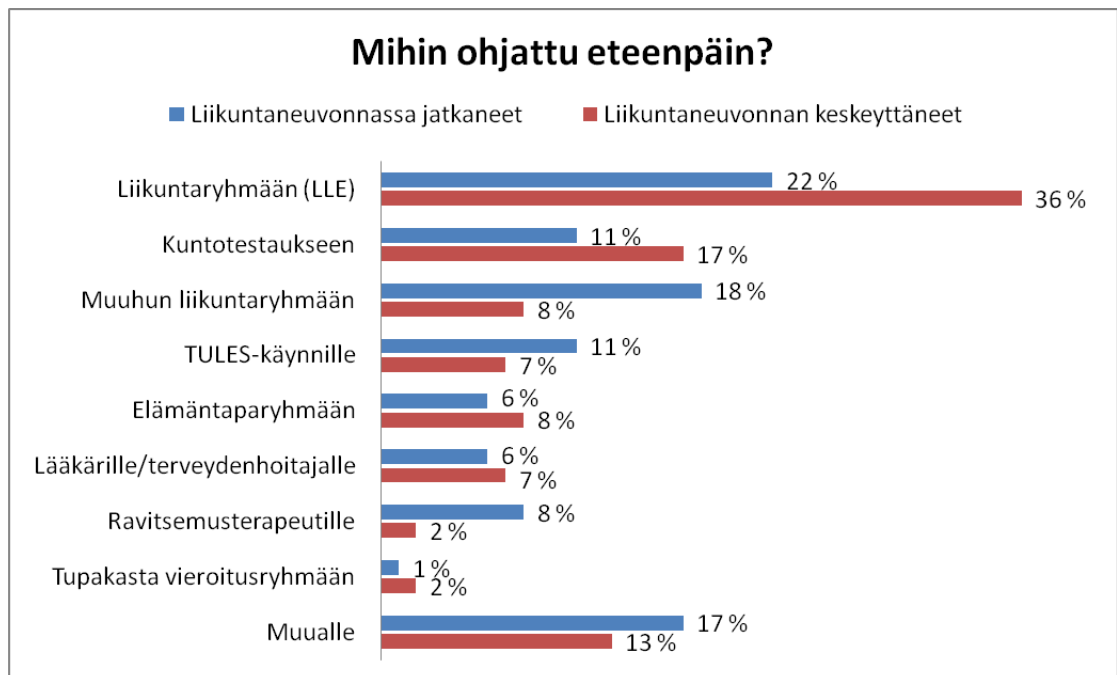
Kuviot 18. ja 19. Transteoreettinen muutosvaihemalli liikuntaneuvonnassa jatkaneilla (n=376) ja sen keskeyttäneillä asiakkailla (n=31)

Kuvioissa 18. ja 19. selvitettiin asiakkaan muutosvalmiutta transteoreettisen muutosvaihemallin mukaan (TTM). Liikuntaneuvonnassa jatkaneista asiakkaista 58 % on TTM:n mukaan valmisteluvaiheessa ja 28 % on toimintavaiheessa. Liikuntaneuvonnan keskeyttäneistä asiakkaista 71 % on TTM:n mukaan valmisteluvaiheessa, 23 % on toimintavaiheessa ja 6 % harkintavaiheessa. Liikuntaneuvonnassa asiakas arvioi omaa muutosvaihettaan ensin itse ja sen jälkeen yhdessä liikuntaneuvojan kanssa. 28 keskeyttäneeltä asiakkaalta puuttuu vastaus liikuntakäyttämisen muutosvaiheesta. Asiakkaat, joilta arvio puuttuu, ovat suurimmaksi osaksi Elixiriin asiakkaita. Tämä johtuu siitä, koska liikuntaneuvonta alkoi Elixiriissä ensimmäisenä, ja koska haastattelurunko oli aluksi erilainen ja kysymys puuttui alkuperäisestä lomakkeesta. **(Liite 3)**

Viimeisenä kohtana haastattelurungossa selvitettiin asiakkaan toiveita yksilö- ja ryhmätoiminnan suhteen. Vastaukset jakautuivat liikuntaneuvonnassa jatkaneiden ja sen

keskeyttäneiden asiakkaiden välillä samalla tavalla. Yksilötoimintaa toivottiin hiukan enemmän kuin ryhmätoimintaa.

Haastattelurungossa oli vielä kohta, jossa selvitettiin asiakkaan ohjautumista eteenpäin. Liikuntaneuvoja täytti kohdan haastattelun päätyttyä. Asiakas on voitu ohjata enemmän kuin yhteen annetuista vaihtoehdoista tai asiakas on voinut jatkaa liikuntaa itsenäisesti.



Kuvio 20. Mihin liikuntaneuvonnassa jatkaneet (n=423) ja sen keskeyttäneet asiakkaat (n=59) on ohjattu eteenpäin?

Kuviosta 20. selviää, että liikuntaneuvonnassa jatkaneista 22 % ja sen keskeyttäneistä 36 % on ohjattu Liike luo elämää -hankkeen liikuntaryhmään. Liikuntaneuvonnassa jatkaneista 17 % ja sen keskeyttäneistä asiakkaista 13 % oli ohjattu muualle kuin valmiiksi annettuihin vaihtoehtoihin. Muualle-kohdassa asiakkaita oli ohjattu eniten itsenäisen liikunnan pariin ja kuntosaliharjoitteluun. Tätä kysymystä ei ollut alkuperäisessä haastattelurungossa.

7.1 Soittoaikojen keskusteluista selviävät tiedot

Liikuntaneuvonnan keskeyttäneistä asiakkaista 31 osallistui ensimmäiseen, toiseen tai molempiin soittokertoihin. Kokosimme alla oleviin taulukoihin ensimmäisellä ja toisella soittokerroilla saadut tiedot asiakkaiden käyttäytymisessä tapahtuneista mahdollisista muutoksista.

Asiakkaat, joiden vastauksesta ei ole tietoa tai jotka eivät ole vastanneet kysymykseen, yhdistettiin, koska heidän vastauksien perusteella emme saa tietoa mahdollisesta muutoksesta. Taulukossa 7. ja 8. esitämme Ei tietoa -kohdassa vain asiakkaiden lukumäärän, koska heidän prosentuaalinen osuutensa on niin suuri. Tällöin näemme selkeämmin, onko muutosta tapahtunut. Tuomme kuitenkin esille Ei tietoa -kohdan vastausten lukumäärän, koska määrä vaihtelee eri kohdissa. Kysymystä ei ollut alkuperäisessä haastattelurungossa.

Taulukko 7. Ensimmäisellä soittokerralla saadut tiedot liikuntaneuvonnan keskeyttäneistä asiakkaista (n=16)

Ensimmäisellä soittokerralla saadut tiedot	kyllä	ei	ei tietoa
Asiakas on aloittanut liikuntasuunnitelman toteuttamisen	90 %; 9	10 %; 1	6
Asiakas on osallistunut sovittuun ryhmään/ tapaamiseen	75 %; 3	25 %; 1	12
Asiakkaan terveydentila on parantunut	60 %; 3	40 %; 2	11
Asiakkaan terveydentila on heikentynyt	0 %; 0	100 %; 9	7
Asiakkaan elämäntavoissa on tapahtunut positiivista muutosta	82 %; 9	18 %; 2	5
Asiakkaan elämäntavoissa on tapahtunut negatiivista muutosta	8 %; 1	92 %; 11	4
Asiakkaan liikunta on lisääntynyt	67 %; 6	33 %; 3	7

Taulukossa 7. on ensimmäisen soiton yhteydessä saatavat tiedot liikuntaneuvonnan keskeyttäneistä asiakkaista, jotka ovat keskeyttäneet liikuntaneuvonnan ensimmäisen soittokerran jälkeen. Nämä asiakkaat ovat siis käyneet ensikäynnin ja ensimmäisen soittokerran. Näistä yhdeksän asiakasta on aloittanut liikuntasuunnitelman toteuttamisen ja kolme on osallistunut sovittuun ryhmään tai tapaamiseen. Kolmella asiakkaalla

terveydentila on parantunut ja yksikään ei koe terveydentilansa heikentyneen liikuntaneuvontaprossin aikana. Asiakkaan elämäntavoissa yhdeksällä on tapahtunut positiivista muutosta ja yhdellä negatiivista. Kuusi asiakasta kokee liikuntansa lisääntyneen.

