

Liikuntaan liittyvien keskustelujen kohdentuminen lääkäri- ja terveydenhoitajakontakteissa

Sirku Ala-Peijari

Terveyskasvatuksen Pro gradu – tutkielma

Jyväskylän yliopisto

Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta

Terveystieteiden laitos

Kevät 2006

TIIVISTELMÄ

Jyväskylän yliopisto

Liikunta ja terveystieteiden tiedekunta, Terveystieteiden laitos

Sirkku Ala-Peijari: Liikuntaan liittyvien keskustelujen kohdentuminen lääkäri- ja terveydenhoitajakontakteissa.

Terveyskasvatuksen Pro gradu - tutkielma

Kevät 2006

Sivuja 61, liitteitä 3

Ohjaajat: Terveyskasvatuksen professori, PhD Jukka Laitakari (JYU) ja dosentti, vanhempi tutkija Ritva Nupponen (UKK-instituutti)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten liikuntaan liittyvät keskustelut kohdentuivat lääkärin ja terveydenhoitajan tai työterveyshoitajan vastaanottokäynnillä vastaajien sosiaalisen taustan mukaan sekä miten liikunnasta keskustelleet vastaajat erosivat liikuntatottumuksiltaan, koetulta terveydeltään ja fyysiseltä kunnoltaan niistä, jotka eivät olleet keskustelleet liikunnasta.

Tutkimuksessa käytettiin UKK-instituutin Terveys, voimavarat ja liikunta – seurantatutkimuksen kyselylomakkeella kerättyä, valmiiksi tallennettua osa-aineistoa. Kysely oli toteutettu maaliskuussa 1998 lähettämällä lomake 1 508 henkilölle, jotka olivat vastanneet tutkimuksen ensimmäiseen kyselyyn. Vastausprosentti oli 83,7 (N=1266). Kohdejoukko edusti kolmessa eri elämänvaiheessa olevia (28-30, 43-45 ja 57-59-vuotiaat) miehiä ja naisia.

Lääkärin kanssa ilmoitetut keskustelut kohdentuivat sosiaalisen taustan perusteella vanhimpaan ikäryhmään ja niihin, jotka eivät käyneet työssä. Terveydenhoitajan kanssa liikunnasta ilmoitetut keskustelut kohdentuivat vanhimpaan ikäryhmään, miehiin ja päivätyötä tekeviin. Työaikamuodolla, työn rasittavuudella tai asunnon sijainnilla ei ollut yhteyttä liikunnasta käytyihin keskusteluihin.

Vanhimmassa ikäryhmässä oli muuta vastaajajoukkoa enemmän säännöllisesti lenkkeileviä. Samoin he kokivat nuorempia yleisemmin terveytensä melko huonoksi. Vanhimmalla ikäryhmällä oli nuorempia yleisemmin myös liikuntaa jossain määrin tai voimakkaasti rajoittavia vammoja tai sairauksia. He kokivat myös kuntonsa ikätovereitaan huonommaksi..

Vastaajat, jotka olivat keskustelleet lääkärin ja terveydenhoitajan tai työterveyshoitajan kanssa liikunnasta, kokivat terveytensä ja ruumiillisen kuntonsa huonommaksi kuin ne, jotka eivät olleet käyneet liikuntaan liittyviä keskusteluja. Samoin liikunnasta keskustelleilla oli yleisemmin liikuntaa jonkin verran tai runsaasti rajoittavia sairauksia tai vammoja kuin niillä, jotka eivät liikunnasta keskustelleet.

Säännöllisesti lenkkeilevät vastaajat ilmoittivat keskustelleensa lääkärin ja terveydenhoitajan kanssa liikunnasta muuta vastaajajoukkoa yleisemmin. Vapaa-ajan liikunnalla, asiointiliikunnalla, ulkoilulla tai järjestettyyn liikuntaan osallistumisella ei ollut yhteyttä ilmoitettuihin liikuntakeskusteluihin lääkärin ja terveydenhoitajan tai työterveyshoitajan kanssa. Vaikka joidenkin liikuntaan liittyvien keskustelujen kohdentumista selvittävien muuttujien välillä ilmeni tilastollinen yhteys, se oli kaikissa tapauksissa heikko.

Asiasanat: liikuntaneuvonta, terveyden edistäminen, terveyskasvatus, terveystiliikunta

ABSTRACT

Jyväskylä University

Faculty of Physical Education and Health Sciences, Institute of Health Sciences

Sirkku Ala-Peijari: The targeting/allocation of (physical) exercise related discussion in doctor and public health nurse contacts.

Pro gradu study in health education.

Spring 2006

Pages 61, appendices 3

Instructors: Professor in Health Sciences, PhD Jukka Laitakari and PhD Ritva Nupponen (UKK – Institute)

The purpose of this study was to investigate how exercise- related discussions were targeted at doctor's and public health nurse's or company nurse's office according to the respondents' social background and how the respondents who discussed exercise differed by their physical activities and perceived health and fitness from those who had not discussed physical exercise.

The study material was composed of the material which was collected in a questionnaire of a follow-up study already saved on a computer by the UKK Institute. The survey was carried out in March 1998 by sending the questionnaire to 1508 persons who had answered the first survey of the study. The response rate was 83,7 (N=1266). The target group represented men and women in three different stages of life (25-30, 43-45 and 57-59 yrs old). The reported discussions with a doctor were targeted to the oldest age group and to those who were not working.

The reported discussions with a public health nurse about exercise were targeted to the oldest age group, to men and to those who worked a daytime job. The pattern of working hours, the strain of the work or the location of accommodation did not have any connection with the discussions.

The respondents who had discussed exercise with a doctor or a public health nurse or a company nurse felt their health and fitness to be worse than those who had not had exercise-related discussions. Also, greater proportion of those who had discussed exercise had illnesses or disabilities which limited somewhat or a lot the exercise than those who had not discussed exercise.

Greater proportion of the respondents who jogged regularly reported having discussed exercise with a doctor or a public health nurse than the other respondent group. Exercise during free time or everyday commuting activity, outdoor activities or participating in organized exercise/activities did not have any connection with the reported exercise discussions with a doctor or a public health nurse or a company nurse. Even though there appeared statistical connection between some variables regarding exercise related discussions with a doctor or a public health nurse or a company nurse the connection was in all cases weak.

Keywords: health promotion, health education, counselling, health – enhancing physical activity

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	2
2	KÄSITTEIDEN MÄÄRITTELY	3
2.1	Terveyden edistäminen, terveystasvatus, terveystneuvonta ja liikuntaneuvonta	3
2.2	Fyysinen aktiivisuus, liikunta ja terveystliikunta	5
3	LIIKUNTA JA LIIKUNTANEUVONTA SUOMESSA	8
3.1	Liikunnan edistämisen hallinnolliset suositukset	8
3.2	Terveydenhuollon merkitys terveystliikunnan edistämisessä	9
3.3	Suomalaisten liikuntatottumukset	10
3.4	Liikunta harrastuksena	15
3.5	Liikuntaneuvonnan toteuttaminen terveydenhuollossa	17
3.5.1	Terveytkeskusten sisäinen ja ulkoinen terveystkasvatusyhteistyö	18
3.5.2	Liikuntaneuvonnan tarve ja toteutuminen terveystkeskuksissa	19
3.5.3	Liikuntaneuvonta sairauksien yhteydessä	22
3.6	Asiakkaiden ja potilaiden kokemukset liikuntaneuvonnasta	24
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	26
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	27
5.1	Tutkimusasetelma, kohdejoukko ja aineiston keruu	27
5.2	Tutkimuksen mittarit	28
5.2.1	Kysymykset ja muuttujien muodostaminen	28
5.2.2	Liikuntaan liittyvä keskustelu - muuttajat	29
5.2.3	Liikuntamuuttajat	29
5.2.4	Taustamuuttajat	31
5.3	Aineiston käsittely	32
6	TULOKSET	33
6.1	Vastaajien sosiaalinen tausta ja terveydentila	33
6.2	Vastaajien fyysinen aktiivisuus	36
6.3	Ilmoitettujen liikuntakeskustelujen kohdentuminen	40
6.3.1	Keskustelut liikunnasta lääkärin kanssa taustamuuttujien suhteen	40
6.3.2	Keskustelut terveydenhoitajan ja työterveytshoitajan kanssa liikunnasta	43
6.4	Fyysinen aktiivisuus ja keskustelut liikunnasta	45

6.4.1	Lääkärin kanssa käydyt keskustelut ja liikunta	45
6.4.2	Terveydenhoitajan tai työterveyshoitajan kanssa käydyt keskustelut ja liikunta ..	47
6.5	Koettu terveys ja keskustelut liikunnasta	49
6.5.1	Lääkärin kanssa käydyt keskustelut	49
6.5.2	Terveydenhoitajan tai työterveyshoitajan kanssa käydyt keskustelut	50
7	POHDINTA	53
7.1	Tutkimuksen luotettavuus ja yleistettävyys	53
7.2	Tulosten tarkastelu	55
7.3	Tulosten soveltaminen ja jatkotutkimusaiheet	59
	LÄHTEET	61
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Terveyden edistäminen määriteltiin Ottawan asiakirjassa toiminnaksi, joka lisää ihmisten mahdollisuuksia niin terveytensä hallintaan kuin sen parantamiseen. Määritelmän taustalla on asiakirjassa esitetty näkemys terveydestä positiivisena käsitteenä. Yksi terveyden edistämisen toiminta-alueista on henkilökohtaisten taitojen kehittyminen, mikä toteutuu lähinnä terveystasvatuksen avulla. (Ottawan asiakirja 1986.) Terveydenhuollon asiakaskontakteissa tapahtuva terveystasvatus on luonteeltaan neuvontaa silloin, kun se tapahtuu henkilökohtaisena kommunikaationa ja asiakkaan henkilökohtaiset tarpeet ja lähtökohdat voidaan huomioida viestinnän sisällössä ja toteutuksessa. (Miilunpalo 1989.) Taitava liikuntaneuvonta on ammattihenkilön ja asiakkaan keskinäistä neuvottelua, jossa huomioidaan muun muassa asiakkaan kuuleminen ja aktiivinen osallistuminen. Samalla pyritään selvittämään ja kehittämään asiakkaan omia näkemyksiä ja taitoja. Neuvonnan tavoitteet riippuvat asiakkaan elämäntilanteesta, terveydentilasta ja hänen valmiudestaan muuttaa tottumuksiaan. (Nupponen & Suni 2005.)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten liikuntaan liittyvät keskustelut kohdentuivat lääkärin tai terveydenhoitajan tai työterveyshoitajan vastaanottokäynnillä vastaajien sosiaalisen taustan mukaan. Terveydenhuollolla on hallinnollisten suositusten perusteella velvoite keskustella niiden sekä sairaiden että terveiden henkilöiden kanssa, joille liikunnan lisäämisestä on etua. Tarkoituksena oli selvittää, saatiinko palvelua tasapuolisesti, riippumatta siitä, toiko asiakas itse liikuntaan liittyvien keskustelujen tarpeen esille vai ei. Lisäksi pyrittiin selvittämään, miten vastaajien koettu terveys ja liikuntatottumukset vaikuttivat siihen, keskustelivatko lääkärit ja terveydenhoitajat tai työterveyshoitajat heidän kanssaan liikunnasta.

Tutkimuksessa käytettiin UKK-instituutin Terveys, voimavarat ja liikunta – seurantatutkimuksen kyselylomakkeella maaliskuussa 1998 kerättyä tietoa.

Aikaisemmissa tutkimuksissa on selvitetty liikuntaneuvonnan tarvetta ja kysyntää aikuisväestössä sekä liikuntaneuvonnan toteutumista ja edellytyksiä terveystasvatuksissa (Laitakari ym. 1989, 1994; Miilunpalo 1989). Lääketieteellisesti määritelty ja ihmisten kokema liikuntaneuvonnan tarve olivat sekä käsitteellisesti että käytännössä eri asioita. Tämä korostaa terveydenhuollon työntekijöiden merkitystä eli heidän tulisi tunnistaa palveluiden tarve asiakkaan kysynnän kautta. Terveydenhuollon henkilöstö piti terveellisiä elintapoja koskevaa neuvontaa kaikkiin asiakaskontakteihin kuuluvana, mutta uskoivat neuvonnan

vaikuttavuuteen vähän. Liikuntaan liittyvä neuvonta toteutui lähes joka kolmannessa hoitajien, noin joka kahdeksannessa lääkärin ja joka toisessa fysioterapeuttien kontaktissa. (Laitakari ym. 1998, 83-89; Miilunpalo 1989, 96,134-136). Liikuntaneuvonnan toteutumista sairauksien yhteydessä ovat tutkineet muun muassa Toropainen ym. (2000) ja päätelmissä he totesivat, että perusterveydenhuollon lääkärit ja terveydenhoitajat olivat merkittävästi lisänneet liikuntaa koskevaa neuvontaa 1980-luvulla tehtyjen tutkimusten tuloksiin verrattuna. Asiakkaiden ja potilaiden kokemuksia liikuntaneuvonnasta ovat tutkineet Miilunpalo ym. (1999) ja Heinonen ym. (2001). Noin puolessa vastaanottokäynneistä keskusteltiin liikunnasta, mutta niistä vain puolessa puheeksi otettiin esimerkiksi asiakkaan mahdollisuudet toteuttaa liikuntaa (Miilunpalo ym. 1999). Turun kaupungin terveystalvija käyttäneistä aikuisista neljännes ilmoitti saaneensa liikuntaneuvontaa terveystalvija lääkäreiltä, kolmasosa sairaan- tai terveydenhoitajalta ja hieman yli puolet fysioterapeutilta. Heistä noin joka kolmannelta kysyttiin esimerkiksi omista liikuntatottumuksista. (Heinonen ym. 2001.)

Liikuntaan liittyvä neuvonta on ajankohtainen aihe, koska valtakunnallisissa terveyden edistämiseen kohdistuvissa suosituksissa ja toteutusohjelmissa väestön liikunta-aktiivisuuden lisääminen on otettu yhdeksi painopistealueeksi. Kohderyhmäksi on nostettu erityisesti vähän liikkuva väestöryhmä. Terveydenhuollon tehtäväksi on asetettu vastuu siitä väestön osasta, joka ei osallistu esimerkiksi järjestöjen ja seurojen järjestämään liikuntaan.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta julkaisi uudet suomalaiset ravitsemussuositukset 31.8.2005. Suositukset on laadittu väestötasolle ja ensimmäistä kertaa niissä esitetään fyysinen aktiivisuus hyvän ruokavalion rinnalla osana terveyttä edistäviä elintapoja. Liikuntasuositukset on esitetty erikseen lapsille ja nuorille sekä aikuisille. (Suomalaiset ravitsemussuositukset...2005,6.)

2 KÄSITTEIDEN MÄÄRITTELY

Tässä luvussa määritellään tämän tutkimuksen kannalta olennaisimmat käsitteet. Tieteenalan keskeinen käsite on terveyden edistämien. Lisäksi määritellään terveyskasvatus, terveys- ja liikuntaneuvonta, fyysinen aktiivisuus, liikunta ja terveyslääkintä.

2.1 Terveyden edistäminen, terveystieteet, terveysneuvonta ja liikuntaneuvonta

Ottawan asiakirjassa 1986 terveyden edistäminen määritellään: ”Terveyden edistäminen on toimintaa, joka lisää ihmisten mahdollisuuksia niin terveytensä hallintaan kuin sen parantamiseen. Jotta täydellinen fyysinen, henkinen ja sosiaalinen hyvinvointi voitaisiin saavuttaa, on yksilöiden ja ryhmän kyettävä tunnistamaan ja toteuttamaan toiveensa, tyydyttämään tarpeensa ja muuttamaan ympäristöä tai opittava tulemaan toimeen sen kanssa.” Määritelmän taustalla on asiakirjassa esitetty näkemys terveydestä, joka määritetään positiivisena käsitteenä. Painotus on yhteiskunnallisissa ja henkilökohtaisissa voimavaroissa ja fyysisissä toimintamahdollisuuksissa eikä terveys ole elämän tavoite. (Vertio 2003.)

Terveyden edistämisen toiminta-alueet ovat terveyttä edistävä yhteiskuntapolitiikka, terveellisen ympäristön aikaansaaminen, yhteisöjen ja kansalaistoiminnan kehittäminen, terveyspalvelujen kehittäminen ja henkilökohtaisten taitojen kehittyminen, mikä toteutuu muun muassa terveystieteiden avulla (Nupponen ym. 1991). Terveyden edistäminen on kaikkien niiden toimenpiteiden kokonaisuus, joilla edistetään väestön terveyden ja toimintakyvyn säilymistä. Tuloksellisuus paranee, kun ensin huolehditaan terveyttä suojaavan ympäristön aikaansaamisesta ja vasta sitten suunnataan vaatimuksia elintapoihin ja yksilöllisiin tottumuksiin. (Nupponen 2001.)

Ottawan asiakirjassa terveystieteet nähdään henkilökohtaisten taitojen kehittämisenä oman ja ympäristön terveydestä huolehtimiseksi (Vertio 2003). Terveystieteissä voidaan erottaa neljä toisiaan täydentävää tehtävää. Sivistävä tehtävä perustuu tiedollisen terveystieteiden itseisarvoiseen välittämiseen. Virittävän terveystieteiden tehtävä on stimuloida väestön, kohderyhmän tai yksilön ajattelua ja keskustelua tarjoamalla ideoita ja näkökulmia vapaasti käytettäväksi. Mielenterveystehtävän tavoitteena on vahvistaa terveen kasvun psyykkisiä edellytyksiä kasvatuksellisin keinoin ja luoda positiivisempi minäkuva, joka nähdään edellytyksenä terveystieteiden käyttäytymisen muutokselle. Terveystieteiden käyttäytymisen muuttamista on pidetty terveystieteiden perustehtävänä. Näkemys on kapea-alainen, mutta se kuvaa toiminnan erityistä ominaislaatua. Terveystieteet kohdistuu tietoihin, asenteisiin,

arvostuksiin ja erilaisiin taitoihin. Muutosta avustavan tehtävän tavoitteiden saavuttamien edellyttää muiden terveystkasvatuksen tehtävien toteutumista. (Kannas 1992.) Terveystkasvatuksen tavoitteena on kehittää ihmisten henkilökohtaisia edellytyksiä toimia terveyden hyväksi eikä pakottaa ihmisiä tiettyyn toimintaan (Nupponen 2001). Kun terveys ymmärretään voimavaraksi, terveystkasvatus painottuu yksilön itsesääätelykyvyn vahvistamiseen sen sijaan, että pyrittäisiin vaikuttamaan ihmisen yksittäisiin tapoihin tai tottumuksiin. (Miilunpalo 1989, 29).

Terveystkasvatuksessa voidaan erottaa kolme toteutusmuotoa: valistus, opetus ja neuvonta. Toteutusmuoto riippuu siitä, pyritäänkö tavoittamaan suuria ihmisjoukkoja vai onko tavoitteena paneutua yhden ihmisen erityistarpeisiin. Valistuksen kohteena on suuri joukko ja tavoitteena terveyttä edistävän mielipideilmaston luominen. Viestintä on yksisuuntaista ja se on suunniteltu anonyymeille henkilöille tai ryhmille, joista tiedetään vain joitakin tunnusmerkkejä. Valistavat terveystsanomat voivat olla avoimesti vetoavia, kehottavia tai tarjota tietoa asioista, joilla on merkitystä ihmisten terveydelle. Terveystkampanjoita voidaan järjestää tunnetulle kohdejoukolle esimerkiksi työpaikalla tai asuinalueella. (Nupponen ym. 1991; Nupponen 2001.)

Laadukkaassa opetuksessa opettajan tehtävänä on virittää kiinnostusta ja ohjata oppijan työskentelyä siten, että hänelle muodostuu hyvin mielessä säilyviä ja soveltamiskelpoisia tietorakenteita. Kasvattajalla on vastuu oppijalle sopivasta käsittelytavasta, jonka avulla hän pääsee tavoitteeseensa. (Nupponen ym. 1991; Nupponen 2001.)

Terveystneuvonnassa on mahdollisuus terveystkasvattajan ja asiakkaan tai potilaan henkilökohtaiseen vuorovaikutukseen. Terveystdenhuollon asiakaskontakteissa tapahtuva terveystkasvatus on luonteeltaan neuvontaa, joka toteutuu terveystkasvattajan ja asiakkaan henkilökohtaisena kommunikaationa. Tällöin asiakkaan henkilökohtaiset tarpeet ja lähtökohdat voidaan huomioida viestinnän sisällössä ja toteutuksessa. Neuvonta saa alkunsa yleensä asiakkaan terveystkasvatustarpeesta. Kasvattaja tai kasvatettava on havainnut ongelman tai kysymyksen, jonka ratkaisemiseksi tavoitteena on muutos kasvatettavassa tai hänen ympäristössään. Neuvonta käynnistyy suotuisasti, kun asiakas on itse huomannut tietyn asian tai tilanteen selvittelyn tarpeen tai muotoillut oman kysymyksensä (Laitakari ym. 1989, 33, Miilunpalo 1989, 29, Nupponen 2001.)

Ammatillisena työmuotona neuvonta eroaa pelkästä tiedon ja ohjeen tai neuvon antamisesta. Neuvonta on työntekijän ja asiakkaan yhteistoimintaa, jonka pohjana on asiakkaan näkemys elämästään ja tavoitteistaan. Neuvonta lähtee asiakkaan itsensä tunnistamasta tarpeesta, ongelmasta tai kysymyksestä. Ohjeen tai suosituksen ymmärtämistä ja toteuttamista auttaa pohtiva neuvontakeskustelu. Toisinaan vastaanottokäynnillä esille tullut asia antaa aiheen neuvonnalle ja terveydenhuollon ammattilainen saattaa silloin tehdä aloitteen. Neuvonnassa tavoitteen on oltava selvä sekä asiakkaalle, että työntekijälle, koska sen avulla etsitään konkreettista vastausta kysymykseen, miten. Asiakkaan niukat tai hajanaiset tiedot rajoittavat neuvonnan hyötyä, mutta paras hyöty saadaan, kun neuvonta sisällytetään ohjaukseen eli asiakkaan tarpeisiin ja edellytyksiin sekä suunniteltuun palvelujen kokonaisuuteen. Järjestelmällinen opetus tukee myös neuvontaa. (Nupponen 1989; 2001.)

Liikuntaneuvonta on ammattihenkilön ja asiakkaan vuorovaikutuksellinen työprosessi, joka voi käsittää useita tapaamisia ja ulottua usean kuukauden ajalle. Terveysliikunnan edistämisen yksilöllisessä toteutustavassa hyödynnetään kasvatuksellisia ja viestinnällisiä keinoja. Tietoa fyysisen aktiivisuuden terveysvaikutuksista sovitetaan asiakkaan tarpeisiin ja edellytyksiin käytännöllisessä muodossa. Asiakkaan elämäntilanne ja pyrkimykset vaikuttavat neuvonnan tavoitteisiin ja muotoihin. Lisäksi huomioidaan se, miten valmis asiakas on tarkastelemaan ja muuttamaan toimintatapojaan ja tottumuksiaan. (Nupponen & Suni 2005, 216.)

Kaikki asiakkaat eivät tarvitse pitkällistä neuvontaprosessia. Aikaisemmin liikuntaa harrastanut henkilö saattaa hyötyä melko lyhyestä, arvioivasta ja opastavasta neuvontakeskustelusta, minkä perusteella hän saattaa hakeutua itselleen sopiviin liikuntapalveluihin. Asiakkaille, joiden tarpeet ja elämäntilanteet ovat samansuuntaisia, voidaan tarjota muutamaan tapaamiseen rajoittuvia ryhmätapaamisia, joissa käsitellään yhteisiä kysymyksiä. (Nupponen & Suni 2005, 216, 226). Liikunnan lisääminen on monen toimijatahon tavoite, mutta tässä työssä painopiste on terveydenhuollossa.

2.2 Fyysinen aktiivisuus, liikunta ja terveystoiminta

Liikuntaa voidaan määritellä lähtökohtien ja painotuksien mukaan monin eri tavoin. Liikunta on osa fyysistä aktiivisuutta, joka käsitteenä tarkoittaa kaikkea lihasten tahdonalaista, energiankulutusta lisäävää toimintaa. Liikunta kattaa, toisin kuin fyysinen aktiivisuus, fyysisten ja fysiologisten tapahtumien lisäksi kannanottoja tai odotuksia toiminnan syihin, psyykkisiin vaikutuksiin tai sosiaalisiin seurauksiin. Liikunta sisältää liikesuorituksia, jotka

tähtäävät ennalta harkittuihin tavoitteisiin sekä koko toimintaan liittyviä elämyksiä. Liikunta voidaan tavoitteesta riippuen jakaa esimerkiksi kunto-, terveys-, harraste- ja hyötyliikuntaan. Tavoitteesta riippumatta liikunta saa yleensä aikaan kunto- ja terveysvaikutuksia. (Vuori 1999, 16.)

Tässä tutkimuksessa käytetty liikunnan määritelmä on kuvattu aineiston hankkimisessa käytetyssä kyselylomakkeessa: ”Liikunnaksi katsotaan sekä varsinainen urheilu ja kuntoliikunta että sellaiset fyysisen aktiivisuuden muodot kuin kävelen tai pyöräillen tehdyt työ- ja asiointimatkat, omakotitalon ´talonmiehen` työt, rakennus- ja remonttityöt, pihan tai puutarhan hoitotyöt, ruumiillisesti raskaat kodinhoitotyöt, marjastus, sienestys, metsästys, kalastus ja retkeily. Liikunta on verkkaista ja rauhallista, kun se ei aiheuta hikoilua ja merkittävää hengityksen kiihtymistä, ja liikunta on ripeää ja reipasta, kun se aiheuttaa ainakin jonkin verran hikoilua ja hengityksen kiihtymistä.”

