

IKÄÄNTYVIEN LIIKUNTAKÄYTTÄYTYMINEN JA SIIHEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT

**Pilottitutkimus 61–68-vuotiaiden tuusniemeläisten liikunnasta,
liikkumisen esteistä ja liikuntaan liittyvistä toiveista**

Sari Lehtonen

Gerontologian ja
kansanterveystieteen
pro-gradu -tutkielma

Jyväskylän yliopisto

Terveystieteiden laitos

Joulukuu 2007

*Vanhuutta vastaan on taisteltava
kuten sairautta vastaan taistellaan.*

Terveystä on huolehdittava.

*On harjoitettava liikuntaa;
ei pidä auttaa ainoastaan ruumista,
vaan myös henkeä ja sielua.*

*Ne nimittäin tylsistyvät,
vanhuuden myötä,
jos ei liikunta niitä välillä ruoki.
Ruumis tulee liikunnasta raskaaksi,
mutta kuten öljytilkka elvyttää
lampun valon,
liikunta elvyttää myös hengen.*

Cicero 44 v.e. Kr.

*Rakkaudella vanhemmilleni sekä
Raimolle, Tiialle, Neelalle ja Oonalle*

TIIVISTELMÄ

Lehtonen, S. IKÄÄNTYVIEN LIIKUNTAKÄYTTÄYTYMINEN JA SIIHEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT. Pilottitutkimus. 61–68-vuotiaiden tuusniemeläisten liikunnasta, liikkumisen esteistä ja liikuntaan liittyvistä toiveista. Jyväskylän yliopisto, liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta, terveystieteiden laitos, 2007. Pro gradu- tutkielma, 85 s, liitteet 13 s.

Tämä tutkielma on osa Elä ja nauti – hanketta, joka käynnistettiin vuonna 2005 neljässä eri kunnassa: Tuusniemellä, Leppävirralla, Varkaudessa ja Kuopiossa. Tämän kokeilu- ja kehittämishankkeen tarkoituksena on selvittää ikääntyvien, erikokoisissa kunnissa elävien suomalaisten toiveita ja tarpeita oman liikkumisensa edistämisessä sekä liikuntaan osallistumisen esteitä. Lisäksi hankkeen tarkoituksena on selvittää miesten ja naisten liikunta-aktiivisuutta, liikkumisen muotoja ja määrää eri elämänvaiheissa sekä liikunta-aktiivisuuteen vaikuttavia tekijöitä.

Tämän tutkimuksen kohderyhmänä olivat kaikki vuosina 1938, 1941 ja 1945 syntyneet Tuusniemen kunnassa asuvat miehet ja naiset. Kyselylomake lähetettiin 152 henkilölle. Kaiken kaikkiaan kyselyyn vastasi 88 henkilöä (58 %). Tutkittujen keski-ikä oli 65 vuotta (61–68 v). Heistä 43 % (n=38) oli miehiä ja 57 % (n=50) naisia. Tutkimusaineiston pienuuden vuoksi ikäluokat yhdistettiin ja keskityttiin vertailemaan miesten ja naisten välisiä eroja.

Vastanneet olivat varsin aktiivisia liikkumaan. Arki- ja hyötyliikuntaan viisi kertaa viikossa tai enemmän käytti aikaansa 75 % (65 henkilöä). Heistä 35 % oli miehiä ja 65 % naisia. Vapaa-ajan liikuntaa harrasti lähes päivittäin tai päivittäin kolmannes (27 henkilöä). Sukupuolten välillä ei tässä ollut eroa. Kävely ja/tai sauvakävely olivat suosituimpia liikuntalajeja. Naiset harrastivat kävelylenkkeilyä ja pyöräilyä enemmän kuin miehet. Miehet harrastivat hiihtoa enemmän kuin naiset. Eri elämänvaiheiden aikana aktiivisuus säilyi miehillä ja naisilla melko tasaisena. Työttömyyden aikana miehet olivat selvästi aktiivisempia kuin naiset. Avioeron tai perheen hajoamisen aikaan naisten liikunta-aktiivisuus väheni. Puolison kuolema ja erilaiset sairaudet vähensivät liikunta-aktiivisuutta sekä miehillä että naisilla. Terveydelliset tekijät sekä liikuntapaikkojen puute olivat suurin este liikunnan toteuttamiselle. Tutkitut toivovat Tuusniemen kuntaan etenkin uimahallia sekä parempia mahdollisuuksia kuntosaliharjoitteluun ja sisäliikuntaan myös sivukylille.

Avainsanat: liikunnan harrastaminen, liikunta-aktiivisuus, esteet, ikääntyvät ihmiset

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	KÄSITTEIDEN MÄÄRITTELY	3
2.1	Fyysinen toimintakyky	3
2.2	Fyysinen aktiivisuus ja inaktiivisuus	5
2.3	Liikunta	6
2.4	Terveysliikunta.....	8
3	SUOMALAISTEN LIIKUNTAKÄYTTÄYTYMINEN.....	12
3.1	Lasten ja nuorten liikunta-aktiivisuus.....	12
3.2	Aikuisten liikunta-aktiivisuus.....	15
3.3	Liikuntakäyttämisen eroja naisten ja miesten välillä.....	18
3.4	Ikääntymisen vaikutus liikuntakäyttämiseen	20
3.5	Ikääntyneiden harrastamat liikuntamuodot.....	22
3.6	Liikunnan harrastamisen motiivit ja esteet ikääntyneillä ihmisillä	24
4	IKÄÄNTYNEIDEN TERVEYSLIIKUNTAPROJEKTEJA SUOMESSA.....	28
5	IKÄÄNTYNEIDEN OSALLISTUMISAKTIIVISUUS MUIHIN ELÄMÄN AKTIVITEETTEIHIN.....	33
6	TUTKIMUKSEN TAUSTA, TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	34
7	TUTKIMUSAINESTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT.....	35
8	TUTKIMUSTULOKSET	36
8.1	Taustatiedot.....	36
8.2	Subjektivistista terveyttä ja toimintakykyä kuvaavat tiedot	38
8.3	Yleinen elämänaktiiviteetteihin osallistuminen.....	42
8.4	Kerho-, yhdistys- tai luottamustoimintaan osallistuminen	45

8.5	Asiointiliikkuminen	46
8.6	Arki- ja hyötyliikuntaan osallistuminen	46
8.7	Vapaa-ajan liikkumisen useus	48
8.8	Vapaa-ajan liikunnan lajikohtainen tarkastelu.....	54
8.9	Liikkuminen elämän muutosvaiheissa.....	56
8.10	Kiinnostuneisuus liikunnan harrastamista kohtaan.....	59
8.11	Liikuntaneuvonnan tarpeelliseksi kokeminen.....	60
8.12	Harrastaneisuus suhteessa sairastettuihin tauteihin.....	61
9	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	70
	LÄHTEET.....	77

LIITTEET

1. Liikunnan ja terveyden annos-vastesuhde
2. Liikuntapiirakka
3. Kyselylomake

1 JOHDANTO

Ikääntyneiden ihmisten määrä Suomessa kasvaa suurten ikäluokkien vanhetessa. Suuriin ikäluokkiin katsotaan kuuluvan vuosina 1945–1950 syntyneet, jolloin syntyvyys on ollut poikkeuksellisen suurta. Vielä nykyisinkin vuosina 1947 ja 1948 syntyneet ovat suurimmat elossa olevat syntymävuosiluokat Suomessa. Heitä on nykyisessä väestössä noin puoli miljoonaa (Karisto 2003). Yleisesti ottaen 45–64-vuotiaiden määrä lisääntyy voimakkaasti vuoteen 2010 saakka. Silloin heitä on noin 1,5 miljoonaa eli yli 400 000 enemmän kuin vuonna 1990. Yli 65-vuotiaita arvioidaan olevan 2030 luvulla noin 1,2 miljoonaa eli noin neljäsosa väestöstä, kun heitä vuonna 2003 oli runsaat 15 % väestöstä (noin 813 000 henkeä) (Heikkinen 2005).

Lisäksi eliniän piteneminen vaikuttaa väestön vanhenemiseen. Vuonna 2000 oli 65-vuotiaiden miesten odotettavissa oleva elinikä 15,5 vuotta ja naisten 19,4 vuotta. Suurten ikäluokkien tullessa 65 vuoden ikään on odotettavissa oleva elinaika vielä hieman pidempi (Karisto 2003). Vuonna 2010 65–79-vuotiaita arvellaan olevan 12,9 % koko väestöstä, vuonna 2020 jo 17,7 % ja vuonna 2030 18,2 %. Yli 80-vuotiaiden määrään ennustetaan kasvavan vuoden 2010 4,5 %:sta 8,0 %:iin vuoteen 2030 mennessä. Tämä tulee olemaan hyvin suuri haaste yhteiskunnalle, sillä tässä ikäluokassa lähes jokaisella on terveys- ja toimintakykyongelmia. Myös alueittain Suomen väestössä on suuria vaihteluita. Uudellamaalla yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä on 11,5 %, Pohjois-Pohjanmaalla 12,8 %, mutta Etelä-Savossa peräti 19,4 % (Koskinen ym. 2003).

Väestön vanhenemisen ja ikääntyneiden määrän lisääntymisen johdosta on enenevässä määrin kiinnitettävä huomiota ikääntyvien terveyttä ja toimintakykyä tukevien ja ylläpitävien tottumusten ja elintapojen edistämiseen yksilö-, ryhmä- ja yhteiskunnallisella tasolla. Liikunnalla ja muulla fyysisellä aktiivisuudella on tässä erittäin merkittävä rooli. Kaikkien ikääntyvien ihmisten liikuntaa ja muuta fyysistä aktiivisuutta on pyrittävä lisäämään, mutta erityisesti on otettava huomioon passiiviset henkilöt (Heikkinen 2005). Terveyttä edistävän liikunnan kehittämisehdotusten (2001) mukaisesti on erityisesti korostettava arkiliikunnan merkitystä ja liikkumiseen houkuttelevien olosuhteiden luomista.

Säännöllisellä liikunnan harrastamisella on osoitettu olevan selvä yhteys myöhemmän iän parempaan terveyteen sekä fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn (Harris 1992, Simonsick ym. 1993, DiPietro 1996, Mazzeo ym. 1998, Heikkinen & Ilmarinen 2001, Hirvensalo 2002). Lisäksi ennen aikaista kuolleisuutta (Simonsick ym. 1993, Pate ym. 1995, Erikssen ym. 1998, I-Min & Skerrett 2001, Hirvensalo 2002, Vuori 2005c) ja avuntarvetta iäkkäänä (Hirvensalo 2002) voidaan vähentää säännöllisellä ja kohtuullisesti kuormittavalla liikunnalla.

Osa ikääntyvästä väestöstä on terveyden ja toimintakyvyn edistämisen ja ylläpitämisen kannalta fyysisesti liian inaktiivista. Syyt tähän ilmiöön tunnetaan puutteellisesti eikä toisaalta tiedetä riittävästi keinoista, joilla passiiviset ihmiset saataisiin aktivoitua. Tämän kirjallisuuskatsauksen ja tutkimuksen tarkoitus on lähestyä tätä ongelmakenttää.

2 KÄSITTEIDEN MÄÄRITTELY

2.1 Fyysinen toimintakyky

Fyysinen toimintakyky on eräs ulottuvuus/osa-alue laajasta ja kokonaisvaltaisesta toimintakyvyn käsitteestä. Muut osa-alueet ovat psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky. Fyysinen toimintakyky tarkoittaa ihmisen kykyä selviytyä arkielämän askareista, työstä ja harrastuksista, joiden suorittaminen edellyttää fyysistä aktiivisuutta. Terveystieteissä fyysistä toimintakykyä tarkastellaan ihmisen selviytymisenä päivittäisistä toiminnoista, johon vaikuttavat ihmisen ja ympäristön väliset edellytykset ja vaatimukset, yksilön tarpeet, avun tarve ja saanti (Heikkinen 1990, Talvitie ym. 1999, 58).

Fyysisen toimintakyvyn katsotaan pääsääntöisesti muodostuvan hengitys- ja verenkiertoelimistön sekä tuki- ja liikuntaelimistön toimintakyvystä (Alén ym. 1997). Fyysinen toimintakyky voidaan jakaa yleiskestävyyteen, lihaskuntoon ja motoriseen taitoon. Kaikkiin fyysisiin suorituksiin vaikuttavat aerobinen ja anaerobinen energiantuotto sekä motivaatio (Nevala-Puranen 2001).

Keskeisiä ikääntymiseen liittyviä fyysisen toimintakyvyn osa-alueita ovat kävelynopeus, kestävyys, lihasvoima, tasapaino, reaktioaika, ketteryys ja koordinaatio (Heikkinen 2005). Ikääntymisen myötä nämä fyysisen toimintakyvyn osa-alueet heikkenevät ja ikääntyessä erot yksilöiden fyysisessä toimintakyvyssä kasvavat (Hervonen & Pohjolainen 1991, Nevala-Puranen 2001). Epäselvää on se, missä määrin muutokset johtuvat ikääntymisestä ja missä määrin iän myötä vähentyneestä liikunnallisesta aktiivisuudesta (Nevala-Puranen 2001). Pitkittäistutkimusten mukaan 70+ on esitetty kriittiseksi ikävaiheeksi, jolloin toimintakyvyn alenemisen riski ja ennenaikaisen kuoleman vaara on merkittävä. Suurin toimintakyvyn ja itsenäisen selviytymisen heikkeneminen tapahtuu 73–76 ikävuosien vaiheilla (Fone ym. 2003).

Fyysinen aktiivisuus on tärkeää ikääntyneen henkilön toimintakyvyn eri osa-alueiden säilymiselle (Simonsick ym. 1993, Keysor ym. 2001, Singh 2002, Keysor 2003, Hruđa ym. 2003, Brandon ym. 2004). Liikunnan avulla voidaan hidastaa niiden henkilöiden toimintakyvyn heikentymistä, joilla on jo merkkejä toiminnanvajauksien

kehittymisestä. Ikääntyvillä ihmisillä liikkumisongelmien ja sairauksien ilmaantuminen vähentää arkipäivän fyysistä aktiivisuutta (Ikääntyvien ihmisten ohjatun liikunnan laatusuositukset 2004).

Säännöllinen fyysinen aktiivisuus säilyttää ja parantaa tuki- ja liikunta-elimistöön kuntoa. Liikunnan harrastamisella ja tasapainoharjoituksilla on todettu olevan yhteys ikääntyneiden parempaan tasapainon hallintaan ja siten kaatumisriskin vähenemiseen (Bouchard ym. 1994, Williams ym. 1997, Mazzeo ym. 1998, Perrin ym. 1999, McMurdo 2000, Skelton ym. 2003, Gauchard ym. 2003, Judge 2003). Voima- ja kestävyystyyppisellä liikunnalla on todettu olevan vaikutuksia kävelynopeuden parantumiseen (Sipilä ym. 1996, Mazzeo ym. 1998, DiPietro 2001, Purser ym. 2003) sekä portaiden nousukykyyn (Guralnik ym. 1993). Lihassoiman on todettu lisääntyvän merkittävästi vielä hyvinkin iäkkäänä (Birrer 1992, Fiatarone ym. 1994, Sipilä ym. 1995, Sipilä ym. 1996, Jette ym. 1999, DiPietro 2001, Williams ym. 2002).

Luuston mineraalitiheyden säilymiseksi ja osteoporoosin eli luukadon ennaltaehkäisemiseksi on liikunnalla ja voimaharjoittelulla merkittävä sija (Birrer 1992, Szwarc 1992, Mazzeo ym. 1998, DiPietro 2001, Williams ym. 2002, Nelson ym. 2004, Haskell ym. 2007). Liikunnalla on myönteisiä vaikutuksia myös joustavuuteen, nivelten liikkuvuuteen (Birrer 1992, Szwarc 1992, Simonsick ym. 1993, Mazzeo ym. 1998, Keysor ym. 2001) ja motorisiin taitoihin, kuten koordinaatioon, reaktiokykyyn ja notkeuteen (Alén & Rauramaa 2005, Nevala-Puranen 2001).

Fyysistä toimintakykyä mitattaessa kartoitetaan ihmisen kyky selviytyä suorituskykytesteistä tai kyky suorittaa fyysisiä tehtäviä. Mittauksen kohteita tällöin ovat mm. maksimaalinen hapenottokyky, anaerobinen kapasiteetti tai lihasten isometrinen voima. Lisäksi arvioidaan selviytymistä päivittäisistä perustoiminnoista (PADL-toiminnot, physical activities of daily living), kuten pukeutuminen, syöminen, peseytyminen, wc-toiminnot ja liikkuminen tai asioiden hoitamisesta elinympäristössään (IADL-toiminnot, instrumental activities of daily living), esimerkiksi kodinkoneiden käyttö, lääkkeiden itsenäinen käyttö, ruoanvalmistus ja raha-asioiden hoito (Alén ym. 1997).

2.2 Fyysinen aktiivisuus ja inaktiivisuus

Fyysinen aktiivisuus on määritelmän mukaan ”*mikä tahansa lihassupistusten aikaansaama kehon liike, joka muuttaa energiankulutusta lepotilaa suuremmaksi*” (Fogelholm 2005a, Pate ym. 1995). Fyysinen aktiivisuus koostuu varsinaisen liikunnan ohella myös vapaa-ajan arkiaskareisiin tarvittavasta aktiivisuudesta, kuin myös työhön liittyvästä aktiivisuudesta (Fogelholm 2005a). Fyysisen aktiivisuuden kuormittavuuden arvioinnissa käytetään MET-lukuja, jotka muodostetaan jakamalla fyysisen aktiivisuuden energiankulutus lepotilan energiankulutuksella. Eri liikuntamuodoille on määriteltävissä energiankulutuksen luokitus, jossa 1 MET tarkoittaa hapenkulutusta istuen eli noin 3,5 ml/kg minuutissa. Liikunnan energiankulutukseen perustuvat luokitukset ovat välttämättömiä liikunnan kuormittavuuden ja terveyden annos-vastesuhteen täsmälliseksi kuvaamiseksi. Liikunnan kuormittavuus on tärkeä ominaisuus terveysvaikutusten kannalta (Oja 2005).

Tässä tutkimuksessa fyysisellä aktiivisuudella tarkoitetaan laajaa käsitettä, joka sisältää tutkittavien arki- ja hyötyliikuntaan sisältyvän liikkumisen, työmatka- ja asiointiliikkumisen sekä vapaa-ajan kuntoliikunnan ja/tai liikuntaharrastuksen.

Fyysisen aktiivisuuden vastakohta on fyysinen inaktiivisuus. Fyysisellä inaktiivisuudella tarkoitetaan hyvin vähäistä fyysistä aktiivisuutta, joka ei riitä stimuloimaan elimistön rakenteita tai toimintoja. Fyysisessä inaktiivisuudessa lihasten uusiutumisen, lihasvoiman ja –kestävyyden sekä aineenvaihdunnan säilyttäminen normaalilla terveyttä ja toimintakykyä ylläpitävällä tasolla on vaikeutunut, joka siten lisää erilaisten sairauksien ilmaantumisen riskiä (Vuori 2005a). Inaktiiveilla henkilöillä on noin kaksinkertainen riski sepelvaltimotaudin, aivohalvauksen tai lihavuuden kehittymiselle suhteessa kohtuullisesti liikkuviin. Lisäksi vähän liikkuvilla henkilöillä on noin puolet suurempi riski aikuisiän sokeritautiin, paksusuolen syöpään ja osteoporoottiin luunmurtumiin sekä 30 % suurempi riski kohonneeseen verenpaineeseen fyysisesti aktiivisiin verrattuna. Vähäisellä liikkumisella on hyvin merkittävä fyysistä toimintakykyä heikentävä vaikutus. Esimerkiksi sydämen kunto voi alentua noin 50 % nopeammin ja itsenäiseen selviytymiseen liittyvät tuki- ja liikuntaelin ongelmat voivat ilmentyä noin 15 vuotta varhemmin kohtuullisesti liikkuviin verrattuna. Inaktiivisuudella on siten kansanterveydellisesti ajatellen suuri merkitys

(Teli-komiteamietintö 2001). Immobilisaatiolla tarkoitetaan täydellistä liikkumattomuutta, joka aiheuttaa nopeasti tuki- ja liikuntaelimestön rakenteellista ja toiminnallista heikkenemistä (Kujala ym. 2005).

Fyysiseen aktiivisuuteen yhteydessä olevien tekijöiden selvittäminen on tärkeää, sillä inaktiivisuutta pidetään vanhenemisen ja sairauksien ohella keskeisenä fyysistä toimintakykyä heikentävänä tekijänä. Fyysisen aktiivisuuden keinoin voidaan edistää heikentyneitä osa-alueita (Hervonen & Pohjolainen 1991, 191–212, 224). Tutkimuksissa on todettu liikuntaa useampina päivinä viikossa harrastaneiden olleen parempia fyysiseltä toimintakyvyltään kuin vain arki- ja hyötyliikuntaa toteuttavat tai täysin inaktiiviset. Mikä tahansa fyysinen aktiivisuus on kuitenkin parempi kuin inaktiivisuus pitämään yllä toimintakykyä (Brach ym. 2004).

2.3 Liikunta

Liikunnalla tarkoitetaan tahtoon perustuvaa, hermoston ohjaamaa lihasten toimintaa, jonka seurauksena on energiankulutuksen kasvu, harkittuihin tavoitteisiin tähtäävät liikesuoritukset ja siihen liittyvät elämykset. Yleisemmin liikunnalla tarkoitetaan omasta tahdosta tapahtuvaa ja vapaa-aikaan ja reippailuun liittyvää liikkumista (Vuori 2005a). Liikuntaa on myös suunnitelmallinen ja säännöllinen fyysinen aktiivisuus, jonka tarkoituksena on kunnon, toimintakyvyn tai terveyden säilyttäminen tai parantaminen (DiPietro 1996, Fogelholm 2005a).

Liikuntaa voidaan tarkastella myös kolmella eri tasolla: *Biologis-fysikaalisena* ilmiönä liikunnassa kiinnitetään huomiota näkyviin liikkeisiin ja niiden mekaniikkaan, elintoimintoihin sekä niiden muutoksiin. Näkökulma on luonnontieteellinen ja siihen liittyy objektiivinen tarkastelu miten ihmisen havaitaan liikkuvan. *Yksilötasolla* tarkasteltuna oleellista on se, mitä merkityksiä liikunta antaa ihmisen toiminnoissa, tavoitteissa ja liikunnan kokemisessa. Liikunta voi olla myös väline / keino saavuttaa jokin muu tavoite. Tällöin liikunta voi liittyä itse työhön, työmatkaan, kotitöihin tai yleensä jonkin tehtävän suorittamiseen. Liikunta on tällöin *työliikuntaa*, *työmatkaliikuntaa* tai *kotityöliikuntaa*. *Yhteisötason* näkökulmasta liikunta on organisoitua urheilua, joka erityisesti kilpailumielessä on tarkkojen normien ja sääntöjen ohjaamaa toimintaa. Tällöin keskeistä on suorituksissa sijoittuminen ja kilpailumotiivi (Telama ym. 1986).

Liikunnalla voidaan tarkoittaa hyvin monenlaista toimintaa. Liikuntaa on yhtäläillä rauhallinen kävely, lenkkeily, intensiivinen urheiluharjoitus, voimistelu, puutarhatyöt tai marjanpoiminta, vaikka ne eroavatkin intensiteetiltään, sisällöltään ja päämääriltään (Rantamaa & Pohjolainen 1997). Huippu- ja kilpaurheilulle ominaista ovat mm. kova räsitus, kunnianhimoisuus, keskittyminen ja suorituskyvyn maksimointi. Luonto-, leikki- ja arkiliikunta ovat monipuolisempia ja kuormitukseltaan kevyempiä ja tavoitteena on liikunnasta saatu nautinto (Fogelholm ym. 2007). Siten liikunta voidaan jakaa kunto-, terveys-, virkistys-, harraste- ja hyötyliikuntaan (Vuori 2005a).

Vapaa-aikana tapahtuva ja tietoiseen valintaan liittyvä liikkuminen on määritelty liikunnan harrastamiseksi (Rantamaa & Pohjolainen 1997), joka on yksilötasolla tarkasteltuna keskeinen käsite (Telama ym. 1986). Tällöin on kyseessä lähinnä henkilökohtaiseen kiinnostukseen perustuva fyysinen aktiivisuus, jonka tavoitteena on fysiologisia, psykologisia ja sosiaalisia seurausvaikutuksia. Esimerkiksi työmatkan kulkeminen polkupyörällä auton sijasta voidaan katsoa liikuntaharrastukseksi (Telama ym. 1986).

Liikunnan harrastusta ja muuta liikkumista on usein vaikea erottaa toisistaan, niiden välinen raja on liukuva. Useisiin vapaa-ajan toimintoihin, kuten tansseissa käyntiin, puutarhan hoitoon tai kalastukseen liittyvän liikkumisen voidaan katsoa olevan liikuntaharrastusta. Se, miten eri liikuntaan liittyvät toiminnot mielletään, aiheuttaa ongelmia liikunta-aktiivisuuden mittaamiseen. Tarkastelun kohteena ovat erityisesti liikunnan tuomat fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset vaikutukset sekä liikuntaan liittyvät asenteet, motiivit, esteet ja elämykset (Telama ym. 1986).

Eräs liikuntakäyttämisen muoto on ”penkkiurheilu”, joka liittyy hyvin olennaisena osana kilpaurheiluun. Kyseessä on tällöin passiivinen omakohtaisen liikuntaharrastuksen muoto. Penkkiurheilua on kilpailutilaisuuksissa ja esityksissä käynti sekä urheilutapahtumien seuraaminen televisiosta, radiosta tai sanomalehdistä (Vuolle 1986).

2.4 Terveysliikunta

Terveysliikunnalla tarkoitetaan sellaista fyysistä aktiivisuutta, joka tehokkaasti ja turvallisesti parantaa terveystuntoa tai ylläpitää jo valmiiksi hyvää terveystuntoa. Terveysliikunnan tavoitteita ovat hyvä terveys ja hyvä fyysinen toimintakyky (Fogelholm & Oja 2005). Lisäksi terveystliikunnan on tuotettava myös psyykkiselle ja sosiaaliselle terveydelle edullisia vaikutuksia hyvällä hyötysuhteella mahdollisimman pienillä haitoilla ja riskeillä. Jotta liikunnalla olisi terveyttä edistäviä vaikutuksia, sen tulisi olla usein toistuvaa, jatkuvaa ja toteuttajansa kuntoon ja terveyteen nähden kohtuullista. Liikunnan sisältö on säädeltävä yksilöllisesti (Vuori 2005a) ja sen on vastattava toteuttajansa kuntoa, taitoja ja motivaatiota eikä se saa sisältää vammautumisen tai sairastumisen vaaraa (Terveystliikunnan paikalliset suositukset 2000, Vuori 2005a).

Yleisen, ympäri maailmaa käytetyn terveystliikunnan suosituksen mukaan 18–65 vuotiaiden aikuisten tulisi harrastaa kohtalaisen rasittavaa kestävyystliikuntaa (esim. reipas kävely) vähintään 30 minuuttia kerralla viitenä päivänä viikossa tai rasittavampaa aerobista fyysistä aktiivisuutta vähintään 20 minuuttia kerralla kolmena päivänä viikossa. Myös näiden yhdistelmät ($450\text{--}750 \text{ MET}\cdot\text{min}\cdot\text{vko}^{-1}$) täyttävät terveystliikuntasuositukset. Terveyttä edistävä ja ylläpitävä, päivittäinen liikunta-annos voidaan jakaa useampaan osaan, sillä päivittäisen liikunta-annoksen voi hankkia myös kolmessa 10 minuutin jaksossa (Pate ym. 1995, Fogelholm & Oja 2005, Haskell ym. 2007). Lyhyissä jaksoissa toteutetun liikunnan on todettu olevan yhtä vaikuttavaa kuin yhtäjaksoisen liikunnan. Vaikuttavuus edellyttää, että liikunta on riittävän kuormittavaa, riittävän usein toistuvaa sekä kokonaiskestoltaan suositusten mukaista (Vuori 2007). Kohtuukuormitteisessa liikunnassa tulee sydämen sykkeen selvästi kiihtyä ja rasittavamman liikunnan aikana hengityksen nopeutua sekä sydämen sykkeen merkittävästi kasvaa. Terveyden ja toimintakyvyn edistämiseksi ja säilyttämiseksi tulee aikuisten harjoittaa lihasvoimaa ja -kestävyyttä vähintään kahtena päivänä viikossa (ei peräkkäisinä päivinä). Suurimmille lihasryhmille suositellaan yhteensä 8-10 harjoitusta, 1-2 sarjaa 8-12 toistoina. Tärkeää on huomioida, että nämä suositukset toteutuvat normaalien päivittäisten arkiaskareiden lisäksi (Haskell ym. 2007). Terveystllisiä hyötyjä voidaan saavuttaa, mikäli päiväkohtainen energiankulutus on noin 200 kcal (Pate ym. 1995, Fogelholm & Oja

2005). Viikoittainen liikunta, joka vastaa 1000 kcal:n kulutusta, pienentää kuolleisuutta noin 30 % (I-Min & Skerrett 2001). Fyysisesti inaktiiviset ihmiset hyötyvät vähäisestäkin liikunnan lisäämisestä eniten. Henkilöt, jotka jo liikkuvat suositusten mukaisesti, voivat saavuttaa lisää terveyshyötyjä, mikäli vielä lisäävät liikunnan määrää (Pate ym. 1995, Haskell ym. 2007). (Liite 1).

Terveysliikuntasuositusten pohjalta on UKK-instituutti kehittänyt *Liikuntapiirakan* (liite 2) auttamaan suositusten hahmottamisessa. Piirakan mukaisesti tulisi harrastaa täsmäliikuntaa 2 - 3 h/viikossa joka toinen päivä, kestävyysliikuntaa 2 - 5 kertaa viikossa 20–60 minuuttia kerrallaan, lihaskuntoharjoittelua ja liikehallintataitoja 1 - 3 kertaa viikossa 20–60 minuuttia kerrallaan, arki-, hyöty- ja työmatkaliikuntaa 30 minuuttia päivässä sekä perusliikuntaa 3 - 4 h/viikossa ja mielellään päivittäin. Täsmäliikunnalla tarkoitetaan tietyn sairauden tai vamman ennaltaehkäisyyn, hoitoon tai kuntoutukseen kohdistuvaa liikuntaa. Tästä ”piirakasta” aikuisen pitäisi ottaa ainakin puolet! (Fogelholm & Oja 2005). Parhaimpia terveysvaikutuksia ihmisille tuottaa liikunta, joka lisää tehokkaasti energiankulutusta, aineenvaihduntaa, hengitystä ja verenkiertoa sekä eri säätelyjärjestelmien toimintaa (Terveysliikunnan paikalliset suositukset 2000). Tärkeää on erityisesti sydän- ja verenkiertoelin- sekä aineenvaihduntasairauksien ehkäiseminen sekä tuki- ja liikuntaelimestön kunto mm. liikkumiskyvyn, kaatumisten ehkäisyn ja luun terveyden kannalta (Fogelholm & Oja 2005).

Terveysliikuntasuosituksia kohdennettiin ensin lapsille, nuorille ja työikäisille. Viime vuosina myös ikääntyneille ja kroonisesti sairaille on laadittu omia liikuntasuosituksia (Ikääntyneiden ihmisten ohjatun terveysliikunnan paikalliset laatusuositukset 2004, ACSM 2007, Nelson ym. 2007). Ikääntyvien (yli 65-vuotiaiden tai 50–64 vuotiaiden kroonisesti sairaiden tai toimintakyvyltään heikentyneiden) terveysliikuntasuositusten mukaan heidän tulisi liikkua säännöllisesti kohtuullisen rasittavalla teholla 30 minuuttia päivässä viitenä päivänä viikossa, joka aiheuttaa huomattavaa hengityksen ja sydämen sykkeen kiihtymistä sekä rasittavampaa liikuntaa 20 minuuttia päivässä kolmena päivänä viikossa, jossa hengityksen ja sykkeen kasvu on vielä voimakkaampaa. Lihasten voimaa ja kestävyyttä tulee harjoittaa vähintään kahtena päivänä viikossa: suurimmille lihasryhmille yhteensä 8-10 harjoitusta, 10–15 kerran toistoina. Nivelten liikkuvuutta ylläpitäviä ja lisääviä harjoituksia olisi tehtävä vähintään 10 minuuttia kerrallaan kahtena päivänä viikossa, 10–30 sekuntia/lihas- tai

jänneryhmä ja 3-4 toistoa. Lisäksi mikäli kaatumisriski on suurentunut, on tehtävä tasapainoharjoituksia (ACSM 2007, Nelson ym. 2007). Myös ikääntyneillä ja kroonisesti sairailta kohtuukuormitteista ja rasittavampaa liikuntaa yhdistämällä saavutetaan terveyttä edistäviä ja ylläpitäviä vaikutuksia (Nelson ym. 2007). Ikääntyvien terveystoimintaohjelman tulisi sisältää kestävyttä ylläpitävää liikuntaa, kuten kävelyä, pyöräilyä, uintia ja hiihtoa, jotka ovat tehokkaita, turvallisia ja helposti toteutettavissa olevia. Liikkumisvarmuutta ja tasapainoa ylläpitäviä hyviä liikuntamuotoja ovat tanssi ja erilaiset pallopelit (Teli-komiteamietintö 2001, Ikääntyvien ihmisten ohjatun terveystoiminnan laatusuositus 2004). Myös ikääntyneillä ja kroonisesti sairailta suositukset ovat päivittäisten arkitoimintojen lisäksi (Nelson ym. 2007). Erityisesti kroonisesti sairaiden ikääntyneiden kohdalla on suositusten mukaan tärkeää henkilökohtaisen liikuntaohjelman laatiminen ennen liikunnan aloittamista yhteistyössä terveydenhuoltohenkilöstön kanssa. Tällöin varmistetaan liikunnan ja sairauksien riskitekijöiden huomioiminen yksilöllisesti (Nelson ym. 2007).