Taulukko 8. Toisella soittokerralla saadut tiedot liikuntaneuvonnan keskeyttäneistä asiakkaista (n=15)

Toisella soittokerralla saadut tiedot	kyllä	ei	ei tietoa
Asiakas on aloittanut liikuntasuunnitelman toteuttamisen	85 %; 11	15 %; 2	2
Asiakas on osallistunut sovittuun ryhmään/ tapaamiseen	100 %; 4	0 %; 0	11
Asiakkaan terveydentila on parantunut	70 %; 7	30 %; 3	5
Asiakkaan terveydentila on heikentynyt	9 %; 1	91 %; 10	4
Asiakkaan elämäntavoissa on tapahtunut positiivista muutosta	67 %; 8	33 %; 4	3
Asiakkaan elämäntavoissa on tapahtunut negatiivista muutosta	27 %; 3	73 %; 8	4
Asiakkaan liikunta on lisääntynyt	62 %; 8	38 %; 5	2

Taulukossa 8. on toisen soittokerran yhteydessä saatavat tiedot liikuntaneuvonnan keskeyttäneistä asiakkaista, jotka ovat keskeyttäneet liikuntaneuvonnan toisen soittokerran jälkeen. Heistä 11 on aloittanut liikuntasuunnitelman toteuttamisen ja neljä on osallistunut sovittuun ryhmään tai tapaamiseen. Terveystila on parantunut seitsemällä ja heikentynyt yhdellä asiakkaalla. Elämäntavoissa on tapahtunut positiivista muutosta kahdeksalla ja negatiivista muutosta kolmella asiakkaalla. Liikunta on lisääntynyt kahdeksalla asiakkaalla.

7.2 Tiivistelmä tuloksista

Tiivistämme seuraavaksi edellämainitut tulokset, joiden perusteella saamme käsityksen, millaisia liikuntaneuvonnan keskeyttäneet asiakkaat ovat.

Liikuntaneuvonnassa naisten keskeyttämisprosentti on 1,9 % enemmän kuin miesten. Liikuntaneuvonnan keskeyttäneistä asiakkaista 70 %:lla on keskiasteen koulutus. Rei-

lu puoli on työelämässä ja työttömiä on 13 %. Lisäksi suurin osa keskeyttäneistä on keski-ikäisiä, eli 41–64-vuotiaita, ja on avo- tai avioliitossa.

Eniten hankkeen pariin oli hakeuduttu oman aktiivisuuden johdosta. Myös LLE-tapahtumat, terveydenhoitaja ja työvalmennuskurssi ovat houkutelleet asiakkaita liikuntaneuvonnan pariin. Etelä-Savon alueen suurin keskeyttämisprosentti (17,1 %) oli Mikkelissä.

Keskeyttäneistä asiakkaista suurin osa koki terveydentilansa hyväksi tai tyydyttäväksi. Heidän kolme suurinta terveysongelmaansa oli nivelvaivat, ylipaino ja kohonnut verenpaine. Keskeyttäneistä asiakkaista 63 % ei tupakoi tai on lopettanut tupakoinnin. Noin 40 % asiakasta käyttää vähän tai kohtuullisesti alkoholia yhdestä neljään kertaa kuukaudessa, ja 17 % ei käytä lainkaan alkoholia. Painoindeksin mukaan suurin osa keskeyttäneistä asiakkaista on lievästi lihavia. Lisäksi kaksi viidesosaa on joko normaalipainoisia tai merkittävästi lihavia. Liikuntaneuvonnan keskeyttäneistä asiakkaista 23 %:lla on pieni riski, 34 %:lla jonkin verran lisääntynyt riski ja 29 %:lla on kohtalainen riski sairastua kakkostyyppin diabetekseen seuraavan kymmenen vuoden kuluessa.

Liikuntaneuvonta-asiakkaiden elämänlaatua ja motivaatiota liikuntaan arvioitiin asteikolla nollasta kymmeneen. Lähes kaikki keskeyttäneistä asiakkaista kokivat elämänsä olevan seitsemän, kahdeksan tai yhdeksän. Noin puolet keskeyttäneistä koki motivaationsa liikuntaa kohtaan olevan kahdeksan ja kymmenen välillä sekä noin yksi kolmasosa koki motivaationsa olevan viiden ja seitsemän välillä ennen kuin liikunnasta on ensikäynnin aikana keskusteltu. Motivaatio keskeyttäneillä asiakkailla on kasvanut yleisesti ottaen keskustelun jälkeen. Kasvua on tapahtunut 12 % motivaatiotasolla kahdeksasta kymmeneen.

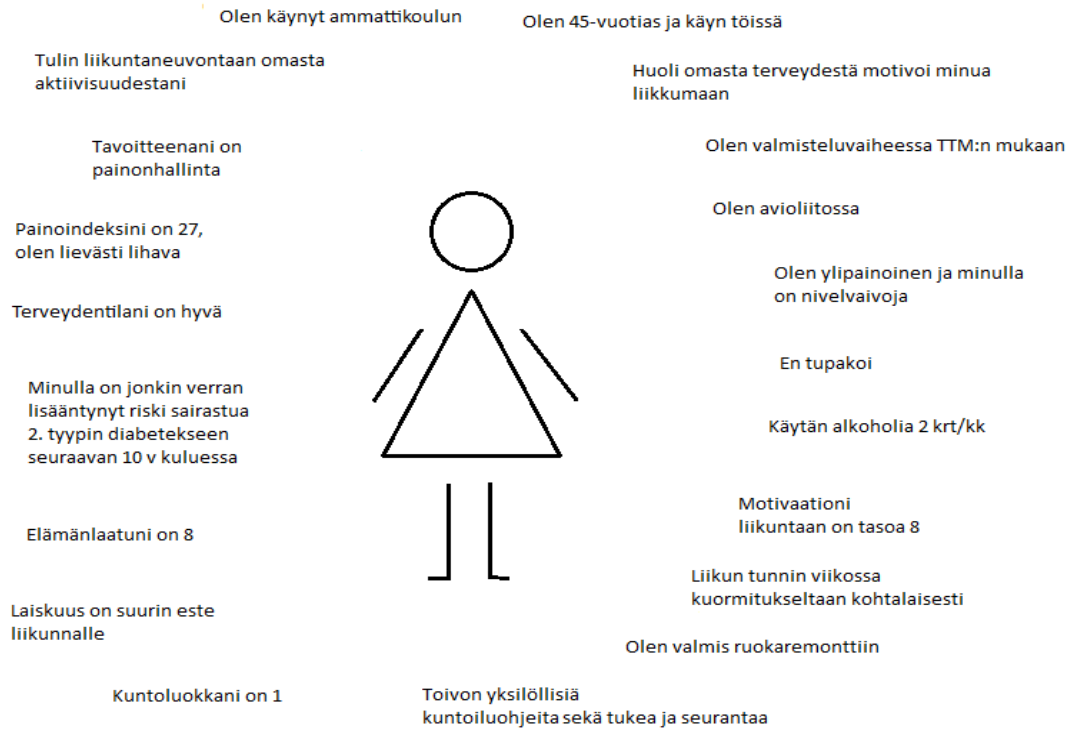
Laiskuus koettiin suurimpana esteenä liikunnalle. Ajan, motivaation ja kaverin puute sekä sairaudet koettiin myös merkittäviksi esteiksi. Liikuntaneuvonnan keskeyttäneistä asiakkaista noin 30 % kertoo liikkuvansa vähintään viisi kertaa viikossa. Keskeyttäneistä asiakkaista suuri osa liikkuu rasittavuudeltaan kevyesti kahdesta neljään tuntia viikossa ja kohtalaisesti yhdestä kolmeen tuntia viikossa. Kuormitukseltaan rasittavaa liikuntaa ei harrasta juuri kukaan. Tämä näkyy myös kuntoluokkaa käsittelevässä tau-

lukossa 15, jonka mukaan kuntoluokkiin kuusi ja seitsemän ei kuulu yhtään liikuntaneuvonnan keskeyttäneitä asiakasta. Sen sijaan noin yksi kolmasosa asiakkaista kuuluu kuntoluokkaan yksi.