Terveysliikunnalla tarkoitetaan kaikkea sellaista fyysistä aktiivisuutta, jolla on myönteisiä vaikutuksia terveyteen. Se lisää toimintakykyä ja vastaa henkilön kuntoa, taitoja ja motivaatiota eikä aiheuta haittoja tai vaaroja terveydelle. Terveysliikunnan tunnuspiirteitä ovat säännöllisyys ja jatkuvuus. Sairaudet eivät ole este terveysliikunnan harrastamiselle, mutta ne on otettava yksilöllisesti huomioon. (Vuori 2001.) Suositus on erilainen verrattuna aikaisempaan kuntoliikuntapainotteiseen suositukseen, jonka taustana oli kehittää ja ylläpitää hengitys- ja verenkiertoelimistön kuntoa, jolla on vahva yhteys terveyteen. Liikunnalla voidaan edistää terveyttä myös ilman huomattavia muutoksia kestävyyskunnossa. Uuden suosituksen taustalla on väestötutkimuksista saatu tieto liikunnan määrän yhteyksistä kuolleisuuteen ja sairastavuuteen. (Fogelholm & Oja 2005, 74.)

Terveysliikuntasuosituksen mukaan liikuntaa tulee toteuttaa säännöllisesti, vähintään 30 minuuttia päivässä, mieluiten päivittäin. Kuormituksen tulee vastata reipasta kävelyä. Päivän liikunnan voi jakaa lyhyempiin, 10-15 minuutin jaksoihin. (Pate ym. 1995.)

Liikuntaa voidaan käyttää terveillä henkilöillä säilyttämään ja parantamaan terveyttä ja toimintakykyä sekä ehkäisemään useita sairauksia. Iäkkäillä liikunta säilyttää toimintakykyä ja vanhuksilla turvaa itsenäisen selviytymisen. Sairailta liikunnan vaikutuksia voidaan käyttää palauttamaan toimintakykyä tai ehkäisemään sen huononemista, parantamaan elämänlaatua, ehkäisemään sairauden uusiutumista tai pahenemista sekä joskus osana sairauden syynmukaista hoitoa. Liikunta voi ehkäistä osaltaan suomalaisten yleisempiä

terveysongelmia, osteoporoosia ja siitä johtuvia murtumia, lihavuutta, aikuisiän sokeritautia, metabolista oireyhtymää, kohonnutta verenpainetta ja valtimosairauksia, erityisesti sepelvaltimotautia. Liikunta vaikuttaa mahdollisesti myös mekaanisten alaselän ja niskahartiavaivojen ensi- ja toissijaisessa ehkäisyssä. (Vuori 2001.)

3 LIIKUNTA JA LIIKUNTANEUVONTA SUOMESSA

Tässä luvussa käsitellään liikunnan edistämisen hallinnollisia suosituksia sekä terveydenhuollon merkitystä liikunnan edistämisessä. Lisäksi tarkastellaan suomalaisten liikuntatottumuksia, liikuntaneuvonnan toteutumista terveydenhuollossa sekä asiakkaiden kokemuksia liikuntaneuvonnasta.

3.1 Liikunnan edistämisen hallinnolliset suositukset

Maailman terveysjärjestön Terveyttä kaikille vuoteen 2000 mennessä – ohjelmalla pyritään kansojen terveyden edistämiseen kiinnittämällä huomiota terveyden yhteiskunnallisiin ehtoihin. Suomalaisten omassa Terveyttä kaikille vuoteen 2000 – ohjelmassa asetettiin neljä väestön terveyteen liittyvää yleistavoitetta: ennen aikaisten kuolemien vähentäminen, kansantautien, tapaturmien ja muiden terveysongelmien vähentäminen, hyvinvoinnin lisääntyminen eli terveyden ja toimintakyvyn aiempaa parempi säilyminen läpi elinvuosien sekä väestöryhmien välisten terveyserojen vähentäminen. (Terveyttä kaikille... 1986.) Terveyttä kaikille vuoteen 2000 uudistetussa yhteistyöohjelmassa alkuperäisen ohjelman tavoitteista huomion kohteeksi nostettiin esimerkiksi väestöryhmien välisten terveyserojen vähentäminen, väestön toimintakyvyn ja elämänlaadun parantaminen sekä ehkäisevää terveystoimintaa tukeva yhteistyö. Haasteena on saada ihmiset omaksumaan entistä laajemmin fyysisistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä ylläpitäviä elintapoja, jotka edistävät pitkällä aikavälillä väestön toimintakykyä. Ohjelmassa kansalaisjärjestöt nostetaan mukaan ehkäisevän terveystoiminnan yhteistyöhön eri hallinnon alojen rinnalle. (Terveyttä kaikille...1993, 28-35.)

Terveys 2015 – kansanterveysohjelmassa haasteeksi terveydenhuollossa asetetaan terveyden edistämisen näkökulman aikaisempaa parempi huomioiminen kaikissa terveyspalveluissa. Julkisen vallan laaja-alainen vastuu terveydestä vahvistui myös perustuslain uudistuksessa, kun sen velvollisuudeksi säädettiin niin terveyspalvelujen turvaaminen kuin terveyden edistäminen. (Terveys 2015... 2001.)

Terveyden edistäminen ja liikunnan lisääminen eivät ole enää yksin terveys- ja liikuntahallinnon asia, vaan mitä suuremmissa määrin yhteistyötä. Valtakunnan tasolla sosiaali- ja terveysministeriön sekä opetusministeriön lisäksi toimijoiksi ovat tulleet esimerkiksi liikenne- ja viestintäministeriö, ympäristöministeriö ja Metsähallitus. Kuntien tasolla yhteistyön merkitystä korostetaan terveystoiminnan paikallisissa suosituksissa.

Yhteistyökumppaneiksi suositellaan kunnan liikuntatoimen ja perusterveydenhuollon rinnalle järjestöjä ja kaupallisia yrittäjiä. Suositus tuo esiin eri tahojen yhteistyön merkityksen paikallisten terveystoimintapalvelujen suunnittelussa, kehittämisessä ja toteuttamisessa. (Terveystoiminnan paikalliset... 2000; Terveystoiminnan edistävien... 2001.)

Valtioneuvoston periaatepäätöksessä väestön liikunta-aktiivisuuden, erityisesti arkiliikunnan, lisääminen on otettu terveyden edistämistyön yhdeksi painopistealueeksi. Liikunnan edistämisen tärkeimmäksi kohderyhmäksi nostetaan liikunnallisesti passiivinen väestöryhmä. Tätä korostetaan myös vuonna 1999 voimaan tullessa liikuntalaissa. Liikuntalain yhtenä tarkoituksena on edistää väestön hyvinvointia ja terveyttä. Kuntien liikuntatoimien keskeiseksi tehtäväksi liikuntatoiminnan ohkeen on nostettu liikunnan yhteiskunnalliset vaikutukset, väestön työ- ja toimintakyvyn parantaminen sekä terveyttä edistävän liikunnan lisääminen. (Liikuntalaki 1998; Terveystoiminnan edistävien...2001.)

Hallinnollisia suosituksia on toteutettu opetusministeriön sekä sosiaali- ja terveystoiminnan tukemalla valtakunnallisella Kunnossa kaiken ikää (KKI) –ohjelmatyöllä. Sen ensimmäinen toimintakausi toteutui vuosina 1995-1999 ja toinen toteutettiin 2000-2004. Siihen saatiin uusiksi yhteistyötahoiksi liikenne- ja viestintäministeriö, ympäristöministeriö ja Metsähallitus. KKI-ohjelman yli 600 paikallishanketta on saanut aloittelijoita mukaan liikunnan harrastamiseen. Ohjelman välityksellä levitetään myös tietoa liikunnan merkityksestä tiedotusvälineiden ja sen omien viestintätuotteiden avulla. Sosiaali- ja terveystoimi on yhä useammin aktiivisessa roolissa KKI-hankkeiden toteutuksessa. Lisäksi suurten kaupunkien hankkeissa tärkeä toimija on työterveyshuolto. Terveystoiminnan edistävien tahojen yhteistyö suurissa kaupungeissa lisääntyi KKI-ohjelman seurantatietojen mukaan. Erityisesti yhteistyö aktivoitui liikunta- sekä sosiaali- ja terveystoimien välillä. Urheiluseurat olivat myös yhä useammin toteuttamassa suurten kaupunkien hankkeita. Paikallisten kansanterveys- ja eläkeläisyhdistysten kanssa yhteistyö oli väisua. Yhteistyö siis rajoittui kunnan eri hallinnonaloille. Suurten kaupunkien hankkeet eivät tehneet myöskään yhteistyötä valtakunnallisten liikunta-, kansanterveys- ja eläkeläisyjärjestöjen eivätkä läänin liikunta- tai sosiaali- ja terveystoimen kanssa. (Miettinen & Rajala 2002; KKI-ohjelma 2002.)

3.2 Terveystoiminnan merkitys terveystoiminnan edistämässä

Terveystoiminnan edistävien liikunnan kehittämistoimikunnan mietinnössä todetaan, että terveystoiminnalla on mahdollisuuksia edistää väestön terveystoimintaa, koska

palvelujärjestelmä tavoittaa käytännössä koko väestön. Nykyisissä toimintakäytännöissä henkilöstöllä ei ole vastaanottokäynneillä kuitenkaan riittävästi aikaa ja erityistietämystä säännölliseen liikuntaneuvontaan. Toimintakäytäntöjä tulisi uudistaa siten, että painopistettä siirretään uuden kansanterveysohjelman mukaisesti terveyden ja terveystiikunnan edistämiseen. (Terveyttä edistävän ... 2001.)

Terveystiikunnan edistäminen kuuluu perusterveydenhuollon tehtäviin osana väestön terveyden ja toimintakyvyn edistämistä sekä sairauksien ehkäisyä, hoitoa ja kuntoutusta. Perusterveydenhuollolla tarkoitetaan terveysteskestusta ja työterveyshuoltoa. Niissä terveystiikunnan edistäminen toteutuu sekä väestölle suunnattuna terveystiivistintänä että yksilöiden ja ryhmien neuvontana ja ohjauksena. (Terveystiikunnan paikalliset ...2000.)

Väestön ikääntyminen on yksi terveystiipolitiikan haaste. Kaikille väestöryhmille on turvattava mahdollisuus terveystensä edistämiseen. Ihmiset voivat edistää terveysttään muun muassa liikkumalla terveyden kannalta riittävästi, mutta he tarvitsevat tietoa ja tukea päätöstensä perustaksi. (Terveyts 2015...2001.) Terveystdenhuolto tukee ihmisten mahdollisuuksia edistää ja ylläpitää terveysttä ja toimintakykyä sekä hoitaa sairauksia. Tavoitteeksi on asetettu, että kansalaisten hyvinvointi ja turvallisuus vahvistuu ja ihmisten omaehtoista ponnistelua hyvinvointinsa edistämiseksi kannustetaan. (Sosiaali- ja terveydenhuollon...1999.)

Väestön toimintakykyä voidaan parantaa eniten suurten kansantautien ehkäisyllä ja tehokkaalla hoidolla. Työikäisen väestön merkittävimpiä kansantauteja ovat esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinten taudit ja oireet sekä sydän- ja verisuonitaudit. Haasteena on saada nuoremmat ikäluokat entistä enemmän omaksumaan toimintakykyä ylläpitäviä elintapoja, jotka edistävät pitkällä aikavälillä myös vanhemman väestön toimintakykyä. (Terveyttä kaikille...1993.)

3.3 Suomalaisen liikuntatottumukset

Kansanterveyslaitos toteuttaa vuosittain aikuisväestön terveystkäyttätymisseurannan (AVTK), jonka avulla tutkitaan terveyteen vaikuttavien tekijöiden esiintymistä ja muuttumista 15-64-vuotiailla suomalaisilla. Tavoitteena on seurata terveystkäyttätymisen muutoksia pitkällä aikavälillä ja auttaa terveystiipolittisten toimenpiteiden ja ajankohtaisten tapahtumien vaikutuksien arviointia. Väestön keskusrekisteristä poimitaan valtakunnallisesti edustava

5000 henkilön satunnaisotos. Näille henkilöille lähetetään kysely tutkimusaineiston keräämiseksi. Vastausaktiivisuus on ollut korkeimmillaan yli 80 % vuonna 1978 ja alimmillaan 68 % vuonna 1998. (Helakorpi ym. 1998.)

Vuoden 1998 AVTK - väestökyselyn mukaan aikuiset miehet ja naiset harrastivat vähintään puoli tuntia kestäväää ja lievää hikoilua aiheuttavaa vapaa-ajan liikuntaa tavallisimmin 2-3 kertaa viikossa. Tätä useammin vapaa-ajan liikuntaa harrasti vajaa 30 % vastanneista (taulukko 1). Vähintään kaksi kertaa viikossa ja vähintään 30 minuuttia kerrallaan toteutetun vapaa-ajan liikunnan harrastamista on seurattu 1978-1998 ja sen on todettu aikuisilla lisääntyneen 45 %:sta noin 60 %:iin. Vuoden 2003 kyselyssä liikuntatottumukset olivat samalla tasolla kuin 1998. (Helakorpi ym. 1998; 2003.)

Taulukko 1. Vapaa-ajan liikunnan harrastamisen useus sukupuolen ja iän mukaan vuonna 1998 (%). Tiivistelmä AVTK-tutkimuksen taulukosta 125.A. (Helakorpi ym. 1998).

	Miehet						Naiset						Yht.
	Ikä												
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	yht.	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	yht.	
Päivitt.	14.7	8.2	7.1	11.1	19.7	12.0	12.5	12.1	12.7	14.4	24.4	15.0	13.5
4-6/vko	19.9	14.8	13.1	15.9	12.0	15.4	18.6	15.3	14.0	16.1	16.8	16.1	15.8
2-3/vko	29.1	33.4	34.7	30.2	34.5	32.4	34.0	31.8	30.8	31.4	26.1	30.9	31.6
1/vko	16.8	15.7	18.5	20.2	9.7	16.4	16.9	25.9	20.9	18.2	12.5	18.9	17.7
Harvem.	19.5	27.9	26.7	22.7	22.0	23.8	18.0	14.9	21.6	19.9	20.1	19.0	21.4
N=	292	305	352	397	319	1165	344	321	393	423	303	1784	3449

AVTK - kyselyssä selvitettiin myös työmatkoihin kävellen tai pyöräillen käytettyä aikaa. Vuonna 1998 kodin ulkopuolella työssä kävi noin kolme neljästä. Työssä käyvistä naisista noin puolet ja miehistä vajaa kolmannes ilmoitti kävelevänsä tai pyöräilevänsä työmatkoillaan vähintään 15 minuuttia päivässä. Moottoriajoneuvolla työmatkat kulki hieman alle puolet miehistä ja neljännes naisista (taulukko 2). Kun lukuja verrattiin vuosilta 1978-1998, todettiin, että aktiivisella tavalla työmatkansa liikkuvien määrä oli laskenut naisilla noin 60 %:sta 40 %:iin ja miehillä 40 %:sta 30 %:iin. Vuonna 2003 työmatkaliikuntaa koskevat luvut olivat lähes samalla tasolla kuin vuonna 1998. (Helakorpi ym. 1998; 2003.)

Taulukko 2. Työmatkoihin kävellen tai pyöräillen päivittäin käytetty aika sukupuolen ja iän mukaan vuonna 1998 (%). Tiivistelmä taulukosta 124.A. (Helakorpi ym. 1998).

	Miehet						Naiset						Yht.
	Ikä												
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	yht.	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	yht.	
Päivitt.	14.7	8.2	7.1	11.1	19.7	12.0	12.5	12.1	12.7	14.4	24.4	15.0	13.5
4-6/vko	19.9	14.8	13.1	15.9	12.0	15.4	18.6	15.3	14.0	16.1	16.8	16.1	15.8
2-3/vko	29.1	33.4	34.7	30.2	34.5	32.4	34.0	31.8	30.8	31.4	26.1	30.9	31.6
1/vko	16.8	15.7	18.5	20.2	9.7	16.4	16.9	25.9	20.9	18.2	12.5	18.9	17.7
Harvem.	19.5	27.9	26.7	22.7	22.0	23.8	18.0	14.9	21.6	19.9	20.1	19.0	21.4
N=	292	305	352	397	319	1165	344	321	393	423	303	1784	3449

Liikuntajärjestöjen toimeksiannosta tehtiin gallup-kyselyt suomalaisten liikuntakäyttäytymisestä vuosina 1997-1998 ja 2001-2002. Tarkoituksena oli selvittää 19 – 65-vuotiaiden liikunta-, kuntoilu- ja urheiluharrastusten määrää, harrastettuja lajeja ja harrastuksissa käytettyjä palveluja. Aineisto kerättiin molemmilla kerroilla puhelinhaastattelulla maaliskuun ja seuraavan vuoden helmikuun välillä siten, että heinäkuu jätettiin välistä pois. Kummassakin kyselyssä tehtiin keskimäärin 500 haastattelua kuukaudessa, yhteensä 5000. Otos toteutettiin monivaiheisena ositettuna otantana. Puhelinnumerot arvottiin valtakunnallisesta puhelinnumeropankista. Vastaajien valinnassa sovellettiin kiintiöpoimintaa ja haastatteluja tehtiin vain yksi vastaajataloutta kohti. (Suuri kansallinen...2002.)

Liikuntagallupin raportissa vastaajat ilmoittivat liikkuvansa useammin kuin AVTK-tutkimuksen kyselylomakkeen täyttäneet. Enemmistö haastatelluista eli 68 % vastasi toteuttavansa ainakin jonkinlaista liikuntaa vähintään kolme kertaa viikossa ja lähes joka toinen liikkui vähintään neljästi viikossa. Viisi kertaa tai useamman viikossa liikuntaa harrastavia oli runsas kolmannes. Kävelylenkkeily oli kaikilla yleisin ja yli 50-vuotiailla pääasiallinen liikuntamuoto. Tutkimuksessa luokiteltiin kävelylenkkeilyksi kaikki kävely erottelematta hyöty-, kunto- ja terveysliikuntaa. Miesten ja naisten välillä ei ollut liikunnan harrastamisen määrässä kovin suurta eroa. Miehistä oli kuitenkin yli kaksinkertainen määrä täysin liikuntaa harrastamattomia naisiin verrattuna. (Suuri kansallinen ...2002.)

Edelleen liikuntagallupissa selvitettiin harrastetun liikunnan intensiteettiä. Haastatelluista 13 % ilmoitti harrastavansa voimaperäistä ja rasittavaa liikuntaa, joka aiheuttaa voimakasta hikoilua ja hengästymistä. Enemmistö eli 61 % harrasti ripeää ja reipasta, jonkin verran hikoilua ja hengityksen kiihtymistä aiheuttavaa liikuntaa. Neljännes haastatelluista liikkui

verkkaisesti ja rauhallisesti. Miesten liikunta oli useammin voimaperäistä ja rasittavaa kuin naisten, joiden liikunta oli tyypillisesti ripeää ja reipasta. Verkkainen ja rauhallinen kuntoilu yleisty iän myötä. (Suuri kansallinen ...2002.)

Liikunnan harrastamisen useuden ja intensiteetin yhdistämisellä tehtiin päätelmiä siitä, kuinka suuri osa haastatelluista liikkui terveyden kannalta riittävästi. Riittäväksi katsottiin vähintään kolme kertaa viikossa toteutettu ripeä ja reipas liikunta. Tulokseksi saatiin, että 54 % haastatelluista liikkui terveyden kannalta riittävästi. Terveyden kannalta riittämättömästi liikkuvia aikuisia suomalaisia arvioitiin olevan 1,5 miljoonaa. Arvion mukaan naisista suurempi osa kuin miehistä liikkuu riittävästi. Ikäryhmistä erottuivat 19-25-vuotiaat, josta 65 % harrasti liikuntaa riittävästi. Muiden ikäryhmien välillä ei ollut eroja. Opiskelijoissa ja johtavassa asemassa olevissa oli suhteellisesti enemmän riittävästi liikkuvia kuin muissa ammattiryhmissä. Yli puolet eläkeläisistä, viljelijöistä ja yrittäjistä liikkui riittämättömästi. Paikkakuntien väliset erot näkyivät siten, että pääkaupunkiseudulla oli enemmän ja maaseutupaikkakunnilla keskimääräistä vähemmän riittävästi liikkuvia. (Suuri kansallinen...2002.)

Naisten liikunta oli monipuolisempaa kuin miesten. Haastateltujen aikuisten eniten suosima liikuntamuoto oli kävelylenkkeily. Arvion mukaan sitä harrasti hieman vajaa kaksi miljoonaa 19 – 65-vuotiasta. Aikaisempien vuosien liikuntagallupeissa sauvakävelijät oli laskettu kävelylenkkeilijöihin, mutta tässä tutkimuksessa heidät oli erotettu omaksi ryhmäkseen. Tästä syystä sauvakävelyn kasvulukua ei voitu arvioida, mutta sauvakävelyn suosio lisääntyi enemmän kuin kävelylenkkeilyn suosio laski. Sauvakävely nousi suoraan suosituimmuuslistan seitsemänneksi. Toiseksi suosituin laji aikuisväestön keskuudessa oli pyöräily, jota vajaan miljoonan suomalaisen arvioitiin harrastavan. Kolmannella sijalla oli hiihto ja neljäntenä uinti, jota arvion mukaan harrasti yli puoli miljoonaa suomalaista. Näitä seurasivat kuntosaliharjoittelu ja juoksulenkkeily. Eniten potentiaalisia harrastajia oli uinnilla ja hiihdolla. Muiden lajien kiinnostus oli selvästi vähäisempää. Liikunnallisesti passiiviset halusivat alkaa harrastamaan eniten kävelylenkkeilyä, uintia ja hiihtoa. (Suuri kansallinen ...2002.)

Turkulaisten liikunnan harrastamista selvitettiin kyselyllä vuonna 2000. Tutkimuksessa vastaajat oli jaettu viiteen ikäpolveen: lapset (7-15-vuotiaat), nuoret (16-25-vuotiaat), elämänrakentajat (26-45-vuotiaat), varttuneet konkarit (46-60-vuotiaat) ja ikääntyneet (61-75-vuotiaat). Turkulaisista 26-45-vuotiaista 42 % ja 46-60-vuotiaista yli puolet harrasti kävelyn,

kalastuksen, metsästyksen, marjastuksen, sienestyksen ja kevyiden puutarhatöiden tapaista vapaa-ajan liikuntaa vähintään 2-4 tuntia viikossa. Työikäisistä nuorempien liikunta arvioitiin rasittavammaksi kuin varttuneiden työikäisten. Matalin liikunnan intensiteetti oli 46-60-vuotiailla naisilla, joiden liikunta oli useimmiten kevyehköä ulkoilua tai muuta liikuntaa. Kuntoliikuntaa eli esimerkiksi juoksemista, lenkkeilyä, hiihtoa, uintia ja pallopelejä samoin kuin kilpaurheilua harrastivat vähintään kaksi tuntia viikossa 26-45-vuotiaat yleisemmin (1/3) kuin 46-60-vuotiaat (1/4). Vapaa-ajan liikuntaan käytettiin kerrallaan aikaa noin 40 minuuttia. (Zacheus ym. 2003, 103-152.)

Turkulaistutkimukseen vastanneista suurempi osa kulki työmatkansa kävellen tai pyöräillen kuin AVTK-tutkimukseen vastanneet. Työmatkansa kävellen tai pyörällä kulki noin puolet työikäisistä turkulaisista. Aikaa matkoihin kului keskimäärin 40 minuuttia. Aktiivisimpia työmatkaliikkuja olivat työikäiset naiset ja vähiten aktiivisia varttuneet miehet, joista 42 % kulki autolla työmatkat sekä kesällä että talvella. Tutkimuksessa todettiin myös, että liikunnallisesti passiivisten ryhmään kuuluvat olivat passiivisia myös työmatkaliikunnan suhteen. Liikunnallisesti aktiivisimmat 26-45-vuotiaat olivat aktiivisia myös työmatkaliikunnassaan. (Zacheus ym. 2003, 103-152.)

Liikuntalajeista suosituimpia turkulaisten aikuisten keskuudessa olivat kävely, pyöräily ja uinti. Ylemmät toimihenkilöt suosivat työntekijöitä yleisemmin juoksulenkkeilyä, kuntosaliharjoittelua, salibandya, golfia, tennistä ja laskettelua. Työntekijöiden suosikkeja olivat kävely, pyöräily, uinti, marjastus, sienestys, vaellus, metsästys ja kalastus. (Zacheus ym. 2003, 103-152.)

Turkulaistutkimukseen vastanneet henkilöt harrastivat vapaa-ajan liikuntaa hieman enemmän kuin liikuntagallupin ja AVTK-tutkimuksen vastaajat. Liikunnallisesti passiivisten joukossa 26-45-vuotiaita oli hieman enemmän (28 %) kuin 46-60-vuotiaita (lähes 25 %). Kaikkein vähiten vapaa-aikanaan liikuntaa harrasti työikäisistä turkulaisista 26-45-vuotiaat naiset. Heidän vapaa-aikansa kului lueskellen ja televisiota katsellen. (Zacheus ym. 2003, 103-152.)

Yhteenvetona voidaan todeta, että kyselyihin vastanneista suomalaisista aikuisista yli puolet harrasti vapaa-ajan liikuntaa. Tyypillisimmin liikuntaa harrastettiin 2-3 kertaa viikossa. Kävely oli suosituin liikuntamuoto ennen pyöräilyä ja uintia. Sauvakävely on nostanut suosiotaan viime vuosina. Noin kolmannes vastanneista kulki työmatkansa joko kävellen tai

pyöräillen. Tutkimukset osoittavat, että vapaa-ajan liikunnan lisääntymisen ohella arkiliikunta vähenee.