Aikuis- ja vanhusväestön terveyttä edistävää liikuntaa on kaikenlainen vapaa-aikana tapahtuva tavoitteellinen tai tietoinen liikunta sekä kohtuullisesti rasittava fyysinen aktiivisuus työssä sekä koti- ja vapaa-ajan askareissa. Terveystoimintaan voidaan laskea kuuluvaksi kaikenlaiset päivittäiset tai usein toistuvat fyysisen aktiivisuuden muodot, kuten koti- ja pihatyöt, arkiliikunta (reipas kävely, portaiden nousu, pyöräily), ammatin edellyttämä ruumiillinen työ, hyötyliikunta (marjastus, sienestys, kalastus), retkeily, ulkoilu, kuntoliikunta sekä muu vapaa-ajan liikunta (Teli-komiteamietintö 2001, Vuori 2007).

Liikunnalla on tärkeä merkitys useiden sairauksien ennaltaehkäisyssä, hoidossa ja kuntoutuksessa (Simonsick ym. 1993, Pate ym. 1995, Blair ym. 2001, Kesäniemi ym. 2001, Batty 2002). Säännöllisellä fyysisellä aktiivisuudella voidaan vaikuttaa myönteisesti sydänsairauksien, sepelvaltimotaudin, korkean verenpaineen, aivohalvauksen, osteoporoosin, nivelrikon, paksusuolensyövän, depression sekä aikuistyyppin diabeteksen riskitekijöihin (Simonsick ym. 1993, Pate ym. 1995, Pollock ym. 1998, Blair ym. 2001, Boulé 2001, DiPietro 2001, Kesäniemi ym. 2001, Kohl 2001, Haskell ym. 2007, Vuori 2007) sekä myös ehkäistä heikentyneen glukoosinsiedon muuttumista aikuistyyppin diabetekseksi (Kelley & Goodpaster 2001). Ikääntyneiden kohdalla fyysinen aktiivisuus vähentää kaatumisriskiä ja kaatumisista

aiheutuvien tapaturmien määrää sekä lieventää toimintakyvyn rajoituksia (Nelson ym. 2007).

Liikunta ehkäisee lihavuutta ja vähentää siihen liittyviä verisuonisairauksien sekä diabeteksen riskitekijöitä. Liikunta alentaa hypertensiivisten ihmisten verenpainetta, alentaa kokonaiskolesterolia, suurentaa HDL -kolesterolipitoisuutta, vaikuttaa edullisesti glukoosiaineenvaihduntaan ja parantaa immuunivastetta (Simonsick ym.1993, Pate ym. 1995, Shephard & Bouchard 1995, Boulé ym. 2001, Thompson ym. 2001). Lihavilla henkilöillä 30 minuuttia liikuntaa päivässä riittää monien pitkäaikaissairauksien riskin pienentämiseen (Vuori 2007). Lisäksi on näyttöä siitä, että liikunnan harrastaminen ehkäisee tai hidastaa kognitiivisen toimintakyvyn heikkenemistä (Abbot ym. 2004, Larson ym. 2006, Weuve ym. 2004) ja parantaa unen laatua (King ym. 1997).

Liikunnan vaikutukset ilmenevät eri tavalla. Osa vaikutuksista ilmenee nopeasti liikunnan jälkeen. Esimerkiksi seerumin lipidipitoisuuksissa todetut muutokset, systolisen ja diastolisen verenpaineen selvä lasku tai veren glukoosipitoisuuden pieneneminen jopa 1-2 mmol/l aiheutuvat akuutin liikunnan vaikutuksesta (Thompson ym. 2001). Verenpainemuutosten saavuttamiseksi liikunnan tulee olla kestävyystyyppistä. Lähes päivittäinen kestävyysharjoittelu laskee sekä normaalia että erityisesti kohonnutta verenpainetta (7,7/5,8 mmHg hypertensiivisillä ja 2,6/1,8 mmHg normotensiivisillä henkilöillä) (Fagard 2001). Lievästi kohonnutta verenpainetta sairastavan henkilön tulisi harrastaa säännöllisesti kohtuullisesti kuormittavaa ja erityisesti alaraajoilla dynaamista (esim. reipas kävely, pyöräily) liikuntaa 50–60 minuuttia kerrallaan 3-4 päivänä viikossa. Harjoittelussa sekä säännöllisyys että intensiteetti ovat tärkeitä tekijöitä verenpaineen alenemiseksi. Lisäksi on todettu, että kohtuukuormitteinen liikunta alentaa verenpainetta hypertensiivisillä ihmisillä tehokkaammin kuin raskaampi liikunta ja voi siten vähentää lääkkeiden käytön tarvetta (Cléroux ym. 1999).

Ikääntyvien ihmisten terveystoiminnan tärkeimpinä haasteina on lisätä terveiden ja toimintakykyisten vuosien määrää, itsenäisyyttä, elämänlaatua sekä täysivaltaista osallistumista. Huomion kohdistaminen erityisesti arkiliikuntaan mahdollistaa ikääntyneille ihmisille tärkeän päivittäisen liikunnan toteutumisen. Lisäksi on

huolehdittava monipuolisen ja laadukkaan ohjatun liikunnan saavutettavuudesta (Teli-komiteamietintö 2001).

Ennenaikaisen toimintakyvyn menetyksen riski on olemassa, mikäli työikäisenä ja eläkkeelle siirtymisen yhteydessä fyysinen aktiivisuus ja liikkuminen on ollut vähäistä. Eläkeikäisenä on hyvä mahdollisuus omaksua uusia liikuntatottumuksia ja osallistua palvelujen kehittämiseen. Tavoitteena on, että liikuntaan tottumattomilla ikääntyvillä on mahdollisuus omaksua fyysisesti aktiivinen elämäntapa eläkeiän lähestyessä ja ylläpitää sitä eläkkeelle siirtymisen jälkeen. Tämän pohjalta terveystiikunnan yksi kehittämissuodotus on terveystiikuntapainotteisen työssä jaksamisen ja eläkkeelle valmentautumisen ohjelman kehittäminen eläkeikää lähestyville (Teli-komiteamietintö 2001).

3 SUOMALAISTEN LIIKUNTAKÄYTTÄYTYMINEN

3.1 Lasten ja nuorten liikunta-aktiivisuus

Varhaislapsuudessa lapset liikkuvat jo luonnostaan hyvin paljon. Liikkuminen on spontaania toimintaa erilaisten leikkien, pelien ja kisailujen muodossa. Lapsuusajan liikkumisessa korostuvat erilaisten liikuntataitojen hallinnan sekä sosiaalisten taitojen kehittyminen. Nuorilla liikunnan merkitys on suuri myös minäkuvan ja identiteetin kehittymisen kannalta. Lapsuusiässä opittu säännöllinen liikunta tarjoaa edellytyksiä elinikäisen liikunnan ja muiden terveellisten elintapojen omaksumiselle ja edistää siten terveyttä (Vuori 2005b). On paljon tutkimustietoa siitä, kuinka mm. alhainen fyysinen aktiivisuus on riskitekijä monille sairauksille. Pyrittäessä ennaltaehkäisemään myöhemmällä iällä erilaisia sairauksia, tulisi lapsuudenaikaisen liikunnan/fyysisen aktiivisuuden jatkua aikuisuudessa. Erilaisilla ympäristö- ja sosiaalisilla tekijöillä on tämän toteutumiseen vaikutusta (Aarnio ym. 2002a).

Lapsuuden ja nuoruuden aikaisella fyysisellä aktiivisuudella on osoitettu olevan yhteys aikuisiän fyysiseen aktiivisuuteen ja aikuisiän terveyteen. Liikunnan harrastamisen pysyvyyden 16-, 17- ja 18-vuotiailla nuorilla kolmen vuoden seuranta-aikana todettiin olevan korkeinta niillä, jotka harrastivat monipuolista liikuntaa ja jotka osallistuivat ohjattuun liikuntaan (Aarnio ym. 2002b). Erityisesti naisilla lapsuudenaikaisella fyysisellä aktiivisuudella ja elinikäisellä liikunnan harrastamisella

on osoitettu olevan merkittävämpi vaikutus luuston vahvuuden kannalta kuin ainoastaan aikuisiän aktiivisuudella (DiPietro 2001). Nuorena liikuntaa ja urheilua harrastaneiden nuorten on todettu olleen fyysisesti aktiivisempia myöhemmällä iällä ja heillä on esiintynyt vähemmän sepelvaltimotautia (Kujala ym. 2000). Nuorten poikien ja tyttöjen tupakointi, epäsäännölliset aamiaistottumukset, opiskelu ammattikoulussa sekä huono itse koettu terveys ovat yhteydessä fyysiseen inaktiivisuuteen (Aarnio ym. 2002a).

Lasten ja nuorten liikunta vaikuttaa myönteisesti mm. kehon rasvamäärään, veren kolesteroliin, verenpaineeseen tai sokeriaineenvaihduntaan ja siten vaikuttaa ennaltaehkäisevästi myöhemmän iän sairastumisen vaaraan (Vuori 2005b). Tutkimuksissa on todettu, että sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöiden kehittyminen alkaa lapsuudessa. Lapsuudessa todettu koholla oleva verenpaine säilyy aikuisuuteen ja ennustaa sydän- ja verisuonitauteihin kuolleisuutta myöhemmällä aikuisiällä (Leary ym. 2008). Lisäksi luuston lujouden kehittymisen kannalta erityisesti lapsuuden viimeisinä vuosina ja puberteettivaiheessa nopeita ja voimakkaita iskuja, tärähdyksiä, vääntöjä ja kiertoja sisältävä liikunta on merkityksellistä vahvan luuston saavuttamiseksi. Lapsuudessa ja nuoruudessa lihasvoiman kasvun, nivelten kuormituskestävyyden ja liikkuvuuden sekä aerobisen kapasiteetin kehittymisen kannalta on tärkeää harrastaa säännöllisesti monipuolisia liikuntalajeja. Viime vuosina huomattavasti yleistynyt lasten liikalihavuus huolestuttaa, sillä se altistaa sydän- ja verisuonisairauksille, diabetekselle sekä metaboliselle oireyhtymälle. Ylipainoisuus aiheuttaa kömpelyyttä ja liikunta tuntuu raskaammalta, joten ylipainoinen lapsi ei harrasta liikuntaa mielellään ja siten lihavuus saattaa lisääntyä. Lapsuusajan lihavuus säilyy hyvin todennäköisesti myös aikuisuuteen ja ilmenee silloin kroonisina verenkierroelimestön, aineenvaihdunnan ja tuki- ja liikuntaelimestön sairauksina. Myös sairauspoissaolot työstä ja kuolleisuus lisääntyvät (Vuori 2005b).

Lasten ja nuorten liikunta-aktiivisuutta kartoittavissa tutkimuksissa on havaittu, että fyysisen aktiivisuuden kokonaismäärä ja myös kilpaurheilun harrastaminen vähenevät murrosiässä. Vuonna 1999 tehdyn selvityksen mukaan suomalaisnuorista liikkui terveytensä kannalta riittävästi 40 % pojista ja 27 % tytöistä. Riittävästi liikkuviksi luokiteltiin ne, jotka liikkuivat vähintään neljä kertaa viikossa ja kokivat hikoilevansa liikunnan aikana ainakin jonkin verran. 15-vuotiaille suunnatussa

tutkimuksessa vuonna 2003 liikunnan kuormittavuuskriteeriä tiukennettiin, jolloin riittävästi liikkuvia oli pojista 26 % ja tytöistä 15 %. Vuonna 2006 14–15-vuotiaista pojista 40 % ja tytöistä 29 % harrasti hengästymistä ja hikoilua aiheuttavaa liikuntaa vähintään 4 tuntia viikossa (Fogelholm ym. 2007). Vaikka riittävästi liikkuvien nuorien osuus on muutaman viime vuosikymmenen aikana lisääntynyt, on todettu, että noin joka viides nuori on fyysisesti täysin passiivinen. Suurin muutos liikunnan määrän vähenemisessä tapahtuu murrosiässä, 12–15 vuoden iässä (Fogelholm 2005b, Fogelholm ym. 2007).

Sukupuolittain tarkasteltuna pojat liikkuvat enemmän ja kuormittavammin kuin tytöt. Vuodenajan merkitys ilmenee siten, että kaikenlainen fyysinen aktiivisuus on syksyllä ja talvella vähäisempää kuin keväällä ja kesällä (Fogelholm 2005b). Lasten ja nuorten fyysisestä aktiivisuudesta suuri osa on luonteeltaan urheilua. Urheilua harrastavien lasten ja nuorten osuus kasvoi 1990-luvulla (Vuori 2005c). Myös urheilun harrastamisen lajit ovat muuttuneet. Eniten ovat lisääntyneet pyöräily, jalkapallo ja rullaluistelu. Suosittuja lajeja nuorten parissa ovat lisäksi kävely, lumilautailu, rullalautailu ja sähly. Lisäksi useampaa lajia harrastavien osuus on yleistynyt. Perinteisten kestävyyslajien, kuten juoksun, yleisurheilun, hiihdon ja suunnistuksen suosio on vähentynyt (Fogelholm 2005b). Kansallisen liikuntatutkimuksen mukaan kymmenen viime vuoden aikana on mm. jalkapallon, pyöräilyn, hiihdon, uinnin, juoksulenkkeilyn, salibandyn, luistelun ja kävelylenkkeilyn harrastaminen yleistynyt. Selviä poikien lajeja ovat esimerkiksi jalkapallo, salibandy ja jääkiekko, tyttöjen taas kävelylenkkeily, voimistelu, tanssi ja ratsastus (Kansallinen liikuntatutkimus 2006). Liikunta-aktiivisuuden ohella kiinnostavaa on myös lasten ja nuorten fyysinen passiivisuus, jota on mitattu esimerkiksi television katselemisella. Television katseleminen yleistyi 1990-luvulla, mutta 2000-luvun alussa muutos näyttää pysähtyneen. Toisaalta osa lapsista viettää tietokoneen parissa yhä enemmän aikaa (Fogelholm 2005b).

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisussa on tarkasteltu uusinta tietoa suomalaisten lasten ja nuorten terveystuokunnan määrästä ja riittävydestä 2000-luvulla, terveystuokunnan kehittämisestä viime vuosikymmenten aikana sekä liikunnan eroja väestöryhmien välillä. Selvityksen mukaan vuonna 2005 nuorista (12-vuotiaat) pojista liikkui terveytensä kannalta riittävästi arviolta 51 % ja tytöistä 44 %, 14-vuotiaista pojista 45 % ja tytöistä 38 %, 16-vuotiaista pojista 38 % ja tytöistä 31 % sekä 18-

vuotiaista pojista 29 % ja tytöistä 24 %. Pojat liikkuvat siis yleensä enemmän kuin tytöt. Erittäin vähän liikkuvia nuorista on 20–25 %. Lasten ja nuorten, erityisesti tyttöjen liikunta urheiluseuroissa on yleistynyt viimeisen 15 vuoden aikana, mutta kaikkiaan se vähenee jyrkästi 12 ikävuoden jälkeen. Lasten ja nuorten liikunnasta on kuitenkin vielä liian vähän tietoa (Fogelholm ym. 2007).

3.2 Aikuisten liikunta-aktiivisuus

Aiempaa suurempi osa väestöstä liikkuu vähintään kolmasti viikossa. Kansallisen liikuntatutkimuksen mukaan enemmistö suomalaisista 19–65-vuotiaista aikuisista, 72 %, ilmoittaa toteuttavansa ainakin jonkinlaista liikuntaa vähintään kolmesti viikossa. Vähintään neljästi viikossa liikkuu lähes joka toinen (49 %) (Kansallinen liikuntatutkimus 2006). Fyysisesti aktiivisimpia aikuisia ovat 60-75-vuotiaat. Vähiten liikkuvat 30-45-vuotiaat ja yli 75-vuotiaat (Fogelholm ym. 2007). Nuorten aikuisten kestävyyskunto on erityisesti heikentynyt jatkuvasti 1970-luvun lopusta lähtien (Fogelholm ym. 2007).

Lievää hengästymistä ja hikoilua aiheuttavaa vapaa-ajan liikuntaa harrastaa noin puolet työikäisistä, miehet hieman enemmän kuin naiset (Fogelholm ym. 2007). Suomalaisista 19–65-vuotiaista liikuntaa harrastavasta väestöstä yksi kuudesosa (16 %) liikkuu voimakkaasti hikoillen ja hengästyen. Jonkin verran hikoilua ja hengityksen kiihtymistä sisältää valtaosan (61 %) kuntoilu. Vajaa neljännes (23 %) väestöstä liikkuu verkkaisemmin ja rauhallisemmin. Edelliseen (2001-2002) kansalliseen liikuntatutkimukseen verrattuna suomalaisten rasittavampi liikunta on lisääntynyt ja verkkainen liikunta vähentynyt (Kansallinen liikuntatutkimus 2006).

Koulutuksen mukaan tarkasteltuna eniten kuntoliikuntaa harrastavat opistotasaisen ammatillisen koulutuksen saaneet ja korkeakoulututkinnon suorittaneet (Fogelholm ym. 2007). Vapaaehtoinen fyysinen aktiivisuus on yleisempää nuorilla, paremmin koulutetuilla ja varakkailla henkilöillä (Shephard 1997). Toiseksi aktiivisempia ovat ammattikoulun tai –kurssin käyneet ja vähiten kuntoliikkuja on vailla ammatillista koulutusta olevien joukossa. Vähiten kuntoilevat maaseutuyrittäjät (Fogelholm ym. 2007). Erilainen tutkimustulos on saatu suomalaisessa Kansallisessa liikuntatutkimuksessa (2006), jonka mukaan johtavassa asemassa olevien ylempien toimihenkilöiden liikunta-aktiivisuus on vähäisempää kuin alemman sosiaaliluokan

edustajien. Lieneekö syynä se, että ylemmät toimihenkilöt eivät koe hyötyliikuntaa, esim. työmatkaliikuntaa, tai vapaa-ajan kävelylenkkeilyä liikunnan harrastamiseksi samalla tavalla kuin alemmat sosiaaliryhmät.

Aikuisten työmatka- ja asiointiliikkuminen on vähentynyt viimeisen 30 vuoden aikana. Työmatkaliikuntaa vähintään puoli tuntia päivässä kertyy noin 20 %:lle naisista ja 10 %:lle miehistä (Fogelholm ym. 2007). Työmatkaliikuntaan kävellen tai pyöräillen aikaa vähintään puoli tuntia päivittäin käyttää 7 % 15–64-vuotiaista miehistä ja 13 % naisista. Työmatkaliikunta on yleisintä 15–24- ja 45–64-vuotiaiden naisten keskuudessa. Miehillä ovat kävely tai pyöräily työmatkaliikuntana hieman lisääntyneet 1990-luvulta lähtien, naisilla säilyneet ennallaan (Vuori 2005a). Iän karttuessa vähentyvät lyhyet (alle 30 min ja alle 3 km) kävellen ja pyöräillen tehdyt työ- ja asiointimatkat. Keski-ikäiset käyttävät moottoriajoneuvoja työ- ja asiointimatkoihin enemmän kuin nuoret aikuiset. Kroonista sairautta sairastavat käyttävät motorisoitua kulkuvälinettä useammin työmatkaan kuin terveet (Mälkiä ym. 1994). Naiset liikkuvat moottoriajoneuvolla töihin vähemmän kuin miehet (Fogelholm ym. 2007). Mikäli työmatka toteutetaan esim. reippaasti kävellen ja kestää vähintään 10 minuuttia kerrallaan, voidaan se laskea mukaan osaksi päivittäistä terveysliikuntasuositusta (Haskell ym. 2007).

Fyysinen aktiivisuus työssä oli korkein 45–54-vuotiailla. Miehet olivat työssä fyysisesti aktiivisempia kuin naiset. Maaseudulla asuvien työstä aiheutuva fyysinen aktiivisuus oli korkeampi kun taas vastaavasti vapaa-ajallaan aktiivisemmat asuivat kaupungissa. Suomalaisilla yli 30-vuotiailla hiihto oli suosituin liikuntamuoto sekä miehillä että naisilla (Mälkiä ym. 1994).

Kansanterveyslaitos tutkii eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytymistä säännöllisin väliajoin. Ajanjaksolla 1993–2003 tehdyn tutkimuksen mukaan yli 65-vuotiaista miehistä 66 % ja naisista 63 % ilmoitti kävelevänsä vähintään neljä kertaa viikossa ainakin puoli tuntia kerrallaan. Sekä miehistä että naisista noin 4 % ei kyennyt harrastamaan liikuntaa. Vastaavanlainen tutkimus on tehty myös aiemmin (1985–2003), ja siinä todettiin, että vähintään kaksi kertaa viikossa käveleviä on ollut keskimäärin yli 80 % (Sulander ym. 2004).

Ohjatun liikunnan piirissä liikkuu noin 10 % ikääntyneistä ihmisistä. Luku on todennäköisesti yliarvioitu, sillä samat ikääntyneet ihmiset käyvät viikon aikana useissa eri liikuntaryhmissä (Karvinen 2000a.) Suomalaisista 60 – 69-vuotiaista noin 70 % ja yli 70-vuotiaista 60 % on kokenut pystyvänsä harrastamaan liikuntaa niin paljon kuin ovat halunneet (Rajaniemi 1999).

Alueelliset erot liikunta-aktiivisuudessa Suomessa ovat hyvin pienet. Liikunta-aktiivisuus on lähes yhtä suurta koko maassa, niin etelässä kuin pohjoisessa, idässä ja lännessä. Myöskään suurten asutuskeskusten tai haja-asutusalueiden välillä ei ole suurta eroa (Kansallinen liikuntatutkimus 2006). Kaupunkimaisissa kunnissa kuitenkin liikunnan harrastaminen on maaseutukuntia yleisempää (Fogelholm ym. 2007), kun taas maaseutukunnissa on keskimäärin hieman enemmän sellaisia henkilöitä, jotka eivät kuntoile harrastusmielessä niin usein kuin väestö keskimäärin (Kansallinen liikuntatutkimus 2006). Länsi-Suomessa ja pääkaupunkiseudulla on todettu asuvan eniten liikunnallisesti passiivisia, jotka yleisimmin ovat 35–44-vuotiaita miehiä ja naisia. Eniten kohtuullisesti kuormittavaa terveysliikuntaa viikoittain harrastavia on Pohjois-Karjalassa ja Pohjois-Savossa. Viikoittaisia kuntoliikkuja on eniten Oulun läänissä (Fogelholm ym. 2007).

Kansainvälisessä vertailussa suomalaiset ikäihmiset harrastavat liikuntaa hyvinkin aktiivisesti ja erityisesti ikääntyneiden naisten liikunnan harrastaminen on aktiivisempaa moniin muihin maihin verrattuna (Hirvensalo 2002). Yli 60-vuotiaiden liikkumisen on raportoitu olevan Suomessa muihin Euroopan maihin verrattuna poikkeuksellisen aktiivista. Yleensäkin suomalaisten ikääntyneiden liikunnan harrastamisen useus on Euroopan huippua (Zacheus ym. 2003). Erityisesti liikuntaa kodin ulkopuolella harrastavat eniten hyvästä ammattiasemasta eläkkeelle jääneet ihmiset, joilla on enemmän koulutusta (Lehr & Jüchtern 1997, Karvinen 2000a).

Iso-Britanniassa vuosina 1985–1993 suoritetussa 65–74-vuotiaiden ja yli 75-vuotiaiden fyysistä aktiivisuutta kuvaavassa tutkimuksessa raportoitiin nuorempien miesten ryhmässä kävelyä harrastettavan keskimäärin 60 minuuttia päivässä, nuorempien naisten ryhmässä keskimäärin 51 minuuttia. Vanhempien naisten ryhmässä käveltiin vähemmän, keskimäärin 19 minuuttia päivässä (Bennet 1998).

Työikäisten amerikkalaisten liikuntakäyttäytyminen on samansuuntaista kuin suomalaisten: korkeammin koulutetut liikkuvat vapaa-ajallaan enemmän kuin vähemmän koulutetut. Miehet ovat aktiivisempia kuin naiset. Myös etniset vähemmistöt ovat vähemmän aktiivisia kuin valkoihoiset amerikkalaiset. Myös Yhdysvalloissa liikuntaan käytetty aika vähenee iän myötä (Pate ym. 1995).

Itsearvioidulla terveydellä ja toimintakyvyllä on osoitettu olevan yhteys liikunnan harrastamiseen. Fyysisesti aktiivisempia ovat yleensä henkilöt, jotka arvioivat terveytensä ja toimintakykynsä hyväksi (Heikkinen ym. 1981, Simonsick ym. 1993). Vanhemmissa ikäryhmissä (yli 80-vuotiaat) liikunnallisesti passiivisten määrä lisääntyy huolimatta hyväksi koetusta terveydestä tai toimintakyvystä (Heikkinen ym. 1981). Toisaalta mitä huonompi itsearvioitu terveys on ja mitä enemmän on oireita ja mitä heikentyneempi toimintakyky on, sitä vähemmän liikuntaa harrastetaan (Pohjolainen ym. 1982, Hallal ym. 2003). Poikkeuksena on kotivoimistelu, jossa terveyden ja toimintakyvyn merkitys liikuntaharrastuksen osalta on pienempi kuin muissa liikuntamuodoissa (Pohjolainen & Heikkinen 1989).

3.3 Liikuntakäyttäytymisen eroja naisten ja miesten välillä

Shephardin (1997, 19-20) kanadalaisista yli 65-vuotiaista miehistä ja naisista tekemän liikuntatutkimuksen mukaan osallistumisaktiivisuus vähintään yhden kerran 12 kuukauden jaksossa oli miehillä ja naisilla seuraavanlainen: kävelyä miehet 77 %, naiset 81 %, uintia miehet <20 %, naiset 57 %, pyöräilyä miehet <20 %, naiset <15 %, tanssia miehet 22 %, naiset 15 %. Saksalaistutkimuksessa todettiin 41 % ikääntyneistä miehistä ja 45 % ikääntyneistä naisista olevan säännöllisesti fyysisesti aktiivisia eli harrastavan liikuntaa enemmän kuin kaksi kertaa viikossa (Lehr & Jüchtern 1997).

Suomessa ikäryhmissä 65–74-vuotiaat sekä 75–84-vuotiaat noin puolet sekä miehistä että naisista harrastivat kävelylenkkeilyä lähes päivittäin. Harvemmin kuin kerran kuukaudessa harrastavien osuus oli kaikissa lajeissa hyvin pieni (Suutama ym. 1999). Uusimman suomalaisten liikuntakäyttäytymistä selvittäneen raportin mukaan 19–65-vuotiaiden naisten keskuudessa vähintään 5 kertaa viikossa liikkuvia on 42 % ja miesten keskuudessa 30 %. Aiempaan vastaavaan tutkimukseen verrattuna naiset ovat lisänneet liikunnan harrastamista. Naisten kohdalla lähes

päivittäin liikkuvien osuus nousi 39 %:sta 42 %:iin. Miesten kohdalla tulos säilyi ennallaan. Liikuntaa harrastavien suureen määrään vaikuttaa oleellisesti kävelylenkkeilyn suuri suosio. Erityisesti yli 50-vuotiailla kävely on usein pääliikuntamuoto ja sitä tehdäänkin lähes päivittäin. Keski-ikäiset ja ikääntyneet ovat tutkimuksen mukaan lisänneet liikunnanharrastamiskertoja useammin kuin nuoremmat (Kansallinen liikuntatutkimus 2005–2006). Ikäryhmittäiset erot kävelyharrastuksessa ovat naisilla hieman miehiä suuremmat (Sulander ym. 2004).

Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan vapaa-ajan terveystoiminta on yleisintä eläkeikäisillä (65–74-vuotiailla) miehillä (43 %) ja naisilla (38 %). Työikäisillä sukupuoliero on päinvastainen: työikäiset (30–64-vuotiaat) naiset ovat aktiivisempia (26 %) kuin miehet (23 %). Nuorilla aikuisilla, 18–24-vuotiailla, naisilla ja miehillä ei ollut eroa terveystoiminnan suhteen, mutta 25–29-vuotiaat naiset liikkuvat vapaa-ajallaan päivittäin hieman useammin kuin samanikäiset miehet. Myös 30–44-vuotiaat naiset liikkuvat vapaa-ajallaan terveystoiminnan suositusten mukaisesti useammin kuin miehet (23 % vs. 19 %) (Luoto 2005).

Sukupuolieroja on eniten työmatka- ja asiointiliikunnassa. Kävellessä tai pyöräillen vähintään 15 minuuttia päivässä työmatkaansa käyttää aikaa naisista noin puolet (48 %) ja miehistä neljäsosa (27 %). Alle 30-vuotiaista naisista 22 % ja miehistä 14 % liikkuu työmatkoillaan terveytensä kannalta riittävästi. Molempien sukupuolien työmatkaliikunta on vähentynyt 1970-luvun lopulta lähtien noin 20 %. Myös alueellisia eroja on havaittu: aktiivisimpia työmatkaliikkujia ovat uusimaalaiset naiset ja miehet, vähiten aktiivisia itäsuomalaiset miehet ja länsisuomalaiset naiset. Toisaalta vapaa-ajallaan aktiivisimpia liikkujia ovat 1990-luvun alusta lähtien olleet itäsuomalaiset miehet ja naiset (Luoto 2005).

Tamperelaisilla vuonna 2002 toteutetussa terveys- ja elintapatutkimuksessa todettiin, että terveyttä edistävää asiointiliikuntaa (vähintään puoli tuntia päivässä) harrastivat erityisesti naiset. Miesten asiointiliikunta yleistyi vasta 55. ikävuoden jälkeen (Luoto 2005).

3.4 Ikääntymisen vaikutus liikuntakäyttäytymiseen

Useimmilla ikäihmisillä liikunta vähenee 75 ikävuoden jälkeen, samaan aikaan kun ilmenee liikkumisvaikeuksia. Itsenäinen ulkoilu tuottaa hankaluuksia yli puolelle 75–85-vuotiaista naisista ja kolmannekselle miehistä. Ikääntyneet, joilla on hyvä toimintakyky, harrastavat enemmän liikuntaa, mutta heidän joukossaan on myös paljon passiivisia. Toisaalta osa ihmisistä ylläpitää aktiivista elämäntapaa, vaikka toimintakyky on huomattavasti heikentynyt (Karvinen 2000).

Jyväskylässä toteutetussa Ikivihreät – projektissa todettiin sekä 65–74- että 75–84-vuotiaiden liikunnan harrastamisen vähenevän 8 vuoden seurannassa sekä miehillä että naisilla. Väheneminen oli lievintä nuoremman ikäryhmän miehillä. Seuruussa mukana pysyneet olivat olleet aktiivisempia kuin seuruuajana kuolleet. Sekä vanhemmassa että nuoremmassa ikäryhmässä miehet olivat aktiivisempia kuin naiset. Vanhemmassa ikäryhmässä lähes 80 %:lla liikunnan harrastaminen oli vähentynyt jonkin verran tai paljon, nuoremmassa ikäryhmässä vastaava osuus oli vajaat 60 %. Nuoremman ikäryhmän naisilla oli liikunnan harrastaminen vähentynyt enemmän kuin miehillä, mutta vanhemmassa ikäryhmässä ei ollut sukupuolieroja. 75–84-vuotiailla naisilla kotivoimistelun harrastaminen väheni seuruun aikana, nuoremman ikäryhmän naisilla se pysyi ennallaan. 65–74-vuotiailla miehillä kotivoimistelun harrastaminen jopa lisääntyi seuruun aikana. Yleisesti ottaen lähes kaikkien liikuntamuotojen harrastaminen kuitenkin väheni seuruuajana (Hirvensalo 2002).

Ikääntymiseen liittyvää liikunnan harrastamisen vähenemisiä on Shephardin (1997, 19-20) mukaan havaittu myös muissa kehittyneissä maissa. Esimerkiksi Norjassa urheilun harrastaminen väheni 15–24-vuotiaiden 69 prosentista yli 60-vuotiaiden 33 prosenttiin. Hölkkääminen väheni samoissa ikäluokissa 56 prosentista 23 prosenttiin. Patikoinnin ja retkeilyn osalta tutkimustulos oli päinvastainen: nuoremasta ikäpolvesta eli 15–24-vuotiaista vain noin 34 % harrasti sitä, kun taas yli 60-vuotiaista jopa 59 %.

Iso-Britanniassa vuonna 1985 aloitetussa 65–74-vuotiaiden ja yli 75-vuotiaiden tutkimuksessa kävelyharrastukseen kulutettu aika ei vähentynyt missään ryhmässä välimittauksessa vuoteen 1989 mennessä. Vuosina 1989–1993 kävelyn

harrastamiseen käytetty aika väheni kaikissa ikäryhmissä, mutta pysyi kuitenkin suhteellisen korkeana, keskimäärin 20 minuutissa päivää kohden. Ainoa poikkeus oli vanhimpien naisten ryhmä, jossa kävelyharrastus loppui kokonaan vuoteen 1993 mennessä (Bennet 1998). Myös muissa tutkimuksissa on todettu kävelyharrastuksen vähenevän progressiivisesti iän myötä (Armstrong & Morgan 1998, Hirvensalo 2002, Sulander ym. 2004). Shephardin (1997, 19-20) tutkimuksessa todettiin vastaavasti miesten kävelyharrastuksen ja sekä miesten että naisten puutarhanhoidon lisääntyneen iän myötä.