Liikuntaneuvonnan keskeyttäneet asiakkaat toivoivat terveyskunnan edistämiseksi eniten yksilöllisiä kuntoiluohjeita sekä tukea ja seurantaa. Tärkeimpänä tavoitteena oman terveyden parantamiseksi asiakkaat kokivat painonhallinnan. Muut tavoitteet jakautuivat melko tasaisesti, ja niitä oli muun muassa sairastuvuuden vähentäminen, parempi jaksaminen ja kestävyyskunnan sekä lihaskunnan parantaminen. Kolme neljäsosaa liikuntaneuvonnan keskeyttäneistä asiakkaista kuuluu transteoreettisen muutosvaihemallin valmisteluvaiheeseen. Toimintavaiheeseen kuuluu 23 % ja harkintavaiheeseen 6 % asiakkaista. Liikuntaneuvojat ovat ohjanneet suurimman osan asiakkaista LLE-hankkeen omiin liikuntaryhmiin tai kuntotestauksiin.

Ensimmäisen ja toisen soittokertojen tiedoista selviää, että keskeyttäneistä asiakkaista suurin osa on aloittanut liikuntasuunnitelman toteuttamisen, osallistunut sovittuun ryhmään tai tapaamiseen sekä lisännyt liikuntaa. Heidän elämänlaatunsa ja terveydentilansa on parantunut liikuntaneuvontaprosessin edetessä.

Seuraavaksi esittelemme tutkimuksemme tulosten perusteella tehdyn profiilin tyypillisimmästä liikuntaneuvontaprosessin keskeyttäneestä asiakkaasta. Teimme kuvan havainnollistamaan tuloksiamme.



Kuva 1. Oletusprofiili Liike luo elämää -hankkeen liikuntaneuvonnan keskeyttäneistä asiakkaista

8 POHDINTA

Opinnäytetyössämme oli tavoitteena saada selville valmista aineistoa käyttäen, millaiset ihmiset ovat keskeyttäneet liikuntaneuvonnan Liike luo elämää -hankkeessa. Saamamme tulokset antoivat kattavan kuvan tämän hankkeen liikuntaneuvonta-asiakkaista. Tuloksien perusteella saimme muodostettua hyvän käsityksen tyypillisimmästä liikuntaneuvonnan keskeyttäneestä asiakkaasta.

Mielestämme esittelemämme teoriaosuus on tiivis ja kattava, ja olemme rajanneet sen onnistuneesti. Olemme saaneet paljon uutta tietoa liikunta- ja terveysneuvonnasta kirjallisuuskatsauksen tekemisen myötä. Tämä auttaa meitä tulevaisuudessa kiinnittämään huomiota ja puuttumaan asiakkaan terveyden edistämiseen fysioterapian ohella. Jos kohtaamme fysioterapiatyössä yhtymäkohtia asiakkaiden ja tutkimuksemme tuloksien välillä, meidän tulee panostaa asiakkaan tukemiseen ja motivointiin entistä enemmän. Opinnäytetyömme toimeksiantaja saa työstämme lisätietoa liikuntaneuvonnan keskeyttäneistä asiakkaista. Tämä voi auttaa heitä jatkossa liikuntaneuvonnan kehittämässä.

Liikuntaneuvontaa ja terveydenedistämistä on tutkittu niin Suomessa kuin ulkomailla-kin, mutta sitä, millaisia liikuntaneuvonnan keskeyttäneet ihmiset ovat, ei ole tutkittu aiemmin. Tutkimuksemme tuotti paljon tuloksia. Tämän takia haastavaa oli löytää mielenkiintoisimmat tiedot liikuntaneuvonnan keskeyttäneistä asiakkaista sekä oleelliset erot keskeyttäneiden ja jatkaneiden asiakkaiden välillä. Onnistuimme kuitenkin löytämään ne ja luomaan oletusprofiilin.

Pohdimme seuraavaksi näitä merkittävimpiä tuloksia ja vertaamme niitä teoreettiseen taustatietoon. Pohdinnassa arvioimme myös opinnäytetyötä prosessina ja esitämme jatkotutkimusehdotuksia.

8.1 Tulosten pohdinta

Yleisesti ottaen voimme todeta, että Liike luo elämää -hankkeen liikuntaneuvonnassa mukana olleiden asiakkaiden, niin jatkaneiden kuin keskeyttäneidenkin, tulokset ovat lähes samanlaisia.

Liikuntaneuvonnan keskeyttäneistä asiakkaista suurin osa keskeytti liikuntaneuvonnan ensikäynnin jälkeen. Tämä voi johtua siitä, että ensikäynti ei ole vastannut asiakkaiden odotuksia, tai he eivät ole kokeneet liikuntaneuvontaa tarpeelliseksi. Voisiko olla niin, että liikuntaneuvonta LLE-hankkeen alussa ei ollut vielä niin laadukasta ja asiakasläh- töistä, että asiakkaat olisivat pysyneet neuvonnassa mukana? Tämä voisi olla myös syynä siihen, miksi suurin osa keskeyttäneistä on Elixiiirin asiakkaita. Elixiiirissä toi- minta nimittäin alkoi muita toimipisteitä aikaisemmin. Toisena syynä suureen keskeyt- täneiden määrään Elixiiirissä voi olla se, että ensimmäiset asiakkaat tulivat työvalmen- nuskurssilta. He tulivat liikuntaneuvontaan kurssin kautta eivätkä omasta halustaan, jolloin voisi olettaa, että heidän motivaationsa ei ole paras mahdollinen. Pitkä liikun- taneuvontaprosessi vaatii onnistuakseen asiakkaalta itseltään kovaa panostusta.

Huomionarvoista oli myös se, että 41–50-vuotiaiden joukossa oli eniten liikuntaneu- vonnan keskeyttäneitä. Johtuuko tämä siitä, että 41–50-vuotiailla perhe- ja työelämä korostuvat vielä enemmän kuin huoli omasta terveydestä? Suhteutettuna muihin ikä- luokkiin 51–64-vuotiaat ovat ahkerimmin osallistuneet liikuntaneuvontaan. Heitä on

aloittanut eniten ja lopettanut vähiten suhteessa aloittaneeseen määrään. Tämän ikäisillä ihmisillä lapset ovat jo todennäköisesti muuttaneet pois kotoa, joten heillä on enemmän aikaa itselleen työn ulkopuolella.

Voisi olettaa, että asiakkaat, jotka tulevat liikuntaneuvontaan omasta aktiivisuudesta, olisivat myös motivoituneet jatkamaan liikuntaneuvontaa. Näin ei tutkimuksemme mukaan kuitenkaan ole, koska keskeyttäneistä asiakkaista suurin osa on ohjautunut liikuntaneuvontaan omasta aktiivisuudestaan. LLE-tapahtumat ja tilaisuudet ovat ilmeisesti olleet hyvin onnistuneita, koska asiakkaita on tullut runsaasti liikuntaneuvonnan pariin juuri tapahtumien kautta, ja keskeyttäneiden määrä on tältä osin pieni. Oletamme lisäksi, että työkavereiden kannustus ja yhteinen sitoutuminen edesauttavat prosessin jatkuvuutta. Tämän vahvistaa myös meidän tutkimuksemme, jonka mukaan työpaikan kautta tulleet asiakkaat ovat pysyneet hyvin mukana liikuntaneuvontaprosessissa.