3.4 Liikunta harrastuksena

Suurella kansallisessa liikuntatutkimuksessa 2001 – 2002 selvitettiin liikuntaa organisoivien tahojen osuuksia 19-65-vuotiaiden liikunnan harrastamisessa. Enemmistö aikuisväestöstä toteutti liikunnan omatoimisesti yksin (75 %) tai ryhmässä (45 %). Urheiluseurojen ja liikuntajärjestöjen palveluja käytti noin 16 % liikuntaa harrastavista aikuisista. Työpaikan järjestämään liikuntaan osallistui 6 % ja yksityisten yritysten palveluita käytti 4 % haastatelluista. (Suuri kansallinen...2002.)

Tutkimuksessa todettiin, että omatoimisesti ryhmässä liikuntaa harrastavien määrä oli kasvanut verrattuna vuosiin 1994 ja 1997 – 1998. Vastaavasti yksin liikkuminen oli vähentynyt. Ryhmässä harrastaminen selittyi ainakin osaksi sillä, että sauvakävely oli yleistynyt. Urheiluseuroissa liikuntaa harrastavien määrä oli vertailussa pysynyt ennallaan ja muissa liikuntajärjestöissä hieman lisääntynyt. Kuntien, yksityisten yritysten ja oppilaitosten merkitys aikuisväestön liikuntapalvelujen tarjoajana oli jonkin verran vähentynyt. Työpaikkojen osuus oli pysynyt ennallaan. (Suuri kansallinen...2002.)

Miehet olivat naisia aktiivisempia urheiluseuroissa liikkujia, mutta ero oli kaventunut verrattaessa 2001-2002 tuloksia neljä vuotta aikaisempiin tuloksiin. Naiset olivat lisänneet liikuntaa myös työpaikan järjestämässä toiminnassa, mutta silti se oli edelleen enemmän miesten suosimaa. Naiset käyttivät enemmän yksityisten yritysten tarjoamia liikuntapalveluja kuin miehet, mikä selittyi osittain aerobisin, kuntovoimistelun ja tanssin naisvaltaisuudella. Näiden lajien tarjonnasta vastasivat suurelta osin kaupalliset ja yksityiset kuntokeskukset. Niiden merkitys korostui myös ikäryhmittäisessä tarkastelussa. (Suuri kansallinen ...2002.)

Enintään 25-vuotiaista suurempi osa kuin muista ikäryhmistä kuului yksityisten yritysten palvelujen käyttäjiin. Suhteellisesti laskien nuorimmista aikuisista koostuva joukko oli myös ahkerin urheiluseuroissa liikuntaa harrastanut ikäryhmä. 19-25-vuotiaista viidennes harrasti liikuntaa urheiluseurassa. Neljän vuoden aikana seurat menettivät etenkin 19-25-vuotiaita miehiä toiminnastaan. Eri ammattiryhmistä toimihenkilöt ja opiskelijat olivat aktiivisimpia yksityisten ja urheiluseurojen tarjoamissa liikuntapalveluissa. Eri puolilla Suomea osallistuttiin samantyyppisesti eri tahojen järjestämään liikuntaan. Poikkeuksen teki

yksityisten yritysten liikuntatarjonta, jonka kysyntä oli pääkaupunkiseudulla suurempaa kuin muualla Suomessa. Siellä oli myös suhteellisesti eniten urheiluseuroissa liikuntaa harrastavia. (Suuri kansallinen ...2002.)

Aikaisemmin kuvatuissa tutkimuksissa ei ole käsitelty ulkoilua, mutta suosituimmista liikuntalajeista voi päätellä, että ulkoilu on osa suomalaista elämäntapaa ja olennainen osa ajankäyttöä. Ulkoiluharrastuksiin osallistumista selvitettiin luonnon virkistyskäytön valtakunnallisessa tutkimuksessa (LVVI). Tutkimus kohdistui 15-74-vuotiaisiin suomalaisiin. Tilastokeskus keräsi väestökyselyn aineiston kaksivaiheisena puhelinhaastattelun ja postikyselyn yhdistelmänä elokuun 1998 ja toukokuun 2000 välisenä aikana. Puhelinhaastattelussa keskityttiin selvittämään ulkoiluharrastukseen osallistumista. Haastatteluun osallistui 10 651 vastaajaa, mikä oli 84 % kokonaisotoksesta. (Pouta & Sievänen 2001, 19.)

Haastatelluista 97 % ilmoitti harrastavansa ainakin jonkin verran ulkoilua vuoden mittaan. Harrastaminen oli tasaista riippumatta vuodenajasta tai viikonpäivistä. Kesällä ulkoiluun käytettiin kuitenkin enemmän aikaa kerralla kuin talvella. Kolme neljästä haastatellusta ulkoili vähintään kerran viikossa. Työpäivinä ulkoiluun käytettiin noin tunti ja vapaapäivinä aika kaksinkertaistui. Vuosilomasta käytettiin ulkoilun harrastamiseen noin 16 päivää. (Pouta & Sievänen 2001, 32.)

Nuorilla ja hyvinkoulutetuilla oli lukuisia eri ulkoiluharrastuksia, kun taas eläkeläiset ja työttömät keskittyivät muutamiin harrastuksiin. Haastatellut osallistuivat keskimäärin yhteentoista erilaiseen ulkoiluharrastukseen vuoden mittaan. Suosituin laji oli kävely, jota harrasti kaksi kolmesta. Toiseksi suosituin ulkoiluharrastus oli luonnon vesissä uinti ja metsässä haastatellut liikkuvat marjastuksen merkeissä, mikä oli kolmanneksi suosituin ulkoiluharrastus. Viimeisen kahdenkymmen vuoden aikana sen suosio on lievästi laskenut. Sienestämistä harrasti kaksi viidestä suomalaisesta ja se oli suositumpaa Itä- kuin Länsi- tai Pohjois-Suomessa. (Pouta & Sievänen 2001, 33 –39.)

Muita suosittuja ulkoilumuotoja olivat juokseminen, pyöräily, koiran ulkoiluttaminen ja lasten kanssa ulkoileminen. Perinteistä metsästystä harrasti 15 % miehistä ja 1 % naisista. Samoin vapaa-ajan kalastus oli yleisempää miesten keskuudessa. Kalastusta harrastettiin kesämökin läheisillä järvi- ja jokialueilla. Veneily ja kalastus kuuluivat joka toisen suomalaisen harrastuksiin. Marjastus kuului myös mökkeilyyn, joka on olennainen osa suomalaista

elämänmuotoa. Yli puolet koko väestöstä harrastaa mökkeilyä. Talvilajeista hiihto oli suosituin laji, jota harrasti joka toinen suomalainen. Maastohiihtoa harrasti kaksi viidestä ja laskettelua yksi kuudesta suomalaisesta. Maaseudulla ja kaupungeissa asuvien välillä ei ollut suuria eroja ulkoilun harrastamisessa. Kuitenkin metsästys ja moottorikelkkailu oli tyypillisempää maaseudulla sekä pohjoisessa ja purjehduksen harrastajat olivat etelästä ja kaupungeista. (Pouta & Sievänen 2001, 33 – 41.)

Päätelmänä todettiin, että suomalaiset osallistuvat erilaisiin ulkoiluharrastuksiin aktiivisesti ja monipuolisesti. Ulkoilua harrastavat kaikki väestöryhmät, miehet ja naiset tasapuolisesti vaikkakin eri harrastusten muodossa. Ulkoilua harrastetaan koko elämänkaaren ajan, kaikissa ammattiryhmissä ja eri puolilla maata. Väestössä on kuitenkin jonkin verran henkilöitä, jotka ulkoilevat melko vähän. (Pouta & Sievänen 2001, 51.)

Valtakunnallisen Kunnossa kaiken ikää (KKI) –ohjelman toimintojen seurannan mukaan ensimmäisellä toimintakaudella (1995 – 1999) saatiin runsaasti 40-60-vuotiaita suomalaisia säännöllisen liikunnan pariin. Vuosittain KKI-ryhmissä liikkui yli 20 000 aikuista. Ohjelman toisen toimintakauden (2000-2004) tavoitteena on aktivoida säännöllisen liikunnan pariin niitä yli 40-vuotiaita, jotka liikkuvat riittämättömästi terveytensä kannalta sekä myös yli 60-vuotiaita. Toisen toimintakauden alussa eli vuonna 2000 KKI-ohjelman tukemissa hankkeissa liikkui yli 30 000 aikuista tai ikäihmistä. Ensimmäisen kauden hankkeista suurin osa jatkui toiselle kaudelle ja lisäksi syntyi uusia hankkeita. (Miettinen & Rajala 2002.) Noin 33 % AVTK-kyselyyn vastanneista tunsivat ohjelman, naiset miehiä paremmin ja yli 35-vuotiaat nuorempiaan paremmin. KKI-toimintaan osallistujat olivat enimmäkseen yli 35-vuotiaita ja naiset osallistuivat miehiä enemmän. (Helakorpi ym. 1998.)

3.5 Liikuntaneuvonnan toteuttaminen terveydenhuollossa

Tässä luvussa käsitellään aikaisemmissa tutkimuksissa selvitettyä liikuntaneuvonnan tarvetta ja kysyntää aikuisväestössä sekä liikuntaneuvonnan toteutumista ja edellytyksiä terveyskeskuksissa. Lisäksi käsitellään liikuntaneuvontaa sairauksien yhteydessä ja asiakkaiden ja potilaiden kokemuksia liikuntaneuvonnasta.

3.5.1 Terveyskeskusten sisäinen ja ulkoinen terveystasvatusyhteistyö

Terveystasvatuksen tilaa ja edellytyksiä suomalaisissa terveystasvatuskeskuksissa 1980-luvun lopulla selvitetiin 53:ssa terveystasvatuskeskuksessa toteutetussa TePe - tutkimuksessa. Terveystasvatuskeskukset valittiin ositetulla satunnaisotannalla. Tutkimuksen toisessa osassa selvitetiin terveystasvatuskeskusten johtavien lääkäreiden, johtavien hoitajien sekä terveystasvatuksen yhdyshenkilöiden kokemuksia ja näkemyksiä terveystasvatuskeskusten toteuttamasta terveystasvatuksesta ja sen kehittämismahdollisuuksista. Tutkimukseen valittiin terveystasvatuskeskuksista kaikki johtavat lääkärit ja ylilääkärit (n=68), johtavat hoitajat ja ylihoitajat (n=72) sekä terveystasvatuksen yhdyshenkilöt (n=51). (Laitakari ym. 1994,4.)

TePe – tutkimuksen ensimmäisessä osassa valittiin arpomalla työntekijöitä kolmesta ammattiryhmästä. Fysioterapeutteihin (n=156) kuuluivat lääkintävoimistelijat ja kuntahoitajat. Hoitajiin (n=214) kuuluivat terveyden- ja sairaanhoitajat. Lisäksi tutkimuksessa oli 211 lääkäriä. Tutkimukseen osallistumisprosentti oli noin 90 %. Tietoa kerättiin työntekijöiden satunnaisten asiakas- ja potilaskontaktien rekisteröinnillä viikon ajalta sekä työntekijöiden ja terveystasvatuksen yhdyshenkilöiden täyttämällä kyselylomakkeilla. (Laitakari ym. 1989, 39-43.)

Yhdyshenkilöt, hallintohoitajat ja työntekijäkyselyn hoitajat arvostivat eniten tupakoimattomuutta. Seuraaville sijoille tulivat hyvät ihmissuhteet, monipuolinen ravitseminen ja säännöllinen liikunta. Terveitä elintapoja koskevaa neuvontaa erittäin tärkeänä piti kaksi kolmesta hallintohoitajasta, kolme neljästä yhdyshenkilöstä ja hieman yli kolmannes hallintolääkäreistä. Tutkimuksen ensimmäisen osan työntekijäkyselyssä noin puolet hoitajista, runsas kolmannes fysioterapeuteista ja noin viidesosa lääkäreistä piti terveellisiä elintapoja koskevaa neuvontaa erittäin tärkeänä työssään. (Laitakari ym. 1989, 134-135; 1994, 17-19, 42- 44.)

Molemmissa kyselyissä oli esitetty väittäinä, että terveellisiä elintapoja koskeva neuvonta kuuluu kaikkiin asiakaskontakteihin. Enemmistö yhdyshenkilöistä, hallintohoitajista ja työntekijäkyselyn hoitajista ja fysioterapeuteista oli samaa mieltä väittämän kanssa. Kolme neljästä hallintolääkäristä, mutta vain noin puolet työntekijäkyselyn lääkäreistä oli samaa mieltä. Hallintolääkärit, -hoitajat ja yhdyshenkilöt pitivät asiakasneuvonnan aihepiireistä lääkäreiden työssä tärkeänä lääkkeiden käyttöä ja tupakointia, terveydenhoitajien työssä ravitsemusta ja tupakointia sekä lääkintävoimistelijoiden työssä liikuntaa. Hallintolääkärit arvioivat neuvonnan kautta linjan vähemmän tärkeäksi kuin hallintohoitajat ja yhdyshenkilöt.

Ero näkyi selvimmin liikuntaa ja stressin hallintaa koskevassa neuvonnassa. (Laitakari ym. 1989, 134-135; 1994, 17-19, 42- 44.)

Terveyskeskuksen yhteistyötä terveyskasvatusasioissa yhdyshenkilöt ja hallintoohitajat pitivät erittäin tärkeänä kunnan eri hallinnon alojen kanssa. Hallintolääkäreistä enemmistö piti yhteistyötä melko tärkeänä. Kansanterveys- ja potilasjärjestöjen kanssa yhteistyötä arvostettiin vähemmän ja vähiten urheiluseurojen yhteistyötä. Terveyskeskuksen osallistumista paikkakunnan väestön terveyskasvatukseen yhdyshenkilöistä ja hallintoohitajista yli 80 % ja 70 % hallintolääkäreistä piti erittäin tärkeänä. Työntekijäkyselyssä hoitajista 58 %, fysioterapeuteista 54 % ja lääkäreistä 32 % vastasi samalla tavalla. (Laitakari ym. 1989, 137; 1994, 36- 39.)

Liikuntaneuvonnan toteutumisen esteeksi koettiin ajan, työnohjauksen, yhteisten tavoitteiden ja asiakkaiden kiinnostuksen puute ja se, että neuvonnasta ei näy tuloksia. Johtohenkilöiden ja työntekijöiden näkemykset olivat yhteneväiset. Asiakasneuvonnan aihepiirejä koskevia tavoitteita, suuntaviivoja tai ohjeita oli laadittu tai otettu käyttöön harvoin. Liikuntaneuvonnalle niitä oli vastaajien käsityksen mukaan laadittu vähän yli 20 %:ssa terveyskeskuksista. Kehittämisehdotuksissa yhteisten tavoitteiden laatiminen ja yhteistyö jäivät toissijaisiksi ja niitä tärkeämpänä pidettiin yksittäisten työntekijöiden toiminnan edellytysten parantamista potilasaikoja pidentämällä ja henkilökunnan koulutusta ja siihen tarkoitettuja määrärahoja lisäämällä. (Laitakari ym. 1994, 19-24.)

Liikunnan puutteen luokitteli paikkakuntansa kolmen tärkeimmän väestön terveyttä koskevan ongelman joukkoon 8 % yhdyshenkilöistä, 16 % hallintolääkäreistä ja 5 % hallintoohitajista. Alkoholi ja huumeet, mielenterveysongelmat ja –sairaudet sekä tupakointi koettiin selvästi tärkeimmiksi ongelmiksi. Paikkakuntansa väestön tärkeimmäksi terveyskasvatustarpeeksi vastaajat ilmoittivat keski-ikäisillä ravitsemuksen. Seuraavilla sijoilla lähes tasavertaisina olivat stressin hallinta, tupakointi ja liikunta. Yleisin terveyttä koskeva ongelma, alkoholi ja huumeet, ei esiintynyt näkyvästi väestön terveyskasvatustarpeena. (Laitakari ym. 1994, 29-32.)

3.5.2 Liikuntaneuvonnan tarve ja toteutuminen terveyskeskuksissa

Miilunpalon (1989) monivaiheisessa tutkimuksessa selvitettiin muun muassa liikuntaneuvonnan tarvetta ja kysyntää aikuisväestössä sekä liikuntaneuvonnan toteutumista terveyskeskuksissa. Liikuntaneuvonnan tarvetta selvitettiin väestötöksellä tehdyillä

postikyselyillä. Tutkimusta varten määritettiin kriteerit neuvonnan kohderyhmille, joille terveydenhuollon toteuttamaa liikuntaneuvontaa voi pitää perusteltuna. Koska kohderyhmien määrittelyä ei ole tehty muissa tutkimuksissa, keskityn tähän tutkimukseen, vaikka sen toteuttamisesta on jo vuosia. Asiakkaalla tuli toteutua jokin seuraavista kriteereistä:

- A. Liikunnan lisäämisen voi olettaa tuottavan terveydellisiä etuja
- B. Liikunnan lisääminen saattaa aiheuttaa terveydellisiä vaaroja tai haittoja
- C. Nykyiseen liikuntaan saattaa liittyä terveydellisiä vaaroja tai haittoja
- D. Liikunnalla voidaan välillisesti tukea muuta terveydenhoitoa tai terveyskäyttäytymistä.

Tarveanalyysistä rajattiin pois ryhmä A eli ne terveet henkilöt, joilla liikunnan lisäämisen indikaatio oli omatoimisen terveydenhoidon yleinen edistäminen. Heidän liikuntaa koskevat terveystiedon ja kannustuksen tarpeensa katsottiin tulevan tyydytetyksi yhteiskunnassa yleisesti toteutettavalla terveysvalistuksella ja liikunnan edistämällä sekä läpäisyperiaatteella terveydenhuoltopalveluiden käytön yhteydessä esiintyvällä terveysneuvonnalla. Ryhmän A poisjättämistä perusteltiin terveydenhuollon resurssien rajallisuudella ja yhteiskunnallisten resurssien kustannus – hyöty – harkinnalla. Kriteerien perusteella muodostettiin neljä liikuntaneuvonnan kohderyhmää: sairaat inaktiivit, terveet inaktiivit, sairaat aktiivit ja iäkkäät aktiivit. (Miilunpalo 1989, 7, 37-38.)

Tulokseksi saatiin, että laadittujen kriteerien perusteella vajaalla puolella työikäisistä ja enemmistöllä yli 40-vuotiaista oli terveellisten liikuntatottumusten toteuttamiseksi lääketieteellisesti perusteltavissa olevaa tarvetta neuvonnalle. Liikuntaneuvonnan tarve oli erilainen eri sosiaaliryhmissä. Sairaiden inaktiivien osuus oli suuri lyhyen ammattikoulutuksen saaneilla henkilöillä. Neuvonnan tarve oli suurin maa- ja metsätalousammateissa ja pienin teknisissä, hallinnollisissa ja konttorialan ammateissa. Tarve-erojen katsottiin olevan seurausta ryhmien välisistä eroista sairastavuudessa ja liikuntaaktiivisuudessa. (Miilunpalo 1989, 134-135.)

Tarveryhmiin B, C ja D kuuluvat kävivät useammin lääkärissä kuin A-ryhmään kuuluvat. Tutkimusvuonna heistä 72-83 % kävi lääkärissä vähintään kerran, joten he olivat ilman eri toimenpiteitä terveydenhuollon tavoitettavissa. Lääkärien oman ilmoituksen mukaan 41 prosentissa kontakteista he eivät tienneet asiakkaan liikuntaan liittyvistä ongelmista tai puutteista. Asiakkaan liikuntaan liittyvä ongelma tai puute ilmoitettiin 19 prosentissa kaikista

kontakteista. Lääkärikontakteissa liikuntaan liittyvien tarpeiden tunnistamiseen näytti siis liittyvän puutteita, jotka vähensivät neuvontatarpeen tyydyttymistä kontaktien yhteydessä. Runsas puolet liikuntaneuvonnan tarveryhmiin B, C ja D kuuluneista piti liikuntaneuvontaa itselleen tarpeellisenä. Noin 40 % ryhmään A kuuluneista koki liikuntaneuvonnan itselleen hyödylliseksi. (Miilunpalo 1989, 81,135-136.)

Tutkimuksessa todettiin, että lääketieteellisesti määritelty ja ihmisten kokema tarve olivat käsitteellisesti ja myös käytännössä eri asioita, mikä korostaa terveydenhuollon työntekijöiden merkitystä. Heidän tulisi tunnistaa palveluiden tarve asiakkaan kysynnän kautta. Liikuntaan ja kuntoiluun liittyvä neuvonta toteutui lähes joka kolmannessa hoitajien, noin joka kahdeksannessa lääkärien ja joka toisessa fysioterapeuttien kontaktissa. Lääkärien ja hoitajien antama liikuntaneuvonta toteutui lähinnä vastaanottokontaktien yhteydessä käydyissä keskusteluissa tai asiakkaalle annettuina kehotuksina ja neuvoina. Neuvonta oli luonteeltaan korjaavaa, koska se toteutui tavallisesti vain silloin, kun työntekijä tunnisti aiheeseen liittyvän ongelman. Neuvonnan tarpeen tunnistaminen parani sitä enemmän mitä useammin lääkäri tapasi potilaan. Neuvonta toteutui lyhytkestoisissa ja kiireisissä kontakteissa harvoin ja oli silloin menetelmiltään yksipuolista. (Miilunpalo 1989, 96, 134-136, 140-141, 148 - 150.)

Lääkäreiden, fysioterapeuttien ja hoitajien asiakaskontaktien yleisin syy on sairaus. Neuvontaa esiintyi useimmissa kontakteissa, lääkäreillä ja fysioterapeuteilla kahdessa kolmasosassa ja hoitajilla kolmessa neljäsosassa. Neuvonnan yleisyydessä ensi- ja uusintakäynneillä hoitajilla ja lääkäreillä ei ollut eroja, mutta fysioterapeuttien ensikontakteissa neuvonta oli merkitsevästi yleisempää kuin uusintakontakteissa. Fysioterapeutit neuvoivat yleisemmin nuoria kuin iäkkäitä ja naisia kuin miehiä. Lääkärit neuvoivat nuoria naisia yleisemmin kuin samanikäisiä miehiä. Lääkäreiltä keski-ikäiset miehet saivat nuoria ja iäkkäitä miehiä enemmän neuvoja. Naisten lääkärikontakteissa ei ollut ikäryhmien välisiä eroja. Hoitajat antoivat neuvontaa sitä harvemmin, mitä iäkkäämpi asiakas oli. Noin joka viidennellä käynnillä lääkärit katsoivat, ettei käynnin luonteeseen kuulunut neuvonta. Muilla ammattiryhmillä tällaisia käynnejä oli selvästi vähemmän. Kaikkien ammattiryhmien mielestä 10-16 % käynneistä oli sellaisia, että neuvonnan tarvetta ei ollut. Mitä pitempi käyntikerta oli kestoltaan, sitä yleisemmin neuvontaa annettiin ja sitä pitempi oli myös neuvontaan käytetty aika. (Laitakari ym. 1989, 57, 71-77.)

Lääkärien toteuttaman neuvonnan tarkoitus painottui TePe – tutkimuksessa sairauksien hoitoon ja kuntoutukseen, mutta myös sairauksien ehkäisyyn. Hoitajien neuvonnan

tarkoituksena painottuivat terveyden edistäminen ja terveet elintavat. Fysioterapeuteilla painotus oli sairauksien hoidossa ja kuntoutuksessa. Hoitajat antoivat neuvoja tavallisimmin ravitsemuksesta (36 %) ja liikunnasta (31 %). Lääkärien tavallisin neuvonta-aihe oli lääkkeiden käyttö (29 %) ja liikunta oli neljännellä sijalla (13 %). Lähes puolessa fysioterapeuttien kontakteista annettiin liikuntaa tai kuntoilua koskevia ohjeita. Useimmiten neuvonta tapahtui työntekijän aloitteesta hänen todettuaan asiakkaan elintavoissa ongelman tai puutteen. (Laitakari ym. 1989, 83-89.)

TePe – tutkimuksen tulosten mukaan yleisimmät neuvontamenetelmät olivat keskustelu, kehotukset ja neuvot. Elintapaneuvonnan yleisin motivointiperuste oli terveyden edistäminen ja yleiskunto. Muut yleiset motivointiperusteet olivat terveystai sairauskeskeisiä. Muut kuin terveystarvoihin liittyvät motivointiperusteet olivat harvinaisia. Useimpien neuvonnan aiheiden kohdalla työntekijät uskoivat neuvonnan vaikuttavuuteen vähän. Enemmistö työntekijöistä koki neuvonnan tulosten arvioinnin, tietojen hankinnan asiakkaan elintapaan liittyvistä elinoloista ja sosiaalisista suhteista sekä käyttäytymisen muutosohjelman laadinnan vaikeiksi. Kaikki tutkimuksessa mukana olleet ammattiryhmät pitivät terveellisiä elintapoja koskevaa neuvontaa tärkeänä, mutta arvioivat toisaalta asiakkaitensa olevan sangen haluttomia muuttamaan elintapojaan ja kokevan terveystarvoituksen uhkana henkilökohtaiselle vapaudelleen. (Laitakari ym. 1989, 83-89.)

3.5.3 Liikuntaneuvonta sairauksien yhteydessä

Kymmenessä terveyskeskuksessa selvitettiin sairauteen liittyvää liikuntaneuvonnan toteutumista 1999 kerätyllä aineistolla. Työntekijät kirjasivat tiedot heti asiakkaiden vastaanoton jälkeen. Kuusikymmentä yhdeksän lääkäriä kirjasi 329 kontaktia ja 66 terveydenhoitajan asiakaskontakteja oli 334. Lääkärikontakteista 44 % ja terveydenhoitajakontakteista 56 % liittyi sairauksiin, joiden hoidossa tai ehkäisyssä liikunnalla on merkitystä. Niitä olivat tuki- ja liikuntaelinsairaudet, sydän- ja verisuonisairaudet, aineenvaihdunnan sairaudet sekä muut sairaudet tai ongelmat, esimerkiksi astma ja depressio. Lääkärit raportoivat, että yli puolessa näihin sairauksiin liittyvistä käynneistä he keskustelivat asiakkaan kanssa liikunnasta ja antoivat sitä koskevia ohjeita. Lääkärit antoivat ohjeita myös 18 %:ssa niistä käynneistä, joihin ei liittynyt sairaus. Terveydenhoitajat antoivat ohjeita liikunnasta yli 60 %:ssa sairauksiin liittyvistä käynneistä ja 57 %:ssa niistä käynneistä, jotka eivät liittyneet sairauksiin. Päätelmissä todetaan, että perusterveydenhuollon lääkärit ja terveydenhoitajat ovat merkittävästi lisänneet liikuntaa

koskevaa neuvontaa 1980-luvulla tehtyjen tutkimusten tuloksiin verrattuna. (Toropainen ym. 2000.)