Eläkeikäisen väestön terveystyöskäytymisen muutoksia tutkineen Kansanterveyslaitoksen tutkimuksen mukaan 65–69-vuotiaiden ikäryhmästä ikäryhmään 80–84 miesten tanssiharrastus väheni 22 %:sta 11 %:iin, pelien (shakki, kortti- ja pallopelit) harrastaminen 16,0 %:sta 12 %:iin, kalastus tai metsästys 50 %:sta 25 %:iin sekä mökkielämä tai retkeily 56 %:sta 33 %:iin. Vastaavat naisten luvut samoissa ikäryhmissä olivat tanssi 19 % - 3 %, pelit 13 % - 4 %, kalastus tai metsästys 11 % - 2 %, ja mökkielämä tai retkeily 52 % - 18,00 % (Sulander ym. 2004).

Erityisesti naisten liikuntaharrastus lisääntyi voimakkaasti 1970-luvulla. Verrattaessa Kansanterveyslaitoksen tutkimuksia vuonna 1971 1980-luvun alkupuolella tehtyyn vastaavaan tutkimukseen, on suomalaisten naisten liikuntaharrastus lisääntynyt 12 vuodessa 77 %:lla. Vastaava lisäys miesten keskuudessa on 70 %. Tulos merkitsee huomattavaa harrastajamäärän lisäystä ja kuvaa samalla sitä, miten naiset ovat tavoittaneet miehet liikuntaharrastuksen useudessa (Laakso 1986). Ikääntyneiden ihmisten liikuntaharrastus edelleen hieman lisääntyi vuosina 1981–1991 (Aaltonen 1993).

Jyväskylän Iki vihreät-projektin 65–69-vuotiaiden liikunnan harrastamisen kohorttitutkimuksessa vuosina 1988 ja 1996 todettiin, että aikaisemman kohortin miehet harrastivat liikuntaa jonkin verran intensiivisemmin kuin naiset, mutta myöhemmässä kohortissa ei merkitsevää eroa liikunnan harrastamisessa ollut. Myöhempi naiskohortti harrasti liikuntaa intensiivisemmin kuin aikaisempi naiskohortti, mutta mieskohorttien välillä ei ollut merkitsevää eroa. Harvemmin kuin kerran kuukaudessa harrastavien osuus oli noin 2 % (Lampinen & Hirvensalo 1999).

Turun liikuntakäyttäytymistutkimus toteutettiin 2000-luvun alussa erityisesti ikäpolvien ja elämänkaaren näkökulmasta. Siinä todettiin, että liikunnan harrastaminen oli vähäisintä elämänkaaren keskivaiheilla. Elämänkaaren alku- ja loppupäässä liikunnan harrastaminen oli määrällisesti aktiivisempaa kuin fyysisesti parhaassa iässä. Tulokset kertovat, että 1970-luvulla vallalla olleet perinteiset oletukset iän myötä tapahtuvasta liikunta-aktiivisuuden vähenemisestä eivät enää nykypäivänä pidä paikkaansa. Päinvastoin, ikääntyneet harrastavat liikuntaa siinä missä 7-15-vuotiaatkin. Elämänkaaren keskivaiheilla, 26–45 vuoden iässä, harrastetaan vähemmän liikuntaa. Tähän lienee selityksenä se, että tuolloin rakennetaan omaa elämää (Zacheus ym. 2003).

Liikunnan intensiteetin suhteen tutkimustulos on toinen. Liikunnan rasittavuus väheni samaisessa turkulaistutkimuksessa ikäpolvelta toiselle sitä mukaa mitä vanhemmasta ikäpolvesta oli kysymys. Ikääntyneistä (61–75 v.) kolmannes harjoitti liikuntaa, jossa ei hengästy eikä hikoile. Voimakasta hengityksen kiihtymistä aiheuttavaa liikuntaa ikääntyneistä ihmisistä ei harjoittanut kukaan (Zacheus ym. 2003).

Huonon fyysisen toimintakyvyn omaavien kreikkalaisten on todettu kävelevän pidempiä matkoja kuin vastaavankuntoisten ihmisten muissa tutkituissa maissa. Kreikkalaiset myös harrastavat fyysisesti raskasta tai kohtuukuormitteista liikuntaa muita enemmän. Kreikassa liikunnan harrastus on useimmiten osa päivittäistä elämää enemmän kuin muissa tutkituissa maissa (Heikkinen ym. 1992).

3.5 Ikääntyneiden harrastamat liikuntamuodot

Ikääntyneiden ihmisten suosituin liikuntamuoto on kävely (Karvinen 2000, Lampinen & Hirvensalo 1999), joka varsin hyvällä tavalla pitää yllä arkista toimintakykyä. Kävelylenkkeily on myös muissa tutkimuksissa todettu olevan yli 65-vuotiaiden suosituin liikuntamuoto (69 % Aaltonen 1993, 84 % Zacheus ym. 2003), vaikka eläkeläisten kävelyliikunnan ja muun liikunnan päivittäinen harrastaminen on hieman vähentynyt 10 vuoden aikana. Tämä siitäkkin huolimatta, että erilaiset sairaudet ja vammat rajoittavat eläkeläisten liikuntaa vähemmän kuin 10 vuotta sitten ja erityisesti kävelylenkkeilyä selvästi vähemmän kuin muuta liikuntaa (Fogelholm 2007).

Lampisen & Hirvensalon (1999) mukaan kotivoimistelu on Suomessa kävelyn jälkeen yleisimmin harrastettu liikuntamuoto. Suutama ym. (1999) ovat todenneet, että miehistä noin puolet ja naisista ja naisista noin 60 % harrasti kotivoimistelua. Miehet harrastivat monipuolisemmin eri lajeja kuin naiset. Kävelylenkkeilyn ja kotivoimistelun lisäksi suosittuja lajeja olivat uinti, pyöräily, hiihto ja tanssi. 65–74-vuotiaat harrastivat eri lajeja aktiivisemmin kuin 75–84-vuotiaat. Vain pieni osa harrasti kuntosaliharjoittelua (3 %) ja pallopelejä (1%). Toisaalta Aaltosen (1993) mukaan pyöräily on ollut toiseksi suosituin (32 %) liikuntamuoto kävelylenkkeilyn jälkeen, jonka jälkeen kotivoimistelu (26 %), uinti (16 %), maastohiihto (12 %) ja juoksulenkkeily (2 %). Urheiluseurassa tai liikuntakerhossa liikkui yli 65-vuotiaista vain noin 2 %. Zacheus ym. (2003) puolestaan totesi marjastuksen ja sienestyksen olevan kävelylenkkeilyn jälkeen suosituin ikääntyneiden liikuntamuoto. Niiden jälkeen tulivat pyöräily, uinti, lenkkeily ja kuntosaliharjoittelu. Pieni osa harrasti lasketteluakin. Myös Heikkisen ym. (1999) tutkimuksessa marjastusta ja sienestystä harrasti yli puolet miehistä ja naisista sekä kalastusta yli puolet miehistä. Metsästys oli myös pienen miesjoukon harrastus.

Saksalaistutkimuksessa suosituimmaksi ikäihmisten liikuntamuodoksi nousi uinti (23 %), sen jälkeen voimistelu (19 %). Naiset harrastivat uintia ja voimistelua merkittävästi enemmän kuin miehet. Seuraavaksi suosituimpia lajeja olivat pyöräily (15 %), retkeily (13 %), keilailu (5 %), hiihto (3 %), tanssi (3 %) ja tennis (2 %) (Lehr & Jüchtern 1997). USA:ssa, Kanadassa ja Euroopassa kävelyn on osoitettu olevan yleisin liikuntamuoto (DiPietro 2001). Espanjassa asuvien suomalaisten on todettu harrastavan kävelylenkkeilyä siellä paljon enemmän kuin Suomessa. Kävelyn lisäksi suomalaiset harrastavat Espanjassa uintia, petanqueta, golfia ja tanssia (Karisto 2000).

Suomalaisessa kohorttivertailututkimuksessa 75–84-vuotiaat naiset harrastivat kävelylenkkeilyä, ohjattua liikuntaa ja hiihtoa enemmän kuin 65–74-vuotiaat naiset. Vanhempi miesten ikäryhmä harrasti enemmän kävelylenkkeilyä kuin nuorempi ikäryhmä. Naiset voimistelivat miehiä enemmän kotona, mutta miehet harrastivat lähes kaikkia muita lajeja naisia enemmän. Hyötyliikunnan harrastus oli melko yleistä 65–69-vuotiaiden keskuudessa (Heikkinen ym. 1999).

Liikunnan harrastamisen lisääntyminen on tärkeä muutos sen vuoksi, että fyysinen aktiivisuus on osoittautunut yhdeksi tärkeimmistä ikääntyneen väestön toimintakykyyn ja itsenäiseen selviytymiseen vaikuttavista tekijöistä (Heikkinen 2000).

3.6 Liikunnan harrastamisen motiivit ja esteet ikääntyneillä ihmisillä

Motiivit: Ikääntyneiden ihmisten tärkeimpänä liikunnan harrastamisen motiivina on useissa tutkimuksissa todettu terveyden edistäminen ja ylläpitäminen. Kaikkia ikääntyneitä se ei kuitenkaan motivoi lisäämään liikunnan harrastusta ainakaan niin kauan kuin henkilöllä ei ole fyysisiä ongelmia. Monet ikääntyneet ihmiset kokivat voivansa hyvin ilman liikunnan harrastamistakin (Lehr & Jüchtern 1997). Virkistyminen on todettu toiseksi tärkeimmäksi liikuntaan kannustavaksi tekijäksi (Lehr 1992, Hänninen 1999, Rajaniemi 1999, Karvinen 2000). Luonto on koettu myös tärkeäksi liikuntaan motivoivaksi tekijäksi (Karvinen 2000). Suomalaisen tutkimuksen mukaan rauhallinen luonnossa liikkuminen, metsissä samoilu, lintujen tarkkailu, raikkaan metsäilman hengittäminen, puron solinan kuuntelu ja marjanpoiminta kannon päällä istuen ovat motiiveja, jotka eniten kannustivat ikääntyneitä liikunnan harrastamisen pariin. Liikunnalla metsästetään elämyksiä, mutta riskilajien kokeileminen, kuten esimerkiksi laskuvarjohyppy, sukellus tai kiipeily ei ikääntyneitä kiinnostanut (Zacheus ym. 2003). Myös Aaltonen (1993) ja Hänninen (1999) toteavat ulkoilun olevan merkittävä motiivi ikääntyneiden ihmisten liikunnan harrastamiseen. Samoin liikuntaa pidetään tärkeänä vapaa-ajantoimintana.

Muita tärkeitä liikunnan harrastamisen motiiveja ovat voimavarojen vahvistaminen ja itsensä tunteminen. Liikunnan avulla voidaan peilata omia kykyjä ja mahdollisuuksia taistelussa raihnaisuutta vastaan (Hänninen 1999). Lisäksi liikunnan harrastamisen tärkeitä motiiveja ovat, että liikunta koetaan hauskaksi, pysytään hyvässä kunnossa, kuulutaan ryhmään ja tulee tunne siitä, että voi paremmin (Lehr 1992, Pate ym. 1995). Lisäksi työkyvyn ylläpito ja yhteisen ajan viettäminen ystävien kanssa on merkittävä motiivi (Lehr & Jüchtern 1997, Rajaniemi 1999).

Myös *ohjattuun liikuntaan* osallistumisen syistä tärkeimmäksi ikäihmiset ovat kokeneet terveyden ylläpitämisen. Ohjattuun liikuntaan osallistumisen syistä tärkeitä olivat lisäksi sosiaaliset syyt (seura, kaverit ym.). Kolmanneksi tärkeimpiä syitä olivat psyykkiset syyt, kuten mielenterveys, piristys, elämänhalu (Suutama ym. 1999).

Lisäksi itsetunnon kohentuminen, psyykkinen kestävyys, kärsivällisyyden parantuminen sekä toisilta saatu arvostuksen lisääntyminen ovat olleet merkittäviä syitä osallistumiselle (Lehr & Jüchtern 1997). Liikunnasta pitäminen sekä terveydenhuoltohenkilökunnalta saadut neuvot ja lähetteet olivat lisäksi lisänneet osallistumista (Suutama ym. 1999).

Esteet: Ikääntyvän väestön liikunnan harrastukselle on monenlaisia esteitä, jotka voivat olla yksilöllisiä, sosiaalisia ja ympäristöön liittyviä. Yksilöllisiä syitä voivat olla mm. vanhenemiseen liittyvien sairauksien ja toiminnanvajavuuksien lisääntyminen, asuminen maaseudulla, jossa liikuntapalveluja on vähän, tulojen väheneminen, tiedon puute liikunnan vaikutuksista, motivaation puute, sosiaalisen tuen puute, kaatumisen pelko ja sopimattomien asujen tai liikuntavälineiden aiheuttama epämukavuus (Heikkinen 2005).

Useiden tutkimusten mukaan yksilöllisistä syistä erityisesti heikentynyt terveys, sairaudet ja kivut ovat suurimmat esteet ikääntyneillä ihmisillä liikunnan harrastamiselle (McPherson & Yamaguchi 1995, Wolinsky ym. 1995, Booth ym. 1997, Lehr & Jüchtern 1997, Heikkinen ym. 1999, Rajaniemi 1999, Suutama ym. 1999, Karvinen 2000, Grossman & Stewart 2003, Crombie ym. 2004). Säännöllisen liikunnan lopettamisen yleisin syy on vammautuminen (Pate ym. 1995).

Wolinskyn ym. (1995) mukaan suuria esteitä liikunnan harrastamiselle ovat erityisesti alaraajojen ongelmat ja vaikeus kävellä edes 400 metriä. Lisäksi mitä enemmän oli alaraajojen toimintakyvyn rajoituksia, sitä vähemmän todennäköistä oli, että harrastettiin liikuntaa. Alaraajojen toimintakyvyn minimitaso on edellytyksenä fyysiselle aktiivisuudelle ja toisaalta liikunnan harrastamiselle ja fyysisesti aktiivisille henkilöille kehittyä hyvin epätodennäköisesti alaraajojen toimintakyvyn rajoituksia. Ikääntyneillä ihmisillä, jotka kokivat terveytensä heikoksi, oli suurempi todennäköisyys saada fyysisen toimintakyvyn rajoituksia. He olivat lisäksi tietoisia uhkaavasta heikkenemisestä, mutta heillä oli käsitys, että liikunnan harrastamisella on negatiivinen kustannus-hyöty -suhde. Liikunnan harrastaminen oli epätodennäköisempää ikääntyneillä, jotka olivat huolissaan terveydestään kuin niillä, joilla oman terveydentilan tunne oli hallinnassa. Terveydestään huolissaan olevat ikääntyneet todennäköisesti kokivat liikunnan pelottavana ja mahdollisesti

haitallisena, kun vastaavasti terveydentilastaan hyvin tietoiset ikääntyneet ottivat vastuuta itsensä hoitamisesta liikunnan harrastamisen avulla.

Väsymys, huono kunto, kiinnostuksen puute, haluttomuus ja laiskuus on lisäksi koettu ikääntyneiden ihmisten liikunnan harrastamisen esteiksi. Myös ikä ja vanhuus on mainittu esteinä (Booth ym. 1997, Suutama ym. 1999, Crombie ym. 2004). Liikunta on lisäksi koettu liian raskaaksi tai koetaan, että harrastuksia on riittävästi ilman liikuntaakin (Lehr & Jüchtern 1997). Zacheus ym. (2003) totesivat, että ajan puute ei haitannut ikääntyneiden liikunnan harrastamista, mutta joidenkin tutkimusten mukaan juuri nimenomaan ajan puute oli yksi harrastamattomuuden este (Pate ym. 1995, Booth ym. 1997, Lehr & Jüchtern 1997). Lisäksi Heikkinen (2005) sekä Suutama (1999) toteavat ajan puutteen olevan yksi estävä tekijä erityisesti naisilla, jotka huolehtivat heikkokuntoisista omaisistaan.

Sosiaaliset esteet voivat olla mm. ikäsortoa, opittua avuttomuutta, roolimallien puutetta, myytti liikunnan haitallisuudesta vanhalla iällä, lääkäreiden virheelliset asenteet ja tiedonpuute, erityisesti vuosisadan alussa syntyneiden naisten heikko liikunnan sosiaalinen aspekti ja urheiluseurojen vähäinen kiinnostus ikääntyvien henkilöiden liikuntaa kohtaan (Heikkinen 2005). Lisäksi seuran puute koettiin osallistumisen esteeksi (Booth ym. 1997, Lehr & Jüchtern 1997, Suutama ym. 1999, Crombie ym. 2004).

Sosioemotionaalisia esteitä ovat lisäksi sosiaalisten kontaktien pelko, pelko siitä, että ei saa muiden hyväksyntää sekä haluttomuus olla täysin tuntemattomien kanssa samassa seurassa (Lehr 1992, Booth ym. 1997). Crombien ym. (2004) mukaan myös epäily siitä, että uusien ihmisten tapaaminen tekisi hyvää, on koettu esteeksi. Lisäksi loukkaantumisen pelko koettiin liikunnan harrastamisen riskinä (Lehr 1992, Booth ym. 1997). Esteinä koettiin myös julkisen liikenteen epäsuotuisat liikennöintiajat, epäsuotuisat ohjatun toiminnan kellonajat, toisten harjoittelijoiden aiheuttama häiritsevä meteli, ajatus, että ikääntyneet voivat osallistua vähemmän kuin nuoret, ohjausta ja opastusta antavien ohjaajien vähyys, pukuhuoneiden epämukavuus, uima-altaan liian kylmä vesi, liikuntapaikkojen etäinen sijainti sekä vaivautunut tunne siitä, kun muut katselevat heidän harjoitteluaan. Ujous (Booth ym. 1997) ja erityisesti naisten nolouden tunteet liikuntavaatteissa miesten nähden sekä mielikuva liikunnan

vaarallisuudesta ikääntyneenä todettiin myös olevan liikunnan harrastamisen esteitä (Lehr 1992).

Fyysiseen ympäristöön liittyviä estäviä tekijöitä ovat mm. ilmasto-olot (ankara talvi, sateet, pimeys), kevyen liikenteen väylien puute, liikuntapaikkojen puute tai etäisyys tai huono saavutettavuus (esim. pyörätuolia käyttävät henkilöt) ja liikuntaolojen tai välineiden sopimattomuus iäkkäille henkilöille (esim. uimahallissa liian kylmä vesi, riittämätön valaistus tai huonot opasteet heikkonäköisille) sekä vähäiset mahdollisuudet soveltaa välineitä tai liikuntamuotoja toiminnanvajavuuksista kärsiville (Pate ym. 1995, Lehr & Jüchtern 1997, Heikkinen 2005). Erityisesti liikuntapaikkojen etäisyys ja sijoittuminen kaupunkien ja taajamien keskustoihin on erityisesti 60–69- ja yli 70-vuotiaiden liikunnan harrastamista ehkäisevä tekijä. Tähän on syynä esimerkiksi ko. ikäryhmien vähäinen yksityisautojen omistaminen ja julkisen liikenteen vähyys taajaman ulkopuolella (Rajaniemi 1999). Myös ympäristön kokeminen turvattomaksi tai vaikeakulkuiseksi on todettu olevan merkittävä liikuntaharrastuksen este (Grossman & Stewart 2003).

Ohjattuun liikuntaan osallistumisen esteenä on ensisijaisesti kiinnostuksen puute. Toiseksi tärkeimpänä esteenä on huono terveydentila. Muita esteitä ovat tunne siitä, että ei tarvitse osallistua, ajan puute, halu liikkua yksin, työesteet kotona ja muualla, ajankäytön sitominen, tiedon puute ja kaukana olevat palvelut. (Heikkinen ym. 1999.) Lisäksi myös ohjattuun liikuntaan osallistumisen esteenä on koettu kaukana sijaitsevat palvelut. Myös ikä ja vanhuus on mainittu esteinä (Suutama ym. 1999).

Muita liikunta-aktiivisuuteen vaikuttavia tekijöitä on esimerkiksi tupakoinnin ja liikkumisen välinen yhteys: tupakoitsijat liikkuvat todennäköisemmin vähemmän kuin tupakoimattomat. Lisäksi ylipainoiset ihmiset ovat yleensä inaktiiveja (Pate ym. 1995).

4 IKÄÄNTYNEIDEN TERVEYSLIIKUNTAPROJEKTEJA SUOMESSA

Valtakunnan tasolla eräs liikunnan edistämishjelma on ollut Liikunta Suomi -projekti, jossa vuosina 1991–1994 selvitettiin kokemuksia uusista tavoista saada aikaan kansalaisten odotuksia ja tarpeita vastaavia liikuntapalveluja paikallistasolla. Lähes sata kokeiluhanketta pyrki kehittämään kuntien ja seurojen vapaa-aikapalveluja, ja ne kohdistuivat lasten ja nuorten, aikuisten sekä erityisryhmien liikuntaan ja liikuntaympäristöön. Projektin tärkeä tavoite oli erityisesti yhteistyön edistäminen kunnallisella ja valtakunnallisella tasolla eri toimijoiden välillä. Projektin toteutustapana ollut paikallisten, yhteistyöhön perustuvien hankkeiden tukeminen, valittiin sen jälkeen käynnistetyn Kunnossa kaiken ikää -ohjelman toimintaperiaatteeksi (Teli-komiteamietintö 2001).

Kansallisen Senioriliiton vuosina 1995–1998 toteuttaman valtakunnallisen Terveenä taipaleella -projektin tavoitteena oli saada eläkeläiset kiinnostuneiksi oman terveydentilansa ja kuntonsa hoitamisesta, huolehtimaan terveellisistä elämäntavoista (liikunta, ravinto, henkiset harrastukset) sekä osallistumaan ohjattuun, kevyen liikunnan sävyttämään ryhmätoimintaan. Projekti toteutettiin paikallisseurojen harrasteryhmissä perustamalla TerTa-kerhoja, joissa ohjaajina toimivat koulutetut harrasteryhmien vetäjät. Ryhmätoimintoina oli mm. erilaisia voimistelu-, senioritanssi-, kävely-, hiihto-, pyöräily-, sauvakävely-, vesivoimistelu-, uinti-, keilailu-, golf- ja kotiseuturyhmiä. Yhteistyötä tehtiin kunnan terveyskeskuksen fysioterapian kanssa (Järvinen & Suojanen 1998).

Terveenä taipaleella -projektin vaikutus liikunnallisten kerhojen lisääntymiseen oli suuri. Lisäksi toiminnan myötä sosiaalinen ryhmäytyminen ja henkinen hyvinvointi lisääntyi: saavutettu ilo ja hyvänolon tunne yhdessäolosta. Tämä on hyvä esimerkki siitä, kuinka eläkeläisjärjestöt tekevät arvokasta työtä ikääntyvien omatoimisuuden säilyttämiseksi mahdollisimman pitkään. Vapaaehtoiset järjestöt tarvitsevat kuitenkin omalla alueellaan julkisen sektorin tukea ja sieltä saatavaa asiantuntemusta käyttöönsä. Yhteistyön mahdollisuudet on toiminnassa pyrittävä ottamaan huomioon (Järvinen & Suojanen 1998).

Suomalaisten terveystoiminnan edistämiseksi on vuodesta 1995 lähtien toiminut valtakunnallinen Kunnossa Kaiken Ikää -ohjelma. KKI-projektin tavoitteena on ollut lisätä suomalaisen aikuisväestön liikkumista paikallistasoisten hankkeiden avulla, kohderyhmänä erityisesti liikuntaa harrastamattomat aikuiset (Teli-komiteamietintö 2001).

Kunnossa kaiken ikää (KKI) -ohjelman ensimmäisen viisivuotiskauden (1995–1999) tavoitteena oli säännöllisesti liikkuvien 40-60-vuotiaiden määrän lisääminen sekä pysyvien terveystoimintapalvelujen luominen aikuisväestölle. Uusia liikkujia pyrittiin aktivoimaan erilaisin hankekilpailujen, viestinnän, koulutuksen ja verkostotyön keinoin. Kunnan liikuntatahot tekivät yhteistyötä sosiaali- ja terveystoimen, työelämän ja eri yhdistysten kanssa. Projektin tuloksena syntyi hyviä toimintamalleja liikkumattoman väestönosien tavoittamiseksi ja motivoimiseksi. KKI -ohjelmasta saatujen myönteisten tulosten pohjalta projektia jatkettiin vuosina 2000–2004. Toisen viisivuotiskauden tavoitteena oli lisätä erityisesti yli 40-vuotiaiden sekä yli 60-vuotiaiden liikunta-aktiivisuutta. Hankkeiden liikuntaryhmistä 35 % oli suunnattu yli 60-vuotiaille vuonna 2002 (25 hanketta). Lisäystä oli tapahtunut noin 15 % vuoteen 2001 verrattuna. Lisäksi tavoitteeksi asetettiin toimivan valtakunnallisen terveystoimintaverkoston luominen (Teli-komiteamietintö 2001). KKI -ohjelman kolmas viisivuotiskausi alkoi vuonna 2005 (Fogelholm ym. 2007).

Ikäinstituutin vuosina 2003–2006 organisoima VoiTas-projektin (Voimaa ja Tasapainoa vanhuuteen) päämääränä oli varmistaa iäkkäiden ihmisten kotona asumista, autonomiaa ja elämänlaatua edistämällä kohderyhmän tuki- ja liikuntaelämäntilanteen toimintakykyä, erityisesti tasapainokykyä ja alaraajojen voimatasoa. Kohderyhmänä olivat erityisesti toimintakyvyltään heikentyneet, kotona asuvat ihmiset, joilla oli liikuntakyvyn heikkenemisen myötä riski palvelujen tarpeen lisääntymiseen tai joutua ennakkoiseen laitossijoitukseen. Hankkeeseen osallistui kustakin läänistä 1-2 kuntaa, yhteensä kahdeksan kuntaa (www.ukkinstituutti.fi/VoiTas-projekti).

VoiTas-projektin toimintaideana oli kohderyhmän voima- ja tasapainoharjoittelun edistäminen, toteuttaminen ja vakiinnuttaminen kohderyhmälle yhteistyössä kunnan liikunta-, sosiaali- ja terveystoimen sekä kansalaisjärjestöjen kanssa. Projektin tarkoituksena oli levittää tietoa kohderyhmälle lihaskunto- ja tasa-painoharjoittelun

merkityksestä, lisätä teeman mukaista liikuntaneuvontaa ja -ohjausta iäkkäille ihmisille eri yhteyksissä, liittää voima- ja tasapainoharjoittelu osaksi kotihoitohenkilöstön kuntouttavaa työtettä, lisätä kohderyhmälle tarkoitettua ryhmätoimintaa osana kunnan terveystoimintapalveluja sekä kehittää malleja ryhmäliikunnan saavutettavuuden parantamiseksi iäkkäiden ihmisten näkökulmasta. Lisäksi toteutusmuotoina oli liikuntaneuvonta ja -ohjaus, kuntouttava työote ja ryhmäliikunnan lisääminen. Liikuntapalvelujen laadullista paranemista pyrittiin tukemaan laaja-alaisen koulutuksen ja työnohjauksen keinoin. Saavutettavuuden parantamiseksi kehitettiin erilaisia tukipalvelumalleja (kuljetus, avustaminen, apuvälineet, liikuntavälineet) sekä suunniteltiin ja perustettiin uusia lähiliikuntapaikkoja (www.ukkinstituutti.fi/VoiTas -projekti, Salminen & Karvinen 2006).

Projektissa toteutettiin 18 toimintakokeilua, joiden sisältöinä oli toimintakyvyltään heikentyneiden iäkkäiden voima- ja tasapainoharjoittelu. Asiakkaiden tavoittamiseksi kehitettiin uusia tiedottamisen tapoja ja useimmat kokeilut jäivät pysyviksi toimintamuodoiksi kuntiin. Uusia neuvonnan, ryhmäliikunnan ja itsenäisen harjoittelun muotoja kehitettiin kuntouttavaan kotihoitoon, erityisliikuntaan sekä järjestöjen vertaisohjaukseen. Harjoittelumahdollisuuksien saavutettavuutta parannettiin perustamalla uusia lähiliikuntapaikkoja. Projektissa kehitettiin myös malli kirjastoauton tapaan palvelevasta liikkuvasta kuntosalista (Salminen & Karvinen 2006).

VoiTas-projekti sai jatkoa Voimaa vanhuuteen -ohjelmasta, joka käynnistyi vuoden 2004 lopussa ja jatkuu vuoteen 2009. Sen koordinoinnista vastaa Ikäinstituutti yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön, opetusministeriön, Suomen gerontologian tutkimuskeskuksen (Jyväskylän yliopisto), Kunnossa kaiken ikää -ohjelman (LIKES) ja UKK-instituutin kanssa. Valtakunnallisen Voimaa vanhuuteen -terveysliikuntaohjelman tavoitteena on edistää kotona asuvien toimintakyvyltään heikentyvien ikäihmisten toimintakykyä ja itsenäistä selviytymistä. Voimaa vanhuuteen -ohjelman tavoitteena on lisätä ikäihmisten, heidän läheistensä ja hyvinvoinnin ammattilaisten tietämystä ja kokemusta voima- ja tasapainoharjoittelusta. Tavoitteena on lisätä erityisesti ikääntyneiden ihmisten alaraajojen lihasvoimaa ja tasapainoa parantavaa liikuntaa. Ohjelman perustana on Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan kehittämislinoista.

Lisäksi toimintaa ohjaavat sosiaali- ja terveysministeriön sekä opetusministeriön julkaisemat Ikääntyneiden ihmisten ohjatun terveystoiminnan laatusuosituksen. Ohjelman pitkän tähtäimen tavoitteena on tuottaa tietoa, hankkia kokemuksia ja luoda pysyviä toimintakäytäntöjä, jotka siirtyvät osaksi vanhusten arkea ja hyvinvointipalveluja. Paikallishankkeet ovat merkittävä osa Voimaa vanhuuteen – ohjelmaa (www.voimaavanhuuteen.fi).

Paikallisina terveystoimintahankkeina on ollut mm. Turussa toteutettu Liike 2000 -projekti, jonka päämääränä oli tavoittaa erityisesti ne turkulaiset, jotka eivät terveystensä kannalta liikkuneet riittävästi. Kohderyhminä olivat lapset, nuoret, työkäiset ja eläkeläiset. Liikunnan pariin motivoitiin terveys-, sosiaali-, koulu- ja nuorisotoimen välityksellä. Toimintamuotoina oli viestintä, markkinointi, liikuntaneuvonta, liikuntaympäristön kehittäminen sekä parempi liikuntapalvelujen tarjonta. Hankkeen tuloksena saatiin kaikkein passiivisimpien ryhmä pienenemään 5000 henkilöllä sekä yhteistyö lisääntymään kunnan eri toimijoiden välillä (Teli -komiteamietintö 2001).

”Seniorit liikkeelle” -hanke on toteutettu vuosina 2004–2006 Kymenlaakson alueella neljässä kunnassa kuntien sosiaali-, terveys- ja liikuntatoimen sekä Kouvolan seudun kansanterveystyön kuntayhtymän yhteistyönä. Projektin tavoitteena oli ikäihmisten toimintakyvyn ja kotona selviytymisen tehostaminen liikuntaa lisäämällä. Liikunta pyrittiin liittämään osaksi ikääntyvien ihmisten jokapäiväistä toimintaa mm. monipuolistamalla kuntien tarjoamia liikuntapalveluja, järjestämällä liikuntatapahtumia sekä luomalla lähiliikuntapaikkoja. Lisäksi tavoitteena oli mm. järjestää erilaisia liikuntaryhmiä ja -tempauksia, tukea omatoimista liikunnan harrastamista kotona sekä kouluttaa vertaisohjaajia liikuntatuokioiden vetäjiksi. Tavoitteena oli selvittää myös liikuntaan osallistumisen esteitä ja niiden poistamista sekä luoda taloudellishallinnollisia edellytyksiä tehostaa liikunta-, terveys- ja sosiaalitoimen sekä eläkeläis- ja liikuntajärjestöjen yhteistyötä ikääntyvien terveystoiminnan uudelleen järjestämiseksi (Sysmääläinen 2007).

”Seniorit liikkeelle” -hankkeen tuloksena perustettiin useita uusia liikuntaryhmiä. Terveyskeskusten kuntoneuvolatoimintaa tehostettiin sisällyttämällä siihen fyysisen toiminta- ja liikuntakyvyn tutkiminen, yksilölliset liikuntaohjeet, liikuntaryhmään ohjaus, ravitsemuskartoitus sekä sosiaalisen tilanteen kartoitus.

Kuntoutusneuvonnan palveluista laadittiin esitteet parantamaan tiedonkulkua. Lisäksi toteutettiin suuria liikuntatapahtumia ja erilaisia yleisötilaisuuksia (Sysmälinen 2007).