Liikuntaneuvonnan jatkaneita asiakkaita on saman verran, jotka kokevat ylipainon ja nivelvaivat syiksi, joiden takia liikuntaa tulisi lisätä. Kuitenkin asiakkaat, joilla on ylipainoa, ovat pysyneet paremmin mukana liikuntaneuvontaprosessissa, kuin asiakkaat, joilla on nivelvaivoja. Tämä voi johtua siitä, että ylipainoon on helpompi vaikuttaa kuin nivelvaivoihin. Painon pudotukseen on mahdollista vaikuttaa ruokavalion muutoksella ja liikunnan lisäämisellä, mutta alkanutta artroosia ei voida parantaa. Toisaalta ylipaino voi olla asiakkaalle niin henkilökohtainen asia, että siihen puuttuessa asiakas saattaa kokea, että hänen persoonaansa loukataan. Kuitenkin valtaosa terveydenhuollon ammattilaisista on sitä mieltä, että elintapoihin puuttuessa ei loukata asiakkaan yksityisyyttä, vaan se on oikein ja eettistä. (Arola 2006, 35) Liikuntaneuvontaprosessia jatkaneilla asiakkailla on suurempi riski sairastua kakkostyyppin diabetekseen seuraavan kymmenen vuoden aikana kuin liikuntaneuvonnassa keskeyttäneillä. Uskomme tämän johtuvan siitä, että liikuntaneuvonnassa jatkaneet asiakkaat kokevat, että heidän on tehtävä jokin elämäntapamuutos. Tästä syystä he varmasti motivoituvat ja sitoutuvat paremmin prosessiin.

Tuloksistamme selviää, että keskeyttäneet asiakkaat käyttävät alkoholia ja tupakoivat enemmän kuin liikuntaneuvonnassa jatkaneet. Liikuntaneuvonta kuitenkin tarjoaisi

hyvän mahdollisuuden tupakasta vieroittumiseen, koska esimerkiksi Mikkelin terveyskeskus tarjoaa apua tupakoinnin lopettamiseen yksilö- ja ryhmäterapien avulla.

Mielestämme elämänlaadun koettiin olevan kaiken kaikkiaan suhteellisen hyvä. Keskeyttäneet asiakkaat kokivat elämänlaatunsa kuitenkin paremmaksi suhteutettuna jatkaneisiin asiakkaisiin. Huomionarvoista on, että yli 50 % liikuntaneuvonnan keskeyttäneistä asiakkaista kokee motivaationsa olevan kahdeksan ja kymmenen välillä. Keskeyttäminen voi johtua siitä, että liikuntaneuvonta ei ole ensisijaisesti tarkoitettu näin hyvin liikuntaan motivoituneille asiakkaille. Voisi kuvitella, että asiakkaat, joilla on huono liikuntamotivaatio hyötyvät liikuntaneuvonnasta eniten, koska liikuntaneuvonta tarjoaa tukea ja seurantaa. Motivaatiotaso on noussut niin liikuntaneuvonnassa jatkaneilla kuin sen keskeyttäneilläkin asiakkailla liikunnasta keskustelun jälkeen. Voidaan kuitenkin havaita, että jatkaneilla asiakkailla motivaatiotaso on noussut enemmän. Liikuntaneuvonta on siis toiminut motivaation kohottajana asiakkaille.

Liikunnan harrastamisen suurimmat esteet ja vaikeudet tutkimuksemme mukaan ovat laiskuus sekä motivaation, ajan ja kavereiden puute. Laiskuus erottuu selvästi suurimpana esteenä ja vaikeutena liikunnalle sekä jatkaneilla että liikuntaneuvonnan keskeyttäneillä asiakkailla. Terveysliikunnan palveluketju terveyssektorilla -projektissa intervention keskeyttämisen syiksi nousi ajan puute ja koettu uupuminen (Törne 2008, 45). Metsämuurosen (1995, 52) kirjoittamassa teoksessa Harrastukset ja omaehtoinen oppiminen Curry toteaa, että he, jotka lopettivat harrastuksen, asuivat selvästi kauempana harrastuspaikasta kuin harrastusta jatkavat ihmiset. Sitä vastoin Kansallisesta liikuntatutkimuksesta (2005–2006, 7) käy ilmi, että asuinpaikalla ei ole merkitystä liikunta-aktiivisuuteen. Oma tutkimuksemmekin osoittaa, että kaikki liikuntaneuvontaan osallistuneet asiakkaat kokivat pienimmäksi esteeksi liikunnan harrastamiselle välineiden ja liikuntapaikkojen puutteen. Saarinen on todennut seuran puutteen vaikuttavan suuresti harrastuksen lopettamiseen (Metsämuuronen 1995, 53). Tutkimuksemme mukaan kaverin puute on neljänneksi suurin este liikunnalle. Huomasimme, että neljällä liikuntaneuvonnan keskeyttäneellä asiakkaalla vastaukset ovat ristiriitaisia. He kokivat motivaation puutteen olevan suurin este liikunnan harrastamiselle, vaikka heidän liikuntamotivaationsa on jopa kahdeksan.

Kuinka usein liikut -kysymys, on mielestämme hieman kyseenalainen, koska päivittäinen liikunta täyttyy jo 30 minuutin vapaa-ajan fyysisestä kuormituksesta. Tämän takia vähintään viisi kertaa viikossa liikkuvien asiakkaiden lukumäärä on kaikista suurin. Myös Kansallisen Liikuntatutkimuksen (2009–2010, 3) mukaan yli puolet aikuisväestöstä kertoo liikkuvansa vähintään neljä kertaa viikossa. Näissä luvuissa liikunnan kuormitus ei näy, mikä johtaa siihen mielikuvaan, että aikuisväestö liikkuu paljon. Kansallisen Liikuntatutkimuksen (2009–2010, 4) mukaan 22 % osallistuneista ilmoitti harrastavansa kuormitukseltaan rasittavaa liikuntaa. Kohtalaista liikuntaa kertoi harrastavansa valtaosa, eli 62 % osallistuneista ja 16 % osallistuneista harrasti kevyttä liikuntaa. Myös meidän tutkimuksemme mukaan liikuntaneuvontaan osallistuneet asiakkaat harrastavat eniten kuormitukseltaan kohtalaista liikuntaa, mutta liikunnan määrä tunteina viikossa on hyvin vähäistä. Rasittavuudeltaan kevyen liikunnan määrä oli huomattavasti suurempi omassa tutkimuksessamme, sillä kevyttä liikuntaa harrastettiin lähes saman verran kuin kohtalaista liikuntaa. Louhevaaran (1998, 39) mukaan parhaimmat tulokset liikuntaneuvonnassa saavutetaankin, kun neuvontaan saadaan mukaan sellaisia ihmisiä, jotka eivät ole aikaisemmin harrastaneet liikuntaa.

Ihmettelemme, miksi keskeyttäneiden joukossa on niin paljon tukea ja seurantaan toivovia asiakkaita, koska liikuntaneuvonta tarjoaa juuri näitä asioita. Keskeyttäneistä asiakkaista 24 % toivoi yksilöllisiä kuntoiluohjeita. Oletamme, että nämä asiakkaat ovat saaneet hankkeelta sen, mitä ovat halunneetkin, jonka jälkeen he ovat jättäneet liikuntaneuvontaprosessin kesken. Näiden asiakkaiden lisäksi vain 16 % toivoi yksilöllistä ohjausta. Olisimme arvelleet, että asiakkaat toivoisivat ohjeiden tueksi myös ohjausta. Toisaalta asiakkaat saivat valita vain kaksi tärkeintä vaihtoehtoa, joten he ovat voineet mieltää kyseiset vaihtoehdot samaa tarkoittavaksi asiaksi, ja valinneet vain jommankumman näistä vaihtoehdoista. Mielestämme vastausvaihtoehdot, yksilöllisiä kuntoiluohjeita ja yksilöllistä ohjausta, ovat verrannollisia keskenään, koska yksilöllisiä kuntoiluohjeita ei anneta ilman niiden ohjaamista. Mietimme myös, mitä yleiset kuntoiluohjeet tarkoittavat, sillä asiakkaalle annettujen ohjeiden tulee aina liittyä asiakkaan omiin toiveisiin ja tottumuksiin.

Vertasimme transteoreettista muutosvaihemallia liikuntaneuvonnan keskeyttäneiden asiakkaiden ja sitä jatkaneiden asiakkaiden kesken. Olisimme luulleet, että liikuntaneuvonnan keskeyttäneistä asiakkaista suurempi osa olisi ollut harkintavaiheessa, kos-

ka heillä on suurempi riski lopettaa liikuntaneuvonta kuin esimerkiksi toimintavaiheessa olevilla.