Erikoissairaanhoidossa toteutuvasta liikuntaneuvonnasta on hyvin vähän tietoa. Liikuntaneuvonnan toteutumista Länsi-Suomen läänin erikoissairaanhoidossa selvitettiin huhti-kesäkuussa 2003 kyselylomakkeiden ja haastattelujen avulla kuudessa sairaalassa. Erikoisaloista mukana olivat fysiatria ja kuntoutus, keuhkotaudit, kirurgia, ortopedia ja sisätaudit. Tarkoituksena oli selvittää lääkäreiden tietämys liikunnan terveysvaikutuksista, heidän käsityksensä liikunnan merkityksestä sairauksien ennalta ehkäisyssä ja hoidossa omalla erikoisalalla, liikuntaneuvonnan nykyinen toteuttamistapa sekä liikuntaneuvontaan liittyvän koulutuksen tarve. Kyselyn vastausprosentti oli 59. Haastattelu tehtiin yhdeksälle ylilääkärille. (Starck & Raiski-Ahola 2003.)

Kaikki vastanneet fysiatriit pitivät liikuntaa erittäin tärkeänä sairauksien hoidossa ja ehkäisyssä. Ortopedeista yli kolme neljäsosaa piti liikuntaa erittäin tärkeänä sairauksien ennalta ehkäisyssä, mutta vajaa puolet sairauksien hoidossa. Keuhkolääkärit antoivat liikunnalle isomman merkityksen sairauksien hoidossa kuin ennalta ehkäisyssä. Lääkäreillä oli mielestään hyvät tiedot liikunnan terveysvaikutuksista. Tietoa oli enemmän liikunnan ennalta ehkäisevistä kuin sairauksia hoitavista vaikutuksista. Kaikista vastaajista 17 % ja alle 35-vuotiaista neljännes piti omaa tietämystään melko tai erittäin huonona liikuntaneuvonnan antamiseen. Liikuntaneuvontaan liittyvää koulutusta ilmoitti tarvitsevansa 42 % lääkäreistä. Eniten koulutusta kaipasivat alle 35-vuotiaat sekä fysiatrian ja keuhkosairauksien lääkärit, vähiten yli 54-vuotiaat kirurgit. (Starck & Raiski-Ahola 2003.)

Lääkärit olivat kiinnostuneita potilaiden liikunta-aktiivisuudesta. Puolet vastaajista ilmoitti kysyvänsä liikuntatottumuksista vähintään kahdelta kolmesta potilaasta. Kirjallisia liikkumisohjeita lääkärit antoivat harvoin. Lääkäreistä 15 % antoi kirjallisen ohjeen vähintään joka kolmannelle potilaalle. Kolmannes kaikista ja puolet nuorista lääkäreistä piti liikuntaneuvontaa soveltuvana myös sairaalaan. Vastaajista 41 % oli kuitenkin sitä mieltä, että liikuntaneuvonta kuuluu ensisijaisesti muualle kuin sairaalaan. Fysiatreista 79 % ilmoitti liikuntaneuvonnan sopivan erinomaisesti sairaalaan. (Starck & Raiski-Ahola 2003.)

Haastatellut fysiatriit ilmoittivat, että omalla erikoisalalla liikuntaneuvontaa antavat lääkärit ja fysioterapeutit. Keuhkosairauksissa liikuntaneuvonta kuului pääasiassa fysioterapeuteille. Ortopedisten potilaiden liikuntaneuvonta kuului myös fysioterapeuteille ja lääkärit antoivat

vain liikuntaa koskevat rajoitukset. Sisätautipotilaiden liikuntaneuvontaa toteuttivat lääkärit ja hoitajat sekä jossain määrin fysioterapeutit. Lääkäreiden haastatteluissa tuli ilmi, että he suhtautuivat epäilevästi liikuntaneuvonnan tuloksellisuuteen liikuntakäyttämisen muutoksilla mitattuna. (Starck & Raiski-Ahola 2003.)

3.6 Asiakkaiden ja potilaiden kokemukset liikuntaneuvonnasta

Terveyskeskusten vastaanottotilanteissa toteutunutta liikuntaneuvontaa tutkittiin haastattelemalla 630 asiakasta tai potilasta välittömästi terveydenhoitajalla tai lääkäriä käynnin jälkeen. Tutkimukseen osallistui kymmenen terveyskeskusta. Tutkimukseen valittiin otos terveyskeskuksissa päiväaikaan toteutuneista, ei-kiireellisistä lääkärin ja terveydenhoitajan sairausvastaanotto-, ajanvaraus- ja terveystarkastuskäynneistä. Vastaajat olivat 18 vuotta täyttäneitä. Asiakashaastattelujen mukaan 40 %:ssa kaikista lääkärikäynneistä ja 60 %:ssa kaikista terveydenhoitajakäynneistä palvelunantaja oli keskustellut yleisesti fyysisestä aktiivisuudesta ja vastaajat olivat saaneet joitakin liikuntaa koskevia ohjeita. Puolessa näistä kontakteista lääkäri tai terveydenhoitaja oli tiedustellut tai huomionnut ohjeita antaessaan asiakkaan aikaisemman liikunta-aktiivisuuden. (Miilunpalo ym. 1999.)

Lähes kaikkien asiakkaiden mielestä annetut ohjeet olivat selkeitä, ymmärrettäviä ja hyvin perusteltuja. Asiakkaan mielipiteet neuvojen laadusta otettiin keskusteluun useissa neuvontakontakteissa (noin 80 %). Asiakkaan kokemista liikunnan toteuttamismahdollisuuksista keskusteltiin hieman alle puolessa neuvontakontakteista. Neuvojen tueksi annettiin vain harvoin (noin 20 %) kirjallista tukimateriaalia. Samoin asiakkaan lähettäminen muulle työntekijälle lisäohjeita saamaan tai seurantakäynnin sopiminen olivat harvinaisia. Tutkijat toteavat, että lääkäri- ja terveydenhoitajakontakteissa liikunnan merkitys otettiin melko usein esille, mutta keskustelu jäi pintapuoliseksi ja neuvonnan konkreettisuudessa ja tavoitteellisuudessa oli puutteita. Tavoitteita tukevat jatkotoimenpiteet ja seuranta tulisi sisällyttää neuvontaan. (Miilunpalo ym. 1999.) Tutkimuksessa asiakkaiden mielipiteiden yleiskuva oli samanlainen kuin Laitakarin ym. (1989) TePe - tutkimuksessa henkilökunnan mielipide.

Näin Turku liikkui vuonna 2000-tutkimuksessa selvitettiin mielipiteitä Turun kaupungin terveystoimen liikuntaneuvonnasta niiltä henkilöiltä, jotka olivat käyttäneet toimipisteiden palveluja kyselyä edeltäneen 12 kuukauden aikana. Koko tutkimuksen koehenkilöt poimittiin ikäpainotetulla otannalla väestörekisteristä. Tutkimus toteutettiin marraskuussa 2000

postikyselynä 2 000:lle 7-75-vuotiaalle turkulaiselle. Palautusprosentti oli 59. (Heinonen ym. 2001.)

Aikuisista turkulaisista kaupungin terveystalvija käyttäneistä yli kolme neljäsosaa oli käynyt terveyskeskuslääkärin vastaanotolla ainakin kerran edeltävän vuoden aikana. Kolme kertaa tai useammin oli käynyt noin viidennes. Sairaantai terveydenhoitajan vastaanotolla oli käynyt hieman yli puolet ja fysioterapeutin vastaanotolla 16 %. Vastaajista neljännes ilmoitti saaneensa liikuntaneuvontaa terveyskeskuksen lääkäritä, kolmasosa sairaantai terveydenhoitajalta ja hieman yli puolet fysioterapeutilta. Vuoden 1997 samanlaiseen tutkimukseen verrattuna lääkärien ja hoitajien antaman liikuntaneuvonnan määrä oli kasvanut hieman, mutta fysioterapeuttien laskenut. Kun vastaajat arvioivat saamansa liikuntaneuvonnan riittävyttä vuosina 1997 ja 2000, lääkärien antaman neuvonnan riittävyys oli laskenut 70 %:sta 54 %:iin, hoitajien 68 %:sta 59 %:iin ja fysioterapeuttien 88 %:sta 71 %:iin. (Heinonen ym. 2001.) Vastaajien käsitykset terveystoimen antaman liikuntaneuvonnan sisällöstä vuosilta 2000 ja 1997 esitetään taulukossa 3.

Aikaisemmin mainitussa AVTK-tutkimuksessa (s. 8) vuodelta 2003 selvitettiin, olivatko vastaajat saaneet edeltäneen kahdentoista kuukauden aikana lääkäritä, muulta terveydenhoitohenkilöltä, perheenjäseneltä tai joltakulta muulta kehotuksen lisätä liikuntaa. Vastanneista 6.5 % oli saanut lääkäritä, 8.3 % terveydenhoitohenkilöstöltä, 21 % perheenjäseneltä ja 7.9 % joltakulta muulta kehotuksen lisätä liikuntaa. Lääkärit kehottivat eniten liikunnan lisäämiseen yli 45-vuotiaita miehiä. Terveystoimenhoitohenkilöstön kehotukset painottuivat yli 35-vuotiaisiin miehiin ja naisiin. (Helakorpi ym. 2003.)

Taulukko 3. Vuoden aikana terveystoimen palveluja käyttäneiden asiakkaiden käsitykset liikuntaneuvonnan sisällöstä. Tiivistetty Heinosen ym. taulukosta 8. (2001.)

Kysymys	Kyllä vastanneiden osuus %	
	2000	1997
Kerrottiinko liikunnan vaikutuksista terveyteen?	30.8	27.6
Kysyttiinö liikuntatottumuksista?	29.9	32.2
Saitko opastusta liikunnan harrastamiseen?	18.2	15.1
Annettiinö liikuntaan liittyvää aineistoa?	11.4	9.7
Kerrottiinko eri liikuntapaikoista tai –mahdollisuuksista?	5.9	5.6
Suositteltiinö kunto- tai muita liikuntatestejä?	5.1	6.5

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten liikuntaan liittyvät keskustelut kohdentuivat lääkärin tai terveydenhoitajan tai työterveyshoitajan vastaanottokäynnillä vastaajien sukupuolen, iän, asuinpaikan, työtilanteen, työajan ja työn rasittavuuden suhteen. Toiseksi selvitettiin, miten liikunnasta keskustelleet vastaajat erosivat vapaa-ajan liikunnan, lenkkeilyn, asiointiliikunnan, ulkoilun ja järjestettyyn liikuntaan osallistumisen useuden suhteen niistä, jotka eivät olleet keskustelleet liikunnasta. Sama vertailu tehtiin koetun terveyden, liikuntaa ja ulkoilua rajoittavien sairauksien tai vammojen sekä ruumiillisen kunnan suhteen. Tarkoituksena oli selvittää, saatiinko palvelua tasapuolisesti, riippumatta siitä, toiko asiakas itse liikuntaan liittyvien keskustelujen tarpeen esille vai ei. Tässä tutkimuksessa ei selvitetty varsinaista liikuntaneuvontaa lääkäreiden ja terveydenhoitajien tai työterveyshoitajien kanssa, vaan vastaajilta tiedusteltiin mahdollisia liikuntaan liittyviä keskusteluja, kehotuksia ja ohjeita.

Tutkimuskysymykset:

1. Miten ilmoitetut liikuntaa koskevat keskustelut ja ohjeet tai neuvot kohdentuivat lääkärin tai terveydenhoitajan tai työterveyshoitajan vastaanottokäynnillä vastaajan sukupuolen, iän, asuinpaikan, työtilanteen, työajan ja työn rasittavuuden suhteen?
2. Miten lääkärin, terveydenhoitajan tai työterveyshoitajan kanssa liikuntaan liittyvistä keskusteluista ja ohjeista tai neuvoista ilmoittaneet vastaajat erosivat niistä, jotka eivät ilmoittaneet keskusteluja ja saaneet ohjeita tai neuvoja
 - a) vapaa-ajan liikunnan, lenkkeilyn, asiointiliikunnan, ulkoilun ja järjestettyyn liikuntaan osallistumisen useuden suhteen?
 - b) koetun terveyden, liikuntaa rajoittavan sairauden tai vamman ja ruumiillisen kunnan suhteen?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Tutkimusasetelma, kohdejoukko ja aineiston keruu

UKK-instituutissa toteutettiin Terveys, voimavarat ja liikunta - tutkimus vuosina 1996 ja 1998. Ensimmäisessä osassa kerättiin edustava otos Pirkanmaalta, 400 miestä ja 400 naista, tutkimukseen valituista kolmesta ikäryhmästä, siis yhteensä 2400 henkilöä. Otos kerättiin Suomen väestörekisterikeskuksen väestölaskennan tiedostoista. Otanta toteutettiin edustavana otoksena väestöstä, 58 % kaupungin tai kunnan keskustassa, 26 % lähiössä tai asutuskeskuksessa ja 16 % asutuskeskuksen ulkopuolella tai maaseudulla asuvia. Kyselyyn vastasi hyväksytysti 1 516 henkilöä. Seurantatutkimuksen otoksen muodosti ne peruskyselyyn vastanneet, jotka eivät olleet kieltäytyneet tutkimuksen jatkosta. Seurantakyselyyn mennessä heistä oli ilmoitettu kuolleeksi kahdeksan. Suora tiedon keruu toteutettiin postikyselynä. Molemmissa kyselyissä käytettiin samaa strukturoitua lomaketta, joka sisälsi 34 kysymystä. UKK-instituutin eettinen toimikunta hyväksyi tutkimushankkeen .

Tässä tutkimuksessa käytettiin seurantatutkimuksen osa-aineistoa. Tieto oli kerätty kyselylomakkeella¹ maaliskuussa 1998. Tämän tutkimuksen otoksen muodosti siis 1 508 henkilöä (99,4 % peruskyselyn perusjoukosta). Ikäryhmiä oli kolme, 28-30, 43-45 ja 57-59-vuotiaat eli he edustivat kolmea eri elämänvaihetta. Viiden henkilön osoite jäi tuntemattomaksi, eli lomake palautui, vaikka osoitetieto oli hankittu rekisteristä uusintakyselyä varten. Seurantakyselyyn jätti vastaamatta 233 henkilöä. Ensimmäisellä kierroksella vastausprosentti oli 66.4 % ja yhden muistutuskirjeen jälkeen 83.7 %. Laatutarkastelussa neljä lomaketta osoittautui puutteellisesti täytetyiksi.

Tutkijaryhmä vertasi peruskyselyn ja seurantakyselyn taustamuuttujien jakaumia (χ^2 -kriteeri, odotusarvoina peruskyselyn jakauman perusteella lasketut arvot ja empiirisinä arvoina seurantakyselyssä vastaavassa muuttujassa todetut jakaumat) ja totesivat, että minkään taustamuuttujan suhteen ei ollut tilastollista eroa peruskyselyyn ja seurantakyselyyn vastanneiden välillä, toisin sanoen valikoitumista ei ollut tapahtunut.²

¹ Kyselylomakkeen oli suunnitellut ja aineiston kerännyt tutkimushankkeen työryhmä, Seppo Miilunpalo, Jukka Laitakari, Jukka Marttila, Ritva Nupponen ja Olavi Paronen.

² Tiedot perustuvat tutkimushankkeen työryhmän jäseniltä saatuun suulliseen tietoon.

Kyselylomakkeen ensimmäisellä sivulla oli tutkimusta koskeva saatekirje, jossa korostettiin vastausten ehdotonta luottamuksellisuutta. Lomake pyydettiin palauttamaan viikon kuluessa, jotta vastaaminen ei unohtuisi. Postimerkillä varustettu palautuskuori oli kyselylomakkeen mukana. Toisella sivulla olivat vastausohjeet, jotka sisälsivät konkreettiset esimerkit kysymysten erilaisista vastausvaihtoehdoista ja vastausten merkitsemistavoista. Kysymykset oli jaoteltu väliotsikoin kuuteen osa-alueeseen: taustatiedot, terveys ja voimavarat, vapaa-ajan liikunta ja fyysinen aktiivisuus, lenkkeily, asiointiliikunta ja muut liikunta-asiat.

5.2 Tutkimuksen mittarit

5.2.1 Kysymykset ja muuttujien muodostaminen

Kyselylomakkeen ensimmäisessä osassa kysyttiin taustatietoja: sukupuoli (kysymys 1), syntymävuosi (2), asunnon sijainti (4), työtilanne (5), työaika (6) ja työn rasittavuus (8), jonka vaihtoehtojen yhteydessä oli kuvaus ja esimerkkejä kyseisestä työstä. Toisen osan kysymykset koskivat terveyttä ja voimavaroja, joista käytettiin terveyttä koskevia kysymyksiä: millainen terveys (10), liikuntaa tai ulkoilua rajoittavat sairaudet, viat tai vammat (11) ja ruumiillinen kunto verrattuna ikätovereihin (12). Kolmas osa käsitteli vapaa-ajan liikuntaa ja fyysistä aktiivisuutta: vapaa-ajan liikunta (18), lenkkeily (23), ulkoilu (28) ja asiointiliikunta (30). Lomakkeessa määriteltiin kukin liikuntaan liittyvä käsite ennen kysymystä. Neljännessä osassa kysyttiin muita liikunta-asioita: eri tahojen järjestämään liikuntaan osallistumista kysymyksellä 31 sekä kysymyksellä 32 lääkärin kanssa käytyä keskustelua liikunnasta ja terveydenhoitajan tai työterveyshoitajan kanssa käytyä keskustelua liikunnasta kysymyksellä 33. Kaikki kysymykset sisälsivät numeroidut vastausvaihtoehdot.³

Koodatussa aineistossa, jonka sain käyttöni, kysymyksistä oli tehty muuttujia ja vastausvaihtoehdoista luokkia tai jokaisesta vastausvaihtoehdosta oma muuttuja. Tässä tutkimuksessa jakaumien perusteella koodattuja muuttujien luokkia tai muuttujia yhdistettiin siten, että saatiin harvempia, sisällöllisesti mielekkäitä muuttujia ja luokkia (liite 1). Menettelyn ansiosta ristiintaulukoinneissa ei ollut liian pieniä ruutufrekvenssejä.

³ Tutkimuksen kysymykset vain tarkastajien käyttöön, koska kysymyksessä on julkaisematon aineisto. Kysymysten sisältö ilmenee luokitteluista.

5.2.2 Liikuntaan liittyvä keskustelu - muuttujat

Liikuntaan liittyvää keskustelua lääkärin kanssa tiedusteltiin lomakkeen vastaamista edeltäneiden kahdentoista kuukauden ajalta. Julkisen ja yksityisen terveydenhuollon vastaanottokäyntejä ei eroteltu. Täsmällistä neuvontatietoa lomakkeessa ei kysytty, vaan kysymys kuului: ”Oletko keskustellut lääkärin kanssa liikunnan tarpeellisuudesta tai onko lääkäri kehottanut sinua tänä aikana liikkumaan enemmän?” Vastaava kysymys tehtiin terveydenhoitajan tai työterveyshoitajan kanssa käydyistä keskusteluista.

Lääkärin kanssa käytyä keskustelua koskevasta, neljä vastausvaihtoehtoa sisältäneestä kysymyksestä muodostettiin kolmeluokkainen muuttuja: 1 = ei ole käynyt lääkärissä (vastausvaihtoehto 1), 2 = ei ole keskustellut liikunnasta (vastausvaihtoehto 2) ja 3 = on keskustellut liikunnasta, mutta ei muista mitään kehotusta tai on saanut kehotuksen liikkua enemmän tai muita ohjeita (vastausvaihtoehdot 3 tai 4). Sama luokitus tehtiin terveydenhoitajakysymyksestä saaduille vastauksille.

5.2.3 Liikuntamuuttujat

Kyselylomakkeessa määriteltiin ennen liikuntakysymyksiä *liikunnaksi* ”varsinainen urheilu ja kuntoliikunta sekä sellaiset fyysisen aktiivisuuden muodot kuin kävellen tai pyöräillen tehdyt työ- ja asiointimatkat, omakotitalon talonmiehen työt, rakennus- ja remonttityöt, pihan tai puutarhan hoitotyöt, ruumiillisesti raskaat kodinhoitotyöt, marjastus, sienestys, metsästys, kalastus ja retkeily”. *Verkkaiseksi ja rauhalliseksi* määriteltiin ”sellainen liikunta, joka ei aiheuta hikoilua ja merkittävää hengityksen kiihtymistä”, ja *ripeäksi ja reippaaksi* ”sellainen liikunta, joka aiheuttaa ainakin jonkin verran hikoilua ja hengityksen kiihtymistä”. Vastaajaa pyydettiin huomioimaan ainoastaan sellainen liikunta, joka oli kestänyt kerrallaan vähintään 20 minuuttia. Kysymystä on käytetty aikaisemmin lähes samassa muodossa useissa epidemiologisissa tutkimuksissa Suomessa (Miilunpalo ym. 2000).

Vapaa-ajan liikuntaa koskevasta viisiluokkaisesta muuttujasta (kysymys 18) muodostettiin kolmeluokkainen muuttuja: 1 = ei juuri mitään liikuntaa joka viikko (vaihtoehto 1) ja jotakin verkkaista tai rauhallista liikuntaa joka viikko tai useampana päivänä (vaihtoehto 2), 2 = ripeää ja reipasta liikuntaa kerran viikossa (vaihtoehto 3) ja 3 = ripeää ja reipasta liikuntaa kaksi (vaihtoehto 4) ja useamman kerran viikossa (vaihtoehto 5).

Lenkkeilyllä tarkoitettiin kyselylomakkeessa ”kävelyä tai hölkkää, juoksua, pyöräilyä ja hiihtoa, joka tapahtuu ajanvietteen, kunnon, terveyden tai virkistyneen vuoksi, kun se on

ripeää eli aiheuttaa ainakin vähän hengästymistä ja hikoilua ja kestää kerrallaan vähintään 20 minuuttia”. Lenkkeilyä koskevasta kahdeksanluokkaisesta muuttujasta (kysymys 23), joka sisälsi sekä aikomusta että käyttäytymistä kuvaavia vaihtoehtoja, muodostettiin kolmeluokkainen ainoastaan käyttäytymistä kuvaava muuttuja: 1 = ei lenkkeilyä, 2 = lenkkeilyä satunnaisesti ja 3 = lenkkeilyä säännöllisesti ainakin kahdesti viikossa.

Vapaa-ajan liikunnan ja lenkkeilyn muuttujien luokittelu kolmeen luokkaan jakoi vastaajat liikunnallisesti passiivisiin sekä satunnaisiin ja säännöllisiin liikkujiin. Säännölliseksi määriteltiin vähintään kaksi kertaa viikossa toteutunut vapaa-ajan liikunta tai lenkkeily.

Molempia, siis sekä vapaa-ajan liikuntaa että lenkkeilyä koskevia muuttujia, käytettiin, koska hankkeen peruskyselyssä mittareiden luotettavuuden arvioimiseksi muuttujat oli ristiintaulukoitu ja todettu, että vain 6.2 % vastaajista ilmoitti lenkkeilevänsä säännöllisesti, mutta ei liikkuvansa säännöllisesti. (Miilunpalo ym. 2000.) Tämän tutkimuksen aineistossa ristiintaulukointi osoitti, että 6.3 % vastaajista ilmoitti samoin fyysisestä aktiivisuudestaan ristiriitaisesti.

Asiointiliikunnalla tarkoitettiin kyselylomakkeessa ”työ- ja ostosmatkoja, lapsen viemistä päivähoitoon tai kouluun ja muita asiointikäyntejä”. Vastaajaa pyydettiin huomioimaan ne asiointimatkat, joiden yhteydessä hän liikkui jalan tai pyörällä vähintään 10 minuuttia. Vastausvaihtoehtojen rakenne oli samanlainen kuin lenkkeilykysymyksessä. Asiointiliikuntaa koskevasta kahdeksanluokkaisesta muuttujasta tehtiin kolmeluokkainen, käyttäytymistä kuvaava muuttuja: 1 = ei asiointiliikuntaa, 2 = asiointiliikuntaa satunnaisesti ja 3 = asiointiliikuntaa säännöllisesti.