Useiden eri kuntoutuskeskusten yhteistyönä toteutettiin vuosina 2003–2005 Kuusviisplus-palveluohjausprojekti, jonka pääasiallisena tavoitteena oli luoda gerontologiseen kuntoutukseen uusi ennaltaehkäisevä tuote. Projekti toteutettiin 28 eri kunnassa ja kohderyhmänä olivat korkeintaan kolme vuotta eläkkeellä olleet omatoimiset 63-vuotiaat tai sitä vanhemmat, jotka asuivat projektiin valituissa kunnissa. Projektin tavoitteena oli vahvistaa asiakkaan tietoista ja suunnitelmallista toimintakyvyn ylläpitämistä muuttuneessa elämäntilanteessa sekä kehittää gerontologisen varhaisprevention yhteistyömalli kuntien eri palveluntuottajien sekä järjestöjen verkostoja hyödyntäen (Kuusviisplus-palveluohjausprojekti 2005).

Kuusviisplus -projektin tavoitteena oli mm. hyvinvoinnin ja elämänlaadun ylläpitäminen ja lisääminen, suunnitelmalliseen ja mielekkääseen toimintaan tukeminen eläkepäivinä sekä kunnan resurssien tarkoituksenmukaiseen käyttämiseen ohjaaminen. Projektin tiimoilta laadittiin henkilökohtainen hyvinvointisuunnitelma. Alku- ja seurantakyselyllä arvioitiin fyysinen toimintakyky, elintapaselvitys, liikunta-aktiivisuus, vapaa-ajan vietto sekä harrastukset. Projektin tuloksina asiakkaat kokivat saaneensa ohjausta kunnan ylläpitoon ja kehittämiseen, tietoa elämäntilanteista, ikääntymisestä ja palveluista eläkepäiville, voimavaroja tulevaisuuteen, motivaatiota terveellisiin elämäntapoihin, uusia ystäviä sekä vertaistukea. Lisäksi asukkaiden kesken syntyi mm. omia kuntosali- ja kävelyryhmiä, kalastustapaamisia sekä vaellusretkiä (Kuusviisplus-palveluohjausprojekti 2005).

Terveysliikuntaa on pyritty valtionhallinnon tuella edistämään 2000-luvulla valtakunnallisten toimintaohjelmien ja toimenpidesuosituksen avulla. Sosiaali- ja terveysministeriön ja Opetusministeriön rahoittamia merkittävimpiä toimenpideohjelmia on KKI- ja Voimaa vanhuuteen -ohjelmien lisäksi ollut *Terveysliikunnan paikalliset suositukset*, jonka tarkoituksena oli paikallistasolla virittää ja suunnata toimintaa terveysliikunnan edistämiseksi. Suositukset osoitettiin kunnille, perusterveydenhuollolle sekä terveysliikuntapalvelujen tuottajille. Eräs terveyspolitiikan tärkeä saavutus on vuonna 2001 hyväksytty Terveys 2015 -kansanterveysohjelma, jossa liikunta on yksi keino väestön terveyden edistämiseksi.

Terveyttä edistävän liikunnan kehittämistoimikunnan mietinnön (Teli-komiteamietintö 2001) tarkoituksena on tehostaa ja suunnata tulevaa kehitystä. Ohjelma korostaa erityisesti liikunnallisesti passiivisen väestöryhmän liikunnan merkitystä elämänkaaren eri vaiheissa ja liikunnan edistämisen tärkeyttä. Liikenne- ja viestintäministeriön laatiman kävely- ja pyöräilypoliittisen ohjelmaehdotuksen tavoitteena oli edistää kävelyn ja pyöräilyn merkitystä terveellisinä liikuntamuotoina. Myös liikuntapaikkarakentamista tuettiin erityisesti lähiliikuntapaikkojen rakentamiseksi. Nykyisen hallituksen liikuntapolitiikan painopiste on lasten ja nuorten liikunnassa sekä myönteisessä liikuntakasvatuksessa. Lisäksi aikuisten, ikääntyneiden ja erityisryhmien terveyden ja toimintakyvyn edistämistä liikunnan avulla tuetaan (Fogelholm ym. 2007).

5 IKÄÄNTYNEIDEN OSALLISTUMISAKTIIVISUUS MUIHIN ELÄMÄN AKTIVITEETTEIHIN

Pitkänen & Ruth (1992) ovat todenneet iäkkäiden harrastusaktiivisuuden melko korkeaksi, sillä joka toisen eläkeläisen todettiin vuoden aikana osallistuneen johonkin harrastus- tai opiskelutoimintaan. Muutamassa tutkimuksessa ikääntyneiden suosituinta ajankäyttöä on todettu olleen television katselu, radion kuuntelu ja lukeminen (Suutama ym. 1988, Pohjolainen 1990). Takala & Rahkonen (1995) selvittivät tutkimuksessaan 65 vuotta täyttäneiden suomalaisten harrastus- ja vapaa-ajan toimintojen yleisyyttä nuorempaan väestöön verrattuna sekä harrastusaktiivisuuteen vaikuttavia tekijöitä. Työikäiseen väestöön verrattuna eläkeikäisten säännöllisesti harrastamien toimintojen, kuten lukemisen, puutarhanhoidon, käsitöiden sekä järjestötoiminnan aktiivisuudessa ei havaittu eroja lainkaan. Myös liikuntaa, kuntoilua sekä kyläilyä eläkeläiset harrastivat lähes yhtä paljon kuin nuoremmat. Ikäluokkien välisessä vertailussa suurin ero oli ravintolassa ja tansseissa käymisessä, jota eläkeläiset harrastivat vähemmän. Samoin nuoremmat ikäluokat olivat aktiivisempia peleissä ja leikeissä sekä kävivät aktiivisemmin kirjastossa, elokuvissa, konserteissa ja teatterissa. Ainoastaan taidenäyttelyssä ikääntyneet kävivät lähes yhtä aktiivisesti kuin muu väestö. Yli 65-vuotiaiden tarkastelussa kaikissa harrastusmuodoissa osallistumisaktiivisuus vähenee iän lisääntyessä.

Ikääntyneet naiset harrastavat puutarha- ja käsitöitä, lukemista, pelejä ja leikkejä sekä kyläilyä enemmän kuin miehet. Samoin kulttuuriharrastuksiin ikääntyneet naiset osallistuvat miehiä useammin. Sen sijaan miehet käyvät naisia aktiivisemmin ravintolassa ja tansseissa sekä metsästävässä ja kalastamassa. Sosioekonomisen aseman ja sukupuolen mukaan tarkasteltuna ylemmät toimihenkilöt käyvät taidenäyttelyssä selvästi useammin kuin maataloutta harjoittavat tai työntekijät. Naiset ovat kaikissa ammateissa aktiivisempia kuin miehet. Ylemmät toimihenkilönaiset käyvät elokuvissa ja teatterissa sekä osallistuvat vapaaehtoistyöhön selvästi muita ammattiryhmiä ja miehiä aktiivisemmin. Metsästyksen ja kalastuksen suhteen ei eri ammattien välillä ole niin selvää eroa (Takala & Rahkonen 1995).

6 TUTKIMUKSEN TAUSTA, TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämä tutkimus on osa Elä ja nauti -hanketta, joka käynnistettiin vuonna 2005 neljässä eri kunnassa: Kuopiossa, Leppävirralla, Varkaudessa ja Tuusniemellä. Kuopion liikuntalääketieteen tutkimuslaitos on vastannut hankkeeseen sisältyvän terveys- ja liikuntakyselyn suunnittelusta ja toteuttamisesta sekä projektin alueellisesta vetämisestä. Paikallisesti projektin etenemisestä on vastannut kunkin kunnan tätä tarkoitusta varten perustama eri toimialojen yhteistyöryhmä. Projektin rahoittajina toimivat Opetusministeriö, Sosiaali- ja terveysministeriö sekä Kuopion liikuntalääketieteen tutkimuslaitos.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää vuosina 1938, 1941 ja 1945 syntyneiden tuusniemeläisten miesten ja naisten liikunta-aktiivisuutta, liikkumisen muotoja ja määrää eri elämänvaiheissa sekä liikunta-aktiivisuuteen vaikuttavia tekijöitä. Tavoitteena on myös selvittää liikuntaan osallistumisen esteitä sekä ihmisten toiveita liikuntapalveluista (liite 3).

Tutkimuksella haettiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Millainen on tutkittujen elämäntilanne siviilisäädyn, asumisen, koulutuksen, terveydentilan sekä koetun fyysisen kunnon perusteella?
2. Millaista liikuntaa ja liikkumisen muotoja tutkituilla henkilöillä ilmeni tutkimushetkellä?
3. Onko siviilisäädyllä, asumismuodolla tai koulutuksella vaikutusta naisten ja miesten liikunta-aktiivisuuden sekä liikunnan harrastamisen kiinnostuksen suhteen?
4. Millä tavoin miesten ja naisten liikkumisen useus, intensiteetti ja liikkumisen muoto eroavat?
5. Millä tavoin miesten ja naisten liikunta-aktiivisuuden muutokset eroavat elämän eri vaiheissa?
6. Millaisia ovat miesten ja naisten liikunta-aktiivisuuden väliset yhteydet muihin elämän aktiviteetteihin?
7. Miten miesten ja naisten harrastaneisuus (hyötyliikunta, vapaa-ajan liikunta, eri liikuntalajit) on yhteydessä sairastettuihin tauteihin?
8. Mitkä tekijät estävät liikkumista ja mitkä tekijät motivoisivat molempia sukupuolia liikkumaan enemmän?

7 TUTKIMUSAINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat vuosina 1938 (n= 25), 1941 (n= 39) ja 1945 (24) syntyneet tuusniemeläiset miehet ja naiset. Tuusniemen kunnan väkiluku vuonna 2006 oli 2983 asukasta, joista miehiä 1532 ja naisia 1451. Tämän vuoksi myös ikäluokat ovat pieniä: 15–64 -vuotiaita yhteensä 1845 (miehiä 1008 ja naisia 837) sekä yli 65 -vuotiaita yhteensä 765 (miehiä 325 ja naisia 440) (Tilastokeskus 2007). Jokaisesta ikäryhmästä tutkimukseen valittiin kaikki ikäryhmän edustajat. Tavoitteena oli saada tutkimusjoukoksi vähintään 160 henkilöä ja saavuttaa 60 % vastausaktiivisuus.

Kokonaisotokseksi muodostui 158 henkilön joukko. Heistä kuitenkin kuusi henkilöä todettiin kuolleiksi ennen postikyselyä. Kyselylomake lähetettiin 152 henkilölle. Ensimmäisen kyselykierroksen jälkeen vastausprosentti oli 43 %. Uusintakyselyt lähetettiin vain niille henkilöille, jotka eivät olleet vastanneet. Uusintakyselyn jälkeen palautuneiden vastauksien kokonaismääräksi tuli 88, joten lopulliseksi vastausaktiivisuudeksi muodostui 58 %.

Tutkimustulokset analysoitiin SPSS –tilasto-ohjelmalla.

8 TUTKIMUSTULOKSET

8.1 Taustatiedot

Tutkittujen (n=88) keski-ikä oli 65 vuotta (61–68 v). Koko aineistosta 43 % oli miehiä (n=38) ja 57 % naisia (n=50).

Siviilisääty: Naimattomia vastanneista oli 8 (9 %) ja heistä 5 miehiä. Naimisissa/avoliitossa eli 64 (73 %) henkilöä, joista miehiä 31 ja naisia 33. Eronneita tai asumuserossa oli 4 (5 %) henkilöä, joista miehiä yksi. Leskiä oli 11 (13 %), jotka olivat kaikki naisia. Miehistä naimattomia oli 5 ja naisista 3. Yksi henkilö jätti vastaamatta tähän kysymykseen.

Asumismuoto: Omakoti- tai maalaistalossa asui 71 henkilöä (81 %), rivitalossa 10 henkilöä (11 %) ja kerrostalossa 6 henkilöä (7 %). (Yksi vastaajista oli ympäröinyt useamman vaihtoehdon, joten häntä ei otettu huomioon). Taajamassa asui 40 henkilöä (47 %), joista miehiä oli 18 ja naisia 22. Taajaman ulkopuolella asui 45 henkilöä (53 %), joista miehiä oli 19 ja naisia 26. Kolme henkilöä jätti vastaamatta tähän kysymykseen.

Koulutustausta: Tutkittavilta kysyttiin korkein koulutustaso. Kansakoulun käyneitä oli 52 henkilöä (59 %), keskikoulun käyneitä yksi (1 %), ylioppilastutkinnon oli suorittanut yksi (1 %), ammatillisen koulutuksen 24 (27 %), keskiasteen koulutuksen 4 (5 %) sekä korkeakoulututkinnon 5 henkilöä (6 %). Suurin osa sekä miehistä (23, 60 %) että naisista (29, 58 %) oli käynyt vain kansakoulun. Ammatillinen koulutus oli 11 miehellä (29 %) ja 13 naisella (26 %). Keskiasteen koulutus oli yhdellä (3 %) miehellä

ja kolmella (6 %) naisella. Korkeakoulututkinto oli kolmella (8 %) miehellä ja kahdella (4 %) naisella. Tähän kysymykseen jätti yksi henkilö vastaamatta (taulukko 1).

Eläke tai työtilanne / Työhön osallistuminen ja osallistumattomuus: Tutkittujen työtilannetta tarkasteltiin 7-kohtaisella luokituksella, johon analyysivaiheessa lisättiin 8 luokkaa ("eläke/mukana työelämässä, miten?") koska työ- tai eläketilanne ei käynyt vastauksista yksiselitteisesti ilmi. Vastanneista 5 henkilöä ilmoitti olevansa eläkkeellä, mutta osallistuvansa melko säännöllisesti esimerkiksi maatalan töihin.

Varsinaisesti eläkkeellä ilmoitti olevansa 53 henkilöä (60 %), työttömyyseläkkeellä 4 (5 %), työkyvyttömyyseläkkeellä 17 (19 %), osa-aikaeläkkeellä 4 (5 %) ja työttömänä yksi (1 %). Kokopäivätyössä oli 4 henkilöä (5 %). Osa-aikatyössä ei ollut kukaan.

Miehistä oli eläkkeellä 25 (66 %), naisista 28 (56 %). Työttömyyseläkkeellä oli 4 (8 %) naista mutta ei yhtään miestä. Työkyvyttömyyseläkkeellä oli 7 (18 %) miestä ja 10 (20 %) naista. Miehistä osa-aikaeläkkeellä oli yksi (3 %) ja naisista 3 (6 %). Eläkkeellä, mutta esim. maatalan töitä tekevänä ilmoitti miehistä olevansa kaksi (5 %) ja naisista kolme (6 %). Kokopäivätyössä oli kolme (8 %) miestä ja yksi (2 %) nainen. Työttömänä oli yksi (2 %) nainen.

Taulukko 1. Tutkittujen tuusniemeläisten (n=88) siviilisäätö, asuinpaikka, asumismuoto, koulutustaso ja työtilanne sukupuolen mukaan.

	Miehet (n)	Naiset (n)	Yhteensä	Miehet %	Naiset %
Sukupuoli	38	50	88	43	57
Siviilisäätö					
naimaton	5	3	8	13	6
naimisissa / avoliitossa	31	33	64	82	66
eronnut / asumuserossa	1	3	4	3	6
leski	-	11	11	-	22
Asuinpaikka (n=85)					
taajama	18	22	40	47	44
taajaman ulkop.	19	26	45	50	52
Asumismuoto					
omakoti- tai maalaistalo	31	40	71	81	80
rivitalo	3	10	10	7	20
kerrostalo	3	3	6	7	6
Koulutus					
kansakoulu	23	29	52	61	58
keskikoulu	-	1	1	-	2
yo-tutkinto	-	1	1	-	2
amm. koulutus	11	13	24	29	26
keskiaste	1	3	4	2	6
korkeakoulu	3	2	5	8	4
Työtilanne					
kokopäivätyö	3	1	4	8	2
osa-aikatyö	-	-	-	-	-
työtön	-	1	1	-	2
osa-aikaeläke	1	3	4	3	6
työkyvytt.eläke	7	10	17	18	20
työttöm.eläke	-	4	4	-	8
eläke	25	28	53	66	56
eläke+työssä	2	3	5	5	6

8.2 Subjektivistista terveyttä ja toimintakykyä kuvaavat tiedot

Kehon koostumus: Miesten keskimääräinen pituus oli 174 cm ja naisten 162 cm. Kehon painoindeksin (BMI) keskiarvo oli 26,8 (19,8 - 41,0). Miesten BMI:n keskiarvo oli 26,3 (+- 3,2 SD) ja naisten 27,2 (+- 4,5 SD). Painoindeksin perusteella normaalipainoisia (BMI 18,5–24,9) oli 31 henkilöä, lievästi ylipainoisia 37 (25,0–29,9), merkittävästi ylipainoisia 15 (BMI 30,0–34,9), vaikeasti ylipainoisia 2 (BMI 35,0–39,9)

sekä sairaalloisesti ylipainoisia yksi henkilö (BMI 40,0 tai yli). Kahden tutkitun BMI:tä ei voitu laskea puutteellisten tietojen vuoksi.

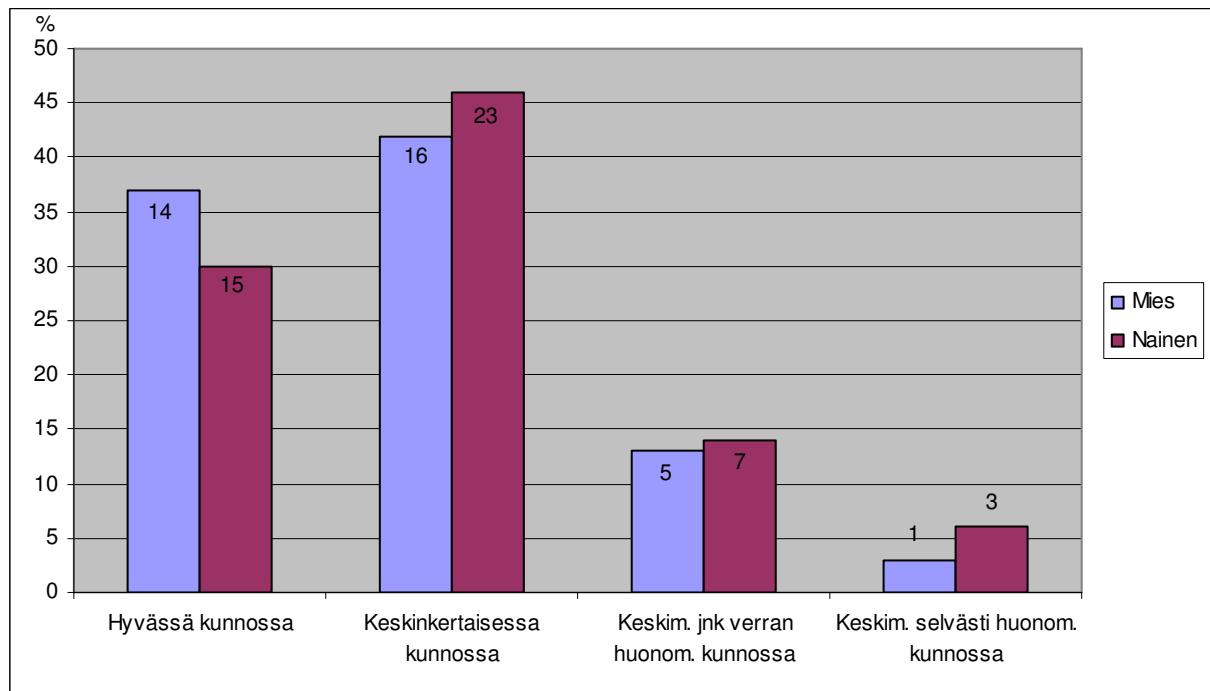
Tupakointi ja alkoholin käyttö: Täysin tupakoimattomia tutkittavista oli 69 %. Miehistä 17 ja naisista 44 ei ollut koskaan tupakoinut. Aikaisemmin tupakoineita mutta lopettaneita oli 24 %, joista miehiä oli 15 ja naisia 6. Epäsäännöllisesti tai säännöllisesti tupakoivia oli 4 henkilöä, jotka olivat kaikki miehiä.

Ei koskaan alkoholia käyttäviä henkilöitä oli 30 %, joista miehiä oli viisi ja naisia 21. Alkoholia käytti kerran kuukaudessa 19 miestä ja 23 naista, kahdesta neljään kertaan kuukaudessa 9 miestä ja 4 naista. Miehistä viisi ja naisista yksi käytti alkoholia kahdesta kolmeen kertaan viikossa. Yli neljä kertaa viikossa käyttäviä ei ollut lainkaan. Käytetyn alkoholin määrää ei kysytty tarkemmin.

Mieliala: Kaikista tutkituista oli useimmiten hyväntuulisia 64 % (n=56), miehistä 26 (68 %) ja naisista 30 (60 %). Joskus alakuloisia ilmoitti olevansa 32 % (n=29), (miehistä 11 (29 %) ja naisista 18 (36 %). Vain kaksi naista ilmoitti olevansa melko usein alakuloisia. Lähes aina alakuloisia ei tutkituista ollut yhtään.

Liikkumiskyky: Koko aineiston tarkastelussa 63 % tutkituista pystyi kävelemään ongelmitta 2 km tai enemmän. Näistä oli miehiä 24 (63 %) ja naisia 31 (62 %). Tutkituista 18 % ilmoitti pystyvänsä kävelemään ongelmitta 1-2 kilometriä (miehistä 9 (23 %) ja naisista 6 (12 %). Koko aineistosta 8 %, miehistä 5 % (2) ja naisista 12 % (6) ilmoitti pystyvänsä kävelemään ongelmitta 0,5-1 km matkan. Lisäksi 7 % oli vaikeuksia kävellä lyhyitäkin matkoja. Heistä oli miehiä 5 % (2) ja naisia 8 % (4).

Fyysinen kunto: Kysyttäessä subjektiivista arviota omasta fyysisestä kunnosta suhteessa samanikäisiin 33 % kaikista tutkituista arvioi kuntonsa hyväksi. Miehistä sen teki 14 (37 %) ja naisista 15 (30 %). Keskimääräiseksi kuntonsa arvioi suurin osa tutkituista (44 %). Heistä oli miehiä 16 (42 %) ja naisia 23 (46 %). Samanikäisiin verrattuna keskimääräistä jonkin verran huonommassa fyysisessä kunnossa arvioi olevansa 14 % (miehistä 5 eli 13 % ja naisista 7 eli 14 %). Fyysiseltä kunnoltaan keskimääräistä selvästi huonommassa kunnossa arvioi olevansa 5 % tutkituista (miehistä yksi, 3 % ja naisista kolme, 6 %).

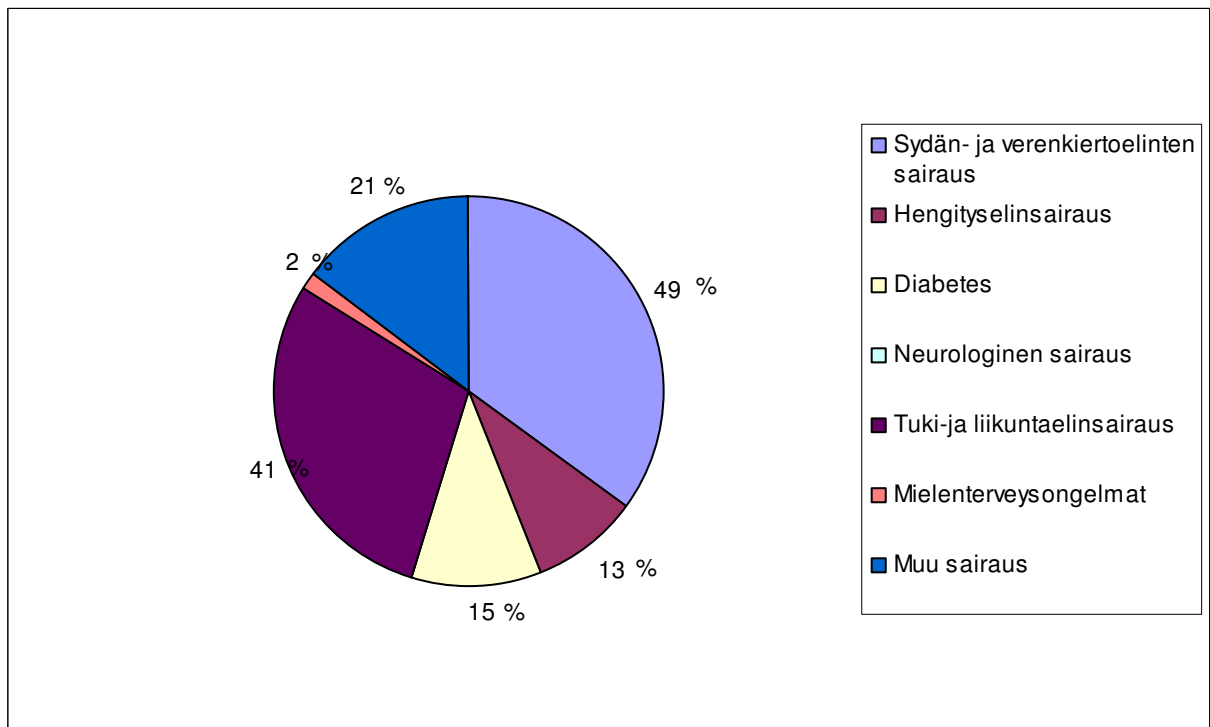


Kuvio 1. Tuusniemeläisten miesten (n= 36) ja naisten (n= 48) subjektiivinen arvio omasta fyysisestä kunnosta samanikäisiin verrattuna.

Terveydentila: Koko aineiston tarkastelussa tutkittavien tavallisin sairaus oli sydämen ja/tai verenkiertoelimistön sairaus. Niitä oli 49 %:lla tutkituista (43 henkilöä). Tutkittavien tekemien tarkentavien vastausten ja erityisesti lääkitystä kuvaavien perusteella liitettiin verenpaine- ja sydänsairauksia sairastavien samaan luokkaan sydänsairauksia sairastavien kanssa. Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet osoittautuivat toiseksi yleisimmäksi sairausryhmäksi. Niitä oli 41 %:lla tutkituista (36 henkilöä). Diabetesta esiintyi 15 %:lla (13 henkilöä) ja hengityselinten sairauksia 13 %:lla tutkituista (11 henkilöä). Kaikista vastanneista vain kahdella henkilöllä oli mielenterveysongelmia. Neurologisia sairauksia ei ollut yhdelläkään tutkituista.

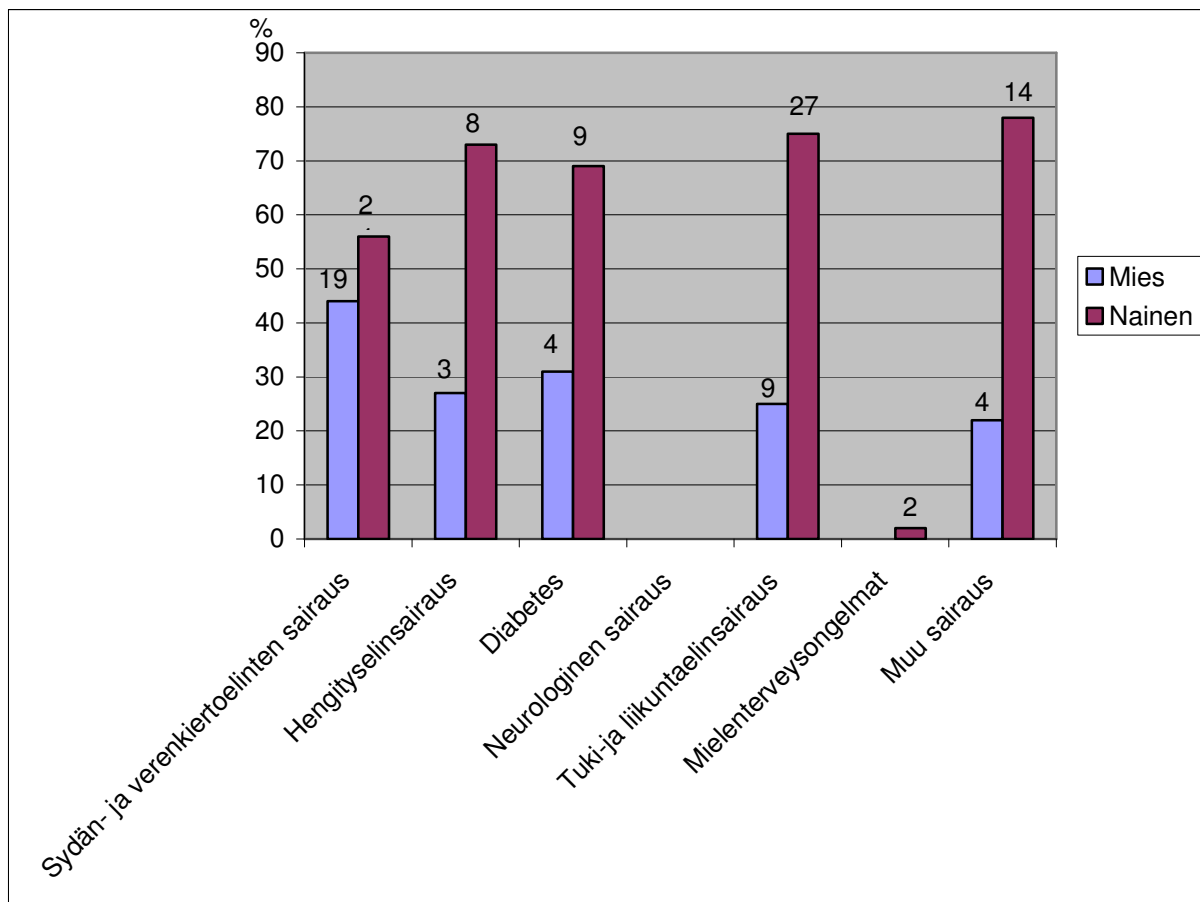
Jokin muu sairaus kuin kyselylomakkeessa määritelty oli 21 %:lla tutkituista (18 henkilöä). Yleisin muu sairaus oli kilpirauhasen vajaatoiminta, jota esiintyi kaiken kaikkiaan kuudella tutkituista. Muita tutkittavien ilmoittamia sairauksia olivat kihti (1 henkilö), suolisto- ja vatsan toimintahäiriöt (2), tuntemattomasta syystä johtuva vapina (1), rintasyöpä (1), migreeni (2), skleroderma (1) sekä allergia (5). Muutamassa lomakkeessa oli lääkitysten kohdalla mainittu allergialääke, vaikka

allergiaa ei varsinaisen sairauskysymyksen kohdalla ollut mainittu. Tutkittavan tulkittiin tällöin sairastavan allergiaa.



Kuvio 2. Tutkittujen tuusniemeläisten sairastavuus sairausryhmittäin.

Sydänsairautta ja/tai verenpainetautia sairastavia miehiä oli 19 (44 %) ja naisia 24 (56 %). Tuki- ja liikuntaelinsairautta sairastavia miehiä oli 9 (25 %) ja naisia 27 (75 %). Jotakin muuta sairautta kuin kyselylomakkeessa määriteltyä sairasti miehistä 4 (22 %) ja naisista 14 (78 %). Diabetesta sairastavista oli miehiä 4 (31 %) ja naisia 9 (69 %). Hengityselinsairautta sairasti 3 miestä (27 %) ja 8 naista (73 %). Mielensterveysongelmia oli kahdella naisella.



Kuvio 3. Tuusniemeläisten 61–68-vuotiaiden miesten ja naisten ilmoittamat pitkäaikaissairaudet.

8.3 Yleinen elämänaktiiviteetteihin osallistuminen

Muuhun kuin liikunnalliseen tai fyysiseen aktiivisuuteen perustuvaa yleistä aktiivisuutta ja osallistumista arvioitiin asteikolla 0 - 6 (kuvio 4). Arvioinnin kohteita olivat mm. TV:n katselu, kulttuuriharrastukset, lukeminen, käsityöt, ”penkkiurheilu”, tansseissa käynti, retkeily tai kyläilyt.

Koko aineiston tarkastelussa ilmeni, että eniten katsottiin tv:stä uutisia ja ajankohtaisohjelmia (päivittäin tai lähes päivittäin). Tv:n sarjaohjelmia ja filmejä katsottiin keskimäärin noin kerran viikossa. Lehtiä luettiin yleisesti päivittäin tai lähes päivittäin. Tilastollisesti merkitsevää eroa ei miesten ja naisten välillä ilmennyt.

Kaikki tutkitut ilmoittivat vierailevansa keskimäärin noin kerran kuukaudessa sukulaisten ja tuttavien luona. Miehet harrastivat penkkiurheilua noin kerran viikossa

ja naiset noin kerran kuukaudessa. Ero penkkiurheilussa oli miesten ja naisten välillä tilastollisesti merkitsevä ($p=.009$). Kirjoja luettiin keskimäärin kerran kuukaudessa.

Naiset tekivät käsitöitä noin kerran kuukaudessa ja miehet vain muutaman kerran vuodessa. Käsitöiksi on tässä yhteydessä määritelty sekä miehille että naisille tyypillinen käsin tehtävä askartelu / puuhastelu, esimerkiksi puutyöt tai neulominen. Ero miesten ja naisten välillä oli tilastollisesti merkitsevä ($p=.008$). Kirjastossa käytiin keskimäärin muutaman kerran vuodessa. Hengellisissä tilaisuuksissa naiset kävivät muutaman kerran vuodessa ja miehet kerran vuodessa tai harvemmin. Tässä miesten ja naisten välillä ilmeni tilastollisesti merkitsevää eroa ($p=.018$).