Suurin osa liikuntaneuvontaprosessin keskeyttäneistä asiakkaista on ohjattu eteenpäin LLE:n liikuntaryhmiin. Voisiko olla niin, että asiakkaalle ei ole löytynyt hänen tarpeisiinsa sopivaa ryhmää? Sopivien liikuntamuotojen löytäminen voi olla hankalaa vähän liikkuneelle ihmiselle. Tämän takia liikuntaneuvonnassa tulee pohtia tavoitteita ja mahdollisuuksia yhdessä asiakkaan kanssa.

Tutkimuksemme mukaan asiakkaiden elämäntavoissa on tapahtunut positiivista muutosta liikuntaneuvonnan keskeyttäneillä asiakkailla liikuntaneuvontaprosessin edetessä. Ihmettelemme, mikä saa asiakkaat keskeyttämään liikuntaneuvonnan, vaikka siitä on ollut heille apua. Enemmistö keskeyttäneistä on aloittanut liikuntasuunnitelman toteuttamisen soittokertojen jälkeen. Olisivatko he voineet saada tarvitsemansa avun jo ensikäynnillä ja soittokerroilla, joten heillä ei ole tarvetta enää osallistua kontollikäynnille? Aikaisemmin liikuntaa harrastanut asiakas voi hyötyä melko lyhyestä, suuntaa-antavasta ja opastavasta liikuntaneuvonnasta ja hakeutua itselleen sopiviin liikuntapalveluihin. Tämän takia liikuntaneuvontaprosessi voi keskeytyä ennen aikaisesti. Liikuntaneuvojan osaamattomuus, hätäisyys tai liian yleisellä tasolla tapahtuva neuvonta heikentävät asiakkaan sitoutumista liikuntaneuvontaan ja omatoimiseen harjoitteluun.

8.2 Opinnäytetyöprosessin arviointi

Opinnäytetyö prosessina oli haastava ja aikaa vievä projekti. Olemme tehneet opinnäytetyön alusta loppuun asti yhdessä, koska olemme halunneet jakaa mielipiteemme ja pohtia asioita yhdessä. Aloitimme työn tekemisen ja tiedonhaun jo lokakuussa 2009, joten olemme saaneet tehdä työtä rauhalliseen tahtiin. Välillä panostimme opinnäytetyömme tekemiseen runsaasti aikaa ja välillä annoimme itsellemme taukoa työn tekemisestä, jotta mielenkiinto työn tekemiseen säilyisi ja aihe hautuisi mielessämme. Opinnäytetyön tekeminen on välillä koetellut hermoja, mutta kokonaisuudessaan työn tekeminen on ollut hyvin rikastuttava kokemus. Sen tekeminen on kasvattanut meitä niin yhdessä kuin erikseenkin.

Haastavinta oli mielestämme lyhyen ja ytimekkään sekä kattavan ja ajankohtaisen kirjallisuuskatsauksen luominen. Tiedonhaku tuntui aluksi kovin vaikealta, koska tietoa löytyi vain harrastuksen- ja koulunkäynninkeskeyttäneistä. Tutkimustietoa löytyi siitä, miksi ihmiset ovat keskeyttäneet liikuntaneuvonnan, mutta tietoa siitä, millaisia nämä ihmiset ovat, ei ole.

Mielekästä on ollut tutustua tutkimusaineistoon ja sen pohjalta luoda kuvioita. Opettelimme Microsoft Office Excel -taulukoiden tekemisen itse kokeilemalla. Aluksi Excelillä työskenteleminen oli hankalaa, mutta oppimisen myötä kuvioiden tekemisestä tuli koko ajan mielekkäämpää. Valmiiseen Excel-aineistoon olisi pitänyt tutustua huolellisemmin, jotta olisimme välttyneet turhalta työltä. Liikuntaneuvonnassa jatkaneiden asiakkaiden tiedoissa oli aluksi mukana myös keskeyttäneiden asiakkaiden tiedot, mikä saattoi vääristää tuloksia. Tämän takia teimme tulokset uudestaan, jotta tutkimuksemme luotettavuus ei kärsisi.

8.3 Jatkotutkimusehdotukset

Voisimme ehdottaa opinnäytetyömme pohjalta jatkotutkimusehdotuksiksi liikuntaneuvojien validiteetin tarkastelua. Vaikka liikuntaneuvojilla on valmiit ja kaikille samat haastattelukaavakkeet, asiakkaan kanssa yhdessä täytettävään haastattelukaavakeeseen vaikuttaa aina liikuntaneuvojan oma kokemusmaailma ja mieltymykset. Tietojen syöttämiseen webropol-tietokantaan tulisi käyttää myös tarpeeksi aikaa, jotta virheitä pystyttäisiin välttämään ja tilastot olisivat täten luotettavia.

Toinen jatkotutkimusehdotus voisi kohdentua liikuntaneuvonnan keskeyttäneiden asiakkaiden tarkempaan tutkimiseen esimerkiksi haastattelun avulla, jotta saataisiin selville syitä, miksi he ovat keskeyttäneet liikuntaneuvonnan.

LÄHTEET

Aittasalo, Minna, Kukkonen-Harjula, Katriina 2010. Liikkumisresepti-hanke 2001–2004. UKK-instituutti. WWW-dokumentti: http://www.ukkinstituutti.fi/ammattilaisille/tyokaluja_liikuntaneuvontaan/liikkumisresepti/liikkumisresepti-hankkeen_tauustaa. Päivitetty: 6.4.2010. Luettu: 1.6.2010.

Alkula, Tapani, Pöntinen, Seppo, Ylöstalo, Pekka 1994. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Juva: WSOY.

Allender, Steven, Hutchinson, Lauren, Foster, Charles 2008. Life-change events and participation in physical activity: a systematic review. WWW-dokumentti: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/23/2/160.full.pdf+html>. Ei päivitystietoa. Luettu: 27.10.2010.

Arola, Hilikka 2006. Potilailla vastahankaa elintapamuutoksiin. Sosiaalivakuutus 3, 35–36.

Etelä-Savon Liikunta ry 2003. Liike Luo Elämää. WWW-dokumentti. http://www.esliikunta.fi/projektit_ja_tapahtumat/liike_luo_elamaa/. Ei päivitystietoa. Luettu 10.5.2010.

Euroopan sosiaalirahasto 2007. WWW-dokumentti. <https://www.eura2007.fi/rrtiepa/projekti.php?lang=fi&projektikoodi=S10049>. Ei päivitystietoa. Luettu 12.4.2010.

Green, Lawrence 2005. Health program planning: An educational and ecological approach. 4. edition New York: McGraw-Hill. WWW-dokumentti. <http://www.lgreen.net/precede.htm>. Ei päivitystietoa. Luettu 7.2.2010.

Hanski, Riitta 2004. Fysioterapeutit terveyttä edistämässä. Fysioterapia 5, 42–43.

Helminen, Päivi, Pietiläinen, Rauni (toim.) 1998. Työkuntoprofiili – testistön suoritusohjeet. Helsinki: Työterveyslaitos.

HHS. 2008. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report. U.S. Department of Health & Human Services. WWW-dokumentti. <http://www.health.gov/paguidelines/Report/Default.aspx>. Päivitetty: 10.7.2008. Luettu 2.6.2010.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko, Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Tammi.

Kainuun Liikunta ry 2006. Liikuntaneuvonta. WWW-dokumentti. <http://www.kainuunliikunta.fi/terveysliikunta/liikuntaneuvonta/>. Ei päivitystietoa. Luettu:1.6.2010.

Kansallinen Liikuntatutkimus 2005–2006. Suomen kuntoliikuntaliitto ry. WWW-dokumentti. http://www.slu.fi/@Bin/119400/Kansallinen_liikuntatutkimus_2005_2006_Aikuiset_taitettu.pdf. Ei päivitystietoa. Luettu 3.6.2010.

Kansallinen Liikuntatutkimus 2009–2010. Suomen kuntoliikuntaliitto ry. WWW-dokumentti. http://www.kunto.fi/@Bin/278890/Liikuntatutkimus_aikuisliikunta_2009-2010.pdf. Ei päivitystietoa. Luettu 27.10.2010.