Ulkoilulla tarkoitettiin kyselylomakkeessa ”lenkkeilyn sijasta tai lenkkeilyn ohella tapahtuvaa verkkaista liikuntaa ulkona oleskellen tai jotakin harrastaen”. Työ- tai asiointimatkoja ei laskettu ulkoiluksi. Ulkoilukysymyksen seitsemästä vastausvaihtoehdosta kukin oli koodattu omaksi muuttujakseen. Tässä tutkimuksessa niistä muodostettiin yhdistelemällä yksi neliluokkainen *ulkoilumuuttuja*: 0 = ei säännöllistä ulkoilua, 1 = ulkoilua noin kerran viikossa kävellen tai koululaisten kanssa hiihtämällä, mäessä tai luistelemassa, 2 = ulkoilua lähes päivittäin pikkulasten kanssa pihalla, puistossa ja pulkkamäessä, koira ulkoiluttaen tai verkkaisesti kävellen ja 3 = muulla tavalla ulkoilua. (Ohjelmakäskyt ja niiden logiikka liitteessä 1)

Järjestettyyn liikuntaan osallistumista tiedusteltiin kyselylomakkeessa kuudella eri järjestäjätahovaihtoehdolla. Kussakin vaihtoehdossa tarjottiin neljä vastausvaihtoehdon luokkaa. Järjestäjätahon perusteella aineistoon oli muodostettu kuusi muuttujaa, joiden jakaumat osoittivat, että 88 % vastanneista ei osallistunut kysytyyn liikuntaan. Sen vuoksi tässä tutkimuksessa jakaumien perusteella muodostettiin yhdistelemällä yksi kaksiluokkainen järjestettyyn liikuntaan osallistumisen muuttuja: 1 = ei osallistu tai osallistuu satunnaisesti järjestettyyn liikuntaan tai kuntoiluun ja 2 = osallistuu järjestettyyn liikuntaan tai kuntoiluun 1-3 kertaa kuukaudessa tai viikottain. Jako satunnaiseen ja säännölliseen osallistumiseen, säilyi kysymyslomakkeen mukaisena. ”Säännölliseksi” riitti osallistuminen 1-3 kertaa kuukaudessa, koska kaikkia tapahtumia ei järjestetä viikottain. (Järjestettyyn liikuntaan osallistumisen jakaumat liitteessä 2)

5.2.4 Taustamuuttujat

Kyselylomakkeessa *työssä käyntiä* tiedusteltiin kymmenenluokkaisella kysymyksellä. Tässä tutkimuksessa luokiteltiin muuttuja kahteen luokkaan. Työssäkäyviin kuuluivat koko- ja osa-aikaisessa palkkatyössä olevat, maatalousyrittäjät, maanviljelijät, muut yrittäjät ja ammatinharjoittajat (vaihtoehdot 1-4). Ei-työssäkäyviä olivat äitiys- tai vanhempainlomalla olevat, työttömät ja lomautetut, eläkkeellä tai pitkällä sairauslomalla olevat, omaa kotitaloutta hoitavat sekä muut (vaihtoehdot 5-10).

Työaika koskenut kysymys sisälsi seitsemän vaihtoehtoa, mutta tässä tutkimuksessa muuttujasta tehtiin viisiluokkainen; 0 = ei ole työssä (vaihtoehto 0), 1 = päivätyö (vaihtoehto 1), 2 = säännöllinen iltatäi yötyö sekä aamutyö (vaihtoehdot 2 ja 3), 3 = vuorotyö (vaihtoehto 4) ja 4 = epäsäännöllinen tai muu työaika (vaihtoehdot 5 ja 6). Seitsemänluokkainen *työn rasittavuuden* muuttuja luokiteltiin neljäloukkaiseksi: 1 = ei ole työssä (vaihtoehto 1), 2 = kevyt tai muu istumatyö (vaihtoehdot 2 ja 3), 3 = kevyt seisoma- tai liikkuva työ sekä kevyehkö tai keskiraskas liikkuva työ (vaihtoehdot 4 ja 5) ja 4 = raskas tai erittäin raskas ruumiillinen työ (vaihtoehdot 6 ja 7).

Itsearvioitua *terveyttä koskeva* viisiluokkainen muuttuja luokiteltiin kolmiloukkaiseksi: 1 = hyvä tai melko hyvä (vaihtoehdot 1 ja 2), 2 = keskitasoinen (vaihtoehto 3) ja 3 = melko huono tai huono (vaihtoehdot 4 ja 5). Sairaudet, viat tai vammat liikuntaa tai ulkoilua *rajoittavina tekijöinä* luokiteltiin neljän sijaan kolmeen luokkaan: 1 = ei rajoita (vaihtoehto 1), 2 = rajoittaa jossain määrin (vaihtoehto 2) ja 3 = rajoittaa voimakkaasti tai estää kokonaan (vaihtoehdot 3 ja 4).

5.3 Aineiston käsittely

Aineisto analysoitiin SPSS-ohjelmalla. Valmiiksi koodatun aineiston muuttujien sisällön ja jakaumien perusteella muuttujia luokiteltiin uudelleen ja muuttujia yhdistelemällä muodostettiin uusia muuttujia.

Uusien liikunta- ja taustamuuttujien jakaumia tarkasteltiin sukupuolen perusteella sekä ikäryhmittäin, jotka edustivat kolmea erilaista elämävaihetta. Liikuntamuuttujat ristiintaulukoitiin taustamuuttujien kanssa. Liikuntamuuttujat ristiintaulukoitiin keskenään fyysisen aktiivisuuden kasautumisen sekä vapaa-ajan liikunta ja lenkkeily ristiriitaisten vastausten selvittämiseksi.

Lääkärin ja terveydenhoitajan kanssa ilmoitetut keskustelut ristiintaulukoitiin liikunnan säännöllisyyttä, sosiaalista taustaa ja terveyttä käsittelevien muuttujien kanssa. Nämä ristiintaulukoinnit tehtiin kahdella tavalla; koko aineistolla ja erikseen niillä, jotka olivat käyneet lääkärillä ja terveydenhoitajalla tai työterveyshoitajalla. Tekstissä tulokset esitetään koko aineiston analyysien perusteella. Kahden muuttujan välinen ristiintaulukko kertoo muuttujien välisestä yhteydestä otoksessa (χ^2 -riippumattomuustesti). χ^2 - testisuureen arvot laskettiin numeroarvoista. Taulukoissa esitetään suhteelliset luvut kokonaislukuina. Tilastollisten testien riskitasona oli $p=0.05$. Riippuvuuden voimakkuutta arvioitiin kontingenssikertoimella (C). Kontingenssikertoimen suuruus riippuu yhteyksien lisäksi taulukon rivien ja sarakkeiden lukumäärästä. Mitä suurempi taulukko on, sitä suurempi kontingenssikerroin saattaa olla. Viitteelliset rajat ovat: vähäinen riippuvuus, kun $C < 0.3$, kohtalainen riippuvuus, kun $0.3 < C < 0.6$ ja voimakas riippuvuus, kun $0.6 < C$ (Mauranen & Puntila 1995).

6 TULOKSET

6.1 Vastaajien sosiaalinen tausta ja terveydentila

Vastaajista hieman suurempi osa oli naisia (56 %) kuin miehiä (44 %). Ikäryhmiä oli kolme: 28-30-vuotiaat (33 %), 43-45-vuotiaat (31 %) ja 57-59-vuotiaat (36 %). Hieman yli puolet (55 %) asui ilmoituksensa mukaan esikaupunkialueella (lähiössä) tai muussa asutuskeskuksessa (taajamassa). Asutuskeskuksen ulkopuolella, maaseudulla asui viidesosa. Työssä kävi lähes kaksi kolmesta vastaajasta, miehet suhteellisesti yleisemmin kuin naiset. Työelämän ulkopuolella olevien osuutta lisäsivät naiset, jotka olivat äitiyslomalla ja hoitivat omaa kotitaloutta.

Noin puolet vastaajista oli kokoaikaisessa palkkatyössä. Osa-aikaisessa palkkatyössä oli muutama ja työttömänä tai lomautettuna noin kuudennes, joista suhteellisesti koko vastaajajoukkoa suurempi osuus oli 57-59-vuotiaita ja naisia. Eläkkeellä tai pitkäaikaisella sairauslomalla oli kymmenesosa, joista suhteellisesti muita ikäryhmiä suurempi osuus oli 57-59-vuotiaita. Työtilanteen ja ikäryhmien välinen tilastollinen yhteys oli kohtalainen ($C = .47$). Kevyttä istumatyötä teki neljännes, kevyehköä tai keskiraskasta liikkuvaa työtä noin kuudennes ja kevyttä seisoma- tai kevyttä liikkuvaa työtä 13 %. Säännöllistä päivätyötä teki hieman vajaa puolet, vuorotyötä 8 % ja epäsäännöllinen tai muu työaika oli noin kuudenneksellä. (taulukko 4)

Työn rasittavuuden ja iän välillä ei ollut tilastollista yhteyttä. Työajalla ja iällä oli heikko tilastollinen yhteys ($C = .16$). Nuorimmassa ikäryhmässä oli suhteellisesti muuta vastaajajoukkoa enemmän vuorotyötä tekeviä ja vanhimmassa ikäryhmässä päivätyötä tekeviä (taulukko 4). Työajalla ja iällä oli vähäinen tilastollinen yhteys ($C = .24$) miehillä, mutta ei naisilla. Miesten nuorimmassa ikäryhmässä oli suhteellisesti enemmän kuin koko vastaajajoukossa vuorotyötä tekeviä ja päivätyötä tekeviä.

Taulukko 4. Vastaajien työtä kuvaavien muuttujien jakaumat ikäryhmittäin (%).

Muuttuja	Ikäryhmä			Kaikki
	28-30	43-45	57-59	
<i>Työtilanne (N=1 262) *</i>				
Kokoaikaisessa palkkatyössä	56	60	38	51
Osa-aikaisessa palkkatyössä	5	4	3	4
Maatalousyrittäjä, maanviljelijä	2	3	2	2
Muu yrittäjä, ammatinharjoittaja	5	11	5	7
Äitiys- tai vanhempainlomalla	11	1	0	4
Työtön tai lomautettu	7	11	26	15
Eläkkeellä tai pitkäaik.sair.lomalla	1	4	22	10
Omaa kotitaloutta hoitava	1	2	2	2
Opiskelija	9	1	0	3
Muu	3	3	2	3
Yhteensä	100	100	100	101
(N)	(423)	(384)	(455)	(1262)
<i>Luokiteltu muuttuja (N=1 262) *</i>				
Työssä	68	79	48	64
Ei työssä	32	21	53	36
Yhteensä	100	100	101	100
(N)	(423)	(384)	(455)	(1262)
<i>Työn rasittavuus (N=853)</i>				
Kevyt tai muu istumatyö	40	46	43	43
Kevyt seisoma- tai keskiraskas liikkuva työ	43	41	42	42
Raskas tai erittäin raskas ruumiillinen työ	18	13	15	15
Yhteensä	101	100	100	100
(N)	(310)	(321)	(222)	(853)
<i>Työaika (N=798) *</i>				
Päivätyö	63	69	74	68
Muu säännöllinen työaika	1	1	4	2
Vuorotyö	20	12	8	14
Epäsäännöllinen tai muu työaika	16	18	14	16
Yhteensä	100	100	100	100
(N)	(292)	(300)	(206)	(798)

* = muuttujan yhteys ikään (χ^2) on tilastollisesti merkitsevä ($p \leq .05$)

Koetun terveyden ja ikäryhmien välillä oli heikko tilastollinen yhteys ($C = .29$). Terveytensä suurin osa vastaajista koki keskitasoiseksi tai sitä paremmaksi ja naiset hieman miehiä paremmaksi. Nuorin ikäryhmä piti terveyttään hyvänä suhteellisesti muuta vastaajajoukkoa yleisemmin. Vanhin ikäryhmä piti terveyttään suhteellisesti kahta nuorempaa ikäryhmää yleisemmin keskitasoisena tai melko huonona. Lähes kolme neljäsosaa vastaajista ilmoitti, että mikään sairaus, vika tai vamma ei estä heidän liikkumistaan tai ulkoiluun. Noin

neljännes ilmoitti rajoittavia tekijöitä olevan jossain määrin, vanhin ikäryhmä suhteellisesti yleisemmin kuin nuoremmat. Liikuntaa rajoittavien sairauksien tai vammojen ja ikäryhmien välillä oli vähäinen tilastollinen yhteys ($C = .28$). Yli puolet vastaajista arvioi olevansa ruumiillisesti samanlaisessa kunnossa kuin ikätoverinsa, naiset suhteellisesti yleisemmin kuin miehet. Vanhimmassa ikäryhmässä oli suhteellisesti enemmän kuin nuoremmassa ikäryhmissä niitä, jotka arvioivat ruumiillisen kuntosensa ikätovereitaan huonommaksi. Nuorin ikäryhmä arvioi suhteellisesti vanhempia yleisemmin ruumiillisen kuntosensa samanlaiseksi kuin ikätovereillaan. Ruumiillisen kunnan ja iän tilastollinen yhteys oli heikko ($C = .15$). (taulukko 5.)

Taulukko 5. Vastaajien ilmoitettu terveydentila ja kunto ikäryhmittäin (%).

Muuttuja	Ikäryhmä			Kaikki
	28-30	43-45	57-59	
<i>Terveys (N=1 261) *</i>				
Hyvä	48	35	15	32
Melko hyvä	33	35	33	34
Keskitasoinen	16	25	39	27
Melko huono	2	5	11	6
Huono	1	1	1	1
Yhteensä	100	101	99	100
(N)	(420)	(386)	(455)	(1261)
<i>Liikuntaa rajoittaa sairaus tai vamma (N=1 263) *</i>				
Ei rajoita	85	77	56	72
Rajoittaa jossain määrin	13	20	34	23
Rajoittaa voimakkaasti tai estää	2	3	10	5
Yhteensä	100	100	100	100
(N)	(421)	(386)	(456)	(1263)
<i>Ruumiillinen kunto (N= 1 258) *</i>				
Parempi kuin ikätovereilla	18	25	24	22
Samanlainen kuin ikätovereilla	74	63	58	65
Huonompi kuin ikätovereilla	9	12	18	13
Yhteensä	101	100	100	100
(N)	(421)	(383)	(454)	(1258)

* = muuttujan yhteys ikään (χ^2) on tilastollisesti merkitsevä ($p \leq .05$)

Vastaajilla, jotka kokivat olleensa vähintään ikätovereidensa kanssa samankuntoisia, ei yleensä ollut liikuntaa ja kuntoilua rajoittavia sairauksia tai vammoja. Melkein puolella niistä, jotka kokivat olleensa ikätovereitaan huonommassa kunnossa, oli ilmoituksensa mukaan jossain määrin liikuntaa rajoittavia tekijöitä ja noin neljännes ilmoitti, että sairaus rajoitti voimakkaasti tai esti kokonaan liikunnan ja ulkoilun. Ruumiillisen kunnan ja liikuntaa tai ulkoilua rajoittavan sairauden tai vamman tilastollisen yhteyden voimakkuus oli kohtalainen ($C = .43$). Vastaajat, jotka kokivat terveytensä melko hyväksi tai hyväksi, ilmoittivat olevansa vähintään ikätovereidensa kanssa samanlaisessa kunnossa. Koetun terveyden ja ruumiillisen kunnan tilastollinen yhteys oli kohtalainen ($C = .53$). Terveytensä hyväksi tai melko hyväksi kokeneilla ei myöskään yleensä ollut liikuntaa rajoittavia sairauksia tai vammoja. Terveytensä melko huonoksi tai huonoksi kokeneilla sairaudet yleensä rajoittivat liikuntaa ainakin jossain määrin. Koetun terveyden ja liikuntaa rajoittavien sairauksien tai vammojen tilastollinen yhteys oli kohtalainen ($C = .51$). Sukupuolen ja ikäryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja.

6.2 Vastaajien fyysinen aktiivisuus

Vastaajista noin puolet liikkui vapaa-aikanaan ripeästi ja reippaasti kaksi tai useampia kertoja viikossa. Verkkaisesti tai rauhallisesti liikkui joka viikko yhtenä tai useampana päivänä noin kolmannes ja 7 % ei liikkunut vapaa-aikana juuri lainkaan (taulukko 6). Miehissä oli suhteellisesti enemmän niitä, jotka eivät juuri liikkuneet vapaa-aikanaan tai liikkuvat satunnaisesti. Naisten osuus oli suurempi niissä, jotka liikkuvat vapaa-aikanaan säännöllisesti. Vapaa-ajan liikunnalla ja iällä ei ollut tilastollista yhteyttä kummallakaan sukupuolella.

Säännöllisesti lenkkeili 43 %, naiset merkitsevästi miehiä yleisemmin. Satunnaisesti lenkkeileviä oli 41 % ja 16 % ei käynyt lenkillä. Lenkkeilyllä ja iällä oli heikko tilastollinen yhteys ($C = .19$). Vanhimmassa ikäryhmässä oli suhteellisesti enemmän kuin muissa ikäryhmissä säännöllisesti lenkkeileviä ja nuorimmassa ikäryhmässä niitä, jotka lenkkeilivät satunnaisesti (taulukko 6).

Vastaajista 36 % ei kulkenut asiointimatkoja kävellen tai pyörällä. Satunnaisesti asiointiliikuntaa toteutti 29 % ja säännöllisesti 35 %. Vanhimmassa ikäryhmässä oli suurempi osuus kuin kahdessa nuoremmassa ikäryhmässä niitä, jotka liikkuvat asiointimatkoillaan säännöllisesti pyörällä tai kävellen. 43-45-vuotiaissa oli suhteellisesti muuta vastaajajoukko

enemmän niitä, jotka eivät pyöräilleet tai kävelleet asiointimatkoillaan. Nuorimmassa ikäryhmässä oli suurempi osuus kuin vanhemmissa ikäryhmissä satunnaisesti asiointimatkoillaan käveleviä tai pyöräileviä (taulukko 6). Naisten vanhimmassa ikäryhmässä oli suhteellisesti enemmän kuin muissa ikäryhmissä säännöllisesti asiointimatkansa käveleviä tai pyöräilijöitä (yhteys ikään naisilla, $C = .13$). 43-45-vuotiaissa miehissä oli suurempi osuus enemmän kuin muissa ikäryhmissä niitä, jotka eivät kulkeneet asiointimatkojaan kävellen tai pyörällä sekä nuorimman ikäryhmän miehissä satunnaisesti asiointimatkoja käveleviä tai pyöräileviä (yhteys ikään miehillä, $C = .14$).

Lähes päivittäin ulkoilua verkkaisesti kävellen, koira ulkoiluttaen tai pikkulasten kanssa puistossa tai pulkkamäessä toteutti melkein puolet vastaajista, naiset miehiä yleisemmin. Viikonloppuisin käveli tai ainakin kerran viikossa koululaisten kanssa ulkoili viidennes vastaajista ja 13 % ei ulkoillut säännöllisesti. Muulla tavalla ilmoitti ulkoilevansa viidennes vastaajista, vanhemmat ikäryhmät suhteellisesti yleisemmin kuin nuorimmat. Kerran viikossa ulkoilevia oli 43-45-vuotiaissa enemmän ja vanhimmassa ikäryhmässä vähemmän kuin muissa ikäryhmissä. Lähes päivittäin ulkoilevissa oli 43-45-vuotiaita pienempi osuus kuin vastaajajoukossa kokonaisuudessaan ($C = .19$) (taulukko 6). Ristiintaulukoimalla ulkoilu- ja lenkkeilymuuttajat havaittiin, että 54 % ”muulla tavalla” ulkoilevista lenkkeili säännöllisesti.

Vastaajista 68 % ei osallistunut lainkaan tai osallistui satunnaisesti kunnan, työpaikan, yksityisen kaupallisen yrityksen, kansalais- tai työväenopiston, urheilu- tai liikuntaseuran tai muiden yhdistysten tai kerhojen järjestämään liikuntaan tai kuntoiluun. Muutaman kerran kuukaudessa tai viikottain järjestettyyn liikuntaan tai kuntoiluun osallistui kolmannes vastaajista. Järjestettyyn liikuntaan osallistuneita oli suurempi osuus nuorimmassa ikäryhmässä kuin vastaajajoukossa kokonaisuudessaan ja vanhimmassa ikäryhmässä niitä, jotka eivät osallistuneet tai osallistuivat satunnaisesti ($C = .17$). (taulukko 6)

Taulukko 6. Vastaajien fyysinen aktiivisuus ikäryhmittäin (%).

Muuttuja	Ikä			Kaikki
	23-30	43-45	57-59	
<i>Vapaa-ajan liikunta (N=1 256)</i>				
Ei juuri mitään liikuntaa joka viikko	7	7	6	7
Verkkaista liikuntaa vähintään 1 x vko	28	30	31	30
Reipasta liikuntaa noin 1 x vko	14	14	12	14
Reipasta liikuntaa noin 2 x vko	23	19	16	19
Reipasta liikuntaa ainakin 3 x vko	27	30	34	30
Yhteensä	101	100	99	100
(N)	(420)	(384)	(452)	(1256)
<i>Luokiteltu muuttuja (N=1 256)</i>				
Ei juuri mitään tai verkkaista liikuntaa 1 x vko	36	37	38	37
Reipasta liikuntaa 1 x vko	14	14	12	14
Reipasta liikuntaa ≥ 2 x vko	50	49	50	50
Yhteensä	100	100	100	101
(N)	(420)	(384)	(452)	(1256)
<i>Lenkkeily (N=1 257) *</i>				
Ei lenkkeilyä	19	18	12	16
Lenkkeilyä satunnaisesti	50	41	34	41
Lenkkeilyä säännöllisesti	32	41	54	43
Yhteensä	101	100	100	100
(N)	(422)	(385)	(450)	(1257)
<i>Asiointiliikunta (N=1 250) *</i>				
Ei asiointiliikuntaa	32	43	33	36
Asiointiliikuntaa satunnaisesti	34	26	27	29
Asiointiliikuntaa säännöllisesti	34	32	40	35
Yhteensä	100	101	100	100
(N)	(422)	(379)	(449)	(1250)
<i>Ulkoilu (N=1 216) *</i>				
Ei ulkoilua säännöllisesti	15	14	11	13
Ulkoilua 1 x vko	20	27	14	20
Ulkoilua lähes päivittäin.	52	38	50	47
Ulkoilua muulla tavalla	13	21	26	20
Yhteensä	100	100	101	100
(N)	(417)	(370)	(429)	(1216)
<i>Järjestetty liikunta tai kuntoilu (N=1 260) *</i>				
Ei osallistu lainkaan tai satunnaisesti	57	69	76	68
Osallistuu 1-3 x kk tai viikottain	43	31	24	32
Yhteensä	100	100	100	100
(N)	(421)	(386)	(453)	(1260)

* = muuttujan yhteys ikään (χ^2) on tilastollisesti merkitsevä ($p \leq .05$)

Vapaa-aikanaan säännöllisesti liikkuvista 67 % lenkkeili säännöllisesti ja noin puolet toteutti asiointimatkinsa säännöllisesti pyörällä tai kävellen. Säännöllisesti lenkkeilevistä puolet toteutti asiointimatkinsa fyysisesti aktiivisella tavalla ja hieman yli puolet myös ulkoili päivittäin. Puolet asiointimatkoillaan fyysisesti aktiivisista ulkoili päivittäin. Järjestettyyn liikuntaan säännöllisesti osallistuvista 71 % liikkui vapaa-aikanaan kaksi tai useamman kerran viikossa, noin puolet lenkkeili säännöllisesti, hieman yli kolmannes käveli tai pyöräili asiointimatkinsa ja 44 % ulkoili päivittäin.

Koetulla terveydellä oli heikko tilastollinen yhteys vapaa-ajan liikuntaan ($C = .30$), lenkkeilyyn ($C = .17$), ulkoiluun ($C = .14$) ja järjestettyyn liikuntaan ($C = .18$), mutta ei asiointiliikuntaan. Tilastolliset yhteydet muodostuivat siitä, että terveytensä huonoksi kokevissa oli suhteellisesti muuta vastaajajoukkoa enemmän niitä, jotka eivät juuri toteuttaneet kyseistä liikunnan muotoa (liite 3, liitetaulukko 2). Ruumiillisen kunnan kokemuksilla ja kaikilla kysytyillä liikunnan muodoilla oli tilastollinen yhteys. Ruumiillisen kuntonsa ikätovereitaan huonommaksi ilmoittaneissa oli suhteellisesti muuta vastaajajoukkoa enemmän niitä, jotka eivät liikkuneet säännöllisesti (liite 3, liitetaulukko 3). Samoin niitä, jotka ilmoittivat, että sairaus tai vamma rajoittaa jonkin verran tai voimakkaasti liikuntaa ja ulkoilua, oli suhteellisesti muuta vastaajajoukkoa enemmän niissä, jotka eivät juuri toteuttaneet eri liikunnan muotoja (liite 3, liitetaulukko 4).

Kaikki fyysistä aktiivisuutta kuvaavat muuttujat ristiintaulukoitiin erikseen asumista ja työtä kuvaavien muuttujien kanssa. Asunnon sijainnilla ja ulkoilulla ei ollut tilastollista yhteyttä. Sen sijaan vapaa-ajan liikuntaa, lenkkeilyä, asiointiliikuntaa ja järjestettyä liikuntaa toteuttivat maaseudulla ja asutuskeskuksen ulkopuolella asuvat suhteellisesti harvemmin kuin koko vastaajajoukossa kokonaisuudessa. Tilastollinen yhteys oli heikko (liite 3, liitetaulukko 5).

Työtilanteen heikko tilastollinen yhteys lenkkeilyyn, asiointiliikuntaan ja ulkoiluun muodostui siitä, että niitä, jotka eivät käyneet työssä oli säännöllisissä toteuttajissa suhteellisesti enemmän kuin työssäkäyviä (liite 3, liitetaulukko 6).

Työn rasittavuudella oli heikko tilastollinen yhteys ulkoiluun, lenkkeilyyn ja asiointiliikuntaan. Raskasta ruumiillista työtä tekevät liikkuvat muuta vastaajajoukkoa epäsäännöllisemmin (liite 3, liitetaulukko 7).

Työajalla oli heikko tilastollinen yhteys ainoastaan asiointiliikuntaan. Säännöllisesti asiointimatkoillaan kävelivät tai pyöräilivät suhteellisesti muuta vastaajajoukkoa yleisemmin

ne, joilla oli vuorotyö tai muu säännöllinen työaika kuin päivätyö. Niissä, jotka eivät liikkuneet asiointimatkoillaan kävellen tai pyörällä, oli suhteellisesti muuta vastaajajoukkoa enemmän niitä, joilla oli epäsäännöllinen työaika (liite 3, liitetaulukko 8).

6.3 Ilmoitettujen liikuntakeskustelujen kohdentuminen

6.3.1 Keskustelut liikunnasta lääkärin kanssa taustamuuttujien suhteen

Vastaajista hieman yli neljännes ilmoitti, että ei ollut käynyt lääkärin vastaanotolla vastaamista edeltäneen vuoden aikana. Hieman vajaa puolet ilmoitti, että oli käynyt lääkärissä, mutta ei ollut keskustellut liikunnasta ja neljännes ilmoitti käyneensä lääkärissä ja keskustelleensa liikunnasta lääkärin kanssa.