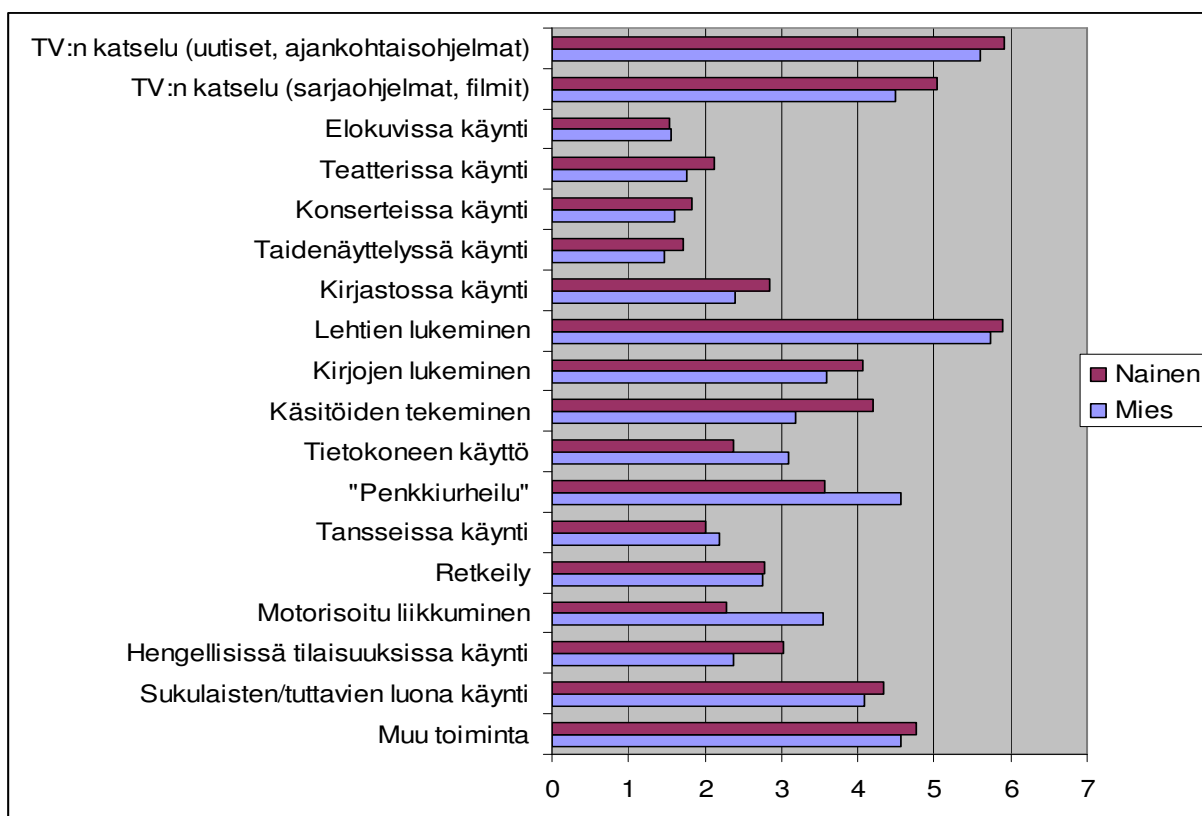
Tansseissa käytiin vain kerran vuodessa tai harvemmin. Miesten ja naisten välillä ei ilmennyt eroa. Motorisoitua liikkumista, kuten esimerkiksi veneilyä tai moottoriurheilua, miehet harrastivat noin kerran kuukaudessa ja naiset kerran vuodessa tai harvemmin. Ero miesten ja naisten välillä oli tilastollisesti merkitsevä ($p=.003$). Tutkitut harrastivat retkeilyä keskimäärin muutaman kerran vuodessa. Miesten ja naisten retkeilyaktiivisuudessa ei ollut eroa. Vähiten käytiin elokuvissa, teatterissa, konserteissa ja taidenäyttelyissä, vain kerran vuodessa tai harvemmin. Teatterissa käynnin ero miesten ja naisten välillä oli tilastollisesti melkein merkitsevä ($p=.035$).

Muu toiminta, kuten kalastus, metsästys, pilkkiminen, polttopuiden teko, erilaiset luottamustoimet, mökkeily, lastenlasten hoito, kansalaisopiston erilaiset ryhmät, kirjeiden kirjoitus, marjastus ja sienestys, autourheilu, eräretkeily, eläkeläiskerhot, yhdistystoiminta, kylätoiminta, kuorotoiminta, tanssiharjoitukset, koiran kanssa lenkkeily, puutarhanhoito, kirjoittaminen, piirtäminen, rentoutuminen, Lions club -toiminta, pursiseura, eläinten hoito (koirat, kissat, ponit), SPR -toiminta, posliininmaalaukset, ompelu, kerho-, yhdistys- tai luottamustoiminta vei aikaa noin kerran viikossa. Miesten ja naisten välillä ei näissä aktiviteeteissa ollut eroa.

Asumismuodolla ja siviilisäädellä ei ollut juuri lainkaan merkitystä yleisiin elämänaktiviteetteihin osallistumiseen. Ilmoitetun koulutustason perusteella muodostettiin tutkittujen pienen lukumäärän vuoksi ainoastaan kolme luokkaa. Luokat ovat kansakoulu (johon on keskikoulu yhdistetty), ammattikoulu sekä

kolmantena keskiaste/korkeakoulu. Tutkituista vain yksi oli ylioppilas, hänet sijoitettiin keskiaste/korkeakoulu luokkaan.

Koulutustasoittain tarkasteltuna tilastollisesti erittäin merkitsevää eroa ($p=.000$) löytyi sekä taidenäyttelyssä käynnin että tietokoneen käytön osalta. Korkeammin koulutetut (keskiarvo 2,3) ja ammattikoulun käyneet (ka. 1,8) kävivät taidenäyttelyissä kerran vuodessa tai harvemmin (keskiarvo 2,3), kun taas kansakoulun käyneet eivät juuri koskaan (ka. 1,4). Korkeammin koulutettujen tietokoneen käyttö oli merkittävästi yleisempää kuin kansakoulun käyneiden (ka. 5,8 vs. 1,6). Ammattikoulun käyneillä vastaava keskiarvo oli 3,5. Tilastollisesti merkitsevää eroa ($p=.009$) havaittiin kirjojen lukemisessa: korkeammin koulutetut lukivat kirjoja keskimäärin kerran viikossa (ka. 4,5) ja kansakoulun käyneet keskimäärin muutaman kerran vuodessa (ka. 3,4). Ammattikoulun käyneet lukivat kirjoja noin kerran viikossa (ka. 4,5). Melkein merkitsevää eroa ilmeni elokuvissa, konserteissa ja kirjastossa käynneissä.



Kuvio 4. Yleinen elämänaktiiviteetteihin osallistuminen. Tuusniemeläisten 61 -68-vuotiaiden miesten ja naisten vertailu. Aktiivisuustaso määritelty kuusiluokkaisella asteikolla: 1= en koskaan, 2= kerran vuodessa tai harvemmin, 3= muutaman kerran vuodessa, 4= noin kerran kuukaudessa, 5= noin kerran viikossa ja 6= päivittäin/lähes päivittäin.

8.4 Kerho-, yhdistys- tai luottamustoimintaan osallistuminen

Kerho-, yhdistys- tai luottamustoimintaan osallistumista selvitettiin kysymällä oliko osallistuminen työpaikkaan, kunnallisiin luottamustehtäviin, ammattiyhdistystoimintaan, poliittiseen toimintaan, seurakunnan tai urheiluseuran toimintaan, kulttuuritoimintaan tai johonkin muuhun liittyvää toimintaa.

Yleisesti ottaen tähän kysymykseen oli vastattu melko heikosti. Tyhjiä vastauksia oli paljon, joiden osalta päädyttiin johtopäätökseen, että osallistumista kerho-, yhdistys- tai luottamustoimintaan ei ollut. Tilastollisesti merkitseviä eroja ei havaittu.

Osallistuminen kaikkeen toimintaan oli erittäin vähäistä. Eniten osallistuttiin ns. muuhun toimintaan (29 %). Naiset osallistuivat miehiä aktiivisimmin muuhun toimintaan (28 % vs. 24 %). Muuta toimintaa tutkituilla olivat mm. osakaskunnan hallituksessa toimiminen, veteraanityö, eläkekerho, sotainvalidien puheenjohtajuus, kyläyhdistystoiminta, tunturilatutoiminta, pankin hallituksen puheenjohtajuus, hengitysyhdistys, kuorotoiminta, taloyhtiön hallituksen toiminta, paikallistason työvaliokunnan toiminta, Lions-club, reserviläistoiminta, pursiseura, sydänyhdistyksen johtokunta, kansalaisopiston harrasteryhmät, SPR-toiminta sekä Jytyseniori-toiminta. Toiminnot menivät hyvin paljon päällekkäin edellisen yleistä elämänaktiivisuutta kuvaavan kysymyksen kanssa.

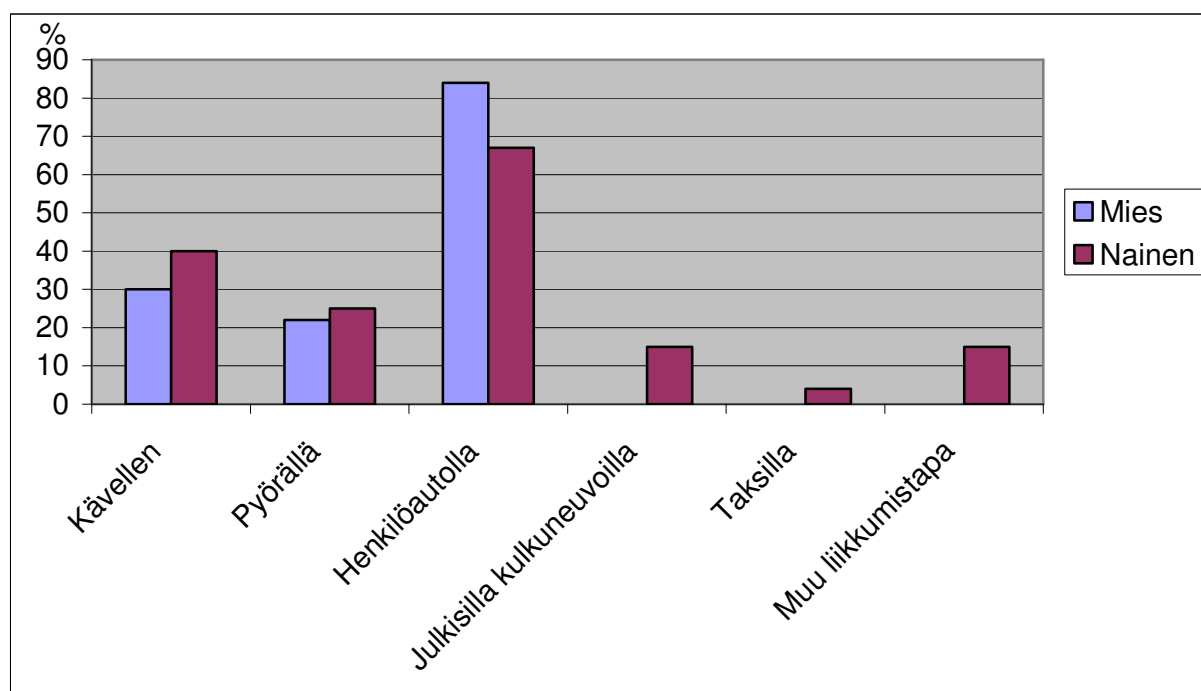
Seuraavaksi eniten osallistuttiin yhtä paljon seurakunnan toimintaan sekä kulttuuritoimintaan (17,5 %). Kolmanneksi eniten osallistuttiin poliittiseen toimintaan (11 %). Urheiluseuratoimintaan tutkittavista osallistui 7,5 %. Korkeammin koulutetut osallistuvat paljon aktiivisemmin kulttuuritoimintaan ja muuhun toimintaan sekä työpaikkaan liittyviin toimintoihin kuin kansakoulun tai ammattikoulun käyneet. Ammattikoulun käyneet osallistuivat melko paljon kansakoulun käyneitä aktiivisemmin kunnallisiin luottamustoimiin, poliittiseen toimintaan, urheiluseuratoimintaan sekä kulttuuritoimintaan liittyviin tehtäviin.

Naiset osallistuivat aktiivisemmin kulttuuritoimintoihin (20 %, miehet 11 %). Seurakunnan toimintaan (18 % vs. 14 %), poliittiseen toimintaan (13 % vs. 8 %), urheiluseuratoimintaan (13 % vs. 2 %) ja kunnallisiin luottamustehtäviin (11 % vs. 2 %) osallistuivat vastaavasti miehet naisia aktiivisemmin. Osallistuminen työpaikkaan

ja ammattiyhdistystoimintaan liittyviin toimintoihin oli erittäin vähäistä; syynä oli työelämässä mukana olevien vastaajien vähäinen määrä.

8.5 Asiointiliikkuminen

Tutkitut ilmoittivat liikkuvansa kauppa- ja asiointimatkansa useimmiten henkilöautolla (miehistä 84 %, naisista 67 %). Seuraavaksi yleisimmin asiointiliikkumista toteutettiin kävellen. Miehistä kävellen asiointimatkansa liikkui 30 % ja naisista 40 %. Pyörällä asiointimatkansa toteutti miehistä 22 % ja naisista 25 %. Työmatkojen osalta tarkastelua ei tehty, sillä työssäkäyviä oli aineistossa niin vähän.

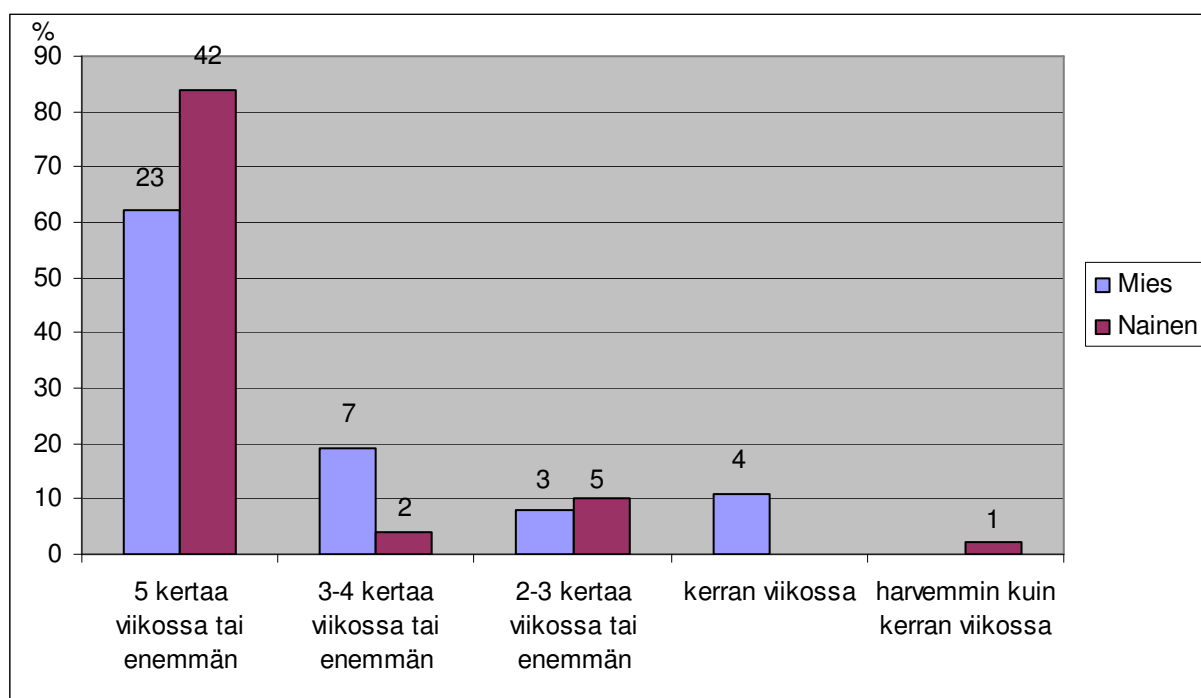


Kuvio 5. Kauppa- ja asiointimatkojen liikkumistapa tuusniemeläisillä 61–68-vuotiailla miehillä ja naisilla.

8.6 Arki- ja hyötyliikuntaan osallistuminen

Arki- ja/tai hyötyliikunnan useutta arvioitiin viisiluokkaisella kysymyksellä. Kriteerinä oli liikkuminen vähintään puoli tuntia päivässä. Vastausvaihtoehdot olivat: 1=harvemmin kuin yksi kertaa viikossa, 2=kerran viikossa, 3=kaksi - kolme kertaa viikossa, 4=kolme - neljä kertaa viikossa sekä 5=viisi kertaa viikossa tai enemmän.

Kaikista vastanneista arki- ja hyötyliikuntaa viisi kertaa viikossa tai enemmän harrastavien määrä oli 65 henkilöä (75 %). (miehet 62 % (23) ja naiset 84 % (42). 3-4 kertaa viikossa liikkui miehistä 19 % (7) ja naisista 4 % (2). 2-3 kertaa viikossa arki- ja hyötyliikuntaa harrasti 8 henkilöä (9 %). Miehistä 8 % (3) ja naisista 10 % (5) toteutti arki- ja hyötyliikuntaa näin usein. Miehistä 11 % (4) liikkui kerran viikossa, naisista ei yksikään. Miesten ja naisten välinen ero arki- ja hyötyliikkumisen useuden suhteen oli tilastollisesti melkein merkitsevä ($p=.016$).



Kuvio 6. Tuusniemeläisten 61–68-vuotiaiden miesten (n= 37) ja naisten (n= 50) arki- ja hyötyliikunta-aktiivisuus.

Koko aineistossa 2-3 kertaa viikossa liikkuvilla siviilisääty vaikutti liikunta-aktiivisuuteen. Naimisissa/avoliitossa elävien arki- ja hyötyliikuntaan osallistumisaktiivisuus oli pienempi (6 %) kuin muissa siviilisäädyissä (18 %). Muissa aktiivisuustasoissa ei ollut siviilisäädyltä merkitystä. Tilastollisesti merkitsevää eroa ei löytynyt.

Omakoti- tai maalaistalossa asuvista 76 % (54 henkilöä) toteutti arki- ja hyötyliikuntaa viisi kertaa viikossa tai enemmän ja rivi- tai kerrostalossa asuvista 73 % (11). Vähintään kerran viikossa arki- ja hyötyliikuntaa omakoti- tai maalaistalossa asuvat

harrastivat enemmän kuin rivi- tai kerrostalossa asuvat. Tilastollisesti merkitsevää eroa ei löytynyt.

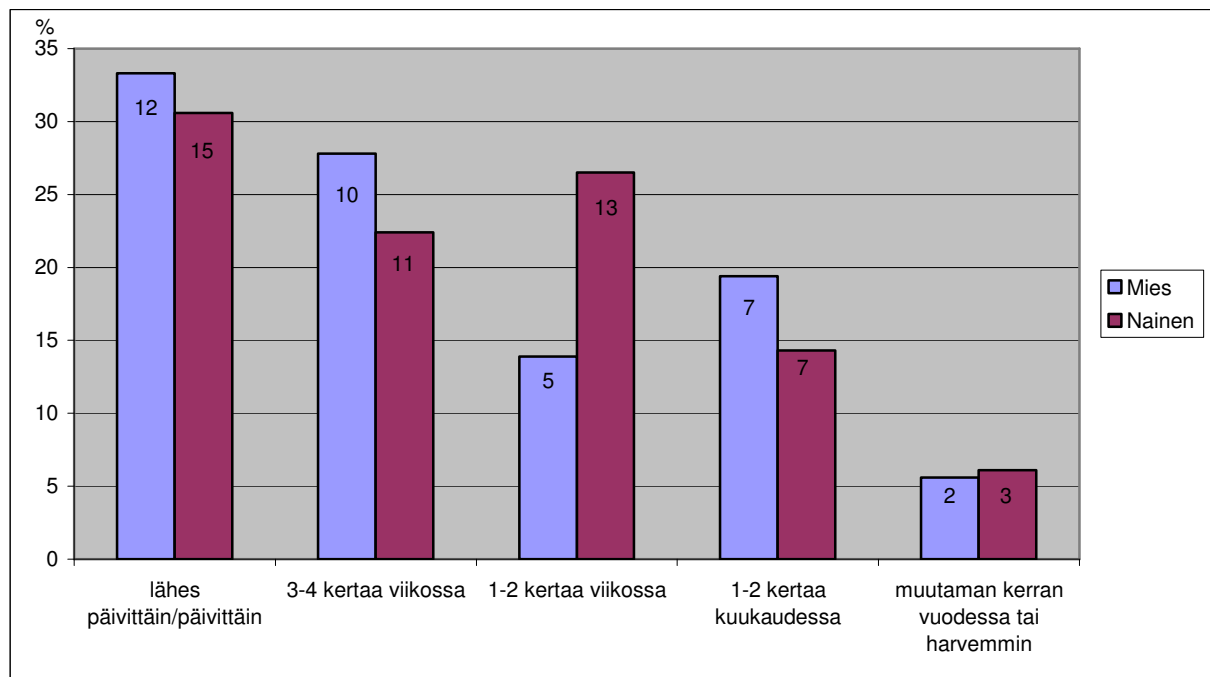
Kansakoulun käyneistä 77 % (39 henkilöä) harrasti arki- ja hyötyliikuntaa vähintään viisi kertaa viikossa ja ammattikoulun käyneistä tai korkeammin koulutetuista yhteensä 25 henkilöä. Muissa aktiivisuustasoissa ei ilmennyt eroa koulutustason mukaan. Tilastollisesti merkitsevää eroa ei löytynyt.

8.7 Vapaa-ajan liikkumisen useus

Vapaa-ajan liikkumisen useutta selvitettiin viisiluokkaisella kysymyksellä, jossa 1= muutaman kerran vuodessa tai harvemmin, 2= 1-2 kertaa kuukaudessa, 3= 1-2 kertaa viikossa, 4= 3-4 kertaa viikossa sekä 5= lähes päivittäin/päivittäin. Tässä tarkoitettiin liikuntaa, jossa ainakin lievästi hengästyy ja hikoilee ja liikunta on kestoltaan vähintään puoli tuntia yhtenä tai useampana jaksena kerrallaan.

Kaikista vastanneista 32 % (27 henkilöä) harrasti vapaa-ajan liikuntaa lähes päivittäin tai päivittäin, 3-4 kertaa viikossa liikkuvia oli 25 % (21), 1-2 kertaa viikossa liikkuvia 21 % (18), 1-2 kertaa kuukaudessa liikkuvia 17 % (14) ja muutaman kerran vuodessa tai harvemmin 6 % (5 henkilöä) (kuvio 7).

Miesten ja naisten välillä ei todettu eroa päivittäisessä liikkumisessa. Miehistä liikkui päivittäin tai lähes päivittäin 33 % (12) ja naisista 31 % (15), 3-4 kertaa viikossa 28 % miehistä (10) ja 22 % naisista (11), 1-2 kertaa viikossa 14 % miehistä (5) ja 27 % naisista (13), 1-2 kertaa kuukaudessa 19 % miehistä (7) ja 14 % naisista (7). Muutaman kerran vuodessa tai harvemmin liikkui miehistä 6 % (2) ja naisista 6 % (3). Tilastollisesti merkitsevää eroa ei löytynyt.



Kuvio 7. Vapaa-ajan liikunnan useus tuusniemeläisillä 61–68-vuotiailla miehillä (n= 36) ja naisilla (n= 49).

Tutkittujen pienen lukumäärän vuoksi siviilisäätystä kuvaavat alkuperäiset 5 luokkaa yhdistettiin 2 luokaksi: 1) naimisissa/avoliitossa sekä 2) muu siviilisäätty (naimattomat, eronneet ja lesket).

Kaikista vastanneista naimisissa olleista 28 % liikkui vapaa-ajallaan lähes päivittäin tai lähes päivittäin. Muissa siviilisäättyluokissa (naimattomat, eronneet ja lesket) heitä oli yhteensä 44 %. Kolmesta neljään kertaan viikossa liikkuvia oli naimisissa tai avoliitossa elävistä 30 % (18 henkilöä). Muissa siviilisäättyluokissa heitä oli yhteensä 13 % (3 henkilöä). Yhdestä kahteen kertaan viikossa liikkujia oli hieman enemmän naimisissa tai avoliitossa olevista kuin muissa siviilisäättyluokissa (21 % vs. 17 %, 13 vs. 4 henkilöä).

Yhdestä kahteen kertaan kuukaudessa liikkuvia oli naimisissa tai avoliitossa eläneistä 13 % (8 henkilöä), kun muissa siviilisäädtyissä yhteensä heitä oli 26 % (6). Naimisissa tai avoliitossa eläneistä tutkituista 8 % (5) harrasti vapaa-ajallaan liikuntaa vain muutaman kerran vuodessa tai harvemmin. Tilastollisesti merkitsevää eroa ei löytynyt.

Päivittäin tai lähes päivittäin vapaa-ajallaan liikkui rivi- tai kerrostalossa asuvista (n= 15) 47 % (7 henkilöä) ja omakoti- tai maalaistalossa asuvista (n= 69) 29 % (20). 3-4 kertaa viikossa liikkui rivi- tai kerrostalossa asuvista oli 7 % (1) ja omakoti- tai maalaistalossa asuvista 29 % (20). Yhdestä kahteen kertaan viikossa liikkui omakotitalossa tai maalaistalossa asuvista 22 % (15) ja muussa asumismuodossa asuvista 20 % (3). Yhdestä kahteen kertaan kuukaudessa liikkui omakoti- tai maalaistalossa asuvista 16 % (11) ja rivi- tai kerrostalossa asuvista 13 % (2). Rivi- tai kerrostalossa asuvista 13 % (2) liikkui vapaa-ajallaan muutaman kerran vuodessa tai harvemmin ja omakoti- tai maalaistalossa asuvista 4 % (3). Tilastollisesti merkitsevää eroa ei löytynyt.

Kaikista koulutusluokista yhteensä lähes päivittäin tai päivittäin vapaa-ajallaan liikkuvia oli 31 % (26 henkilöä), kolmesta neljään kertaan viikossa 25 % (21), yhdestä kahteen kertaan viikossa 21 % (18), kerran tai kaksi kertaa kuukaudessa 17 % (14) ja muutaman kerran vuodessa tai harvemmin liikkui 6 % (5).

Vapaa-ajallaan lähes päivittäin/päivittäin liikkui kansakoulun käyneistä 32 % (16 henkilöä), ammattikoulun käyneistä 30 % (7) ja keskiasteen tai korkeakoulutuksen saaneista 27 % (3). Kolmesta neljään kertaan viikossa liikkui ammattikoulun käyneistä 30 %, (7), kansakoulun käyneistä 24 % (12) ja korkeamman koulutuksen saaneista 18 % (2). Yhdestä kahteen kertaan viikossa liikkujia oli keskiasteen tai korkeakoulutuksen saaneista 46 % (5), kansakoulun käyneistä 18 % (9) ja ammatillisen koulutuksen saaneista 17 % (4). Yhdestä kahteen kertaan kuukaudessa liikkui keskiasteen tai korkeakoulun käyneistä 9 % (1), kansakoulun käyneistä 18 % (9) ja ammattikoulun käyneistä 17 % (4). Muutaman kerran vuodessa tai harvemmin liikkujia oli kansakoulun käyneistä 8 % (4) ja ammattikoulun käyneistä 4 % (1). Yksikään keskiasteen tai korkeakoulun käyneistä ei liikkunut näin harvoin. Tilastollisesti merkitsevää eroa ei koulutustasojen välillä löytynyt.

Vapaa-ajan liikunnan harrastamisella oli erittäin merkittävä yhteys hyväksi koettuun subjektiiviseen fyysiseen kuntoon (p=.001) (taulukko 3). Miesten ja naisten välisessä vertailussa naisten osalta tulos oli melkein merkitsevä.

Taulukko 3. Tuusniemeläisten 61–68-vuotiaiden miesten ja naisten arki- ja hyötyliikunnan sekä vapaa-ajan liikunnan yhteys koettuun fyysiseen kuntoon, tupakointiin ja painoindeksiin (BMI).

	fyysinen kunto	tupakointi	BMI
arki- ja hyötyliikunta			
Pearson correlation	-0,171	-0,278	-0,005
Sig. (2-tailed)	0,122	0,01	0,962
n	83	85	85
vapaa-ajan liikunta			
Pearson correlation	-0,363	-0,019	-0,183
Sig. (2-tailed)	0,001	0,862	0,095
n	81	83	84

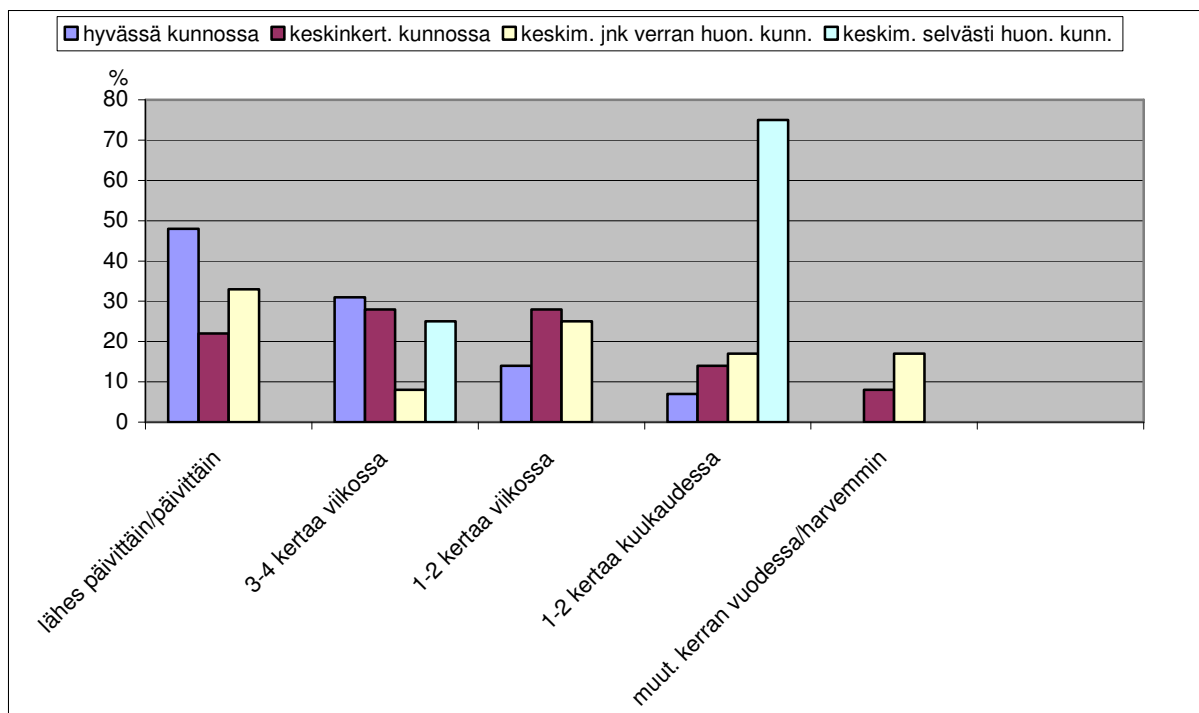
Lähes päivittäin tai päivittäin liikuntaa vapaa-ajallaan harrastavista 48 % (14 henkilöä) (n= 29) koki olevansa hyvässä fyysisessä kunnossa ikäisiinsä verrattuna, 3-4 kertaa viikossa liikkuvista 31 % (9), 1-2 kertaa viikossa liikkuvista 14 % (4) ja 1-2 kertaa kuukaudessa liikkuvista 2 henkilöä (7 %) (kuvio 8).

Keskinkertaisessa fyysisessä kunnossa ikäisiinsä verrattuna olevista 22 % (8 henkilöä) (n= 36) harrasti vapaa-ajanliikuntaa lähes päivittäin tai päivittäin, 1-2 kertaa viikossa sekä 3-4 kertaa viikossa liikkuvista 28 % (10) molemmissa aktiivisuusluokissa, 1-2 kertaa kuukaudessa liikkuvista 14 % (5) sekä muutaman kerran vuodessa tai harvemmin liikkuvista 8 % (3).

Lähes päivittäin tai päivittäin vapaa-ajan liikuntaa harrastavista 33 % (4 henkilöä) (n=12) koki olevansa keskimääräistä jonkin verran huonommassa fyysisessä kunnossa ikäisiinsä verrattuna, 3-4 kertaa viikossa liikkuvista 8 % (1), 1-2 kertaa viikossa liikkuvista 25 % (3) sekä 1-2 kertaa kuukaudessa tai muutaman kerran vuodessa tai harvemmin liikkuvista 17 % (2) molemmissa aktiivisuusluokissa.