Laitakari, Jukka, Miilunpalo, Seppo 1998. Miten saada ihmiset liikkumaan? Liikunta & Tiede 4, 32–35.

Louhevaara, Veikka 1998. Mitä liikunta antaa työelämälle? Teoksessa Mertaniemi, Maarit, Miettinen, Mari Suuntana hyvinvointi. Helsinki: Liikunnan ja kansanterveyden edistämissäätiö.

Lämsä, Jari, Mäenpää, Pasi 2002. Drop out, burn out... Mistä jatkoaikaa harrastukselle? Liikunta & Tiede 4, 12–14.

Metsämuuronen, Jari 1995. Harrastukset ja omaehtoinen oppiminen. Vantaa: Helsingin yliopiston opettajankoulutuslaitos.

Miilunpalo, Seppo 1999. Yksilöllinen liikuntaneuvonta-Ihmisiin vaikuttaminen. Teoksessa Vuori, Ilkka, Taimela, Simo (toim.) Liikuntalääketiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Niemi, Aleksi 2007. Terveysliikuntaa – helppoa, hauskaa, tehokasta. Jyväskylä: Primo Health Finland.

Nupponen, Ritva, Suni, Jaana 2005. Henkilökohtainen liikuntaneuvonta. Teoksessa Fogelholm, Mikael, Vuori, Ilkka (toim.) Terveysliikunta. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim, 216–219

Peltola, Ritva, Himberg, Lea, Laakso, Juhani, Niemi, Pekka, Näätänen, Risto 2000. Toimiva ihminen. Porvoo: WSOY.

Poskiparta, Marita 2002. Neuvonnan keinoin kohti terveystietoisuuden muutosta. Teoksessa Torkkola, Sinikka (toim.) Terveystietoisuus. Vammala: Tammi, 25–28.

Pöyry, Lassi 2010. Henkilökohtainen tiedonanto 26.1.2010. Liike Luo Elämä-hankkeen projektiasiantuntija LitM. Mikkelin ammattikorkeakoulu.

Rinne, Marjo 2008. Taitotestit liikuntaneuvonnan tukena. UKK-instituutti. Power Point-esitys.

http://www.kuntotestaus.net/filearc/94_rinne_marjo_taitotestit_liikuntaneuvonnan_tukena_ktp08%20%5BYhteensopivuustila%5D.pdf?PHPSESSID=fbql0tq0ekdumh3l7cu4ri9mf4 Päivitetty 4.4.2008. Luettu 15.1.2010.

Rinne, Marjo, Marttila, Jukka 2002. Starttikurssi tuuppaa empijää aktiiviksi. Liikunta & Tiede 2, 18–23.

Salmela-Aro, Katariina, Nurmi, Jan-Erik 2002. Mikä meitä liikuttaa. Keuruu: PS-Kustannus.

Salo, Mai-Brit 2006. Lahti Liikkeelle. Microsoft Word-dokumentti. http://www.phlu.fi/mp/db/file_library/x/IMG/18086/file/LaLiraportti2006nettiin.doc. Päivitetty: 19.12.2006. Luettu: 1.6.2010.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Terveys 2015 -kansanterveysohjelma. WWW-dokumentti. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-6215.pdf. Ei päivitystietoa. Luettu 27.10.2010.

Suikka, Jenni 2004. Ylös, ulos ja jumppaamaan – ohjattuihin liikuntaryhmiin osallistuvien aikuisten liikuntamotivaatio. Liikuntapedagogiikan pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto. WWW-dokumentti <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/9637/G0000526.pdf?sequence=1> Ei päivitystietoa. Luettu 19.1.2010.

Suni, Jaana, Taulaniemi, Annika 2003. Terveysliikunta- Tavoitteena terveys, ei suorituskyky. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2003/1_2003/terveyssliikunta_-_tavoitteena_terveys,_ei_suurituskyky/ Päivitetty 25.2.2004. Luettu 14.1.2010.

Suomen Liikunta ja Urheilu 2010. Kansallinen Liikuntatutkimus 2009–2010: Suomessa on nyt kuntosali- ja juoksubuumi. WWW-dokumentti. <http://www.slu.fi/?x13001=2548662>. Ei päivitystietoa. Luettu 27.10.2010.

Terve Lappi toiminta 2009. Terve Lappi. WWW-dokumentti. <http://www.sosiaalikallega.fi/tervelappi/yhteystiedot/terve-lappi-toiminta>. Päivitetty: 9.11.2009. Luettu 1.6.2010.

Törne, Mari, Tuominen, Hanna, Keckman, Marjo 2008. Terveysliikunnan palveluketju liikuntakäyttäytymisen muutosta tukemaan. Fysioterapia 5, 44–47.

UKK-instituutti. 2009. Uusi liikuntapiirakka. WWW-dokumentti. <http://www.ukkinstituutti.fi/fi/liikuntavinkit/995> Päivitetty 25.11.2009. Luettu 18.1.2010.

Vuori, Ilkka 2000. Tehokas ja turvallinen terveystoiminta: Terveystoiminnan opas. Tampere: UKK-instituutti.

Vuori, Ilkka 2003. Lisää liikuntaa. Helsinki: Edita Prima Oy.

Vuori, Ilkka, Taimela, Simo, Kujala, Urho toim. 2005. Liikuntalääketiede. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim.

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

WHO (World Health Organisation). 2010. Recommended Amount of Physical Activity. WWW-dokumentti. http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/index.html. Ei päivitystietoa. Luettu 2.6.2010.

World Confederation of Physical Therapy 2009. Declaration of Principle – Patients’/Clients’ Rights in Physical Therapy. WWW-dokumentti. <http://wcpt.org/node/29594>. Päivitetty: 31.3.2009. Luettu: 27.10.2010.



LIIKE LUO ELÄMÄÄ!

LIITE 1(1)

Haastattelurunko

Tiedot ovat luottamuksellisia.

pvm & klo: _____

1. Perustiedot

ASIAKASNUMERO: _____ ENSIKÄYNTI ___ KONTROLLIKÄYNTI 1. ___ 2. ___ 3. ___

nimi		syntymäaika	
puh.		sukupuoli	mies ___ nainen ___
ammatti		sähköposti	
osoite			
työmarkkina-asema:	opiskelija ___ työtön ___ työssä ___ → työnantaja: _____ eläkeläinen ___ muu, mikä? _____		
koulutus:	peruskoulu ___ keskiaste (lukio, ammattikoulu) ___ alempi korkeakoulututkinto (amk) ___ ylempi korkeakoulu (yo) ___		
siviilisääty:	avo- / avioliitto ___ eronnut / asumusero ___ leski ___ naimaton ___		
ohjautuminen liikun- taneuvontaan:	lääkäri ___ terveydenhoitaja ___ työterveyshuolto ___ työpaikka ___ oma aktiivisuus ___ LLE -tapahtumat / tilaisuudet ___ muu, mikä? _____		

2. Millainen on terveydentilasi yleisesti ottaen?

erittäin hyvä hyvä tyydyttävä välttävä huono

3. Terveysperusteet / sairaudet, jonka hoidoksi liikuntaa tulisi lisätä:

Ylipaino / lihavuus	Nivelvaivat, mikä?
Diabetes / kohonnut verensokeri	Lihisvaivat, mikä?
Metabolinen oireyhtymä	Hengityselinsairaus
Kohonnut verenpaine	Masennus
Kohonnut kolesteroli	Joku muu, mikä?

4. Onko sinulla muita terveydellisiä rajoituksia tai sairauksia?

ei kyllä, mitä? _____

5. Onko sinulla jatkuvaa lääkitystä em. sairauksiin?

ei kyllä, mitä? _____

6. Tupakoitko?

kyllä en lopettanut ___ vuotta sitten

7. Käytätkö alkoholia?

(katso raja-arvoliite)

en lainkaan vähän
 kohtuullisesti runsaasti

Kuinka usein käytät alkoholia?