Iän tilastollinen yhteys ilmoitettuihin keskusteluihin oli heikko ($C = .23$). Vanhimmassa ikäryhmässä oli suhteellisesti muuta vastaajajoukkoa enemmän niitä, jotka ilmoittivat keskustelleensa lääkärin kanssa liikunnasta (taulukko 7).

Sukupuolen tilastollinen yhteys liikuntakeskusteluihin lääkärin kanssa oli heikko ($C = .12$). Naisissa oli suhteellisesti suurempi joukko kuin miehissä niitä, jotka ilmoittivat, että eivät olleet keskustelleet liikunnasta lääkärin kanssa. Miehissä oli suhteellisesti naisia enemmän niitä, jotka ilmoittivat, että eivät olleet käyneet lääkärissä (taulukko 7). Tarkasteltaessa näiden muuttujien yhteyttä eri ikäryhmissä, 28-30-vuotiailla tilastollinen yhteys säilyi ($C = .24$), mutta kahdessa vanhemmassa ikäryhmässä tilastollista yhteyttä ei ollut. Sukupuoli- ja keskustelumuuttujien välistä tilastollista yhteyttä ei ollut, kun analyysistä jätettiin pois ne, jotka ilmoittivat, että eivät olleet käyneet lääkärissä.

Asunnon sijainnilla ei ollut tilastollista yhteyttä lääkärin kanssa käytyihin keskusteluihin. Ei-työssäkävivistä suhteellisesti suurempi joukko kuin työssäkävivistä ilmoitti keskustelleensa lääkärin kanssa liikunnasta. Muuttujien välinen tilastollinen yhteys oli heikko ($C = .10$). (taulukko 7). Kun työtilannetta ja lääkärikeskusteluja tarkasteltiin ikäryhmittäin, missään ikäryhmässä ei ollut tilastollista yhteyttä. Naisilla muuttujien välillä ei ollut tilastollista yhteyttä, mutta miehillä tilastollinen yhteys oli heikko ($C = .12$). Keskustelujen osuus oli suhteellisesti suurempi ei-työssäkävillä kuin työssäkävillä miehillä.

Työssäkäyviä vastaajista oli 794. Työajalla ja ilmoitetuilla keskusteluilla liikunnasta lääkärin kanssa ei ollut tilastollista yhteyttä (taulukko 7). Kun muuttujien yhteyttä tarkasteltiin eri ikäryhmien ja sukupuolen mukaan erikseen, tilastollista yhteyttä ei ollut missään ryhmässä.

Työn rasittavuudella ja ilmoitetuilla keskusteluilla liikunnasta lääkärin kanssa ei ollut tilastollista yhteyttä (taulukko 7). Ikäryhmittäisessä ja sukupuolen mukaan tehdyssä tarkastelussa tilastollista yhteyttä ei myöskään ollut.

Tulokset esitetään taulukossa 7 koko aineistolla. Toistamalla analyysit pelkästään niillä, jotka olivat käyneet lääkärissä, tulos muuttui vain siten, että sukupuolen yhteyttä keskustelujen käymiseen ei havaittu. Asunnon sijainnilla, työajalla ja työn rasittavuudella ei ollut tilastollista yhteyttä lääkärin kanssa käytyihin keskusteluihin liikunnasta. Iällä ja työtilanteella oli tilastollisesti merkitsevä, mutta heikko tilastollinen yhteys lääkärin kanssa käytyihin keskusteluihin liikunnasta. Ilmoitetut lääkärin kanssa käydyt keskustelut kohdentuivat lievästi 57-59-vuotiaisiin ja niihin miehiin, jotka eivät käyneet työssä.

Taulukko 7. Ilmoitetut keskustelut lääkärin kanssa liikunnasta sosiaalisen taustan mukaan (%).

Muuttuja	Ei lääkäriissä	Ei keskustelua	Keskustelu	Kaikki
<i>Ikä (N=1 257)*</i>				
28-30-vuotiaat	33	41	22	34
43-45-vuotiaat	37	30	25	31
57-59-vuotiaat	30	29	53	36
Yhteensä (N)	100 (370)	100 (567)	100 (320)	101 (1257)
<i>Sukupuoli (N=1 257)*</i>				
Mies	52	38	44	44
Nainen	48	62	56	56
Yhteensä (N)	100 (370)	100 (567)	100 (320)	100 (1257)
<i>Asunnon sijainti (N=1 253)</i>				
Keskusta	25	27	22	25
Lähiö tai taajama	52	55	60	55
Maaseutu	23	19	18	20
Yhteensä (N)	100 (370)	101 (562)	100 (319)	100 (1251)
<i>Työtilanne (N=1 253)*</i>				
Työssä	68	66	56	64
Ei työssä	32	34	44	36
Yhteensä (N)	100 (370)	100 (563)	100 (320)	100 (1253)
<i>Työaika (N=794)</i>				
Päivätyö	69	68	66	68
Muu säännöllinen työaika	2	1	4	2
Vuorotyö	11	15	15	14
Epäsäännöllinen tai muu työaika	18	16	15	16
Yhteensä (N)	100 (252)	100 (370)	100 (172)	100 (794)
<i>Työn rasittavuus (N= 849)</i>				
Kevyt tai muu istumatyö	47	39	44	43
Kevyt seisoma tai keskiraskas liikkuva	38	46	41	42
Raskas tai erittäin raskas ruumiillinen	15	15	16	15
Yhteensä (N)	100 (266)	100 (389)	101 (194)	100 (846)

* = muuttujan yhteys ilmoitettuun keskusteluun (χ^2) on tilastollisesti merkitsevä ($p \leq .05$)

6.3.2 Keskustelut terveydenhoitajan ja työterveyshoitajan kanssa liikunnasta

Vastaajista 41 % ilmoitti, että ei ollut käynyt terveydenhoitajan tai työterveyshoitajan vastaanotolla vastaamista edeltäneen 12 kuukauden aikana. Kolmannes vastaajista ilmoitti käyneensä terveydenhoitajan tai työterveyshoitajan vastaanotolla, mutta ei ollut keskustellut liikunnasta. Noin neljännes vastaajista ilmoitti käyneensä vastaanotolla ja keskustelleensa liikunnasta terveydenhoitajan tai työterveyshoitajan kanssa.

Iän ja terveydenhoitaja- tai työterveyshoitajakeskustelujen tilastollinen yhteys oli heikko ($C = .11$). Vanhimman ikäryhmän vastaajat ilmoittivat kahta nuorempaa ikäryhmää yleisemmin keskustelleensa terveydenhoitajan tai työterveyshoitajan kanssa liikunnasta (taulukko 8). Miesten ja naisten ryhmissä erikseen tehdyissä tarkasteluissa tulos säilyi samansuuntaisena.

Miehet ilmoittivat suhteellisesti naisia yleisemmin keskustelleensa liikunnasta terveydenhoitajan tai työterveyshoitajan kanssa liikunnasta (taulukko 8). Tilastollinen yhteys oli heikko ($C = .25$). Kun tarkastelu tehtiin ikäryhmissä erikseen, tilastollinen yhteys muuttujien välillä oli kahdessa nuoremmassa ikäryhmässä, mutta ei 57-59-vuotiailla.

Koko vastaajajoukon työtilanteella ja terveydenhoitajakeskusteluilla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä, eikä miesten ja naisten ryhmien erillisessä tarkastelussa. Ikäryhmittäisessä tarkastelussa tilastollinen heikko yhteys ($C = .15$) muuttujien välillä oli vain 57-59-vuotiailla. Keskustelujen osuus oli suhteellisesti suurempi työssäkäyvillä kuin niillä, jotka eivät käyneet työssä.

Työajalla ja terveydenhoitajakeskusteluilla oli heikko tilastollinen yhteys ($C = .18$), mikä erillisissä tarkasteluissa oli vain miehillä ja 28-30-vuotiailla. Päivätyötä tekevät ilmoittivat keskustelleensa muuta vastaajajoukkoa yleisemmin terveydenhoitajan tai työterveyshoitajan kanssa liikunnasta. Ne, joilla oli epäsäännöllinen työaika ilmoittivat keskusteluista suhteellisesti muuta vastaajajoukkoa harvemmin (taulukko 8).

Työn rasittavuudella ja terveydenhoitajakeskusteluilla ei ollut tilastollista yhteyttä koko vastaajajoukossa (taulukko 8) eikä sukupuolten ja ikäryhmien erillisissä tarkasteluissa.

Taulukko 8. Ilmoitetut keskustelut liikunnasta terveydenhoitajan tai työterveyshoitajan kanssa sosiaalisen taustan mukaan (%).

Muuttuja	Ei terv. hoitajalla	Ei keskusteltu	Keskusteltu	Kaikki
<i>Ikä (N=1 252)*</i>				
28-30-vuotiaat	33	40	27	34
43-45-vuotiaat	32	28	32	31
57-59-vuotiaat	35	32	41	36
Yhteensä (N)	100 (517)	100 (405)	100 (330)	101 (1252)
<i>Sukupuoli (N=1 252)*</i>				
Mies	44	38	49	44
Nainen	56	62	52	57
Yhteensä (N)	100 (517)	100 (405)	101 (330)	101 (1252)
<i>Asunnon sijainti (N=1 245)</i>				
Keskusta	25	26	24	25
Lähiö tai taajama	53	54	61	55
Maaseutu	22	20	15	20
Yhteensä (N)	100 (514)	100 (401)	100 (330)	100 (1245)
<i>Työtilanne (N=1 248)</i>				
Työssä	61	66	67	64
Ei työssä	39	34	33	36
Yhteensä (N)	100 (516)	100 (402)	100 (330)	100 (1248)
<i>Työaika (N=792)*</i>				
Päivätyö	64	71	72	68
Muu säännöllinen työaika	3	1	2	2
Vuorotyö	11	17	14	14
Epäsäännöllinen tai muu työaika	22	12	13	16
Yhteensä	100	101	101	100
<i>Työn rasittavuus (N=848)</i>				
Kevyt tai muu istumatyö	43	40	45	43
Kevyt seisoma, keskiraskas liikkuva	41	46	40	42
Raskas tai erittäin raskas ruumiillinen	16	14	15	15
Yhteensä (N)	100 (339)	100 (279)	100 (230)	100 (848)

* = muuttujan yhteys ilmoitettuun keskusteluun (χ^2) on tilastollisesti merkitsevä ($p \leq .05$)

Sillä, olivatko ei terveydenhoitajalla käyneet mukana analyysissä vai eivät, ei ollut vaikutusta tuloksiin. Asunnon sijainnilla, työtilanteella ja työn rasittavuudella ei ollut tilastollista

yhteyttä terveydenhoitajan kanssa käytyihin keskusteluihin liikunnasta. Iän, sukupuolen ja työajan tilastollinen yhteys oli merkitsevä, mutta heikko. Ilmoitetut liikuntaa koskevat keskustelut terveydenhoitajan tai työterveyshoitajan kanssa kohdentuivat lievästi 57-59-vuotiaisiin ja miehiin. Muuta vastaajajoukkoa harvemmin keskusteluista ilmoittivat vuorotyötä tekevät miehet.

6.4 Fyysinen aktiivisuus ja keskustelut liikunnasta

6.4.1 Lääkärin kanssa kädyt keskustelut ja liikunta

Vapaa-ajan liikunnalla, asiointiliikunnalla, ulkoilulla ja järjestettyyn liikuntaan osallistumisella ei ollut tilastollista yhteyttä ilmoitettuihin lääkärin kanssa käytyihin keskusteluihin (taulukko 9).

Lenkkeilyn perusteella tehdyssä tarkastelussa keskustelun ilmoittaneissa oli säännöllisiä lenkkeilijöitä 52 %, satunnaisia lenkkeilijöitä 34 % ja 14 % niitä, jotka eivät lenkkeilleet lainkaan. Heikko tilastollinen yhteys ($C = .11$) muodostui siitä, että satunnaisesti lenkkeilevissä oli suhteellisesti muuta vastaajajoukkoa pienempi osuus niitä, jotka ilmoittivat keskusteluista. Säännöllisissä lenkkeilijöissä oli muuta vastaajajoukkoa suhteellisesti suurempi osuus niitä, jotka ilmoittivat käydyistä keskusteluista (taulukko 9).

Ikäryhmittäin tehdyssä tarkastelussa heikko tilastollinen yhteys ($C = .23$) oli ainoastaan ulkoilun ja lääkärikeskustelujen välillä 43-45-vuotiailla. Keskusteluista ilmoittaneissa päivittäin säännöllisesti ulkoilevien osuus oli suhteellisesti suurempi kuin harvemmin tai muulla tavalla ulkoilevien. Tilastollinen yhteys oli sekä miehillä että naisilla.

Taulukko 9. Lääkärin kanssa liikunnasta käydyt keskustelut fyysisen aktiivisuuden mukaan (%).

Muuttuja	Ei lääkärissä	Ei keskusteltu	Keskusteltu	Kaikki
<i>Vapaa-ajan liikunta (N= 1 248)</i>				
Ei juuri mitään tai verkkaista 1 x vko	33	38	39	37
Reipasta liikuntaa 1 x vko	15	13	13	14
Reipasta liikuntaa ≥ 2 x vko	52	49	48	50
Yhteensä	100	100	100	101
(N)	(365)	(565)	(318)	(1248)
<i>Lenkkeily (N=1 250) *</i>				
Ei lenkkeilyä	18	16	14	16
Lenkkeilyä satunnaisesti	42	45	34	41
Lenkkeilyä säännöllisesti	41	39	52	43
Yhteensä	101	100	100	100
(N)	(369)	(564)	(317)	(1250)
<i>Asiointiliikunta (N=1 241)</i>				
Ei asiointiliikuntaa	37	35	35	36
Asiointiliikuntaa satunnaisesti	29	30	28	29
Asiointiliikuntaa säännöllisesti	34	35	38	36
Yhteensä	100	100	101	101
(N)	(362)	(562)	(317)	(1241)
<i>Ulkoilu (1 209)</i>				
Ei ulkoilua säännöllisesti	13	14	11	13
Ulkoilua 1 x vko	20	22	17	20
Ulkoilua lähes päivittäin	46	45	53	47
Ulkoilua muulla tavalla	21	20	19	20
Yhteensä	100	101	100	100
(N)	(359)	(545)	(305)	(1209)
<i>Järjestetty liikunta (N=1 255)</i>				
Ei osallistu lainkaan tai satunnaisesti	66	69	67	68
Osallistuu 1-3 x kk tai viikottain	34	31	33	33
Yhteensä	100	100	100	101
(N)	(369)	(566)	(320)	(1255)

* = muuttujien yhteys ilmoitettuun keskusteluun (χ^2) on tilastollisesti merkitsevä ($p = \leq .05$)

6.4.2 Terveydenhoitajan tai työterveyshoitajan kanssa käydyt keskustelut ja liikunta

Lenkkeilyn perusteella terveydenhoitajan kanssa keskustelun ilmoittaneissa oli säännöllisiä lenkkeilijöitä 48 %, mikä oli suhteellisesti suurempi osuus kuin vastaajissa keskimääräisesti. Satunnaisia lenkkeilijöitä oli 40 % ja niitä, jotka eivät lenkkeilleet oli 13 %. Lenkkeilymuuttujan tilastollinen yhteys keskustelujen käymiseen oli kuitenkin heikko ($C = .09$) (taulukko 10). Kun ne, jotka eivät olleet käyneet terveydenhoitajalla, jätettiin analyysistä pois, tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ei ollut.

Muilla liikuntamuuttujilla ei ollut tilastollista yhteyttä terveydenhoitajakeskusteluihin (taulukko 10). Kun analyysiin otettiin vain terveydenhoitajalla käyneet, vapaa-ajan liikunnalla ja keskusteluilla oli heikko tilastollinen yhteys ($C = .10$).

Ikäryhmittäin tehdyssä tarkastelussa heikko tilastollinen yhteys ($C = .32$) oli ainoastaan ulkoilulla ja terveydenhoitajakeskusteluilla 43-45-vuotiaiden miesten ryhmässä. Keskusteluista ilmoittaneita oli suhteellisesti muuta vastaajajoukkoa enemmän satunnaisesti ulkoilevissa.

Kun analyysiin otettiin pelkästään terveydenhoitajalla käyneet, vapaa-ajan liikunnalla oli heikko tilastollinen yhteys ($C = .10$) käytyihin keskusteluihin. Satunnaisesti vapaa-aikanaan liikkuvat keskustelivat muuta vastaajajoukkoa yleisemmin. Muilla liikuntamuuttujilla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä terveydenhoitajan tai työterveyshoitajan kanssa käytyihin keskusteluihin.

Taulukko 10. Terveydenhoitajan tai työterveyshoitajan kanssa liikunnasta käydyt keskustelut fyysisen aktiivisuuden mukaan (%).

Muuttuja	Ei terv. hoitajalla	Ei keskusteltu	Keskusteltu	Kaikki
<i>Vapaa-ajan liikunta (N=1 243)</i>				
Ei juuri mitään tai verkkaista 1 x vko	37	39	33	37
Reipasta liikuntaa noin 1 x vko	12	12	18	14
Reipasta liikuntaa ≥ 2 x vko	51	50	49	50
Yhteensä	100	101	100	101
(N)	(510)	(404)	(329)	(1243)
<i>Lenkkeily (N= 1 244) *</i>				
Ei lenkkeilyä	18	17	13	16
Lenkkeilyä satunnaisesti	39	45	40	41
Lenkkeilyä säännöllisesti	44	38	48	43
Yhteensä	101	100	101	100
(N)	(515)	(403)	(326)	(1244)
<i>Asiointiliikunta (N=1 237)</i>				
Ei asiointiliikuntaa	38	34	33	35
Asiointiliikuntaa satunnaisesti	27	31	30	29
Asiointiliikuntaa säännöllisesti	35	35	37	36
Yhteensä	100	100	100	100
(N)	(508)	(401)	(328)	(1237)
<i>Ulkoilu (N=1 204)</i>				
Ei ulkoile säännöllisesti	14	14	11	13
Ulkoilua 1 x vko isojen lasten kanssa	20	19	22	20
Ulkoilua päivitt. pien. lasten kanssa	46	47	49	47
Ulkoilua muulla tavalla	21	20	19	20
Yhteensä	101	100	101	100
(N)	(498)	(391)	(315)	(1204)
<i>Järjestetty liikunta (N=1 250)</i>				
Ei osallistu lainkaan tai satunnaisesti	69	67	66	67
Osallistuu 1-3 x kk tai viikottain	31	33	34	33
Yhteensä	100	100	100	100
(N)	(516)	(404)	(330)	(1250)

* = muuttujien yhteys ilmoitettuun keskusteluun (χ^2) on tilastollisesti merkitsevä ($p = \leq .05$)

6.5 Koettu terveys ja keskustelut liikunnasta

6.5.1 Lääkärin kanssa käydyt keskustelut

Lääkärin kanssa liikuntakeskusteluja käyneistä suhteellisesti muuta vastaajajoukkoa suurempi joukko oli niitä, jotka kokivat terveytensä keskitasoisiksi (41 %) tai melko huonoksi tai huonoksi (14 %). Ne vastaajat, jotka kokivat terveytensä hyväksi tai melko hyväksi ilmoittivat muuta vastaajajoukkoa yleisemmin, että eivät olleet käyneet lääkärissä. Tilastollinen yhteys muuttujien välillä oli kuitenkin heikko ($C = .27$). Ikäryhmittäisessä tarkastelussa koetun terveyden tilastollinen heikko yhteys ilmoitettuihin keskusteluihin oli sekä miehillä että naisilla kahdessa vanhemmassa ikäryhmässä, mutta ei 28-30 -vuotiailla.

Liikuntaa rajoittavien sairauksien tai vammojen ja liikuntakeskustelujen heikko tilastollinen yhteys ($C = .33$) muodostui siitä, että liikunnasta keskustelleissa oli suhteellisesti enemmän niitä, joilla sairaus rajoitti liikuntaa jossain määrin (40 %) tai voimakkaasti (13 %) kuin niitä, joilla rajoittavia tekijöitä ei ollut. Erillisessä tarkastelussa se säilyi kaikissa ikäryhmissä sekä miehillä että naisilla.

Liikuntakeskusteluista ilmoittaneissa oli suhteellisesti enemmän ikätovereitaan huonompikuntoisiksi itsensä tuntevia (25 %) kuin ikätovereitaan parempikuntoisiksi (18 %) ja samankuntoisiksi (56 %) tuntevia. Ei lääkärissä käyneissä oli suhteellisesti muuta vastaajajoukkoa enemmän niitä, jotka kokivat olevansa ikätovereitaan paremmassa ruumiillisessa kunnossa (30 %) ja vähemmän huonompikuntoisia (7 %). Niissä, jotka ilmoittivat, että eivät olleet keskustelleet lääkärin kanssa liikunnasta oli suhteellisesti enemmän ikätovereidensa kanssa samankuntoisia (71 %). Muuttujien tilastollinen yhteys oli heikko ($C = .24$) (taulukko 11), kaikissa ikäryhmissä sekä miehillä että naisilla.

Taulukko 11. Koettu terveys ja keskustelu liikunnasta lääkärin kanssa (%).

Muuttuja	Ei lääkärissä	Ei keskusteltu	Keskusteltu	Kaikki
<i>Terveys (N=1 252) *</i>				
Hyvä tai melko hyvä	80	69	45	66
Keskitasoinen	19	25	41	27
Melko huono tai huono	2	6	14	7
Yhteensä	101	100	100	100
(N)	(370)	(563)	(319)	(1252)
<i>Liikuntaa rajoittava sairaus tai vamma (N=1254) *</i>				
Ei rajoita	87	76	48	72
Rajoittaa jossain määrin	12	20	40	23
Rajoittaa voimakkaasti, estää kokonaan	1	3	13	5
Yhteensä	100	99	101	100
(N)	(370)	(564)	(320)	(1254)
<i>Ruumiillinen kunto (N=1 250) *</i>				
Parempi kuin ikätovereilla	30	20	18	23
Samanlainen kuin ikätovereilla	63	71	56	65
Huonompi kuin ikätovereilla	7	9	25	13
Yhteensä	100	100	99	100
(N)	(366)	(564)	(320)	(1250)

* = muuttujien yhteys ilmoitettuun keskusteluun (χ^2) on tilastollisesti merkitsevä ($p = \leq .05$)

Vastaajien kokemuksilla omasta terveydestään, liikuntaa rajoittavista sairauksista tai vammoista sekä ruumiillisesta kunnostaan oli tilastollinen yhteys heidän ilmoittamiinsa liikuntakeskusteluihin lääkärin kanssa. Lääkärin kanssa liikunnasta ilmoitetut keskustelut kohdentuivat jonkin verran niihin, jotka kokivat terveytensä keskitasoiseksi tai huonommaksi, joilla oli liikuntaa rajoittavia sairauksia tai vammoja sekä ne, jotka kokivat olevansa ikätovereitaan huonommassa kunnossa.

6.5.2 Terveystenhoitajan tai työterveyshoitajan kanssa käydyt keskustelut

Terveystenhoitajan kanssa käydyistä liikuntakeskusteluista ilmoittaneista 58 % oli terveytensä hyväksi tai melko hyväksi kokeneita, mikä oli suhteellisesti vähemmän kuin koko vastaajajoukossa. Suhteellisesti enemmän oli keskitasoiseksi (32 %) ja melko huonoksi tai huonoksi terveytensä kokeneita (10 %) (taulukko 12). Terveystenhoitajan tilastollinen yhteys

keskustelujen käymiseen oli kuitenkin heikko ($C = .11$). Miehillä tilastollista yhteyttä ei ollut missään ikäryhmässä ja naisilla ainoastaan 43-45-vuotiailla.

Liikuntakeskusteluja käyneissä oli suhteellisesti vähemmän niitä, joilla ei ollut liikuntaa ja kuntoilua rajoittavaa sairautta tai vammaa (66 %) ja enemmän niitä, joilla sairaus tai vamma rajoitti liikuntaa jossain määrin (27 %) ja voimakkaasti (7 %) (taulukko 12). Tilastollinen yhteys oli heikko ($C = .10$). Miehillä tilastollista yhteyttä ei ollut ja naisilla se oli vain 43-45-vuotiailla.

Ikätovereitaan parempikuntoisten osuus oli keskustelleissa pienempi kuin koko vastaajajoukossa (16 %) ja suurempi huonompikuntoisissa (18 %). Kuntomuuttujan tilastollinen yhteys keskustelujen käymiseen oli kuitenkin heikko ($C = .12$) (taulukko 12). Ikäryhmittäin tarkasteltuna tilastollista yhteyttä ei ollut miehillä eikä naisilla.

Vastaajien kokemuksilla omasta terveydestään, liikuntaa rajoittavista sairauksista tai vammoista sekä ruumiillisesta kunnostaan oli tilastollinen yhteys heidän ilmoittamiinsa liikuntakeskusteluihin terveydenhoitajan tai työterveyshoitajan kanssa. Pelkästään terveydenhoitajalla käyneillä tehdyt analyysit eivät muuttaneet tulosta. Ilmoitetut terveydenhoitajan tai työterveyshoitajan kanssa käydyt keskustelut kohdentuivat jonkin verran niihin, jotka kokivat terveytensä keskitasoisiksi tai huonommaksi, joilla oli liikuntaa rajoittava sairaus tai vamma sekä niihin, jotka kokivat ruumiillisen kuntonsa ikätovereitaan huonommaksi.

Taulukko 12. Koettu terveys ja keskustelu liikunnasta terveydenhoitajan tai työterveyshoitajan kanssa (%).