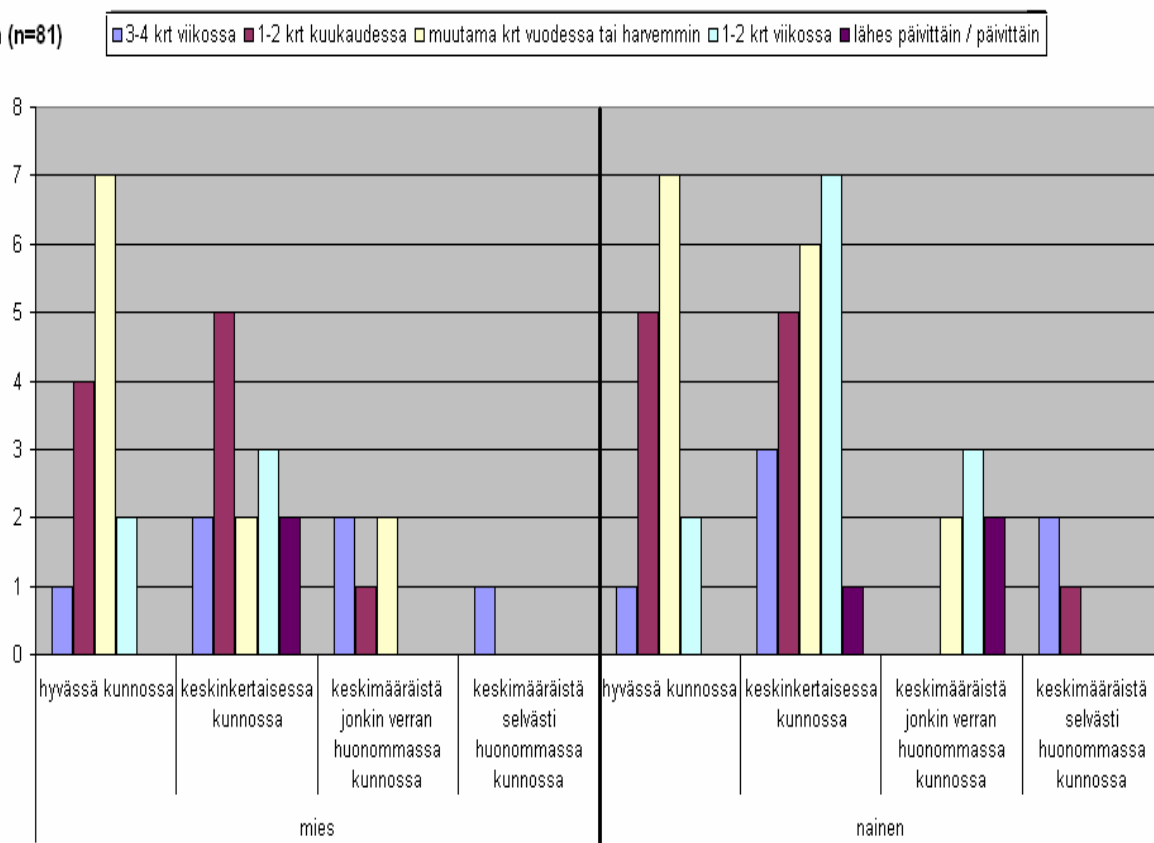
Ikäisiinsä verrattuna selvästi huonommassa fyysisessä kunnossa (n=4) ja vapaa-ajallaan liikuntaa lähes päivittäin tai päivittäin liikkuvia ei ollut yhtään tutkituista, 3-4 kertaa viikossa liikkuvista heitä oli yksi henkilö (25 %) sekä 1-2 kertaa kuukaudessa liikkuvista 3 henkilöä (75 %).

Arki- ja hyötyliikunnan sekä vapaa-ajan liikunnan välisistä yhteyksistä muihin elämän aktiviteetteihin miesten ja naisten osalta tilastollisesti merkitsevää eroa löytyi hyötyliikunnan osalta tansseissa käymisestä, retkeilystä sekä sukulaisten tai tuttavien luona käymisestä (taulukko 4).



Kuvio 8. Vapaa-ajan liikunnan harrastamisen useuden ja subjektiivisen fyysisen kunnon välinen yhteys 61–68-vuotiailla tuusniemeläisillä (n=88).

lkm (n=81)



Kuvio 9. Vapaa-ajan liikunnan harrastamisen useuden sekä subjektiivisen fyysisen kunnon välinen yhteys tuusniemeläisillä 61–68-vuotiailla miehillä ja naisilla.

Taulukko 4. Arki- ja hyötyliikunnan sekä vapaa-ajan liikunta-aktiivisuuden ja muun aktiivisuuden väliset yhteydet tuusniemeläisillä 61–68-vuotiailla miehillä ja naisilla. Spearmanin järjestyskorrelaatiokertoimet (*= $p < .05$; **= $p < .01$).

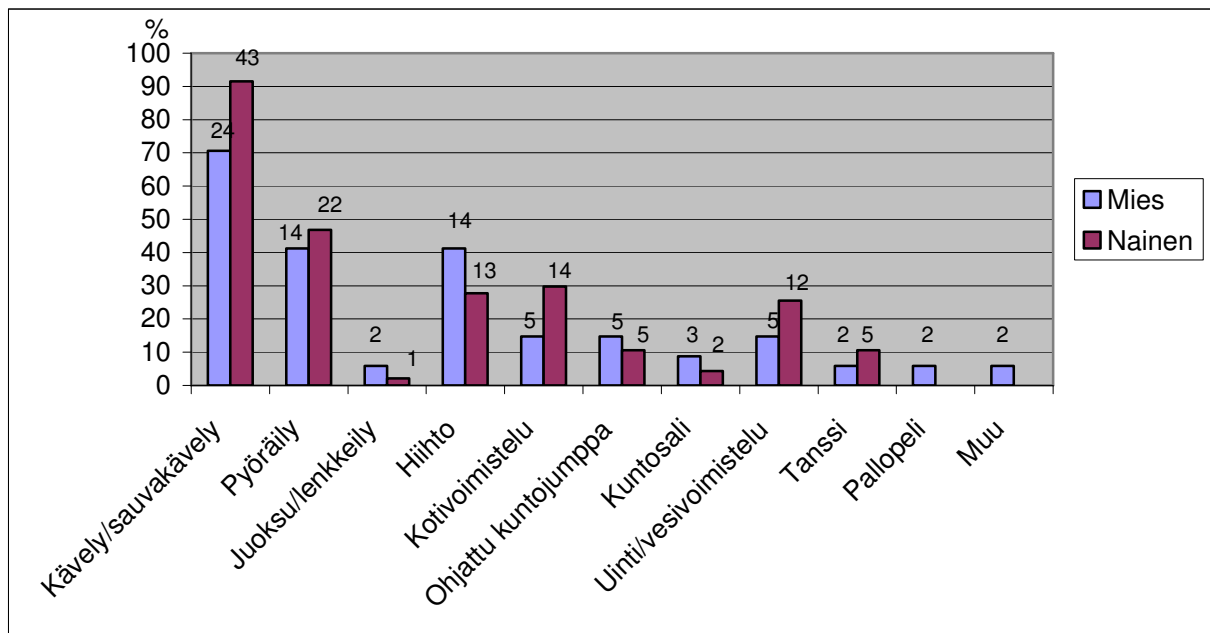
	Hyöty Kaikki	Hyöty Mies	Hyöty Nainen	Vap.aj. Kaikki	Vap.aj. Mies	Vap.aj. Nainen
1. TV:n katselu (uutiset ym.)	.07	.07	-.06	.00	.12	-.18
2. TV:n katselu (sarjaohj. ym.)	-.02	.04	-.18	.05	.25	-.04
3. Elokuviissa käynti	-.03	-.02	-.03	.13	-.02	.23
4. Teatterissa käynti	.17	.10	.13	.08	.04	.11
5. Konserteissa käynti	.00	-.16	-.08	-.04	-.14	.16
6. Taidenäyttelyissä käynti	.12	.29	-.03	-.05	-.00	.10
7. Kirjastossa käynti	-.01	-.00	-.09	.10	-.00	.17
8. Lehtien lukeminen	.08	.17	-.09	.00	-.00	.00
9. Kirjojen lukeminen	.03	.09	-.07	.04	-.11	.13
10. Käsitöiden tekeminen	.29**	.31	.18	-.04	.08	-.08
11. Tietokoneen käyttö	-.12	-.05	-.10	.01	.03	.12
12. ”Penkkiurheilu”	-.01	.32	-.16	-.04	.19	-.26
13. Tansseissa käynti	.01	-.30	.33*	.18	.15	.22
14. Retkeily	.13	.41*	-.09	-.14	-.02	.25
15. Motorisoitu liikkuminen	.02	.00	.16	.20	.15	.22
16. Hengell. tilaisuuksissa käynti	.08	.07	-.01	.02	-.23	.26
17. Sukul./tutt. luona käynti	.31**	.45**	.13	.14	.24	.06
18. Muu toiminta	.45*	.54	.32	.40	.22	.55

8.8 Vapaa-ajan liikunnan lajikohtainen tarkastelu

Liikunta-aktiivisuuden muotoja selvitettiin kysymällä liikuntalajeja, joita toteutettiin vähintään kerran viikossa. Liikuntamuodot olivat kävely/sauvakävely, pyöräily, juoksulenkkeily, hiihto, kotivoimistelu, ohjattu kuntojumppa, kuntosaliharjoittelu, uinti/vesivoimistelu, tanssi, jokin pallopuoli tai joku muu laji.

Kävely ja/tai sauvakävely olivat suosituimpia liikuntalajeja. Naiset harrastivat kävelylenkkeilyä enemmän kuin miehet. Tämän osalta löytyi myös tilastollisesti melkein merkitsevää eroa ($p = .014$). Myös pyöräily oli hyvin suosittua. Naiset pyöräilivät hieman miehiä enemmän. Miehet harrastivat hiihtoa enemmän kuin

naiset. Vastaavasti naiset olivat aktiivisempia kotivoimistelijoita kuin miehet. Kesäisin järvessä uiminen oli melko suosittua ja erityisesti naisten keskuudessa (kuvio 10).



Kuvio 10. Tuusniemeläisten miesten ja naisten kuntoliikuntamuotojen harrastaminen.

Naimisissa/avoliitossa elävät harrastivat kävelyä hieman vähemmän kuin muussa siviilisäädystä elävät. Naimisissa olevat taas pyöräilivät, juoksivat, hiihtivät sekä harrastivat uintia tai vesivoimistelua enemmän kuin muut.

Omakoti- tai maalaistalossa asuvat harrastivat kävelyä tai sauvakävelyä hieman vähemmän kuin rivi- tai kerrostalossa asuvat. Samoin vähäisempää oli myös pyöräily, juoksu sekä kuntosaliharjoittelu. Omakoti- tai maalaistalossa asuvat harrastivat kuitenkin enemmän uintia tai vesivoimistelua, tanssia, ohjattua kuntojumppaa, kotivoimistelua sekä hiihtoa kuin rivi- tai kerrostalossa asuvat.

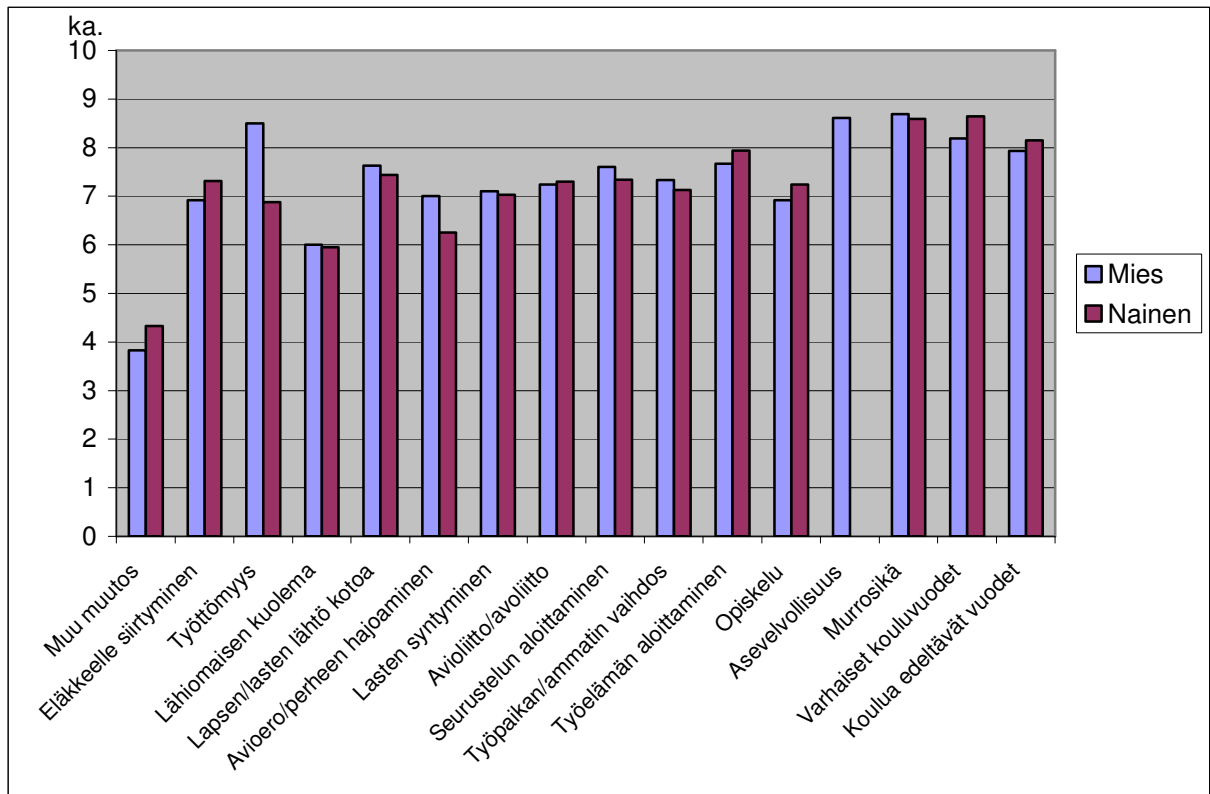
Kävelyä harrastettiin lähes yhtä paljon kaikissa koulutusluokissa. Kansakoulun käyneet harrastivat enemmän pyöräilyä, kotivoimistelua ja tanssia. Hiihtoa, ohjattua kuntojumppaa, kuntosaliharjoittelua sekä pallopelejä harrastettiin eniten ammattikoulun käyneiden kesken. Ylemmän koulutustason vastaajat harrastivat enemmän ainoastaan uintia tai vesivoimistelua enemmän kuin muiden koulutustason vastaajat. Pari ylemmän koulutustason vastaajaa harrasti myös golfia. Muita

harrastettuja lajeja olivat mm. kuntopyöräily kotona, soutuaitteella soutu, rullaluistelu, luistelu, uistelu soutuamalla ja pallopeleistä lentopallo.

8.9 Liikkuminen elämän muutosvaiheissa

Liikkumisaktiivisuutta elämän eri vaiheissa kartoitettiin asteikolla 1-10, jossa numero 1 tarkoitti erittäin vähäistä liikkumista ja numero 10 erittäin suurta liikunnallista aktiivisuutta. Eri elämänvaiheet olivat: koulua edeltävät vuodet, varhaiset kouluvuodet, murrosikä, asevelvollisuus, opiskelu, työelämän aloittaminen, työpaikan/ammatin vaihdos, seurustelun aloittaminen, avioliitto/avoliitto, lasten syntyminen, avioero/perheen hajoaminen, lapsen/lasten lähtö kotoa, lähiomaisen kuolema, työttömyys, eläkkeelle siirtyminen tai jokin muu muutos elämässä (esim. sairaus).

Kaikkien vastanneiden liikunta-aktiivisuuden keskiarvo oli 7. Murrosikään saakka liikunta-aktiivisuus oli voimakkainta ja miehillä se jatkui voimakkaana vielä asevelvollisuuden aikana. Opiskelujen aloittaminen vähensi liikunta-aktiivisuutta sekä miehillä että naisilla. Työelämän aloittaminen taas hieman lisäsi sitä molemmilla sukupuolilla. Työpaikan/ammatin vaihdoksen myötä liikunta-aktiivisuus taas hieman väheni ja jatkui hyvin tasaisena sekä miehillä että naisilla seurusteluvaiheessa sekä avio- tai avoliiton solmimiseen saakka. Myöskään lasten syntyminen ei vähentänyt liikunta-aktiivisuutta vielä tässä elämänvaiheessa. Avioero tai perheen hajoaminen vaikutti erityisesti naisten liikunta-aktiivisuuteen, jolloin aktiivisuus väheni. Lasten kotoa pois muuttamisen aikoihin lisääntyi sekä miesten että naisten liikunta-aktiivisuus. Työttömyyden aikana miesten liikunta-aktiivisuus lisääntyi murrosiän ja asevelvollisuusajan tasolle. Työttömyys ei lisännyt naisten aktiivisuustasoa. Muu muutos elämässä, kuten erilaiset sairaudet, vähensivät voimakkaasti sekä miesten että naisten liikunta-aktiivisuutta. Myös lähiomaisen kuolema vähensi molempien sukupuolien liikunta-aktiivisuutta (kuvio 11, taulukko 5). Työelämästä eläkkeelle siirtymisen myötä liikunta-aktiivisuuden muutosta on vaikea arvioida, sillä vaihtoehtoissa ei varsinaista työssäoloajan liikunta-aktiivisuutta tiedusteltu. Tilastollisesti merkitseviä eroavaisuuksia ei todettu.



Kuvio 11. Tuusniemeläisten 61–68-vuotiaiden miesten ja naisten ilmoittama liikuntaaktiivisuus eri elämäntilanteissa. Keskiarvot asteikolla 1-10 (1= erittäin vähäinen liikkuminen, 10= erittäin suuri liikunnallinen aktiivisuus).

Taulukko 5. Tuusniemeläisten 61–68-vuotiaiden miesten ja naisten ilmoittama liikkuminen elämän muutosvaiheissa.

	N	x	Std. Dev.	t	p
1. Koulua edeltävät vuodet					
Mies	29	7,93	2,14	.43	.667
Nainen	34	8,15	1,83		
2. Varhaiset kouluvuodet					
Mies	31	8,19	2,3	.93	.357
Nainen	36	8,64	1,61		
3. Murrosikä					
Mies	29	8,69	1,65	.28	.780
Nainen	34	8,59	1,21		
4. Asevelvollisuus					
Mies	31	8,61	1,94	-	
Nainen	0				
5. Opiskelu					
Mies	13	6,92	2,06	.50	.620
Nainen	17	7,24	1,35		
6. Työelämän aloittaminen					
Mies	27	7,67	2,29	.53	.598
Nainen	33	7,94	1,7		
7. Työpaikan/ammatin vaihdos					
Mies	12	7,33	1,61	.30	.766
Nainen	23	7,13	2,03		
8. Seurustelun aloittaminen					
Mies	20	7,6	1,79	.49	.630
Nainen	32	7,34	1,89		
9. Avioliitto/avoliitto					
Mies	21	7,24	1,95	.12	.905
Nainen	33	7,3	1,93		
10. Lasten syntyminen					
Mies	20	7,1	1,97	.12	.903
Nainen	32	7,03	1,96		
11. Avioero/perheen hajoaminen					
Mies	2	7	4,24	.24	.823
Nainen	4	6,25	3,4		
12. Lapsen/lasten lähtö kotoa					
Mies	16	7,63	1,5	.28	.779
Nainen	27	7,44	2,28		
13. Lähiomaisen kuolema					
Mies	10	6	2,36	.05	.963
Nainen	20	5,95	2,89		
14. Työttömyys					
Mies	2	8,5	0,71	.72	.493
Nainen	8	6,88	3,04		
15. Eläkkeelle siirtyminen					
Mies	26	6,92	2,59	.60	.552
Nainen	32	7,31	2,36		
16. Muu muutos elämässä					
Mies	6	3,83	1,6	.48	.636
Nainen	18	4,33	2,35		

8.10 Kiinnostuneisuus liikunnan harrastamista kohtaan

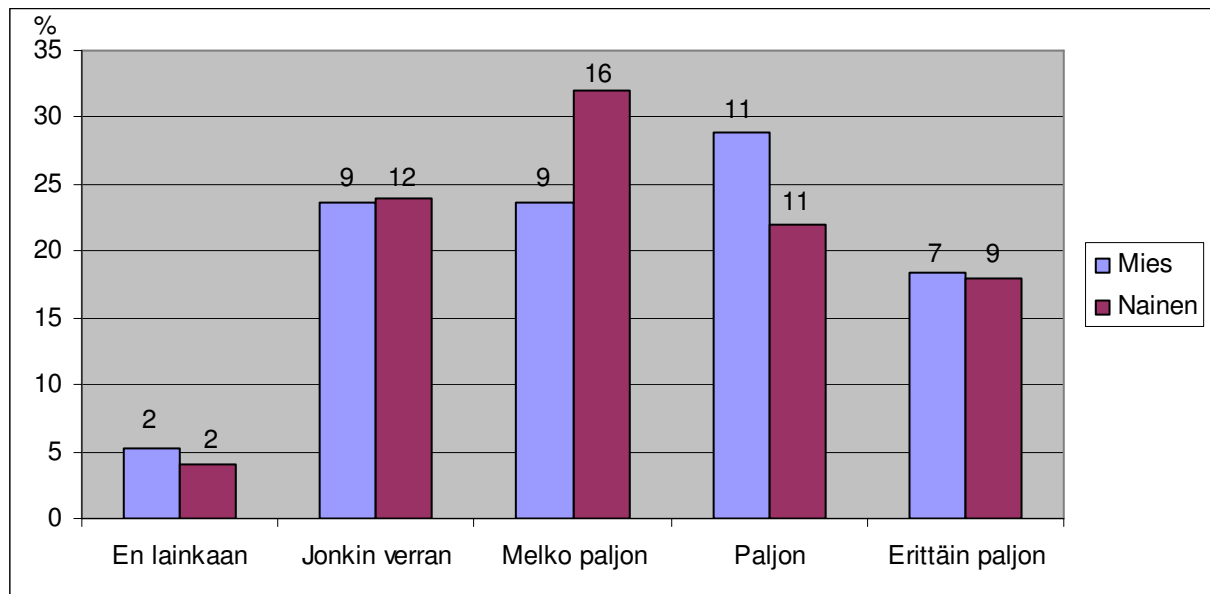
Kiinnostusta liikunnan harrastamista kohtaan selvitettiin viisiluokkaisella kysymyksellä: 1=ei lainkaan, 2=jonkin verran, 3=melko paljon, 4=paljon tai 5=erittäin paljon kiinnostunut.

Erittäin paljon kiinnostuneita liikunnan harrastamiseen oli sekä miehissä että naisissa 18 %. *Paljon* liikunnan harrastamisesta kiinnostuneita oli hieman enemmän miehissä kuin naisissa. *Melko paljon* – vaihtoehdon ilmoitti hieman useampi nainen kuin mies. *Jonkin verran liikunnan harrastamisesta* kiinnostuneita oli sekä miehistä että naisista 24 % ja *ei lainkaan* kiinnostuneita 5 %.

Naimisissa tai avoliitossa eläviä liikunnan harrastaminen kiinnosti *erittäin paljon* 16 % ja *paljon* 31 %. Muissa siviilisäädyyissä yhteensä *erittäin paljon* kiinnostuneita liikunnan harrastamisesta oli 26 % ja *paljon* kiinnostuneita 9 %. *Melko paljon* kiinnostusta oli noin 27 %.

Omakoti- tai maalaistalossa asuvia liikunnan harrastaminen kiinnosti *erittäin paljon* 17 %, rivi- tai kerrostalossa asuvia 25 %. *Melko paljon*-vaihtoehdon rivi- tai kerrostalossa asuvista ilmoitti 38 % ja omakoti- tai maalaistalossa asuvista 27 %. *Paljon* liikunnan harrastamisesta kiinnostuneet asuivat useimmin omakoti- tai maalaistalossa (30 %).

Koulutustasolla oli merkitystä kiinnostukseen: ammattikoulun käyneistä 42 %, keskiasteen/korkeakoulun käyneistä 27 % sekä kansakoulun käyneistä 17 % oli *paljon* kiinnostunut liikunnan harrastamisesta. *Erittäin paljon*-vaihtoehdolla arvioituna ei koulutustasolla ollut merkitystä.



Kuvio 12. Tuusniemeläisten 61–68-vuotiaiden miesten (n= 38) ja naisten (n= 50) kiinnostus liikunnan harrastamista kohtaan.

8.11 Liikuntaneuvonnan tarpeelliseksi kokeminen

Liikuntaneuvonnan antajiksi vastausvaihtoehtoina olivat lääkäri, sairaanhoitaja/lähihoitaja, terveydenhoitaja, fysioterapeutti/kuntohoitaja, liikunnanohjaaja tai joku muu (liite 1, kysymys 14).

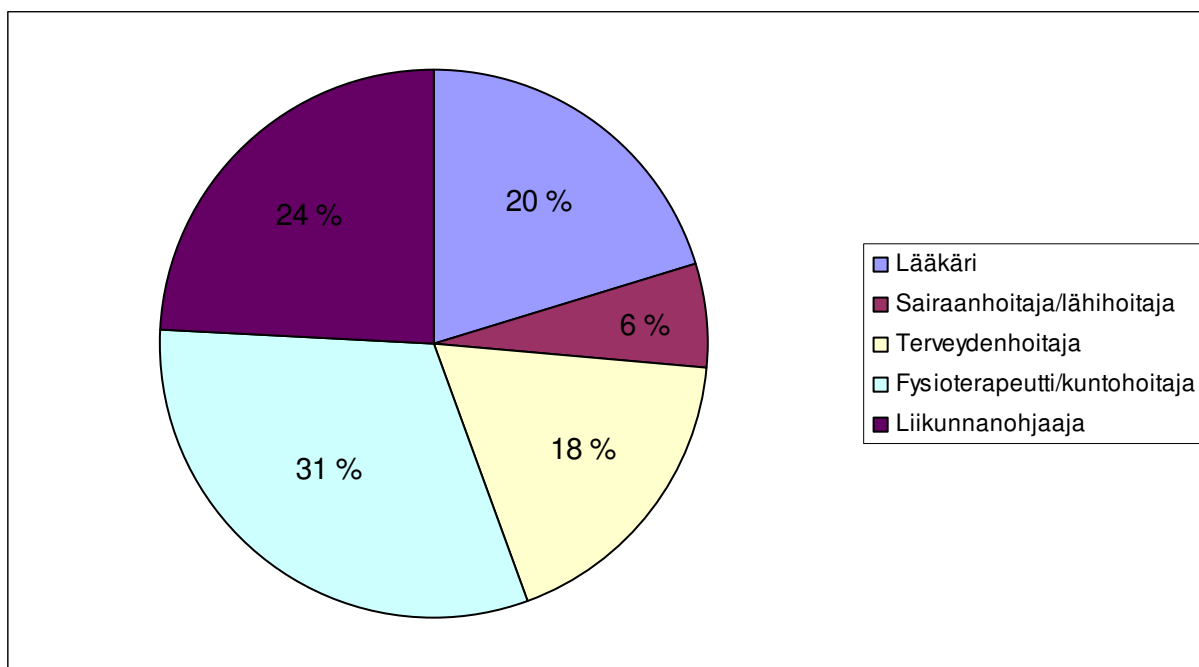
Kaikista vastanneista eniten liikuntaneuvontaa tutkitut halusivat saada fysioterapeutilta tai kuntohoitajalta (45 henkilöä), liikunnanohjaajalta (35) ja lääkäriltä (29), terveydenhoitajalta (26) ja sairaanhoitajalta tai lähihoitajalta (9). Naiset kokivat tarvitsevansa yksilöllistä liikuntaneuvontaa miehiä enemmän (70 % vs. 40 %).

Kansakoulun käyneet kokivat tarvitsevansa liikuntaneuvontaa jonkin verran enemmän (67 %) kuin ammattikoulun käyneet. Keskiasteen/korkeakoulun käyneillä liikuntaneuvonnan tarve oli 27 %.

Arki- ja hyötyliikuntaa 5 kertaa viikossa tai enemmän harrastavat kokivat tarpeelliseksi saada yksilöllistä liikuntaneuvontaa huomattavasti enemmän kuin muut (75 %, 27 henkilöä). Vähän hyötyliikuntaa harrastavat, kerran tai 2-3 kertaa viikossa, eivät kokeneet liikuntaneuvontaa kovinkaan tarpeelliseksi (4-8 %).

Vapaa-ajan liikuntaa yhdestä kahteen kertaa kuukaudessa, 3-4 kertaa viikossa sekä lähes päivittäin tai päivittäin liikkuvilla oli yhtä suuri tarve neuvontaan (25 %). Yhdestä kahteen kertaan viikossa liikkuvilla neuvonnan tarve oli 19 % ja muutaman kerran vuodessa tai harvemmin liikkuvilla 6 %.

Yleisesti voidaan todeta, että tutkittavat halusivat ja kokivat tarvitsevansa lisää tietoa liikunnan ja eri sairauksien (tuki- ja liikuntaelinsairaudet, sydän- ja verenkiertoelinten sairaudet, hengityselinsairaudet, diabetes) välisistä yhteyksistä. Lisäksi haluttiin tietoa liikunnan merkityksestä eri sairauksien hoidossa sekä siitä, kuinka liikunnalla voidaan lievittää oireita.



Kuvio 13. Tuusniemeläisten 61–68-vuotiaiden miesten ja naisten toiveet liikuntaneuvonnan antajaksi ammattiryhmittäin tarkasteltuna.

8.12 Harrastaneisuus suhteessa sairastettuihin tauteihin

Kaikista sairausryhmistä kaikki kyseistä sairautta sairastavat harrastivat *arki- ja hyötyliikuntaa*. Sydänsairautta ja/tai verenpaineautia sairastavista toteutti arki- ja hyötyliikuntaa viisi kertaa viikossa tai enemmän 72 % (31 henkilöä), tuki- ja liikuntaelinsairautta sairastavista 75 % (27), muuta sairautta sairastavista 83 % (15), diabetesta sairastavista 69 % (9) sekä hengityselinsairautta sairastavista 72 % (8).

Kolmesta neljään kertaan viikossa arki- ja hyötyliikuntaa harrasti sydänsairautta ja/tai verenpainetauti sairastavista 12 % (5 henkilöä), 2-3 kertaa viikossa 14 % (6) sekä kerran viikossa 2 % (1).

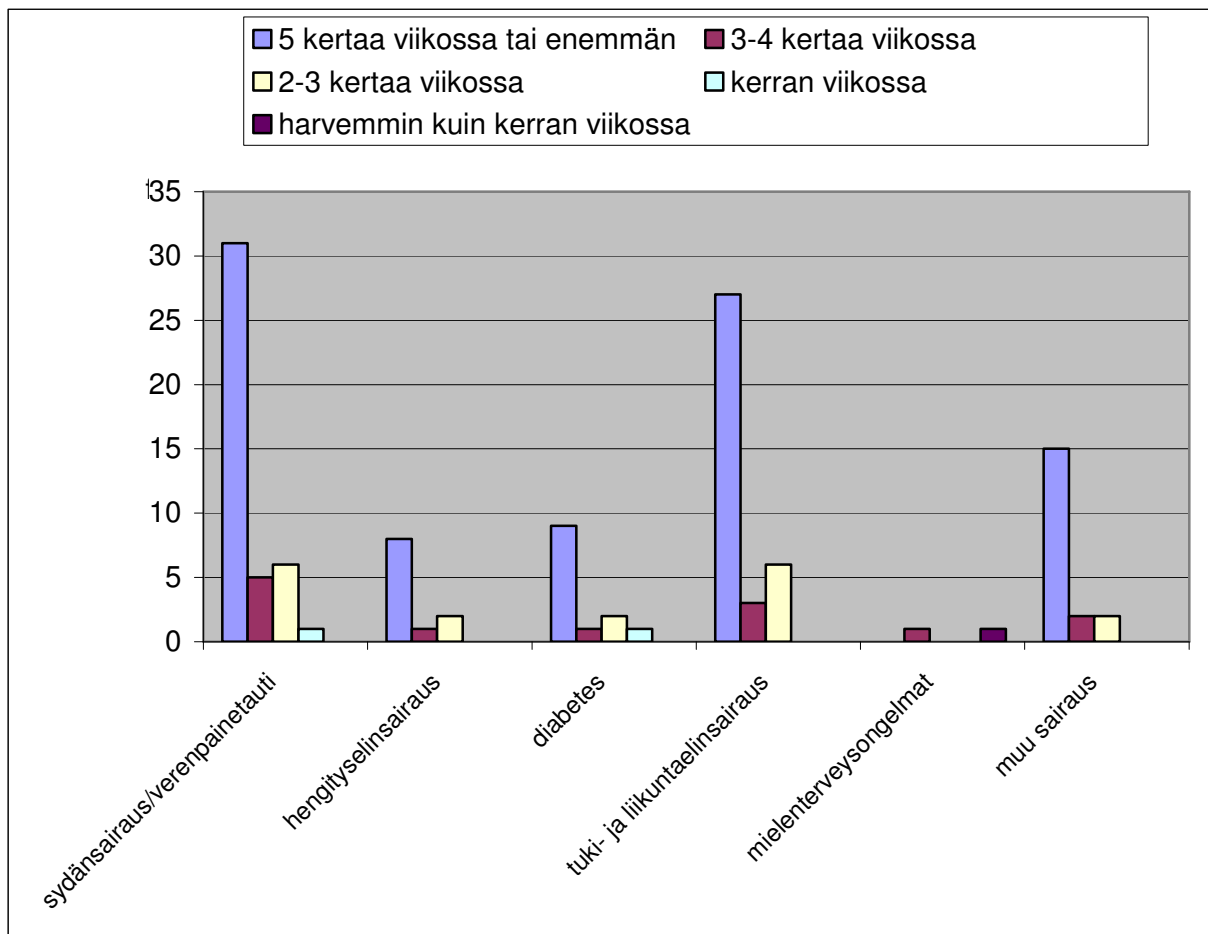
Tuki- ja liikuntaelinsairautta sairastavista 8 % (3 henkilöä) toteutti arki- ja hyötyliikuntaa 3-4 kertaa viikossa sekä 2-3 kertaa viikossa 17 % (6) molemmissa aktiivisuusluokissa. Kukaan tuki- ja liikuntaelinsairautta sairastavista ei liikkunut vain yhtä kertaa viikossa tai harvemmin.