En koskaan Kerran kk tai harvemmin
 2-4 kertaa kk 2-3 kertaa viikossa
 4 kertaa tai useammin viikossa

8. Ravintotottumukset. Millaiset ovat ruokailutottumuksesi? Syötkö säännöllisesti? (liite: lautasmalli)

--

9. Terveystila ja kehonkoostumus

Pituus		PEF		Rasva % (bio-impedanssi)	
Paino		Puristusvoima		Rasva % (poimittaus)	
BMI		Verensokeri ___h ravinnotta		Luustolihasen määrä	
Verenpaine dias./syst.		Kolesteroli ___h ravinnotta		Lepoaineen- vaihdunta	
Leposyke		Vyötärönympäryys		Sisäelin rasva	

(katso raja-arvoliite)

10. Kakkostyyppin diabeteksen riskikartoitus (alleiviivaa)

Ikä: alle 45v (0 p.) 45-54v (2 p.) 55-64v (3 p.) yli 64v (4 p.)

BMI: alle 25 kg/m² (0 p.)
 25 - 30 kg/m² (1 p.)
 yli 30 kg/m² (3 p.)

Vyötärönympäryys: M alle 94 cm / N alle 80 cm (0 p.)
 M 94 - 102 cm / N 80 - 88 cm (3 p.)
 M > 102 cm / N > 88 cm (4 p.)

Liikunta/arkiliikunta joka pvä väh puoli tuntia: Kyllä (0 p.) Ei (2 p.)
Kasviksien, marjojen ja hedelmien syöminen: Päivittäin (0 p.) Harvemmin (1 p.)
Verenpainelääkkeiden käyttö säännöllisesti: Ei koskaan (0 p.) On käyttänyt (2 p.)
Verensokeri ollut joskus tarkastuksessa koholla: Ei koskaan (0 p.) On ollut (5 p.)

Onko suvussa todettu diabetesta: Ei (0 p.)
 Kyllä. Isovanhemmilla, vanhempien sisaruksilla tai serkuilla (3 p.)
(mutta ei vanhemmilla, sisaruksilla tai omilla lapsilla)
 Kyllä. Vanhemmilla, sisaruksilla tai omilla lapsilla (5 p.)

Riskikartoituksesta pisteitä _____ => riski sairastua 10 v kuluessa (katso raja-arvoliite)

11. Millaisena pidät elämänlaatuasi? (alleiviivaa asteikolla 0-10)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. Kuinka motivoitunut olet liikkumaan? (alleiviivaa asteikolla 0-10)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. Mikä motivoi sinua liikkumaan? / Mikä saa/pistää sinut liikkumaan?

14. Mitkä ovat olleet suurimmat esteet ja vaikeudet liikkunnalle?

Ajan puute	Motivaation puute
Kaverin tai ryhmän puute	Laiskuus
Sairaudet tms. vaivat	Aiemmat negatiiviset kokemukset
Välineiden tai liikuntapaikkojen puute	Muu syy, mikä?
Olosuhteet (mm. esteettömyys)	

15. Kuinka usein liikut? (alleviivaa)

(vapaa-ajan fyysinen kuormitus, vähintään 30 min kerta/pvä).

- En koskaan
 2-3 kertaa kuukaudessa
 Kerran viikossa
 2 kertaa viikossa
 3 kertaa viikossa
 4 kertaa viikossa
 Vähintään 5 kertaa viikossa

16. Millaista liikuntaa harrastat ja kuinka kauan kerrallaan?

<input type="checkbox"/> kevyttä liikkumista (ei juuri aiheuta hengästymistä ja / tai hikoilua)	<input type="checkbox"/> krt /vko Liikuntamuoto	<input type="checkbox"/> liikunnan kesto (h/vko) <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
<input type="checkbox"/> kohtalaista liikkumista (kohtalaista ponnistelua, jonkin verran hengästymistä ja / tai hikoilua)	<input type="checkbox"/> krt/vko Liikuntamuoto	<input type="checkbox"/> liikunnan kesto (h/vko) <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
<input type="checkbox"/> rasittavaa liikkumista (voimakasta ponnistelua, hengästymistä ja hikoilua)	<input type="checkbox"/> krt/vko Liikuntamuoto	<input type="checkbox"/> liikunnan kesto (h/vko) <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
YHTEENSÄ:		<input type="checkbox"/> liikunnan kesto (h/vko)

17. Maksimaalinen hapenottokyky. Non-exercise (NEx) – menetelmällä. (ks. liite)

$VO^2_{max} =$

$$56,363 + 1,921(\text{aktiivisuusluokka}) - 0,381(\text{ikä}) - 0,754(\text{BMI}) + 10,987(\text{sukupuoli}) = \text{ml / kg / min}$$

aktiivisuusluokka

ikä

BMI

sukupuoli

Kuntoluokka = _____ (ks. raja-arvoliite)

Mies = 1, nainen = 0.

18. Mitä toivot saavasi terveystietoutta edistämiseksi (valitse kaksi tärkeintä)?

terveystietoutta		yleisiä kuntoiluohjeita
yksilöllisiä kuntoiluohjeita		yksilöllistä ohjausta
liikuntaa ryhmässä		tukea ja seurantaa
terveyskunnan kartoitusta / testausta		jotain muuta, mitä?

19. Millaisia tavoitteita sinulla on oman terveytesi parantamiseksi?

sairastavuuden vähentäminen (vrt. kohta 3. Terveysperuste liikunnalle)		lihaskunnan parantaminen
parempi jaksaminen (esim. työssä)		kestävyyskunnan parantaminen
painonhallinta		muu, mikä?

20. Muutosvalmius. Mitä konkreettisia asioita olet valmis tekemään näiden tavoitteiden saavuttamiseksi?**21. Kuinka motivoitunut olet liikkumaan nyt kun asiasta on keskusteltu? (asteikolla 0-10)**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

22. Arvio yhdessä liikuntaneuvojan kanssa, missä vaiheessa (liite: TTM) olet liikuntakäyttämisen suhteen? (ympyröi)

Esiharkinta Harkinta Valmistelu Toiminta Ylläpito

23. Huomiot ja toiveet liikunnan suhteen.

ryhmätoimintaa ____ yksilötoimintaa ____

Muut huomiot:

24. Seuranta-aika _____ **25. Yhteydenpitotapa:** email ___ soittoaika ___ käynti ___
 liikuntaneuvoja: _____

25. Asiakas ohjattu eteenpäin:

Liikuntaryhmään (LLE)		Hyvän Olon Ryhmään
Muuhun liikuntaryhmään		Kuntotestaukseen
Lääkärille / terveydenhoitajalle		Ravitsemusterapeutille
Tupakasta vieroitusryhmään		TULES -käynnille
Muualle, mihin?		

26. Annettu materiaalia:

Henkilökohtainen liikuntaohjelma		Lihaskunto-ohjelma
Kuntokalenteri		Ravitsemusohjeita
Muuta, mitä?		

Tämä asiakirja toimii lähtökohtana liikuntakäyttötymisesi tukemisessa.

Suostun siihen, että annettuja tietoja hyödynnetään LLE -hankkeen tutkimus- ja kehitystyössä siten, ettei yksilöllinen tietosuojani vaarannu.

Tulosityhteenvedot laaditaan siten, ettei vastaajan henkilöllisyys tai organisaatio tule esille.

Osallistuin liikuntaneuvontaan työajallani. Työnantajalleni syntyvää laskennallista palkkakustannusta liikuntaneuvontaan osallistumiseni ajalta saa käyttää hankkeen omarahoituksessa. Palkanlaskijalta saa tarkistaa tuntipalkkatietoni.
(Tämä mahdollistaa osaltaan liikuntaneuvontapalvelun maksuttomuuden.)

Osallistun liikuntaan ja mahdollisiin testauksiin omalla vastuullani.

aika ____ / ____ 20__

asiakas

liikuntaneuvoja





LIIKE LUO ELÄMÄÄ!