Muuttuja	Ei terv. hoitajalla	Ei keskusteltu	Keskusteltu	Kaikki
<i>Terveys (N=1 247) *</i>				
Hyvä tai melko hyvä	70	68	58	66
Keskitasoinen	25	26	32	27
Melko huono tai huono	6	6	10	7
Yhteensä (N)	101 (517)	100 (401)	100 (329)	100 (1247)
<i>Liikuntaa rajoittava sairaus tai vamma (N=1 249) *</i>				
Ei rajoita	76	73	66	72
Rajoittaa jossain määrin	20	23	27	23
Rajoittaa voimakkaasti, estää	4	4	7	5
Yhteensä (N)	100 (517)	100 (402)	100 (330)	100 (1249)
<i>Ruumiillinen kunto (N=1 245) *</i>				
Parempi kuin ikätovereilla	26	24	16	22
Samanlainen kuin ikätovereilla	63	66	66	65
Huonompi kuin ikätovereilla	11	10	18	13
Yhteensä (N)	100 (514)	100 (401)	100 (330)	100 (1245)

* = muuttujien yhteys ilmoitettuun keskusteluun (χ^2) on tilastollisesti merkitsevä ($p = \leq .05$)

7 POHDINTA

7.1 Tutkimuksen luotettavuus ja yleistettävyys

Tutkimuksessa käytettiin UKK-instituutin Terveys, voimavarat ja liikunta seurantatutkimuksen kyselyaineistoa. Tutkimuslomake oli lähetetty 1 508 henkilölle, jotka olivat osallistuneet tutkimuksen ensimmäiseen kyselyyn kaksi vuotta aikaisemmin ja eivät kieltäytyneet tutkimuksen jatkosta. Tämä saattoi aiheuttaa valikoitumista, mikä pitää huomioida tuloksia yleistettäessä. Yhden muistutuskirjeen jälkeen vastausprosentiksi muodostui 83,7 % lähetetyistä kyselylomakkeista, mitä voidaan pitää postikyselyssä hyvänä. Hirsjärven ym. (2000) mukaan suurelle yleisölle lähetetty lomake tuottaa parhaimmillaan vastauksia 30-40 prosentilta ja kahden muistuttamisen jälkeen vastausprosentti voi nousta 70-80 prosenttiin.

Kun tutkimuksen tavoitteena on saada yleistettäviä päätelmiä, on määriteltävä perusjoukko ja poimittava tästä joukosta edustava otos (Hirsjärvi ym. 2000). Tässä tutkimuksessa yleistettävyttä heikensi se, että kysely lähetettiin niille, jotka olivat vastanneet peruskyselyyn. Vastausprosentti peruskyselyssä oli alhaisempi kuin seurantakyselyssä. Tutkijaryhmä vertasi taustamuuttujien jakaumia perus- ja seurantakyselyjen välillä χ^2 -kriteerin avulla siten, että odotusarvoina olivat peruskyselyn jakaumien perusteella lasketut arvot ja empiirisinä arvoina seurantakyselyn vastaavat jakaumat. Minkään taustamuuttujan suhteen ei ollut tilastollista eroa. Taustamuuttujat osoittavat, että aineisto on heterogeeninen. Kahden kyselyn välillä ei siis ollut isoa valikoitumista. Tutkimuksesta on voinut jäädä pois kuitenkin esimerkiksi sellaisia sairaita henkilöitä, joiden kanssa on keskusteltu liikunnasta.

Tutkimuksen aihe on tärkein vastaamiseen vaikuttava seikka, mutta lomakkeen laadinnalla ja kysymysten tarkalla suunnittelulla voidaan tehostaa tutkimuksen onnistumista (Hirsjärvi ym. 2000). UKK-instituutin asiantuntijoiden laatiman kyselylomakkeen kysymyksistä osaa oli käytetty aikaisemmin muissa tutkimuksissa. Kyselylomakkeen lopullinen sanamuoto perustuu esitestaukseen. Kaksikymmentäviisi aikuista täytti lomakkeen, minkä jälkeen heitä haastateltiin kysymysten henkilökohtaisesta tulkinnasta. (Miilunpalo ym. 2000). Kysymykset ja vastausvaihtoehdot oli ryhmitelty selkeästi ja kukin liikuntaan liittyvä käsite määriteltiin sivun alussa, ennen kysymystä. Kaikki edelliset seikat vaikuttivat todennäköisesti siihen, että vastaaminen oli ilmeisen helppoa, mistä kertoo se, että puuttuvia tietoja oli aineistossa vähän. Puutteellisimmin täytetyt vastauslomakkeet merkittiin katoon samojen laatukriteerien mukaan

kuin peruskyselyssä. Kun aineisto hankitaan kyselylomakkeella, ei ole mahdollista varmistua siitä, miten vakavasti vastaajat ovat suhtautuneet tutkimukseen ja miten onnistuneita annetut vastausvaihtoehdot ovat olleet vastaajien näkökulmasta (Hirsjärvi ym. 2000).

Tämän tutkimuksen sisällöllistä luotettavuutta heikensi se, että liikuntaan liittyvää keskustelua lääkärin ja terveydenhoitajan tai työterveyshoitajan kanssa tiedusteltiin lomakkeen vastaamista edeltäneen 12 kuukauden ajalta, jolloin vastaukset perustuivat muistamiseen. Luotettavimmat vastaukset saataisiin, jos kysymykset esitettäisiin heti vastaanottokäynnin jälkeen. Vapaa-ajan liikuntaa ja järjestettyyn liikuntaan osallistumista kysyttiin vastaamista edeltäneen kolmen kuukauden ajalta. Lenkkeily-, asiointiliikunta- ja ulkoilukysymyksissä tiedusteltiin vastaamishetken liikuntakäyttäytymistä. Luotettavuuden arvioimiseksi vapaa-ajan liikuntaa ja lenkkeilyä koskevat muuttujat ristiintaulukoitiin kuten peruskyselyssä ja todettiin, että 6,3 % vastaajista ilmoitti ristiriitaisesti lenkkeilevänsä säännöllisesti, mutta ei liikkuvansa säännöllisesti.

Koodatussa osa-aineistossa, jonka sain käyttööni, kysymyksistä oli tehty muuttujia ja vastausvaihtoehdoista luokkia tai jokaisesta vastausvaihtoehdosta oma muuttuja. Kyselylomakkeen kysymykset ja vastausvaihtoehdot oli laadittu siten, että sain muodostettua tutkimuskysymysten kannalta jakaumien perusteella koodattuja muuttujien luokkia tai muuttujia yhdistämällä harvempia, tutkimuskysymysten kannalta sisällöllisesti mielekkäitä muuttujia ja luokkia. Työtilannetta koskevan muuttujan luokittelin työssäkäyviin ja niihin, jotka eivät käyneet työssä. Luokkien yhdistämisellä menetettiin tietoa työtilanteen yhteydestä liikuntatottumuksiin. Aikaisemmassa tutkimuksessa eläkeläiset, viljelijät ja yrittäjät liikkuivat arvion mukaan terveyden kannalta riittämättömästi ja opiskelijat puolestaan riittävästi (Suuri kansallinen...2002).

Liikuntamuuttujat luokiteltiin kolmeen luokkaan siten, että luokat kuvasivat eri liikuntamuotojen puuttumista, epäsäännöllisyyttä tai säännöllisyyttä. Koetun terveyden, liikuntaa rajoittavat sairaudet tai vammat ja ruumiillisen kunnon luokittelin myös kolmeen luokkaan. Menettelyn ansiosta ristiintaulukoinneissa ei ollut liian pieniä ruutufrekvenssejä, paitsi lääkärin sekä terveydenhoitajan kanssa käytyjen keskustelujen ja työajan sekä työn rasittavuuden ristiintaulukoinneissa silloin, kun analyyseistä jätettiin pois ne, jotka eivät käyneet työssä. Kummassakin ristiintaulukossa oli χ^2 :n laskemisen kannalta yksi liian pieni ruutufrekvenssi. Analyyseissä käytettiin ainoastaan ristiintaulukointia ja χ^2 -testiä. Koska aineisto on iso, tilastollisesti merkitsevien yhteyksien voimakkuutta tarkasteltiin

kontingenssikertoimella (C). Osoittautuikin, että yhteys oli useimmissa tapauksissa varsin heikko. Kontingenssikertoimen arvot vaihtelivat välillä $C = .10 - .33$, mikä tarkoittaa vähäistä tilastollista yhteyttä. χ^2 -testin avulla analysoitiin, onko muuttujien välillä merkitsevää riippuvuutta. Kontingenssikeroimella käytettiin muuttujien välisen riippuvuuden suuruuden tunnuslukuna. Kontingenssikeroimella on puutteita. Sen maksimi-arvo voi olla sitä korkeampi, mitä suurempi korrelaatiotaulukko on. Kerroin ei voi koskaan saada arvoa 1. Seurauksena on se, että ainoastaan samansuuruisista korrelaatiotaulukoista lasketut kontingenssikertoimet ovat keskenään vertailukelpoisia. (Vihervuo & Kalimo 1971, 199.) Tässä tutkimuksessa ainoastaan työtilannetta, työaikaa ja ulkoilua kuvaavat muuttujat poikkesivat 3 x 3 –taulukosta.

7.2 Tulosten tarkastelu

Terveystieteiden tutkimuskeskuksella on hallinnollisten suositusten perusteella velvoite pyrkiä vaikuttamaan niiden henkilöiden liikuntakäyttäytymiseen, jotka liikkuvat terveyden kannalta riittämättömästi ja joille liikunnan lisäämisestä on etua. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten liikuntaan liittyvät keskustelut kohdentuivat lääkärin ja terveydenhoitajan tai työterveyshoitajan vastaanottokäynnillä vastaajien sosiaalisen taustan mukaan sekä miten liikunnasta keskustelleet vastaajat erosivat liikuntatottumuksiltaan, koetulta terveydeltään ja ruumiilliselta kunnoltaan niistä, jotka eivät olleet ilmoituksensa mukaan keskustelleet liikunnasta.

Tutkimuksessa käytettiin UKK-instituutin Terveys, voimavarat ja liikunta seurantakyselyn aineistoa, jonka vastaajina olivat kolmessa eri elämänvaiheessa (28-30-, 43-45- ja 57-59-vuotiaat) olevat henkilöt.

Liikuntatottumukset: Vastaajien liikuntatottumusten useus oli samansuuntaista kuin AVTK - tutkimuksessa, liikuntagallupissa ja turkulaisten liikuntakäyttäytymistä selvittäneessä tutkimuksessa (Helakorpi ym. 1998; 2003; Suuri kansallinen... 2003; Zacheus ym. 2003). Vanhimman ikäryhmän ja niiden, jotka eivät käyneet työssä osuus säännöllisesti lenkkeilevissä ja asiointimatkoillaan kävelevissä tai pyöräilevissä oli suurempi kuin muiden. He elävät todennäköisesti sellaista elämän vaihetta, jolloin liikunnalle jää aikaa perheeltä ja työltä. Nuorin ja vanhin ikäryhmä ulkoili suhteellisesti yleisemmin kuin 43-45-vuotiaat. Säännöllisellä ulkoilulla tarkoitettiin esimerkiksi lasten kanssa ulkoilua, koiran ulkoiluttamista tai verkkaista kävelyä ulkona. Nämä ulkoilumuodot kuuluvat mainittujen ikäryhmien elämänvaiheeseen todennäköisemmin kuin 43-45-vuotiaiden. Lasten kanssa

ulkoilu kuuluu nuorimman ikäryhmän elämään. Vanhimmassa ikäryhmässä saattaa olla isovanhempia, jotka ulkoilevat lastenlasten kanssa. Samoin he saattavat ulkoilla verkkaisesti kävellen esimerkiksi marjastaen ja sienestäen todennäköisemmin kuin nuoremmat.

Vastaanottokäynnit: Vastaajista 71 % ilmoitti käyneensä lääkärissä vastaamista edeltäneen vuoden aikana. Lääkärissä käyneiden määrä on pienempi kuin samana vuonna kuukautta myöhemmin toteutetussa, tosin laajemman ikäalueen kattaneessa Kansanterveyslaitoksen AVTK – tutkimuksessa. Siinä vastaamista edeltäneen vuoden aikana oli yhden tai useamman kerran käynyt lääkärissä 82 % iältään 15-64-vuotiaista vastaajista. (Helakorpi ym. 1998.) Heinosen ym. (2001) tutkimuksessa tiedusteltiin vastaamista edeltäneen vuoden ajalta lääkärissä käyntiä vain Turun kaupungin terveystoimen toimipisteiden palveluja käyttäneiltä henkilöiltä. Aikuisista vastaajista 76 % oli käynyt lääkärissä vastaamista edeltäneen vuoden aikana vähintään kerran.

Terveydenhoitajalla tai työterveyshoitajalla oli käynyt vastaamista edeltäneen kahdentoista kuukauden aikana 59 % vastaajista. Vastaanottokäynti voi johtua sairaudesta, terveystarkastuksesta tai olla sovittu terveystarkastuksen eri aihealueisiin liittyvä käynti. Turkulaisilta kysyttiin sairaan- tai terveydenhoitajalla käyntiä. Vastaajista 61 % oli käynyt vähintään kerran heidän vastaanotollaan vastaamista edeltäneen 12 kuukauden aikana. (Heinonen ym. 2001.) Vastaanotoilla käyntien määriä ei voi eri tutkimuksissa suoraan verrata, koska niissä vastaajien ikä vaihteli ja turkulaisten tutkimuksessa olivat mukana vain kaupungin terveystarkastuksia käyttäneet henkilöt. Lisäksi kysyttiin sairaanhoitajalla tai terveydenhoitajalla käyntiä. Käyntimäärien suuruusluokkien voidaan kuitenkin katsoa olevan samansuuntaisia.

Lääkärissä käyneistä 36 % eli 26 % kaikista vastaajista ilmoitti keskustelleensa lääkärin kanssa liikunnasta. Terveydenhoitajalla tai työterveyshoitajalla käyneistä 45 % eli 26 % vastaajista oli keskustellut liikunnasta vastaanottokäynnillä.

Eri tutkimuksissa kolme neljäsosaa vastaajista ilmoitti käyneensä lääkärin ja noin puolet terveydenhoitajan vastaanotolla vastaamista edeltäneen vuoden aikana. Terveydenhuollon palvelujärjestelmä tavoittaa siis suuren osan väestöstä. Tällä perusteella ammattihenkilöillä olisi mahdollisuus keskusteluihin ja neuvonnalla edistää väestön terveystietoisuutta, mutta aikaisemmissa tutkimuksissa on tullut esille, että muun muassa ajan ja erityistietämyksen puute vaikuttavat neuvonnan määrään.

Tutkimuskysymys 1: Jo runsaat kymmenen vuotta yleisenä terveystoimintana haasteena Suomessa on ollut saada ihmiset omaksumaan entistä laajemmin elintapoja, jotka edistävät pitkällä aikavälillä toimintakykyä. (Terveyttä kaikille...1993.) Väestön liikunta-aktiivisuuden lisääminen on otettu terveyden edistämistyön yhdeksi painopistealueeksi ja liikunnan edistämisen tärkeimmäksi kohderyhmäksi on nostettu vähiten liikkuvat väestöryhmät. Vähiten liikkuvien terveystoiminnan edistäminen kuuluu perusterveydenhuollon tehtäviin.

Keskustelut liikunnasta lääkärin kanssa kohdentuivat lievästi sattumanvaraista yleisemmin vanhimpaan ikäryhmään ja niihin, jotka eivät käyneet työssä. Terveystoimintajän tai työterveyshoitajan kanssa keskustelut kohdentuivat vanhimpaan ikäryhmään, miehiin ja päivätyötä tekeviin. Vastaajien ilmoittamissa liikuntaan liittyvissä keskusteluissa ei siis ilmennyt valikoitumista sosiaalisen taustan suhteen, vaan keskusteluja oli käyty tasapuolisesti kaikkien ryhmien kanssa. Liikuntaan liittyvien keskustelujen kohdentumisesta ei ole saatavissa vertailutietoja muista tutkimuksista.

Tutkimuskysymys 2: Toisessa tutkimustehtävässä selvitettiin, miten liikuntaan liittyvistä keskusteluista ilmoittaneet vastaajat erosivat koetulta terveydeltään ja liikuntatottumuksiltaan niistä, jotka eivät ilmoittaneet keskusteluista. Liikuntaa koskevien keskustelujen kohdentumista käsittelevät ristiintaulukoinnit tehtiin kahdella tavalla, koko aineistossa ja erikseen pelkästään lääkärissä käyneillä. Samoin tehtiin terveystoimintajän keskustelujen suhteen. Ne, jotka eivät käyneet lääkärissä ja terveystoimintajällä tai työterveyshoitajalla, eivät tilastollisesti eronneet liikunta- tai terveystoimintajän suhteen niistä, jotka kävivät vastaanotoilla.

Terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi ja ruumiillisen kuntosensa ikätovereitaan huonommaksi kokeneet sekä ne, joilla oli liikuntaa jonkin verran tai voimakkaasti rajoittava sairaus tai vamma, ilmoittivat käyneensä keskusteluja liikunnasta suhteellisesti yleisemmin kuin ne, jotka kokivat terveytensä vähintään hyväksi, ruumiillisen kuntosensa vähintään ikätovereitaan vastaavaksi ja ne, joilla ei ollut liikuntaa rajoittavia sairauksia tai vammoja. Iän merkitys näkyi tuloksissa, koska vanhin ikäryhmä ilmoitti keskusteluista suhteellisesti yleisimmin ja he kokivat myös terveytensä nuorempia huonommaksi. Tulokset olivat samansuuntaisia sekä lääkärin että terveystoimintajän tai työterveyshoitajan kanssa ilmoitetuissa keskusteluissa.

Säännöllisesti lenkkeilevät vastaajat ilmoittivat keskustelleensa lääkärin ja terveydenhoitajan tai työterveyshoitajan kanssa liikunnasta muuta vastaajajoukkoa yleisemmin. Samoin liikunnasta keskustelleilla oli yleisemmin liikuntaa rajoittavia sairauksia tai vammoja. Liikuntaa ja ulkoilua rajoittavia sairauksia tai vammoja kysyttiin samassa kysymyksessä eikä niitä siis eroteltu. Siksi voi ehkä epäillä, että näillä vastaajilla oli liikunnasta aiheutuneita vammoja, minkä vuoksi he saattoivat ottaa vastaanottokäynnin yhteydessä itse puheeksi liikunnan.

Vanhin ikäryhmä lenkkeili nuorempia yleisemmin ja samoin heillä oli yleisemmin liikuntaa rajoittavia sairauksia, vikoja tai vammoja. He kokivat myös ruumiillisen kuntansa ikätovereitaan huonommaksi ja terveytensä keskitasoiseksi tai huonommaksi. Voi myös epäillä, että sairaudet ovat herättäneet lenkkeilyyn liittyviä kysymyksiä esimerkiksi lajin jatkamisen tai vaihtamisen muodossa säännöllisesti lenkkeilevissä. Lenkkeily määriteltiin kyselylomakkeessa kävelyksi, hölkäksi, juoksuksi, pyöräilyksi tai hiihdoksi.

Tässä tutkimuksessa esille nousi siis sairauksien yhteys käytyihin keskusteluihin. Voidaan epäillä, että lääkärit, terveydenhoitajat ja työterveyshoitajat painottivat liikuntaan liittyviä keskusteluja sairauksien hoidossa, mutta eivät laajemmin terveyden edistämisen näkökulmasta.

Aiemassa Laitakarin ym. (1989) tutkimuksessakin terveyskeskuslääkärien toteuttaman terveysneuvonnan tarkoitus painottui sairauksien hoitoon sekä kuntoutukseen, hoitajien terveyden edistämiseen ja sairauksien ehkäisyyn. Miilunpalon ym. (1999) ja Toropaisen ym. (2000) terveyskeskustutkimusten tiedot oli koottu siten, että ammattilaiset täyttivät lomakkeen ja potilaita haastateltiin heti vastaanottokäynnin jälkeen. Keskustelujen osuudet olivat suuremmat kuin muissa tutkimuksissa, joissa vastaanottokäynnin syytä ei oltu eroteltu. Kansainvälisissä ja valtakunnallisissa terveyden ja liikunnan edistämissuosituksissa edellytetään kuitenkin laajempaa ajatusta kuin pelkästään sairauksien hoitamista.

Vähiten liikkuvat asiakkaat ja potilaat: Miilunpalon ym. (1999) tutkimuksessa noin puolessa niistä lääkäri- tai terveydenhoitajakäynneistä, joissa oli yleisesti keskusteltu fyysisestä aktiivisuudesta, palvelunantaja oli tiedustellut tai ottanut huomioon ohjeita antaessaan asiakkaan aikaisemmat liikuntatottumukset. Tässä tutkimuksessa ei keskustelujen sisältöä voitu eritellä, mutta asiakkaan ja potilaan liikuntatottumuksia selvitettiin usean muuttujan avulla.

Liikuntatottumuksilla ei ollut yhteyttä liikunnasta käytyihin keskusteluihin. Tämä merkitsee, ettei tuloksissa voi havaita erityisen huomion kiinnittämistä vähiten liikkuviin. Voi ehkä epäillä, ettei liikuntatottumuksista ole kysytty riittävästi tai keskusteluja ei ole pidetty tarpeellisina erityisesti vähiten liikkuvien kanssa. Asiakkaan liikuntakäyttäytymisen kartoituksella saataisiin kuitenkin tietoa hänen fyysisestä aktiivisuudestaan, mikä auttaisi arvioimaan asiakkaan liikunnan lisäämistarpeita ja hänelle tuttuja liikkumismuotoja. Nämä seikat ovat osa onnistuneen terveysneuvonnan aloittamista (Nupponen & Suni 2005, 220). Se, että asiakkaan liikuntakäyttäytymistä ei ehkä oteta riittävästi puheeksi vastaanottokäynnillä, saattaa johtua aiheeseen liittyvästä koulutustarpeesta.

7.3 Tulosten soveltaminen ja jatkotutkimusaiheet

Suomalaiset terveydenhuollon ammattilaiset ovat aikaisemmin (luku 3) kuvatuissa tutkimuksissa pitäneet liikuntaneuvontaa tärkeänä ja lähes kaikkiin asiakaskontakteihin kuuluvana. Silti he ovat toteuttaneet neuvontaa vain osassa kontakteissa. Laitakarin ym. (1994) terveyskeskustutkimuksissa todettiin, että työntekijät kokivat johtavien viranhaltijoiden myönteisestä asenteesta huolimatta neuvontatyölle työyhteisössä annetun tuen puutteelliseksi. Liikuntaneuvonnan toteutumisen esteeksi työntekijät kokivat myös ajan ja asiakkaiden kiinnostuksen puutteen. Neuvonnan tuloksellisuuteen ja ihmisten kykyyn elintapojensa muuttamiseen he suhtautuivat varauksin ja terveystietouden eettistä oikeutusta he arvioivat kriittisesti.

Samassa tutkimuksessa terveydenhuollon ammattiryhmien toimenkuvien pääteltiin leimaavan kontaktien luonnetta ja työn sisältöä ja näkyvän myös ammattiryhmien neuvonnassa. Terveystietokeskustelujen työ painottui sairauksien diagnostiikkaan ja hoitoon. Heidän tekemänsä neuvonnan tarkoitus ja aiheet tukivat ensisijaisesti hoitoa ja kuntoutusta. Hoitajien toimenkuvaan kuului terveyden edistämiseen ja sairauksien ehkäisyyn liittyviä tehtäviä sekä kroonisten sairauksien hoidon seuranta. Heillä neuvonnassa korostui terveiden elintapojen edistäminen. Liikunta oli esillä fysioterapeuttien toteuttamassa neuvonnassa. He keskittyivät erityisesti tuki- ja liikuntaelämisen sairauksien ja vammojen hoitoon ja kuntoutukseen. (Laitakari ym. 1994.)

Kirjallisuuskatsauksessa kuvatuissa aikaisemmissa tutkimuksissa on selvitetty liikuntaan liittyvän neuvonnan tarvetta, kysyntää, toteutumista ja edellytyksiä. Liikuntaan liittyvien keskustelujen kohdentumista on selvitetty vähän. Mielenkiintoista olisi myös tutkia

liikuntaan liittyvien keskustelujen ja liikuntaneuvonnan sisältöä esimerkiksi laadullisilla menetelmillä. Vaikka luennointia, kehottelua, neuvojen ja ohjeiden jakamista sekä pelkkää tiedon tarjoamista tarvitaan ihmisten liikuntatottumusten kehittämisessä, henkilökohtaisella ohjauksella ja neuvonnalla terveydenhuollon ammattilaisten työmuotona on erityinen osuus vähän tai ei juuri lainkaan liikuntaa toteuttavien terveysliikunnan edistämässä (Nupponen & Suni 2005).

Vähän tai ei lainkaan liikkuvien liikuntaneuvonta on suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän asia. Monia terveydenhuollon palveluja ollaan siirtämässä yksityisille palveluntuottajille ulkoistamalla toimintoja tai ostopalveluina. Mielenkiintoista olisi tutkia, eroaako liikuntaneuvonta yksityisen ja julkisen puolen palveluntuottajien toimintakäytäntönä määrällisesti ja laadullisesti. Minua fysioterapeuttina kiinnostaisi liittää kaikkiin tutkimuksiin lääkäreiden ja terveydenhoitajien lisäksi fysioterapeutit.

Esimerkiksi kuntokeskukset ja eri potilasjärjestöt tarjoavat myös palveluita liikuntatottumusten muuttamiseksi. Esimerkiksi henkilökohtaiset valmentajat tai vertaisohjaajat opastavat asiakkaita liikuntatottumusten muuttamisessa. Mielenkiintoista olisi tutkia heidän työnsä toteutusta ja vaikutuksia.

LÄHTEET

Fogelholm M & Oja P. 2005 Terveysliikuntasuositukset. Teoksessa M Fogelholm & I Vuori (toim.) Terveysliikunta. Jyväskylä; Gummerus Kirjapaino Oy. Kustannus Oy Duodecim.

Heinonen O, Lainio M, Oittinen A, Parkkunen H, Rinne R, Sinkkonen A, Suominen S, Takamäki M & Tähtinen J. 2001. Näin Turku liikkui vuonna 2000. Turku.