Arki- ja hyötyliikuntaa 3-4 kertaa viikossa sekä kerran viikossa toteutti diabetesta sairastavista 8 % (1 henkilö) molemmissa aktiivisuusluokissa ja 2-3 kertaa viikossa 15 % (2). Harvemmin kuin kerran viikossa liikkujia ei ollut diabetesta sairastavista yhtään henkilöä.

Hengityselinsairautta sairastavista 9 % (1 henkilö) toteutti arki- ja hyötyliikuntaa 3-4 kertaa viikossa sekä 18 % (2) 2-3 kertaa viikossa. Hengityselinsairautta sairastavista ei yksikään liikkunut kerran viikossa tai harvemmin.

Mielenterveysongelmaisista toinen sairastaneista toteutti arki- ja hyötyliikuntaa 3-4 kertaa viikossa ja toinen henkilö harvemmin kuin kerran viikossa.

Muuta sairautta sairastavista 6 % (1 henkilö) toteutti arki- ja hyötyliikuntaa 3-4 kertaa viikossa, 2-3 kertaa viikossa 11 % (2). Kerran viikossa tai harvemmin liikkuvia ei ollut yhtään.



Kuvio 14. Tuusniemeläisten arki- ja hyötyliikunnan harrastaminen eri sairausryhmien mukaan. (Sydänsairaus/verenpainetauti n= 43, hengityselinsairaus n=11, diabetes n= 13, tuki- ja liikuntaelinsairaus n=36, mielenterveysongelmat n=2, muu sairaus n=18).

Yleensä *vapaa-ajallaan* liikuntaa harrastavia oli sydänsairautta ja/tai verenpainetautiä sairastavista 93 % (40 henkilöä), tuki- ja liikuntaelinsairautta sairastavista 94 % (34), diabetesta sairastavista 92 % (12) sekä kaikki (100 %) hengityselinsairautta ja muuta sairautta sairastavista harrastivat vapaa-ajan liikuntaa.

Vapaa-ajan liikuntaa lähes päivittäin tai päivittäin harrasti sydänsairautta tai verenpainetautiä sairastavista 25 % (10 henkilöä), tuki- ja liikuntaelinsairautta sairastavista 29 % (10), diabetesta sairastavista 50 % (6), hengityselinsairautta sairastavista 55 % (6) sekä muuta sairautta sairastavista 33 % (6).

Sydänsairautta ja/tai verenpainetautiä sairastavista 35 % (14 henkilöä) harrasti vapaa-ajallaan liikuntaa 3-4 kertaa viikossa, yhdestä kahteen kertaan viikossa 18 %

(7), 1-2 kertaa kuukaudessa 15 % (6) sekä muutaman kerran vuodessa tai harvemmin 8 % (3).

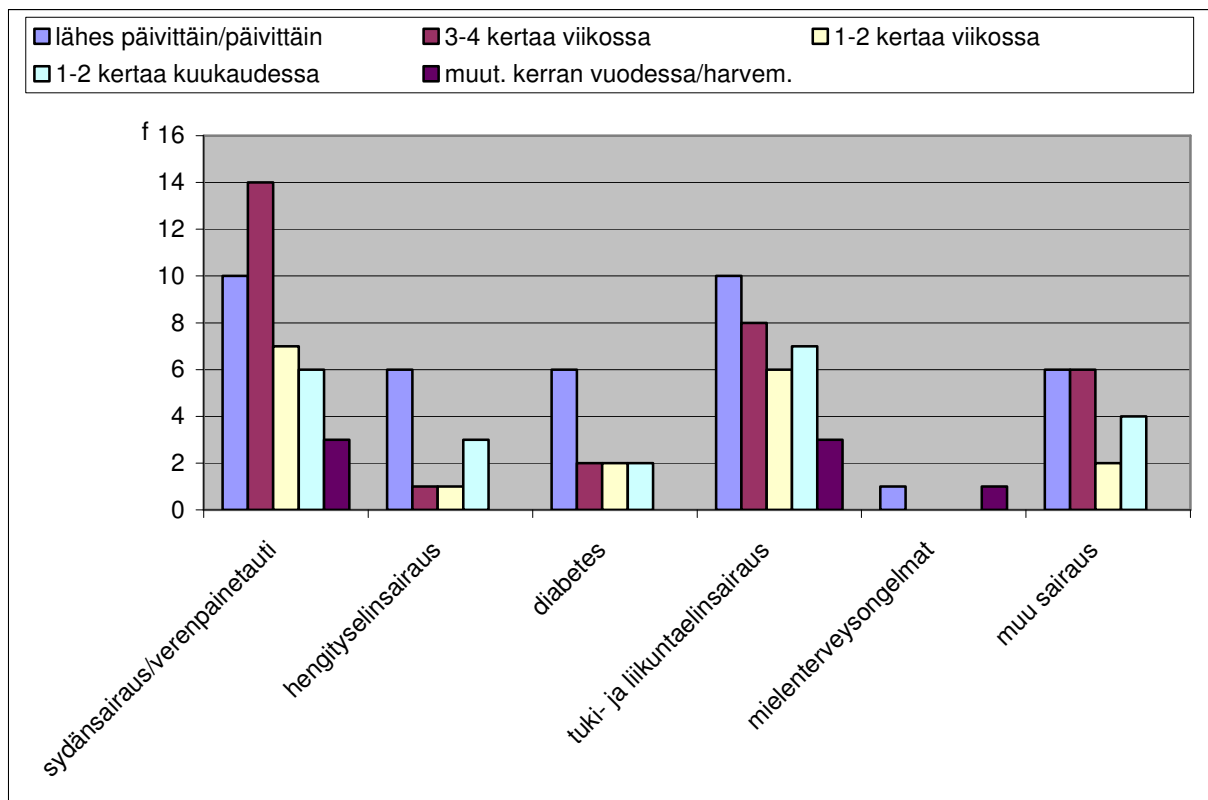
Tuki- ja liikuntaelinsairautta sairastavista 24 % (8 henkilöä) harrasti vapaa-ajanliikuntaa 3-4 kertaa viikossa, 18 % (6) 1-2 kertaa viikossa, 21 % (7) 1-2 kertaa kuukaudessa sekä 9 % (3) muutaman kerran vuodessa tai harvemmin.

Diabetesta sairastavista vapaa-ajan liikuntaa harrasti 17 % (2 henkilöä) 3-4 kertaa viikossa, 1-2 kertaa viikossa sekä 1-2 kertaa kuukaudessa kaikissa aktiivisuusluokissa. Muutaman kerran vuodessa tai harvemmin harrastavia ei ollut yhtään.

Hengityselinsairautta sairastavista liikkui vapaa-ajallaan 3-4 kertaa viikossa sekä 1-2 kertaa viikossa 9 % (1 henkilö) molemmissa aktiivisuusluokissa. 1-2 kertaa kuukaudessa liikkuvia oli 27 % (3). Muutaman kerran vuodessa tai harvemmin vapaa-ajallaan liikkuvia ei ollut yhtään.

Mielenterveysongelmaisista toinen sairastaneista liikkui vapaa-ajallaan lähes päivittäin tai päivittäin ja toinen henkilö muutaman kerran vuodessa tai harvemmin.

Muuta sairautta sairastavista 33 % (6 henkilöä) liikkui vapaa-ajallaan 3-4 kertaa viikossa, 11 % (2) 1-2 kertaa viikossa sekä 22 % (4) 1-2 kertaa kuukaudessa. Muutaman kerran vuodessa tai harvemmin liikkujia ei ollut yhtään muuta sairautta sairastavien ryhmässä.



Kuvio 15. Tuusniemeläisten 61–68-vuotiaiden miesten ja naisten vapaa-ajan liikunnan harrastaminen eri sairausryhmissä. (Sydänsairaus/verenpainetauti n= 43, hengityselinsairaus n=11, diabetes n=13, tuki- ja liikuntaelinsairaus n=36, mielenterveysongelmat n=2, muu sairaus n= 18).

Sydänsairautta ja/tai verenpainetautiä sairastavista harrasti kävelyä/sauvakävelyä 84 % (36 henkilöä), pyöräilyä 33 % (14), hiihtoa 30 % (13), uintia ja/tai vesivoimistelua 19 % (8), kotivoimistelua 16 % (7), ohjattua kuntojumppaa sekä tanssia 9 % (4). Kuntosaliharjoittelua, juoksulenkkeilyä sekä pallopelejä harrasti kutakin lajia 2 % (1).

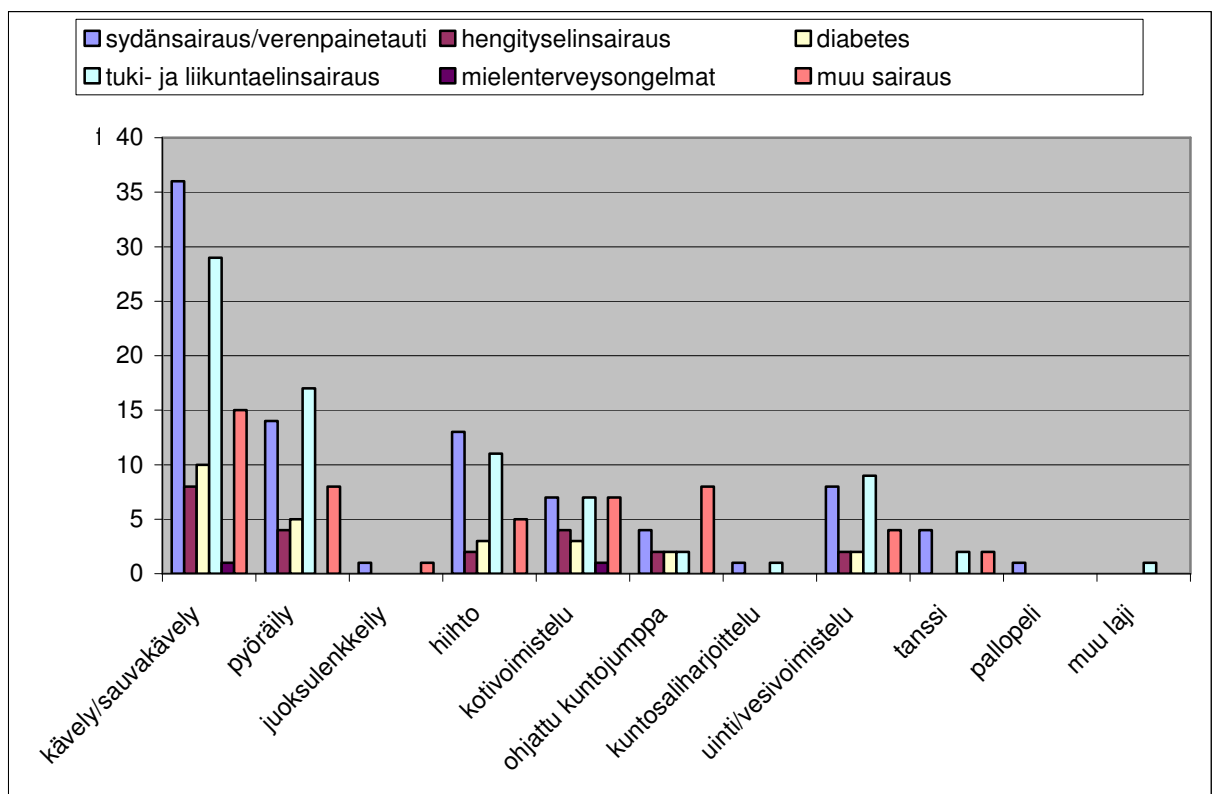
Hengityselinsairautta sairastavilla yleisin liikuntamuoto oli myös kävely/sauvakävely, jota harrasti 73 % (8 henkilöä). Pyöräilyä sekä kotivoimistelua harrasti 36 % (4 henkilöä) kumpaakin lajia ja hiihtoa, ohjattua kuntojumppaa sekä uintia/vesivoimistelua 18 % (2) kutakin lajia. Tanssia, kuntosaliharjoittelua, juoksulenkkeilyä eikä pallopelejä harrastanut yksikään.

Myös diabetesta sairastavilla yleisin liikuntamuoto oli kävely/sauvakävely, jota harrasti 77 % (10 henkilöä). Pyöräilyä 38 % (5), hiihtoa ja kotivoimistelua harrasti 23

% (3) kumpaakin lajia, uintia/vesivoimistelua sekä ohjattua kuntojumppaa 15 % (2) kumpaakin lajia. Tanssia, kuntosaliharjoittelua, juoksulenkkeilyä tai pallopelejä ei harrastanut yksikään.

Kävely/sauvakävely oli myös tuki- ja liikuntaelinsairautta sairastavien yleisin liikuntamuoto, jota harrasti 81 % (29 henkilöä). Pyöräilyä harrasti 47 % (17), hiihtoa 31 % (11), uintia/vesivoimistelua 25 % (9), kotivoimistelua 19 % (7) sekä ohjattua kuntojumppaa ja tanssia 5 % (2) kumpaakin lajia. Kuntosaliharjoittelua sekä jotakin muuta liikuntalajia kuin kyselylomakkeessa mainittua harrasti kumpaakin yksi henkilö (3 %). Juoksulenkkeilyä tai pallopelejä ei harrastanut yksikään.

Jotakin muuta sairautta sairastavista 83 % (15 henkilöä) harrasti kävelyä/sauvakävelyä. Pyöräilyä harrasti 44 % (8), hiihtoa 28 % (5), ohjattua kuntojumppaa 12 % (8), kotivoimistelua 39 % (7), uintia/vesivoimistelua 22 % (4), tanssia 11 % (2) sekä juoksulenkkeilyä 5 % (1). Kuntosaliharjoittelua tai pallopelejä ei harrastanut yksikään.



Kuvio 16. Tuusniemeläisten 61–68-vuotiaiden miesten ja naisten liikunnan harrastaminen lajeittain eri sairausryhmissä. (Sydänsairaus/verenpainetauti n= 43, hengityselinsairaus n=

11, diabetes n= 13, tuki- ja liikuntaelinsairaus n= 36, mielenterveysongelmat n=2, muu sairaus n= 18).

Sydänsairautta ja/tai verenpainetautia sairastavista 21 naista (96 %) ja 15 miestä (88 %) harrasti kävelyä tai sauvakävelyä, hengityselinsairautta sairastavista 7 naista (88 %) ja yksi mies (50 %), diabetesta sairastavista 9 naista (100 %) sekä yksi mies (25 %), tuki- ja liikuntaelinsairautta sairastavista 24 naista (96 %) ja viisi miestä (63 %), mielenterveysongelmista kärsivä yksi nainen (100 %) sekä muuta sairautta sairastavista 12 naista (86 %) ja kolme miestä (100 %).

Pyöräilyä harrasti sydänsairautta ja/tai verenpainetautia sairastavista 9 naista (41 %) ja 5 miestä (31 %), hengityselinsairautta sairastavista kaksi miestä (100 %) ja kaksi naista (25 %), diabetesta sairastavista kolme naista (33 %) ja kaksi miestä (50 %), tuki- ja liikuntaelinsairautta sairastavista 13 naista (52 %) ja neljä miestä (50 %) sekä muuta sairautta sairastavista viisi naista (36 %) ja kolme miestä (100 %).

Juoksulenkkeily oli hyvin vähän harrastettu liikuntamuoto. Vain yksi nainen (5 %) sekä sydänsairautta ja/tai verenpainetautia sairastavista että jotakin muuta sairautta sairastavista (7 %) harrasti juoksulenkkeilyä. Hengityselinsairautta, diabetesta sekä tuki- ja liikuntaelinsairautta sairastavista yksikään mies eikä nainen harrastanut juoksulenkkeilyä.

Hiihtoa harrasti sydän- ja verenpainetautia sairastavista naisista 36 % (8 henkilöä) ja miehistä 31 % (5), hengityselinsairautta sairastavista yksi mies (50 %) ja yksi nainen (13 %) ja diabetesta sairastavista kolme naista (33 %), tuki- ja liikuntaelinsairautta sairastavista naisista 28 % (7) ja miehistä 50 % (4) sekä jotakin muuta sairautta sairastavista naisista 21 % (3) sekä miehistä 67 % (2).

Sydänsairautta ja/tai verenpainetautia sairastavista harrasti kotivoimistelua 23 % (5) naisista sekä 13 % (2) miehistä. Hengityselinsairautta sairastavista kolme naista (38 %) sekä yksi mies (50 %) harrasti kotivoimistelua, diabetesta sairastavista kaksi naista (22 %) sekä yksi mies (25 %), tuki- ja liikuntaelinsairautta sairastavista kuusi naista (24 %) ja yksi mies (13 %), jotakin muuta sairautta sairastavista kuusi naista (43 %) ja yksi mies (33 %) sekä toinen mielenterveysongelmista kärsivistä naisista.

Sydänsairautta ja/tai verenpainetautia sairastavista harrasti ohjattua kuntojumppaa 14 % (3) naisista ja 6 % (1) miehistä, hengityselinsairautta sairastavista kaksi naista (25 %), diabetesta sairastavista yksi nainen (11 %) ja yksi mies (25 %), tuki- ja liikuntaelinsairautta sairastavista kaksi naista (8 %) sekä jotakin muuta sairautta sairastavista kaksi naista (14 %).

Kuntosaliharjoittelu oli hyvin vähän harrastettu liikuntamuoto. Sydänsairautta ja/tai verenpainetautia sairastavista yksi mies (6 %) ja tuki- ja liikuntaelinsairautta sairastavista yksi nainen (4 %) harrasti kuntosaliharjoittelua. Hengityselinsairautta, diabetesta eikä muutakaan sairautta sairastavista yksikään ei harrastanut kuntosaliharjoittelua.

Sydänsairautta ja/tai verenpainetautia sairastavista harrasti uintia/vesivoimistelua 27 % (6) naisista ja 13 % (2) miehistä, hengityselinsairautta sairastavista kaksi naista (25 %), diabetesta sairastavista kaksi naista (22 %), tuki- ja liikuntaelinsairautta sairastavista 8 naista (32 %) sekä yksi mies (13 %) sekä jotakin muuta sairautta sairastavista neljä naista (29 %).

Tanssi oli myös hyvin vähän harrastettu liikuntamuoto: sydänsairautta ja/tai verenpainetautia sairastavista 18 % (4) naista, diabetesta sairastavista yksi nainen (11 %), tuki- ja liikuntaelinsairautta sairastavista kaksi naista (8 %) ja jotakin muuta sairautta sairastavista vain yksi nainen (7 %) ja yksi mies (33 %) harrasti tanssia.

Pallopeliä harrasti ainoastaan sydänsairautta ja/tai verenpainetautia sairastavista yksi mies (6 %) ja tuki- ja liikuntaelinsairautta sairastavista jotakin muuta liikuntalajia yksi mies (13 %).

Tilastollisesti merkitseviä eroja eri sairauksien ja eri liikuntalajien harrastamisen yhteydestä ei havaittu.

Kaikista vastanneista vähäiseen liikunnan harrastamisen määrään mainittiin syiksi mm. erilaisia sairauksia (selkäkipu, polvi ja nilkkakivut, nivelrikko, astma, sydämen keinoläppä tai muu sydänsairaus, lonkkien keinoonivelet). Lisäksi esteiksi koettiin korkea ikä, huono fyysinen kunto, huonot sääolot, ylipaino, lihasrevähtymät, aikapula (työpäivät pitkiä tai kotityöt vievät liikaa aikaa), työn fyysinen kuormittavuus, lastenlasten hoito, laiskuus, seuran puute, tiedon puute liikuntamahdollisuuksista,

uimahallin puute, ajankohdalliset päällekkäisyydet kansalaisopiston harrastuspiirien ja ohjatun voimistelun kanssa sekä liikuntapaikkojen huono saavutettavuus (ei autoa käytettävissä). Lisäksi maatalous- ja metsätöissä sekä omakotitalossa asuttaessa koettiin saatavan riittävästi hyötyliikuntaa päivittäin.

Liikuntaan motivoivia tekijöitä tutkituilla olisivat mm. kavereilta saatava esimerkki, hyvä ja innostava seura myös taajaman ulkopuolella asuvilla, reipas lenkkikaveri sekä kuntotasoltaan ja vauhdiltaan samantasoisien seuran löytäminen. Lisäksi tutkittavat mainitsivat voivansa aloittaa liikunnan harrastamisen, mikäli paranisivat ja jos terveys ei huononisi, jos saisi ”uudet jalat”, selkäkipu lakkaisi, polvi korjattaisiin, leikkauksista kuntoutumisen jälkeen ja jos järjestyisi liikuntatiloja myös taajaman ulkopuolelle. Mahdollinen painonnousu saisi yhden tutkittavan lisäämään liikkumistaan. Muutamia tutkituista harrastavat liikuntaa pysyäkseen terveenä, estääkseen migreenikohtausten tulon ja saadakseen liikunnasta mielihyvää.

Mieluisia liikuntalajeja, joita tutkitut haluaisivat harrastaa, olisivat hiihto, pyöräily, hölkkä, juokseminen, kävely, kuntosaliharjoittelu, uinti (myös talvella uimahallissa), vesijuoksu, kevyt sisäjumppa omalla vauhdilla, itämainen tanssi, ohjattu voimistelu, rullaluistelu, kuntoliikunta, sekä palloilulajit salissa talvisin. Aiemmin mainitut terveydelliset tekijät sekä liikuntapaikkojen puute ovat suurin este liikunnan toteuttamiselle.

Useat tutkitut toivovat Tuusniemen kuntaan uimahallia sekä parempia mahdollisuuksia kuntosaliharjoitteluun sekä uusia kuntosalilaitteita. Lisäksi toivotaan sisäliikuntapaikkoja ja kuntosaliharjoittelumahdollisuuksia myös sivukylille.

9 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää 61–68-vuotiaiden tuusniemeläisten miesten ja naisten liikunta-aktiivisuutta, liikkumisen muotoja ja määrää eri elämänvaiheissa sekä liikunta-aktiivisuuteen vaikuttaneita tekijöitä. Tavoitteena oli myös selvittää liikuntaan osallistumisen esteitä sekä tutkittavien toiveita liikuntapalveluista. Aineiston pienuuden vuoksi tutkittujen ikään perustuvasta tarkastelusta luovuttiin ja keskityttiin lähinnä miesten ja naisten vertailuun sekä koko aineiston kuvaamiseen.

Terveysten kannalta riittäväksi liikunnaksi määritellään liikunta, joka toteutuu mielellään päivittäin, on kestoltaan noin puoli tuntia ja jossa hengästyy ja hikoilee (Fogelholm & Oja 2005, Pate ym. 1995). Tutkimusaineistosta terveystensä kannalta riittävästi tämän mukaan liikkui kolmasosa ja kolmesta neljään kertaan viikossa vapaa-ajallaan liikuntaa harrastavia oli neljäsosa tutkituista. Kansallisen liikuntatutkimuksen (2006) mukaan enemmistö suomalaisista aikuisista ilmoittaa harrastavansa ainakin jonkinlaista liikuntaa vähintään kolmesti viikossa. Suomalaisen aikuisväestön valtaosan (61 %) liikunta on intensiteetiltään jonkin verran hikoilua ja hengästymistä aiheuttavaa. Saman tutkimuksen mukaan noin neljäsosa suomalaisista liikkuu verkkaisemmin ja rauhallisemmin. Nyt tutkituista yli puolet (57 %) toteuttaa liikuntaa, jolla voidaan ajatella olevan terveystvaikutuksia.

Työikäisten naisten vapaa-ajan terveystliikunnan on todettu olevan yleisempää kuin miesten ja eläkeikäisistä miehet harrastavat enemmän terveysttä ylläpitävää liikuntaa kuin naiset (Luoto 2005). Tässä tutkimuksessa suurin osa vastanneista oli jonkinlaisella eläkkeellä. Miesten ja naisten välisessä vertailussa todettiin, että miehet liikkuvat vapaa-ajallaan hieman useammin kuin naiset, vaikkakaan tilastollisesti merkitsevää eroa ei löytynyt. Tutkimustulos on samansuuntainen aikaisempien tutkimusten valossa.

Kaikkien tutkittujen fyysinen aktiivisuus oli työikäisenä yhtä aktiivista kuin eläkkeelle siirtymisen yhteydessä. Terveystliikunnan komiteamietinnön mukaan (2001) ennenaikaisen toimintakyvyn menetyksen riski on olemassa, mikäli työikäisenä ja eläkkeelle siirtymisen aikoihin liikunnan harrastaminen on ollut vähäistä. Tässä

valikoidussa suppeassa tutkimusaineistossa ei tähän asiaan liittyviä johtopäätöksiä ole tehtävissä.

Asumismuodon suhteen on aikaisemmissa tutkimuksissa todettu, että vapaa-ajan liikuntaa harrastavat aktiivisemmin kaupungissa asuvat (Mälkiä ym. 1994). Tässä tutkielmassa lähes päivittäin tai päivittäin vapaa-ajallaan liikkuvien osuus oli rivi- tai kerrostalossa asuvien kohdalla 47 %, vastaavasti omakoti- tai maalaistalossa asuvilla luku oli 29 %. Vaikka Tuusniemen kunta luokitellaan maalaiskunnaksi, voidaan ajatella, että tutkimustulos on samansuuntainen aikaisempiin tutkimuksiin verrattuna.

Korkeammin koulutettujen on todettu olevan liikunnallisesti aktiivisempia kuin vähemmän koulutusta saaneiden henkilöiden (Pate ym. 1995, Lehr & Jüchtern 1997, Shephard 1997, 19-20; Karvinen 2000, Helakorpi ym. 2003, Fogelholm ym. 2007). Tässä tutkimuksessa ei tutkimusaineiston pienuuden vuoksi voida tällaista päätelmää tehdä, sillä suurin osa tutkituista oli kansakoulun käyneitä (59 %) ja vain muutamalla (9) oli keskiasteen koulutus tai korkeakoulututkinto.

Fyysisesti aktiivisimpia ovat yleensä henkilöt, jotka arvioivat terveytensä tai toimintakykynsä hyväksi (Heikkinen ym. 1981) ja vastaavasti paljon oireilevilla on heikentynyt toimintakyky ja he ovat liikunnallisesti passiivisempia (Pohjolainen ym. 1982, Hallal ym. 2003). Myös tämän tutkimuksen tulosten mukaan vapaa-ajan liikunnan harrastamisella oli erittäin merkittävä yhteys subjektiivisesti koettuun fyysiseen kuntoon. Lähes päivittäin tai päivittäin liikuntaa harrastavista noin puolet (48 %) koki olevansa hyvässä fyysisessä kunnossa ikäisiinsä verrattuna ja 3-4 kertaa viikossa liikkuvistakin vielä 31 %. Suuri osa harvoin liikuntaa harrastavista tutkituista koki fyysisen kuntonsa olevan heikentynyt saman ikäisiin verrattuna.

Ikääntyneiden suosituin liikuntamuoto on useissa tutkimuksissa todettu olevan kävelylenkkeily (Aaltonen 1993, Lampinen & Hirvensalo 1999, Suutama ym. 1999, Karvinen 2000, Zacheus ym. 2003, Sulander ym. 2004). Myös tässä tutkimuksessa tutkittujen ylivoimaisesti suosituimmaksi liikuntamuodoksi osoittautui kävely/sauvakävely. Pyöräily, hiihto ja kotivoimistelu olivat sekä tässä tutkielmassa että aikaisemmissa tutkimuksissa seuraavaksi suosituimpia liikuntalajeja ikääntyneillä.

Aikaisemmissa tutkimuksissa on eläkeikäisten vapaa-ajantoimintoihin osallistumisaktiivisuutta verrattu sukupuolten välillä sekä työikäiseen väestöön (Pohjolainen 1990, Takala & Rahkonen 1995, Suutama ym. 1999). Tässä tutkimuksessa keskityttiin eläkeikäisten miesten ja naisten väliseen vertailuun sekä koko aineiston tarkasteluun. Tulosten mukaan suosituinta ajankäyttöä tutkituilla oli television katselu ja lehtien lukeminen. Kulttuuriharrastuksiin osallistuminen (elokuvat, teatteri, konsertit, taidenäyttely, kirjasto) oli myös hyvin vähäistä. Tulokset ovat yhteneväisiä aikaisempien tutkimusten valossa. Miesten ja naisten välisessä vertailussa naiset olivat miehiä aktiivisempia lukemisessa, käsitöissä, kyläilyssä sekä kulttuuriharrastuksissa. Miehet olivat aktiivisempia tansseissa käymisen suhteen. Sosioekonomisessa tarkastelussa enemmän koulutusta saaneet kuin vain kansakoulun käyneet kävivät useammin taidenäyttelyssä. Myös nämä tulokset ovat samansuuntaisia aikaisempiin tutkimuksiin verrattuna. Kulttuuriharrastuksiin osallistumisen vähyyttä saattaa selittää se, että Tuusniemen kunnassa ei välttämättä ole paljon mahdollisuuksia osallistua kulttuuritoimintaan.

Mielenkiintoinen tulos oli arki- ja hyötyliikuntaa harrastavien halukkuus liikuntaneuvontaan. Arki- ja hyötyliikuntaa 5 kertaa viikossa tai enemmän toteuttaneet kokivat tarpeellisemmaksi saada yksilöllistä liikuntaneuvontaa huomattavasti enemmän kuin vähemmän liikkuvat. Vapaa-ajan liikuntaa 1-2 kertaa kuukaudessa, 3-4 kertaa viikossa sekä lähes päivittäin tai päivittäin liikkuvilla oli yhtä suuri tarve neuvontaan (25 %) ja 1-2 kertaa viikossa liikkuvilla tarve oli 19 %. Muutaman kerran vuodessa tai harvemmin liikkuvilla neuvonnan tarve oli vain 6 %. Tämä kuvastanee hyvin vahvasti yleistä kiinnostumattomuutta liikuntaa kohtaan. Miesten ja naisten välisessä vertailussa kiinnostuksen aste oli hyvin tasaista. Myönteinen tutkimustulos oli se, että ei lainkaan liikunnasta kiinnostuneita oli tutkituista vain muutama henkilö (4). Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu tehostetulla liikuntaneuvonnalla olleen merkittäviä vaikutuksia fyysisen aktiivisuuden lisääntymiseen sekä elämänlaadun kohentamiseen 40–79-vuotiailla (Elley ym. 2003).

Sairauksien on todettu olevan yhteydessä heikentyneeseen toimintakykyyn ja lisääntyneeseen avuntarpeeseen iäkkäänä (Guralnik ym. 1993). Liikunnan harrastamisella on useissa tutkimuksissa todettu olevan terveyttä ja toimintakykyä parantavaa ja ylläpitävää vaikutusta (Harris 1992, Simonsick ym. 1993, DiPietro 1996, Mazzeo ym. 1998, Heikkinen & Ilmarinen 2001, Hirvensalo 2002). Erityisesti

sydän- ja verenkiertoelimistön sairauksia sekä tuki- ja liikuntaelimestön ongelmia on iäkkäillä ihmisillä todettu olevan eniten (Laukkanen ym. 1997). Tämän tutkimuksen tulosten mukaan sydänsairautta/verenpainetautia sairastavista valtaosa harrasti terveyttä ylläpitävää vapaa-ajan liikuntaa 3-4 kertaa viikossa (35 %). Myös päivittäin/päivittäin liikkuvia oli neljäsosa (25 %). Terveysliikuntasuositukseen peilaten tulos on hyvä. Myös tuki- ja liikuntaelinsairautta sairastavista suurin osa (29 %) liikkui hikoillen tai hengästyen päivittäin tai päivittäin sekä 3-4 kertaa viikossa (24 %). Muissa sairausryhmissä vapaa-ajan liikunta oli vähäisempää.

Avoimeen kysymykseen, jossa tiedusteltiin tutkittavilta keskeisiä elämänmuutoksia, jolloin liikkumisessa oli tapahtunut muutosta, oli vastattu hyvin heikosti. Useimmat tutkituista olivat myös tässä yhteydessä maininneet liikkumisen esteitä tai motiiveja.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan vastanneet kokivat mm. erilaisten sairauksien, kipujen, huonon fyysisen kunnon, korkean iän, sääolojen, ajan, seuran ja tiedon puutteen sekä laiskuuden olevan esteinä liikunnan harrastamiselle. Myös useissa aikaisemmissa tutkimuksissa on saatu vastaavia tuloksia (McPherson ym. 1995, Pate ym. 1995, Wolinsky ym. 1995, Lehr & Jüchtern 1997, Heikkinen ym. 1999, Rajaniemi 1999, Suutama ym. 1999, Grossman & Stewart 2003).

Aikaisemmissa tutkimuksissa on esteinä todettu myös mm. liikuntapaikkojen puute tai etäisyys tai huono saavutettavuus (Pate ym. 1995, Booth ym. 1997, Lehr & Jüchtern 1997, Heikkinen ym. 1999, Rajaniemi 1999, Suutama ym. 1999). Myös tässä tutkimuksessa todettiin palvelujen puutteen sekä taajaman keskustaan sijoittuvien palvelujen estävän erityisesti sivukylillä asuvien ikääntyvien ihmisten liikuntaharrastukseen osallistumista. Saavutettavuuteen vaikutti yksityisautojen puute ja julkisen liikenteen riittämättömyys tai että naapurikaan ei pysty tarjoamaan apuaan. Lähimmän uimahallin sijaitseminen kaukana sekä liikuntatilojen puute sivukylillä olivat konkreettisia ympäristöön liittyviä esteitä. Pienessä kunnassa esim. uimahallin rakentaminen on suuri taloudellinen kysymys.