LIITE 2(1)

Soittokerran haastattelurunko

Tiedot ovat luottamuksellisia.

pvm & klo: _____

1. Perustiedot

ASIAKASNUMERO: _____

SOITTOAIKA 1. ____ 2. ____ 3. ____

Nimi		Syntymäaika	
------	--	-------------	--

2. Millainen on asiakkaan terveydentila yleisesti ottaen?

erittäin hyvä hyvä tyydyttävä välttävä huono

3. Millaisia mahdollisia muutoksia asiakkaalla on ilmennyt?

	kyllä	ei	ei osaa sanoa (X) tai mitä muutosta?
Asiakas on aloittanut liikuntasuunnitelman toteuttamisen			
Asiakas on osallistunut sovittuun ryhmään / tapaamiseen			
Asiakkaan terveydentila on parantunut			
Asiakkaan terveydentila on heikentynyt			
Asiakkaan elämäntavoissa on tapahtunut positiivista muutosta			
Asiakkaan elämäntavoissa on tapahtunut negatiivista muutosta			
Asiakkaan liikunta on lisääntynyt			

4. Millaisena asiakas pitää elämänlaatuaan? 5. Kuinka motivoitunut asiakas on nyt liikkumaan? (0-10)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Millaista liikuntaa asiakas harrastaa ja kuinka kauan kerrallaan?

kevyttä liikumista (ei juuri aiheuta hengästymistä ja / tai hikoilua) krt/vko Liikuntamuoto liikunnan kesto (h/vko)

kohtalaista liikumista (kohtalaista ponnistelua, jonkin verran hengästymistä ja / tai hikoilua) krt/vko Liikuntamuoto liikunnan kesto (h/vko)

rasittavaa liikumista (voimakasta ponnistelua, hengästymistä ja hikoilua) krt/vko Liikuntamuoto liikunnan kesto (h/vko)

yhteensä: krt/vko liikunnan kesto (h/vko)

7. Muita huomioita (liikunta / terveys): _____

8. Asiakas ohjattu eteenpäin:

Liikuntaryhmään (LLE)	Hyvän Olon Ryhmään
Muuhun liikuntaryhmään	Kuntotestaukseen
Lääkärille / terveydenhoitajalle	Ravitsemusterapeutille
Tupakasta vieroitusryhmään	TULES -käynnille
Muualle, mihin?	
Liikuntasuunnitelmaa muutettu, miten?	
Ei tarvetta muutoksille	

9. Seuranta-aika _____

Yhteydenpitotapa: email ____ soittoaika ____ käynti ____

liikuntaneuvoja





LIIKE LUO ELÄMÄÄ!

LIITE 3(1)

Alkuperäinen haastattelurunko

pvm

1.

Nimi

Henkilötunnus

Puh.

Sähköposti

Ammatti

Osoite

2. Millainen on terveydentilasi yleisesti ottaen:

erittäin hyvä

hyvä

tydyttävä

välttävä

huono

3. Terveysperusteet / sairaudet, jonka hoidoksi liikuntaa tulisi lisätä:

	Ylipaino / lihavuus		Nivelvaivat, mikä?
	Diabetes		Lihasmaailmat, mikä?
	Metabolinen oireyhtymä		Hengityselinsairaus
	Kohonnut verenpaine		Joku muu, mikä?
	Kohonnut kolesteroli		

4. Millaisia mahdollisia terveydellisiä rajoituksia tai sairauksia sinulla on?

5. Lääkitys?

6. Tupakoitko?

kyllä

en

lopettanut __ vuotta sitten

7. Käytätkö alkoholia?

(katso raja-arvoliite)

en lainkaan

vähän

kohtuullisesti

runsaasti

Kuinka usein käytät alkoholia?

En koskaan

Kerran kk tai harvemmin

2-4 kertaa kk

2-3 kertaa viikossa

4 kertaa tai useammin viikossa

8. Ravintotottumukset. Millainen on viikon ruokalista? Syötkö säännöllisesti?

(liite: lautasmalli)

--

9. Terveystila ja kehonkoostumus

Pituus		PEF		Rasva % (bio-impedanssi)	
Paino		Puristusvoima		Rasva % (pöimittaus)	
BMI		Verensokeri		Luustolihasen määrä	
Verenpaine		Kolesteroli		Lepoaineen-vaihdunta	
Leposyke		Vyötärönympäryys		Sisäelin rasva	

(katso raja-arvolite)

10. Kakkostyyppin diabeteksen riskikartoitus

Ikä: alle 45v (0 p.) 45-54v (2 p.) 55-64v (3 p.) yli 64v (4 p.)

BMI: alle 25 kg/m² (0 p.) 25 - 30 kg/m² (1 p.) yli 30 kg/m² (3 p.)

Vyötärönympäryys: M alle 94 cm / N alle 80 cm (0 p.)
 M 94 - 102 cm / N 80 - 88 cm (3 p.)
 M > 102 cm / N > 88 cm (4 p.)

Liikunta/arkiliikunta joka pvä väh puoli tuntia: Kyllä (0 p.) Ei (2 p.)

Kasviksien, marjojen ja hedelmien syöminen: Päivittäin (0 p.) Harvemmin (1 p.)

Verenpainelääkkeiden käyttö säännöllisesti: Ei koskaan (0 p.) On käyttänyt (2 p.)

Verensokeri ollut joskus tarkastuksessa koholla: Ei koskaan (0 p.) On ollut (2 p.)

Onko suvussa todettu diabetesta: Ei (0 p.)
 Kyllä. Isovanhemmilla, vanhempien sisaruksilla tai serkuilla (3 p.)
 Kyllä. Vanhemmilla, sisaruksilla tai omilla lapsilla (5 p.)

Riskikartoituksesta pisteitä _____ => riski sairastua 10 v kuluessa (katso raja-arvolite)

11. Millaisena pidät elämänlaatuasi? (asteikolla 1-10)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. Kuinka motivoitunut olet liikkumaan? (asteikolla 1-10)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. Mikä motivoi sinua liikkumaan? / Mikä saa/pistaa sinut liikkumaan?

--

14. Mitkä ovat olleet suurimmat esteet ja vaikeudet liikunnalle?

Ajan puute	Motivaation puute
Kaverin tai ryhmän puute	Laiskuus
Sairaudet tms. vaivat	Aiemmat negatiiviset kokemukset
Välineiden tai liikuntapaikkojen puute	Muu syy, mikä?
Olosuhteet (mm. esteettömyys)	

Liikuntapiirakan täyttäminen seuraavien kysymysten myötä:

15. Kuinka usein liikut?

(vapaa-ajan fyysinen kuormitus, vähintään 30 min kerta/pvä).

- En koskaan
 2-3 kertaa kuukaudessa
 Kerran viikossa
 2 kertaa viikossa
 3 kertaa viikossa
 4 kertaa viikossa
 Vähintään 5 kertaa viikossa

16. Millaista liikuntaa/hyötyliikuntaa harrastat ja kuinka kauan kerrallaan?

--

17. Mitä toivot saavasi terveystietoutta / edistämiseksi (valitse kaksi tärkeintä)?

terveystietoutta	yleisiä kuntoiluohjeita
yksilöllisiä kuntoiluohjeita	yksilöllistä ohjausta
liikuntaa ryhmässä	tukea ja seurantaa
terveyskunnan kartoitusta / testausta	jotain muuta, mitä?

18. Millaisia tavoitteita sinulla on oman terveydentilasi parantamiseksi?**19. Muutosvalmius. Mitä konkreettisia asioita olet mahdollisesti valmis tekemään näiden tavoitteiden saavuttamiseksi?****20. Kuinka motivoitunut olet liikkumaan nyt kun asiasta on keskusteltu? (asteikolla 1-10)**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

21. Huomiot ja toiveet liikunnan suhteen. (Esim. yksilö- / ryhmätoimintaa)

Seuranta-aika ja yhteydenpitotapa: _____ .

Tämä asiakirja toimii lähtökohtana liikuntakäyttäytymisen tukemisessa. Tiedot ovat henkilökohtaisia ja ne tullaan arkistoitamaan. Niitä hyödynnetään tutkimus- ja kehitystyössä, mutta henkilökohtaisia tietoja ei luovuteta sivullisille.

Allekirjoituksellani vahvistan myös sen, että osallistun liikuntaan ja mahdollisiin testauksiin omalla vastuullani.

Päivämäärä ____ / ____ 20__

_____ asiakkaan allekirjoitus

_____ liikuntaneuvojan allekirjoitus