Helakorpi S, Uutela A, Prättälä R, Puska P. 1998. Suomalaisen aikuisväestön terveystietoisuus, kevät 1998. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B10/1998. Helsinki: Haka-paino Oy.

Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Aro A R, Uutela A. 2003. Suomalaisen aikuisväestön terveystietoisuus ja terveys, kevät 2003. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B17/2003. Helsinki.

Hirsjärvi S, Remes P & Sajavaara P. 2000. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Kannas L. 1992. Terveyskasvatus tutkimus- ja koulutusalanä sekä arjen käytäntöinä. Aikuiskasvatus 2/1992, 68-76.

KKI-ohjelma 2002. Mikä on KKI? URL, <http://www.kki.likes.fi/fi/index.html> päivitetty 18.10.2005

Laitakari J, Miilunpalo S, Pasanen M, Vuori I. 1989. Terveyskasvatus terveyskeskuksissa. Terveystietoisuus. Lääkintöhallituksen julkaisuja 6. Helsinki; Valtion painatuskeskus.

Laitakari J, Miilunpalo S, Pasanen M & Vuori I. 1994. Terveyskasvatus terveyskeskuksissa. Raportti johtavien viranhaltijoiden ja terveystietoisuuden yhdyshenkilöiden näkemyksistä ja kehittämisehdotuksista. Terveystietoisuuden keskuksen julkaisuja 7. Helsinki; Trio-Offset.

Liikuntalaki 1998. 1054/18.12.1998.

Mauranen Kari & Puntila Eero. 1995. Biostatistiikka. URL, http://www.uku.fi/~mauranen/bis/bis4_doc.htm

Miettinen M & Rajala K. 2002. Kunnossa kaiken ikää – ohjelma. Seurannan tuloksia vuodelta 2000. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 135. Jyväskylä; Kopi-Jyvä Oy.

Miilunpalo S. 1989. Liikuntaneuvonta terveyskeskuksissa. Tutkimus liikuntaa koskevan terveysneuvonnan tarpeesta, kysynnästä, toteutumisesta ja vaikuttavuudesta. Lääkintöhallituksen julkaisuja. Terveyden edistäminen. Sarja tutkimukset 13/1989. Helsinki; Valtion painatuskeskus.

Miilunpalo S, Toropainen E & Moisio P. 1999. Liikuntaneuvonta perusterveydenhuollon asiakaskontakteissa. Liikunta & Tiede 6/99. Liite, 37.

Miilunpalo S, Nupponen R, Laitakari J, Marttila J & Paronen O. 2000. Stages of change in two modes of health-enhancing physical activity: methodological aspects and promotional implications. Health education research 15 (4), 435-448.

Nupponen R. 1989. Valistus, veljeys, tasa-arvo. Status 2/1989, 23-27. Tampereen lääketieteen Kandidaattiseura ry.

Nupponen R, Aarva P, Laitakari J, Miilunpalo S, Paronen O & Urponen H. 1991. Terveyskasvatuksen taustanäkemykset ja vaikuttavuuden tutkiminen. Teoksessa H Urponen, P Aarva, R Nupponen (toim.) Terveyskasvatuksen vuosikirja 1991. Sosiaali- ja terveyshallitus. Tutkimuksia 2/1991. Helsinki, 11-25.

Nupponen R. 2001. Ravitsemuskasvatus terveyden edistämisessä. Teoksessa M Fogelholm (toim.) Ratkaisuja ravitsemukseen. Palmenia-kustannus.

Nupponen R & Suni J. 2005. Henkilökohtainen liikuntaneuvonta. Teoksessa M Fogelholm & I Vuori (toim.) Terveysliikunta. Jyväskylä; Gummerus Kirjapaino Oy. Kustannus Oy Duodecim.

Ottawan asiakirja 1986. Teoksessa H Vertio. Terveyden edistäminen. 2003. Liite 1, 174-177. Jyväskylä; Gummerus Kirjapaino Oy.

Pate R R, Pratt M & Blair S N. Physical activity and public health: a recommendation from the Centres for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. JAMA 1995; 273: 402-407.

Pouta E & Sievänen T. 2001. Luonnon virkistyskäytön kysyntätutkimuksen tulokset. Kuinka suomalaiset ulkoilevat? Teoksessa T Sievinen (toim.) Luonnon virkistyskäyttö 2000. Metsäntutkimuslaitoksen tiedonantoja 802. Vantaan tutkimuskeskus.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000-2003. 1999. Sosiaali ja terveysministeriön julkaisuja. URL, <http://pre20032203.stm.fi/pao/julkaisut/tato/tato0-3.htm>.

Starck H & Raiski-Ahola S. 2003. Selvitys liikuntaneuvonnan toteutumisesta Länsi-Suomen läänin erikoissairaanhoidossa. Raportti. Länsi-suomen lääninhallitus, liikuntatoimi.

Suomalaiset ravitsemussuositukset – ravinto ja liikunta tasapainoon. Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005. Helsinki: Edita Prima Oy.

Suuri kansallinen liikuntatutkimus 2001 – 2002. Aikuisliikunta. SLU:n julkaisusarja 5/02. Helsinki: Suomen Kuntourheiluliitto, Kunto ry.

Terveys 2015 – kansanterveysohjelma. Valtioneuvoston periaatepäätös. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. URL, <http://www.stm.fi/suomi/julkaisu/julk01fr.htm>.

Terveyttä edistävän liikunnan kehittämistoimikunnan mietintö. Komiteamietintö 2001:12. Helsinki: Edita Prima Oy.

Terveyttä kaikille vuoteen 2000. 1986. Suomen terveystalouden pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Terveyttä kaikille vuoteen 2000 uudistettu yhteistyöohjelma. 1993. Sosiaali ja terveysministeriön julkaisu. Helsinki: Libris Oy.

Vahervuo T & Kalimo E. 1971. Tilastolliset perusmenetelmät. 5. painos. Porvoo: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Toropainen E, Miilunpalo S & Moisio P. 2000. Liikuntaneuvonta sairauksiin liittyvissä asiakaskontakteissa. Liikunta & Tiede erikoisliite 2000, 43.

Vertio H. 2003. Terveyden edistäminen. Jyväskylä; Gummerus Kirjapaino Oy.

Vuori I. 1999. Liikunta, kunto ja terveys. Teoksessa I Vuori & S Taimela (toim.) Liikuntalääketiede. 2. uudistettu painos. Vammalan Kirjapaino Oy. Kustannus Oy Duodecim.

Vuori I. 2001. Tehokas ja turvallinen terveysliikunta. 3. painos. Tampereen Yliopistopaino Oy.

Zacheus T, Tähtinen J, Rinne R, Koski P, Heinonen O J. 2003. Kaupunkilaisten liikunta ikäpolvittain: turkulaisten liikuntatottumukset 2000-luvun alussa. Turku: Painosalama Oy.

LIITTEET

Ohjelmakäskyt:

Järjestettyyn liikuntaan osallistuminen:

IF (kunta1 = 1 | kunta1 = 2 | tyopaik1 = 1 | tyopaik1 = 2 | yksityr1 = 1 | yksityr1 = 2 | opisto1 = 1 | opisto1 = 2 | seura1 = 1 | seura 1 = 2 | muuyhd1 = 1 | muuyhd1 = 2) järjliik = 0

IF ((kunta1 = 3 | kunta1 = 4 | tyopaik1 = 3 | tyopaik1 = 4 | yksityr1 = 3 | yksityr1 = 4 | opisto1 = 3 | opisto1 = 4 | seura1 = 3 | seura 1 = 4 | muuyhd1 = 3 | muuyhd1 = 4) järjliik = 1

Uuden muuttujan luokkaan, 0 = ei osallistu, yhdistettiin kaikki ne, jotka vastasivat osallistuvansa kunnan, työpaikan, yksityisen yrityksen, kansalais- tai työväenopiston, urheilu- tai liikuntaseuran tai muiden yhdistysten tai kerhojen järjestämään liikuntaan en lainkaan tai satunnaisesti ja luokkaan, 1 = osallistuu säännöllisesti, ne, jotka vastasivat vaihtoehtoihin 1 – 3 kertaa kuukaudessa tai viikottain.

Ulkoilu:

IF (UEI1 = 1) ulkoil = 0

IF (UKAVVL1 = 1 | ULAPLII1 = 1) ulkoil = 1

IF (UKAVJP1 = 1 | UKOIRA1 = 1 | ULAPUL1 = 1) ulkoil = 2

IF (UMUU1= 1) ulkoil = 3

Uuden muuttujan luokat:

0 = En ulkoile säännöllisesti

1 = Käyn ainakin viikonloppuisin kävelyllä ja ulkoilen ainakin kerran viikossa koululaisten kanssa hiihtämällä, mäessä, luistelemassa tms.

2 = Kävelen verkkaisesti ulkona lähes joka päivä, ulkoilutan koiraa säännöllisesti ja olen säännöllisesti pikkulasten kanssa pihalla, pulkkamäessä tai puistossa.

3 = Ulkoilen muulla tavalla.

Liitetaulukko 1. Järjestettyyn liikuntaan tai kuntoiluun osallistumisen jakaumat järjestäjätahoittain

Muuttuja	n	%
<i>Kunta</i>		
Ei lainkaan	1145	90,4
Satunnaisesti	51	4,0
1-3 X kk	13	1,0
Viikottain	51	4,0
Puuttuvat	6	0,5
Yhteensä	1266	100,0
<i>Työpaikka</i>		
Ei lainkaan	1073	84,8
Satunnaisesti	114	9,0
1-3 X kk	26	2,1
Viikottain	47	3,7
Puuttuvat	6	0,5
Yhteensä	1266	100,0
<i>Yksityinen, kaupallinen yritys</i>		
Ei lainkaan	1030	81,4
Satunnaisesti	78	6,2
1-3 X kk	48	3,8
Viikottain	104	8,2
Puuttuvat	6	0,5
Yhteensä	1266	100,0
<i>Kansalaisopisto</i>		
Ei lainkaan	1186	93,7
Satunnaisesti	14	1,1
1-3 X kk	8	0,6
Viikottain	52	4,1
Puuttuvat	6	0,5
Yhteensä	1266	100,0
<i>Urheilu- tai liikuntaseura</i>		
Ei lainkaan	1085	85,7
Satunnaisesti	51	4,0
1-3 X kk	27	2,1
Viikottain	97	7,7
Puuttuvat	6	0,5
Yhteensä	1266	100,0
<i>Muu yhdistys tai kerho</i>		
Ei lainkaan	1128	89,1
Satunnaisesti	57	4,5
1-3 X kk	22	1,7
Viikottain	53	4,2
Puuttuvat	6	0,5
Yhteensä	1266	100,0

Liitetaulukko 2. Liikunta ja koettu terveys (%)

Muuttuja	Terveys			
	Hyvä	Keskitasoinen	Huono	Kaikki
<i>Vapaa-ajan liikunta (N=1 251)*</i>				
Korkeintaan verkkaista enintään 1x vko	26,6	53,4	68,5	36,9
Reipasta liikuntaa 1x vko	14,6	13,0	5,6	13,5
Reipasta liikuntaa ≥ 2 x vko	58,8	33,6	25,8	49,6
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0
(N)	(823)	(339)	(89)	(1251)
<i>Lenkkeily (N= 1 252)*</i>				
Ei lenkkeilyä	12,2	20,6	31,8	15,9
Lenkkeilyä satunnaisesti	41,3	43,7	30,7	41,2
Lenkkeilyä säännöllisesti	46,6	35,7	37,5	42,9
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0
(N)	(825)	(339)	(88)	(1252)
<i>Asiointiliikunta (N= 1 245)</i>				
Ei asiointiliikuntaa	34,0	37,7	42,0	35,6
Asiointiliikuntaa satunnaisesti	29,0	29,4	25,0	28,8
Asiointiliikuntaa säännöllisesti	37,0	32,9	33,0	35,6
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0
(N)	(820)	(337)	(88)	(1245)
<i>Ulkoilu (N= 1 211)*</i>				
Ei ulkoilua säännöllisesti	10,6	16,5	22,7	13,0
Ulkoilua 1 x vko	21,2	19,3	9,1	19,8
Ulkoilua lähes päivittäin	46,5	48,3	48,9	47,2
Ulkoilua muulla tavalla	21,7	15,9	19,3	20,0
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0
(N)	(796)	(327)	(88)	(1211)
<i>Järjestetty liikunta tai kuntoilu (N= 1 255)*</i>				
Ei osallistu lainkaan tai satunnaisesti	61,3	79,9	79,3	67,6
Osallistuu 1-3- x kk tai viikottain	38,7	20,1	20,7	32,4
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0
(N)	(825)	(343)	(87)	(1255)

* = liikuntamuuttujan yhteys koettuun terveyteen (χ^2) on tilastollisesti merkitsevä ($p \leq .05$)

Liitetaulukko 3. Liikunta ja ruumiillinen kunto (%)

Muuttuja	Ruumiillinen kunto			
	Ikätovereita parempi	Ikätovereita vastaava	Ikätovereita huonompi	Kaikki
<i>Vapaa-ajan liikunta (N=1 248)*</i>				
Korkeintaan verkkaista enintään 1x vko	11,1	39,2	71,1	36,9
Reipasta liikuntaa 1x vko	8,6	15,7	10,7	13,5
Reipasta liikuntaa ≥ 2 x vko	80,4	45,1	18,2	49,6
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0
(N)	(280)	(809)	(159)	(1248)
<i>Lenkkeily (N= 1 249)*</i>				
Ei lenkkeilyä	7,1	15,3	35,4	16,0
Lenkkeilyä satunnaisesti	26,6	47,0	36,1	41,0
Lenkkeilyä säännöllisesti	66,3	37,7	28,5	43,0
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0
(N)	(282)	(809)	(158)	(1249)
<i>Asiointiliikunta (N= 1 242)*</i>				
Ei asiointiliikuntaa	30,4	36,2	41,3	35,6
Asiointiliikuntaa satunnaisesti	26,4	29,0	31,9	28,8
Asiointiliikuntaa säännöllisesti	43,1	34,7	26,9	35,6
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0
(N)	(276)	(806)	(160)	(1242)
<i>Ulkoilu (N= 1 208)*</i>				
Ei ulkoilua säännöllisesti	7,0	12,6	24,2	12,9
Ulkoilua 1 x vko	19,0	21,6	12,7	19,9
Ulkoilua lähes päivittäin	43,0	49,1	45,9	47,4
Ulkoilua muulla tavalla	31,0	16,8	17,2	19,9
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0
(N)	(258)	(793)	(157)	(1208)
<i>Järjestetty liikunta tai kuntoilu (N= 1 252)*</i>				
Ei osallistu lainkaan tai satunnaisesti	52,8	70,5	80,0	67,7
Osallistuu 1-3- x kk tai viikottain	47,2	29,5	20,0	32,3
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0
(N)	(282)	(810)	(160)	(1252)

* = liikuntamuuttujan yhteys ruumiilliseen kuntoon (χ^2) on tilastollisesti merkitsevä ($p \leq .05$)

Liitetaulukko 4. Liikunta ja liikuntaa rajoittavat sairaudet tai vammat (%)

Muuttuja	Liikuntaa rajoittaa		sairaus	
	Ei lainkaan	Jonkin verran	voimakkaasti/estää kokonaan	Kaikki
<i>Vapaa-ajan liikunta (N=1 253)*</i>				
Korkeintaan verkkaista enintään 1x vko	32,4	43,4	70,3	36,9
Reipasta liikuntaa 1x vko	14,8	11,8	3,1	13,5
Reipasta liikuntaa ≥ 2 x vko	52,8	44,8	26,6	49,6
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0
(N)	(901)	(288)	(64)	(1253)
<i>Lenkkeily (N= 1 254)*</i>				
Ei lenkkeilyä	7,1	15,3	35,4	16,0
Lenkkeilyä satunnaisesti	26,6	47,0	36,1	41,0
Lenkkeilyä säännöllisesti	66,3	37,7	28,5	43,0
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0
(N)	(904)	(287)	(63)	(1254)
<i>Asiointiliikunta (N= 1 247)*</i>				
Ei asiointiliikuntaa	34,5	34,5	54,7	35,5
Asiointiliikuntaa satunnaisesti	29,3	28,9	25,0	28,9
Asiointiliikuntaa säännöllisesti	36,3	36,6	20,3	35,5
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0
(N)	(899)	(284)	(64)	(1247)
<i>Ulkoilu (N= 1 213)*</i>				
Ei ulkoilua säännöllisesti	12,8	11,2	23,8	13,0
Ulkoilua 1 x vko	21,6	16,6	9,5	19,9
Ulkoilua lähes päivittäin	45,5	52,3	47,6	47,2
Ulkoilua muulla tavalla	20,0	19,9	19,0	20,0
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0
(N)	(873)	(277)	(63)	(1213)
<i>Järjestetty liikunta tai kuntoilu (N= 1 257)*</i>				
Ei osallistu lainkaan tai satunnaisesti	66,0	70,0	81,3	67,7
Osallistuu 1-3- x kk tai viikottain	34,0	30,0	18,8	32,3
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0
(N)	(906)	(287)	(64)	(1257)

* = liikuntamuuttujan yhteys liikuntaa rajoittaviin sairauksiin (χ^2) on tilastollisesti merkitsevä ($p \leq .05$)

Liitetaulukko 5. Liikunta ja asunnon sijainti (%)

Muuttuja	Asunnon sijainti			
	Keskusta	Lähiö	Maaseutu	Kaikki
<i>Vapaa-ajan liikunta (N=1 249)*</i>				
Korkeintaan verkkaista enintään 1x vko	33,5	35,4	44,3	36,7
Reipasta liikuntaa 1x vko	11,9	14,6	13,0	13,6
Reipasta liikuntaa ≥ 2 x vko	54,5	50,1	42,7	49,7
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0
(N)	(310)	(693)	(246)	(1249)
<i>Lenkkeily (N= 1 250)*</i>				
Ei lenkkeilyä	12,3	15,6	21,0	15,8
Lenkkeilyä satunnaisesti	40,6	40,9	43,1	41,3
Lenkkeilyä säännöllisesti	47,1	43,5	35,9	42,9
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0
(N)	(310)	(692)	(248)	(1250)
<i>Asiointiliikunta (N= 1 243)*</i>				
Ei asiointiliikuntaa	18,1	31,5	67,5	35,4
Asiointiliikuntaa satunnaisesti	26,9	34,3	17,3	29,0
Asiointiliikuntaa säännöllisesti	55,0	34,2	15,3	35,6
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0
(N)	(309)	(685)	(249)	(1243)
<i>Ulkoilu (N= 1 209)</i>				
Ei ulkoilua säännöllisesti	11,1	14,6	10,7	13,0
Ulkoilua 1 x vko	21,8	19,7	16,9	19,7
Ulkoilua lähes päivittäin	47,0	46,9	49,2	47,4
Ulkoilua muulla tavalla	20,1	18,7	23,1	19,9
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0
(N)	(298)	(669)	(242)	(1209)
<i>Järjestetty liikunta tai kuntoilu (N= 1 253)*</i>				
Ei osallistu lainkaan tai satunnaisesti	62,6	66,9	76,2	67,7
Osallistuu 1-3- x kk tai viikottain	37,4	3,1	23,8	32,3
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0
(N)	(313)	(692)	(248)	(1253)

* = liikuntamuuttujan yhteys asunnon sijaintiin (χ^2) on tilastollisesti merkitsevä ($p \leq .05$)

Liitetaulukko 6. Liikunta ja työtilanne (%)

Muuttuja	Työtilanne		
	Työssä	Ei työssä	Kaikki
<i>Vapaa-ajan liikunta (N=1 252)</i>			
Korkeintaan verkkaista enintään 1x vko	35,8	38,9	36,9
Reipasta liikuntaa 1x vko	15,3	10,6	13,6
Reipasta liikuntaa ≥ 2 x vko	48,9	50,6	49,5
Yhteensä	100,0	100,0	100,0
(N)	(799)	(453)	(1252)
<i>Lenkkeily (N= 1 253)*</i>			
Ei lenkkeilyä	16,5	14,9	16,0
Lenkkeilyä satunnaisesti	45,5	34,1	41,4
Lenkkeilyä säännöllisesti	37,9	51,0	42,6
Yhteensä	100,0	100,0	100,0
(N)	(804)	(449)	(1253)
<i>Asiointiliikunta (N= 1 243)*</i>			
Ei asiointiliikuntaa	39,6	28,3	35,5
Asiointiliikuntaa satunnaisesti	31,7	24,6	29,1
Asiointiliikuntaa säännöllisesti	28,7	47,1	35,4
Yhteensä	100,0	100,0	100,0
(N)	(795)	(452)	(1247)
<i>Ulkoilu (N= 1 213)*</i>			
Ei ulkoilua säännöllisesti	14,8	10,2	13,1
Ulkoilua 1 x vko	26,8	7,5	19,8
Ulkoilua lähes päivittäin	39,4	61,0	47,2
Ulkoilua muulla tavalla	19,0	21,3	19,9
Yhteensä	100,0	100,0	100,0
(N)	(722)	(441)	(1213)
<i>Järjestetty liikunta tai kuntoilu (N= 1 256)</i>			
Ei osallistu lainkaan tai satunnaisesti	66,0	70,6	67,7
Osallistuu 1-3- x kk tai viikottain	34,0	29,4	32,3
Yhteensä	100,0	100,0	100,0
(N)	(804)	(452)	(1256)

* = liikuntamuuttujan yhteys työtilanteeseen (χ^2) on tilastollisesti merkitsevä ($p \leq .05$)

Liitetaulukko 7. Liikunta ja työn rasittavuus (%)

Muuttuja	Työn rasittavuus			
	Kevyt	Keskiraskas	Raskas	Kaikki
<i>Vapaa-ajan liikunta (N=846)</i>				
Korkeintaan verkkaista enintään 1x vko	34,9	33,7	43,4	35,7
Reipasta liikuntaa 1x vko	15,5	15,7	9,3	14,7
Reipasta liikuntaa ≥ 2 x vko	49,6	50,6	47,3	49,6
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0
(N)	(361)	(356)	(129)	(846)
<i>Lenkkeily (N= 850)*</i>				
Ei lenkkeilyä	17,9	12,6	24,0	16,6
Lenkkeilyä satunnaisesti	43,4	44,5	45,7	44,2
Lenkkeilyä säännöllisesti	38,7	42,9	30,2	39,2
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0
(N)	(364)	(357)	(129)	(850)
<i>Asiointiliikunta (N= 842)*</i>				
Ei asiointiliikuntaa	39,7	35,3	47,7	39,1
Asiointiliikuntaa satunnaisesti	30,3	30,2	32,0	30,5
Asiointiliikuntaa säännöllisesti	30,0	34,5	20,3	30,4
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0
(N)	(360)	(354)	(128)	(842)
<i>Ulkoilu (N= 815)*</i>				
Ei ulkoilua säännöllisesti	15,1	12,8	19,0	14,7
Ulkoilua 1 x vko	31,0	23,5	17,5	25,8
Ulkoilua lähes päivittäin	36,8	44,5	37,3	40,1
Uloilua muulla tavalla	17,1	19,2	26,2	19,4
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0
(N)	(345)	(344)	(126)	(815)
<i>Järjestetty liikunta tai kuntoilu (N= 851)</i>				
Ei osallistu lainkaan tai satunnaisesti	63,5	68,6	68,5	66,4
Osallistuu 1-3- x kk tai viikottain	36,5	31,4	31,5	33,6
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0
(N)	(364)	(357)	(130)	(851)

* = liikuntamuuttujan yhteys työn rasittavuuteen (χ^2) on tilastollisesti merkitsevä ($p \leq .05$)

Liitetaulukko 8. Liikunta ja työaika (%)

Muuttuja	Työaika				Kaikki
	Päivätyö	Muu säännöll.	Vuorotyö	Epäsäännöll.	
<i>Vapaa-ajan liikunta (N=791)</i>					
Korkeintaan verkkaista enintään 1x vko	34,0	37,5	32,1	43,0	35,3
Reipasta liikuntaa 1x vko	15,2	18,8	12,8	15,6	15,0
Reipasta liikuntaa ≥ 2 x vko	50,7	43,8	55,0	41,4	49,7
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
(N)	(583)	(16)	(109)	(128)	(791)
<i>Lenkkeily (N= 796)</i>					
Ei lenkkeilyä	16,7	31,3	11,0	18,9	16,6
Lenkkeilyä satunnaisesti	42,6	50,0	52,3	48,8	45,1
Lenkkeilyä säännöllisesti	40,6	18,8	36,7	32,3	38,3
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
(N)	(544)	(16)	(109)	(127)	(796)
<i>Asiointiliikunta (N= 787)*</i>					
Ei asiointiliikuntaa	38,2	31,3	28,7	47,2	38,2
Asiointiliikuntaa satunnaisesti	33,4	12,5	30,6	30,7	32,1
Asiointiliikuntaa säännöllisesti	28,4	56,3	40,7	22,0	29,6
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
(N)	(536)	(16)	(108)	(127)	(787)
<i>Ulkoilu (N= 761)</i>					
Ei ulkoilua säännöllisesti	13,8	25,0	17,4	19,2	15,4
Ulkoilua 1 x vko	29,8	12,5	17,4	23,3	26,7
Ulkoilua lähes päivittäin	37,4	37,5	45,0	41,7	39,2
Ulkoilua muulla tavalla	19,0	25,0	20,2	15,8	18,8
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
(N)	(516)	(16)	(109)	(120)	(761)
<i>Järjestetty liikunta tai kuntoilu (N= 796)</i>					
Ei osallistu lainkaan tai satunnaisesti	64,3	68,8	67,0	73,4	66,2
Osallistuu 1-3- x kk tai viikottain	35,7	31,3	33,0	26,6	33,8
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
(N)	(543)	(16)	(109)	(128)	(796)

* = liikuntamuuttujan yhteys työaikaan (χ^2) on tilastollisesti merkitsevä ($p \leq .05$)