Muutamit nyt tutkitut ilmoittivat voivansa aloittaa liikunnan harrastamisen, mikäli terveys kohentuisi ja kivut poistuisivat. Myös sosiaalisen tuen saaminen ja liikuntatilojen järjestyminen myös taajaman ulkopuolelle lisäisi heidän liikunnan harrastamistaan. Muutamit tutkituista mainitsivat liikunnan harrastamisen syiksi

terveyden kohentumisen ja ylläpysymisen sekä liikunnasta saatavan mielihyvän tunteen. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa on terveyden edistäminen ja ylläpitäminen koettu merkittäväksi motiiviksi liikunnan harrastamiselle (Lehr & Jüchtern 1997).

Erityisesti toimintakyvyltään heikentyneitä ikääntyneitä ihmisiä tulisi rohkaista osallistumaan ohjattuun liikuntaan ja he saattavat tarvita yksilöllistä neuvontaa, kuljetuspalveluita ja rohkaisua ohjattuihin liikuntaryhmiin hakeutumisessa (Ikääntyneiden ihmisten ohjatun terveystoiminnan laatusuositukset 2004:6) Aikaisemmissa tutkimuksissa on lisäksi todettu, että myös kevyemmällä arki- ja hyötyliikunnalla voidaan heikkokuntoisten ikääntyneiden ennenaikaisen kuolleisuuden riskiä pienentää (Glass ym. 1999).

Liikunnan tulevaisuuden skenaarioissa oletetaan, että lisääntyvästä vapaa-ajasta keskimäärin yhä suurempi osa käytetään liikuntaan elinkaaren kaikissa vaiheissa. Skenaarion ennuste nuorena omaksuttujen liikuntatottumusten säilymisestä samansuuntaisina iän karttuessa on samansuuntainen kuin tieteellisissä tutkimuksissa saadut tulokset. Liikunnallisen aktiivisuuden säilyminen elinkaaren eri vaiheissa johtaa skenaarion mukaan siihen, että koko väestön keskimääräinen liikunnan harrastamisen yleisyys lisääntyy vähitellen tulevaisuudessa. Esimerkiksi 45–64-vuotiaiden keskimääräinen liikuntaan käytettävä aika vuodessa on vuonna 2000 ollut 240 tuntia, kun vuonna 2025 sen arvioidaan nousevan 320 tuntiin vuodessa (Mäntylä ym. 1990).

Ikääntyvässä yhteiskunnassa vastuu oman terveyden ja toimintakyvyn ylläpidosta ja samalla hyvästä ja itsenäisestä vanhuudesta asetetaan pääosin yksilön omalle vastuulle. Samalla elämäntapaan, kuten ravitsemukseen, liikuntaan ja nautintoaineiden käyttöön yhteydessä olevat sairaudet mainitaan usein, ainakin osittain, itse aiheutetuiksi. Voidaanko kysyä, 1) onko selkeästi määriteltävissä ne sairaudet, jotka ovat itse aiheutettuja ja 2) onko tällöin vastuu hoitokustannuksista enenevässä määrin yksilön itsensä kannettava? Tämä keskustelunaihe on ollut myös mediassa esillä. Kuinka kannustaa ja millaisilla toimenpiteillä voitaisiin vaikuttaa fyysisen aktiivisuuden lisääntymiseen ja myös ihmisten elämäntapaan? Yleisesti ottaen voitaneen ajatella, että tietoa säännöllisen liikunnan harrastamisen ja terveyden välisistä yhteyksistä on saatavissa riittävästi. Miten saadaan inaktiivinen

väestönosa reagoimaan tähän tietoon tarvittavalla elämäntavan muutoksella, on ratkaisematon kysymys. Kuinka fyysistä aktiivisuutta voidaan edistää ja lisätä erityisesti niiden ikääntyvien, usein fyysisesti inaktiivisten ihmisten kohdalla, jotka juuri hyötyisivät liikunnasta eniten. Fyysisesti inaktiiviset ihmiset saattavat kokea terveyden, toimintakyvyn, ympäristö- tai muiden tekijöiden estävän fyysistä aktiivisuuttaan tai heitä liikunta ei yleisesti ottaen kiinnosta. ”Selityksiä” liikunnan harrastamattomuudelle on helppo keksiä.

Tutkimuksen heikkoudet: Tämän tutkimuksen heikkoutena oli tutkittujen pieni kokonaismäärä. Vastausprosentti oli noin 60. Tämä todennäköisesti merkitsee sitä, että fyysisesti inaktiiviset henkilöt, joiden mielipide olisi ollut erityisen kiinnostava, jättivät vastaamatta. Tämä on kyselytutkimuksiin yleisesti liittyvä ongelma, jota ei tässäkään postikyselyssä pystytty ratkaisemaan, vaikka kysely toistettiin niille, jotka eivät vastanneet ensimmäiseen kyselyyn.

Yksittäisissä kysymyksissä esiintyi tulkintavaikeuksia. Sairauksien osalta kyselylomakkeessa olisi ollut hyvä olla vain ”kyllä” –vaihtoehto, sillä joissakin lomakkeissa oli tulkinnan kannalta epäselvää se, tarkoittiko tutkittava siitä huolimatta ”kyllä” -vaihtoehtoa, vaikka olikin ympyröinyt ”ei” –vaihtoehdon. Tämä erityisesti siitä syystä, että esim. lääkitysten osalta oli kuitenkin merkitty käytettäväksi sydän- tai verenpainelääkitystä, vaikka ko. sairauden kohdalle oli merkitty ”ei”-vaihtoehto. Lisäksi, jos oli merkitty ”ei” –vaihtoehto esim. yhden tai kahden sairauden kohdalle, niin sitä ei oltu merkitty kaikkien sairausvaihtoehtojen kohdalle. Tämä vaikeutti vastausten tulkintaa. Tyhjiksi jätetyt kohdat tulkittiin ”ei” – vastauksiksi.

Aineiston pienuuden lisäksi esteeksi tuli käytettyjen mitta-asteikkojen rajoittuneisuus ja testien asettamat kriteerit niiden luotettavuudelle. Tämän johdosta päädyttiin hyvin yksinkertaiseen frekvenssien esittämiseen, ristiintaulukointeihin ja keskiarvojen vertailun osalta t- tai Mann-Whitneyn U-testien suorittamiseen.

Tutkimuksen erityisenä vahvuutena voidaan pitää sitä, että kysely kohdistettiin kokonaisotoksena kolmeen ikäluokkaan. Kysymykset kattoivat ilmeisesti pääosin tärkeimmät elämänalueet.

Ikääntyvien kohdalla keskeistä on terveiden ja toimintakykyisten vuosien määrän lisääminen ja siten itsenäisen selviytymisen mahdollistaminen mahdollisimman pitkään (Fogelholm ym. 2007). Iäkkäiden henkilöiden terveyttä ja toimintakykyä edistävien toimenpidesuositusten avulla pyritään tämä tavoite saavuttamaan. Erityisen tärkeää on ennaltaehkäisevään toimintaan kohdistuvien toimenpiteiden kehittäminen. Sairauksien varhaisvaiheiden tunnistaminen sekä niiden pahenemisen ehkäisy on oleellisen tärkeää. Lisäksi päivittäisistä toiminnoista selviytymisen arviointimenetelmiä erilaisin testein tulisi kehittää. Testien tulisi mitata fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä sekä aistitoimintoja (erityisesti näkö) ja mielialaa. Myös kotikäynneillä on todettu olevan ennaltaehkäisevä vaikutus ikääntyneen väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitämiseen (Rantanen & Sakari-Rantala 2003). Ennaltaehkäisyssä on myös motivoinnilla ja liikuntaneuvonnalla merkittävä rooli, mutta kuinka tehokkaaseen liikuntaneuvontaan terveydenhuollossa on mahdollisuus? Usein käytettävissä oleva aika on rajallinen tai henkilökunnalta puuttuu osaaminen tai valmiudet. Entä mahdollisuuksien hyödyntäminen? Ikääntyneiden liikuntaneuvonnan kehittämisellä ja monipuolisilla liikuntaohjelmilla, kuten voimaharjoittelulla, voidaan terveitä ja toimintakykyisiä elinvuosia lisätä (Fogelholm ym. 2007, Rantanen & Sakari-Rantala 2003). Näyttö liikunnan hyödyistä kansansairauksien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa on vahva. Terveystieteiden eri toimijoiden tulisikin ottaa liikunta menetelmänä käyttöön enenevässä määrin. Liikunnallisen elämäntavan omaksuminen ei ole myöhäistä vielä keski-iässäkään, sillä myös myöhemmällä aikuisiällä aloitetulla säännöllisellä fyysisellä aktiivisuudella on todettu olevan myönteistä vaikutusta terveyteen ja toimintakykyyn iäkkäänä.

LÄHTEET

Aaltonen K. Liikunta ja urheilu suomalaisten harrastuksina. Teoksessa Liikkanen M, Pääkkönen H (toim.) Arjen kulttuuria. Vapaa-aika ja kulttuuriharrastukset vuosina 1981-1991. Tilastokeskus. Kulttuuri ja viestintä 2. Helsinki, 1993:119-125.

Aarnio M, Winter T, Kujala U, Kaprio J. Associations of health related behaviour, social relationships, and health status with persistent physical activity and inactivity: a study of Finnish adolescent twins. *Br J Sports Med* 2002a;36:360-364.

Aarnio M, Winter T, Peltonen U, Kujala U, Kaprio J. Stability of leisure-time physical activity during adolescence – a longitudinal study among 16-, 17- and 18-year-old Finnish youth. *Scand J Med Sci Sports* 2002b;12:179-185.

Abbot R, White L, Ross G, Masaki K, Curb J, Petrovitch H. Walking and dementia in physically capable elderly men. *JAMA* 2004; 292(12):1447-1453.

Alén M, Rauramaa R. Liikunnan vaikutukset elinjärjestelmittäin. Teoksessa Vuori I, Taimela S, Kujala U (toim.) Liikuntalääketiede. Duodecim, 3. painos. Hämeenlinna: Karisto Oy, 2005:30-54.

Alén M, Kukkonen-Harjula K, Kallinen M. Ikääntyvien terveyden ja toimintakyvyn arviointi sekä liikuntaneuvonnan periaatteet. Teoksessa Era P (toim.) Ikääntyminen ja liikunta. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 108. Jyväskylä: LIKES-tutkimuskeskus, 1997:63-74.

Armstrong G, Morgan K. Stability and change in levels of habitual physical activity in later life. *Age and Ageing* 1998;27-S3:17-23. Bennet M. Gender and longitudinal changes in physical activities in later life. *Age and Ageing* 1998; 27-S3:24-28.

Birrer R. Prescribing physical activity for the elderly. Teoksessa Harris R, Harris S (toim.) Physical activity, aging and sports. Scientific and Medical Research. Vol I, 1992:78-80.

Blair S, Cheng Y, Holder S. Is physical activity or physical fitness more important in defining health benefits? *Med Sci Sports Exerc* 2001; 33, no 6 Suppl, S379-S399.

Booth M, Bauman A, Owen N, Gore C. Physical activity preferences, preferred sources of assistance, and perceived barriers to increased activity among physically inactive Australians. *Prev Med* 1997;26:131-137.

Bouchard C, Shephard R, Stephens T (editors). Physical activity, fitness and health. International Proceedings and consensus statement. Champaign Ill, 1994:1000.

Boulé N, Haddad E, Kenny G, Wells G, Sigal R. Effects of exercise on glycemic control and body mass in type 2 diabetes mellitus. A meta-analysis of controlled clinical trials. *JAMA* 2001; 12, vol 286, no 10:1218-1227.

Brandon L, Boyette L, Lloyd A, Gaasch D. Resistive training and long-term function in older adults. *J Aging Phys Act* 2004;12:10-28.

Brach J, Simonsick E, Kritchevsky S, Yaffe k, Newman A. The association between physical function and lifestyle activity and exercise in the health, aging and body composition study. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52:502-509.

Cléroux J, Feldman R, Petrella R. Recommendations on physical exercise training. *CMAJ* 1999;160 (9 Suppl):S21-S28.

Crombie I, Irvine L, Williams B, McGinnis A, Slane P, Alder E, McMurdo M. Why older people do not participate in leisure time physical activity: a survey of activity levels, beliefs and deterrents. *Age and Ageing* 2004; 33:287-292.

DiPietro L. The epidemiology of physical activity and physical function in older people. *Med Sci Sports Exerc* 1996; vol 28, no 5:596-600.

DiPietro L. Physical activity in aging: Changes in patterns and their relationship to health and function. *J Gerontology Med Sci* 2001; vol 56A:13-22.

Elley R, Kerse N, Arroll B, Robinson E. Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2003; vol 326(12):793-796.

Erikssen G, Liestøl, Bjørnholt J, Thaulow E, Sandvik L, Erikssen J. Changes in physical fitness and changes in mortality. *The Lancet* 1998; vol 352, no 5:759-62.

Fagard R. Exercise characteristics and the blood pressure response to dynamic physical training. *Med Sci Sports Exerc* 2001;33:S484-S492.

Fiatarone M, O'Neill E, Ryan N, Clements K, Solares G, Nelson M, Roberts S, Kehayias J, Lipsitz L, Evans W. Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. *N Engl J Med* 1994; vol 330, no 25:1772.

Fogelholm M. Lihaksen energiantuotanto ja energia-aineenvaihdunta. Teoksessa Fogelholm M, Vuori I (toim.) *Terveysliikunta*. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 2005a:28.

Fogelholm M, Oja P. Terveysliikuntasuositukset. Teoksessa Fogelholm M, Vuori I (toim.) *Terveysliikunta*. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 2005:77-78.

Fogelholm M. Lapset ja nuoret. Teoksessa Fogelholm M, Vuori I (toim.) *Terveysliikunta*. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 2005b:160-161.

Fogelholm M, Paronen O, Miettinen M. Liikunta – hyvinvointipoliittinen mahdollisuus. Suomalaisen terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti 2006. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2007:1. Helsinki.

Gauchard G, Ganloff P, Jeandel C, Perrin P. Influence of regular proprioceptive and bioenergetic physical activities on balance control in elderly women. *J Gerontology Med Sci* 2003; vol 58A, no 9:846-850.

Glass T, Mendes de Leon C, Marottoli R, Berkman L. Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. *BMJ* 1999; vol 319, no 21:478-83.

Grossman M, Stewart A. "You aren't going to get better by just sitting around": Physical activity perceptions, motivations, and barriers in adults 75 years of age or older. *Am J Geriatric Cardiology* 2003;12:33-37.

Guralnik J, LaCroix A, Abbot R, Berkman L, Satterfield S, Evans D, Wallace R. Maintaining mobility in late life. Demographic characteristics and chronic conditions. *Am J Epidemiol* 1993; vol 137, no 8:845-857.

Hallal P, Victora C, Wells J, Lima R. Physical inactivity: Prevalence and associated variables in Brazilian adults. *Med Sci Sports Exerc* 2003; vol 35, no 11:1894-1900.

Harris R. Health and medical values of physical activity, aging and sports. Teoksessa Harris S, Harris R, Harris W (toim.) *Practice program and policy. Physical activity, aging and sports. Vol 2.* New York: Center for the Study on Aging, 1992:1.

Haskel W, I-Min L, Pate R, Powell K, Blair S, Franklin B, Macera C, Heath G, Thompson P, Bauman A. Physical activity and public health: Updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation* 2007;116:1081-1093.

Heikkinen E, Jylhä M, Pohjolainen P, ym. Vanhojen henkilöiden toimintakykyisyys ja liikunnan harrastaminen. *Liikunta & Tiede* 1/1981:4-9.

Heikkinen E. Teoksessa Heikkinen E, Heikkinen R-L, Kauppinen M, Laukkanen P, Ruoppila I, Suutama T. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyky. Ikivihreät – projekti. Osa 1. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Suunnitteluosaston julkaisuja 1. Helsinki, 1990:2-3.

Heikkinen E, Karhu I, Jokela J. Physical exercise and related factors among elderly people in four European localities. Teoksessa Harris R, Harris S (toim.) *Scientific and Medical Research. Physical activity, aging and sports. Vol I,* 1992:171-173.

Heikkinen E. Terve vanheneminen – utopia vai realistinen mahdollisuus? Teoksessa Heikkinen E & Tuomi J (toim.) *Suomalainen elämäntapa.* Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 2000:224.

Heikkinen E, Ilmarinen J. Liikunta säilyttää työkykyä ja ikääntyneiden toimintakykyä. *Duodecim.* 2001;117:653-656.

Heikkinen E, Lampinen P, Suutama T. Kohorttiero 65–69-vuotiaiden henkilöiden toimintakyvyssä, terveydessä ja harrastustoiminnoissa. Havainnot ikivihreät – projektin kohorttivotkimuksesta vuosilta 1988 ja 1996. *Kela, sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuksia* 47, 1999:104-111.

Heikkinen E. Keski-ikäisten ja iäkkäiden liikunta. Teoksessa Vuori I, Taimela S, Kujala U (toim.) *Liikuntalääketiede.* Duodecim, 3. painos. Hämeenlinna: Karisto Oy, 2005:180-201.

Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Aro A, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2003. *Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B17/2003.* Helsinki, 2003:10, 16.

Hervonen A, Pohjolainen P. Gerontologian ja geriatrian perusteet. Tampere: Lääketieteellinen oppimateriaalikustantamo Oy, 1991:191-212,224.

Hirvensalo M. Liikuntaharrastus iäkkäänä. Yhteys kuolleisuuteen ja avuntarpeeseen sekä terveydenhuolto liikunnan edistäjänä. Jyväskylän yliopisto. Studies in sport, Physical Education and health 2002;87.

Hänninen L. Mikä kannustaa ikääntyviä liikkumaan? Liikunta & Tiede 5, 1999:26.

Hruda K, Hicks A, McCartney N. Training for muscle power in older adults: effects on functional abilities. Canadian J Appl Physiology 2003; 28:178-189.

Ikääntyneiden ihmisten ohjatun terveystoiminnan laatusuositukset. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Opetusministeriö, 2004;6:13.

I-Min L, Skerrett P. Physical activity and all-cause mortality: what is the dose-response relation? Med Sci Sports Exerc 2001;33:S459-S471.

Jette A, Lachman M, Giorgetti M, Assmann S, Harris B, Levenson C, Wernick M, Krebs D. Exercise – It's never too late: The strong-for-life –program. Am J Public Health 1999;89:1, 70.

Judge J. Balance training to maintain mobility and prevent disability. Am J Prev Med 2003; 25 (3Sii):150-156.

Järvinen R, Suojanen K. Terveenä taipaleella. Teoksessa Raitanen A (toim.) Elämyksiä, kokemuksia. Vireyttä vuosiin –projektin loppuraportti. Vanhustyön keskusliitto. Helsinki: Tyyli-paino Oy, 1998:72-74.

Kansallinen liikuntatutkimus 2005-2006. Aikuisliikunta. Suomen Kuntoliikuntaliitto, Kunto ry. SLU:n julkaisusarja 5/2006:6-7, 8,12.

Kansallinen liikuntatutkimus 2005 – 2006. Lasten ja nuorten liikunta. Suomen Kuntoliikuntaliitto, Kunto ry, SLU:n julkaisusarja 5/2006

Karisto A. Uudet aloitukset, toiset mahdollisuudet. Väestö vanhenee – mutta uudella tavalla. Liikunta & Tiede 1, 2000:21.

Karisto A. Väestö vanhenee sukupolvittain – suuret ikäluokat esimerkkeinä. Teoksessa Heikkinen E, Rantanen T (toim.) Gerontologia. Duodecim. Tampere: Tammer-Paino Oy, 2003:70-71.

Karvinen E. Elämänlaatua arki- ja täsmäliikunnalla. Liikunta & Tiede 1, 2000a:25-26.

Kelley D, Goodpaster B. Effects of exercise on glucose homeostasis in type 2 diabetes mellitus. Med Sci Sports Exerc 2001;33:S495-S501.

Kesäniemi A, Danforth E, Jensen M, Kopelman P, Lefèbvre P, Reeder P. Consensus statement concerning physical activity and health: an evidence-based Symposium. Med Sci Sports Exerc 2001;33(6 Suppl):S351-S358.

Keysor J, Jette A. Have we oversold the benefit of late-life exercise? *J Gerontology Med Sci* 2001; vol 56A, no 7:M412-M423.

Keysor J. Does late-life physical activity or exercise prevents or minimize disablement? A critical review of the scientific evidence. *Am J Prev Med* 2003; 25(3 Suppl 2): 129-136.

King A, Oman R, Brassington G, Bliwise D, Haskell W. Moderate-intensity exercise and self-rated quality of sleep in older adults. A randomized controlled trial. *JAMA* 1997; 277:32-37.

Kohl H. Physical activity and cardiovascular disease: evidence for a dose response. *Med Sci Sports Exerc* 2001; vol 33, no 6, Suppl: S472-S483.

Koskinen S, Nieminen M, Martelin T, Sihvonen A-P. Väestön määrän ja rakenteen kehitys. Teoksessa Heikkinen E, Rantanen T. (toim.) *Gerontologia*. Duodecim, Tampere: Tammer-Paino Oy, 2003:25-32.

Kujala U, Sarna S, Kaprio J, Tikkanen H, Koskenvuo M. Natural selection to sports, later physical activity habits, and coronary heart disease. *Br J Sports Med* 2000; 34:445-449.

Kujala U, Järvinen M. Liikunta vamman tai kirurgisen toimenpiteen jälkeen. Teoksessa Vuori I, Taimela S, Kujala U. (toim.) *Liikuntalääketiede*. Duodecim, 3. painos. Hämeenlinna: Karisto Oy, 2005:513-524.

Kuusviisplus – palveluohjausprojekti äskettäin eläkkeelle jääneille 2003–2005. www.miinasillanpaansaatio.fi/Liitetiedostot/65+-loppuraportti. Viitattu 12.2.2006.

Laakso L. Aikuisväestön vapaa-ajan liikuntaharrastus. Teoksessa Vuolle P, Telama R, Laakso L. Näin suomalaiset liikkuvat. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 50. Helsinki: Valtion painatuskeskus, 1986:89-93.

Lampinen P, Hirvensalo M. Liikunnan harrastaminen 65–69-vuotiailla henkilöillä vuosina 1988 ja 1996. Julkaisussa Heikkinen E, Lampinen P, Suutama T. (toim.) *Kohorttieroit 65–69-vuotiaiden henkilöiden toimintakyvyssä, terveydessä ja harrastustoiminnoissa*. Havaintoja Ikkivihreät – projektin kohorttivotailututkimuksesta vuosilta 1988 ja 1996. Kela, sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 47, 1999:101-104.

Larson E, Wang L, Bowen J, Wang L, McCormick W, Teri L, Crane P, Kukull W. Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older. *Ann Inter Med* 2006;144:73-81.

Laukkanen P, Sakari-Rantala R, Kauppinen M, Heikkinen E. Morbidity and disability in 75- and 80-year-old men and women. *Scand J Soc Med* 1997; Suppl 53:79-106.

Leary S, Ness A, Smith G, Mattocks C, Deere K, Blair S, Riddoch C. Physical activity and blood pressure in childhood. Findings from a population-based study. *Hypertension* 2008;51:92-98.

Lehr U. Physical activities in old age: Motivation and barriers. Teoksessa Harris S, Harris R, Harris W. (toim.) Practice, program and policy. Physical activity, aging and sports. Vol II. New York: Center for the Study of Aging. 1992:57-59.

Lehr U, Jüchtern J. Psychophysical activity in the elderly: Motivations and barriers. Teoksessa Healthy aging, activity and sports. Huber G (toim.) Fourth International Congress (PAAS IV) Physical activity, aging and sports. Heidelberg, Germany. Proceedings Health Promotion Publications, 1997:25-32.

Luoto R. Sukupuolierot. Teoksessa Fogelholm M, Vuori I. (toim.) Terveysliikunta. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 2005:187-188.

Mazzeo R, Cavanagh P, Evans W, Fiatarone M, Hagberg J, McAuley E, Startzell J. ACSM Position Stand: Exercise and physical activity for older adults. Med Sci Sports Exerc, vol 30(6), 1998:992-1008.

McMurdo M. A healthy old age: Realistic or futile goal? BMJ 2000; 4:1149-1154.

McPherson B, Yamaguchi Y. Aging and active lifestyles: a cross-cultural analysis of factors influencing the participation of middle-aged and elderly cohorts. Teoksessa Harris S, Heikkinen E, Harris W (toim.) Physical activity, aging and sports. Vol IV, Part 2: Psychology, Motivation and Programs. Albany, New York: Center for the Study of Aging. 1995:293-308.

Mälkiä E, Impivaara O, Heliövaara M, Maatela J. The physical activity of healthy and chronically ill adults in Finland at work, at leisure and during commuting. Scand J Med Sci Sports 1994; 4:82-87.

Mäntylä K, Pyykkönen T, Juppi J, Sneck T. Liikunta 2005 skenaariot. Suomalaisen liikuntakulttuurin kehityssuunnat yhteiskunnan muuttuessa. Liikuntatieteellinen seura ry. Valtion teknillinen tutkimuskeskus, yhdyskunta- ja rakennussuunnittelun laboratorio. Liikuntatieteellisen seuran julkaisu no 122. Helsinki: Hakapaino Oy, 1990:95-96.

Nelson M, Layne J, Bernstein M, Nuernberger A, Castaneda C, Kaliton D, Hausdorff J, Judge J, Buchner D, Roubenoff R, Fiatarone-Singh M. The effects of multi-dimensional home-based exercise on functional performance in elderly people. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2004; 59A(2):154-160.

Nelson M, Rejeski J, Blair S, Duncan P, Judge J, King A, Macera C, Castaneda-Sceppa C. Physical activity and public health in older adults. Recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Circulation 2007;116:1094-1105.

Nevala-Puranen N. Fyysinen toimintakyky ja sen arviointimenetelmät. Teoksessa Kukkonen R, Hanhinen H, Ketola R, Luopajarvi T, Noronen L, Helminen P (toim.) Työfysioterapia – yhteistyötä työ- ja toimintakyvyn hyväksi. Helsinki: Työterveyslaitos, 2001:46-47.

Oja P. Liikunnan ja terveyden annos-vastesuhde. Teoksessa Fogelholm M, Vuori I (toim.) Terveysliikunta. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 2005:62.

Pate R, Pratt M, Blair S, Haskell W, Macera C, Bouchard C, Buchner D, Ettinger W, Heath G, King A, Kriska A, Leon A, Marcus B, Morris J, Paffenbarger R, Patrick K, Pollock M, Rippe J, Sallis J, Wilmore J. Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA* 1995: 402-407.

Perrin P, Gauchard G, Perrot C, Jeandel C. Effects of physical and sporting activities on balance control in elderly people. *Br J Sports Med* 33, 1999:125.

Pitkänen M & Ruth J-E. Osallistuminen harrastus- ja opiskelutoimintaan eläkeiässä. *Gerontologia* 1992;6:83-96.

Pohjolainen P, Jylhä M, Saloranta S, ym. Liikuntaharrastus ja koetut oireet 60–69-vuotiailla tamperelaisilla. *Liikunta & Tiede*, 1982;19(a):168-173.

Pohjolainen P, Heikkinen E. Longitudinal study of the physical activity of retired people. Teoksessa Harris R, Harris S (toim.) *Physical activity, aging and sports*. Vol 1, New York: Scientific and Medical Research, CSA; 1989:219-224.

Pohjolainen P. Elämäntapa ja elämäntyyli. Teoksessa Pohjolainen P & Jylhä M (toim.) *Vanheneminen ja elämänkulku*. Mänttä: Weilin-Göös, 1990:135-161.

Pollock M, Gaesser G, Butcher J, Després J-P, Dishman R, Franklin B, Garber C. ACSM Position Stand: The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness, and flexibility in healthy adults. *Med Sci Sports Exerc* 1998; vol 30(6): 975-991.

Purser J, Pieper C, Poole c, Morey M. Trajectories of leg strength and gait speed among sedentary older adults: Longitudinal pattern of dose response. *J Gerontology Med Sci* 2003; vol 58A, no 12:1125-1134.

Rajaniemi V. Kävelemään, hiihtämään, uimaan. Ikääntyvä arvostaa liikkumista lähellä kotia. *Liikunta & Tiede* 1999;5:41.

Rantamaa P, Pohjolainen P. Ikääntyvien liikunta – mitä se on? Teoksessa Era P. (toim.) *Ikääntyminen ja liikunta*. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 108. Jyväskylä: LIKES-tutkimuskeskus, 1997:183-196.

Rantanen T, Sakari-Rantala R. Itsenäinen liikkumiskyky ja sen ylläpito vanhuudessa. Julkaisussa Hietanen A, Lyyra T-M (toim.) *lääkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen*. Sosiaali- ja terveysministeriö, 2003;2:99-115.

Salminen U, Karvinen E. Voimaa ja varmuutta iäkkään itsenäiseen elämään. Voima- ja tasapainoharjoittelu iäkkään ihmisen kotona asumisen tukena. VoiTas-projekti 2003-2006. Loppuraportti. Raportteja 3/2006.

Shephard R, Bouchard C. Relationship between perceptions of physical activity and health-related fitness. *J Sports Med Physical Fitness* 1995; 35:149-158.

Shephard R. *Aging, physical activity and health*. Champaign: Human Kinetics, 1997:19-20.

Simonsick E, Lafferty M, Phillips C, Mendes de Leon C, Kasl S, Seeman T, Fillenbaum G, Hebert P, Lemke J. Risk due to inactivity in physically capable older adults. *Am J Public Health* 1993; vol 83, no 10:1443-1450.

Singh M. Exercise to prevent and treat functional disability. *Clin Geriatr Med* 2002; 18:431-462.

Sipilä S, Suominen H. Effects of strength and endurance training on thigh and leg muscle mass and composition in elderly women. *J Appl Physiol* 1995;78(1):334-340.

Sipilä S, Multanen J, Kallinen M, Era P, Suominen H. Effects of strength and endurance training on isometric muscle strength and walking speed in elderly women. *Acta Physiol Scand* 1996;156:457-464.

Skelton D, Beyer N. Exercise and injury prevention in older people. *Scand J Med Sci Sports* 2003;13:77-85.

Sulander T, Helakorpi S, Nissinen A, Uutela A. Eläkeikäisen väestön terveystilanteen muuttuminen ja terveys keväällä 2003 ja niiden muutokset 1993-2003. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 6, Helsinki, 2004:10-11, 124-125.

Suutama T, Salminen K, Ruoppila I. Iäkkäiden elinolosuhteet sekä psyykinen ja sosiaalinen toimintakykyisyys. Osa 2: Fyysinen ja sosiaalinen toimintakyky. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M:63, Helsinki, 1988.

Suutama T, Ruoppila I, Laukkanen P (toim.) Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn muutokset. Havaintoja Iktivihreät – projektin 8-vuotisesta seurauutkimuksesta. Kela, sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 42, 1999: 227-223.

Syväjänen M. Seniorit liikkeelle – hanke v. 2004–2006. Loppuraportti. (Kouvola, Kuusankoski, Valkeala, Jaala). 2007.

Szwarc H. Physical activity of older people and its influence on health, physical efficiency and fitness. Teoksessa Harris S, Harris R, Harris W (toim.) *Practice, Program and Policy. Physical activity, aging and sports. Vol II*, 1992:262-271.

Takala P, Rahkonen O. Ikä, luokka vai kunto? Iäkkäiden harrastus- ja osallistumisaktiivisuuteen vaikuttavat tekijät. *Gerontologia* 1995;9(4):252-267.

Talvitie U, Karppi S-L, Mansikkamäki T. *Fysioterapia*. Helsinki Oy Edita Ab, 1999:58.

Telama R, Vuolle P, Laakso L. Liikunta yksilön elämässä ja yhteiskunnassa. Teoksessa Vuolle P, Telama R, Laakso L. Näin suomalaiset liikkuvat. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 50. Helsinki: Valtion painatuskeskus, 1986:15-26.

Terveysliikunnan paikalliset suositukset. Sosiaali- ja terveysministeriö, 2000;1:6.

Terveyttä edistävän liikunnan kehittämistoimikunnan mietintö. Terveysliikunnan kehittämisehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriö, 2001;12: 4-5.

Thompson P, Crouse S, Goodpaster B, Kelley D, Moyna N, Pescatello L. The acute versus the chronic response to exercise. *Med Sci Sports Exerc* 2001; vol 33, no 6, Suppl.:S438-S445.

Vuolle P. Urheilun kulutus: penkkiurheilu. Teoksessa Vuolle P, Telama R, Laakso L. Näin suomalaiset liikkuvat. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 50. Helsinki: Valtion painatuskeskus, 1986:203-226.

Vuori I. Liikunta, kunto ja terveys. Teoksessa Vuori I, Taimela S, Kujala U (toim.) Liikuntalääketiede. Duodecim, 3. painos. Hämeenlinna: Karisto Oy, 2005a:16-29.

Vuori I. Liikunta lapsena ja nuorena. Teoksessa Vuori I, Taimela S, Kujala U (toim.) Liikuntalääketiede. Duodecim, 3. painos. Hämeenlinna: Karisto Oy, 2005b:145-170.

Vuori I. Liikunta. Teoksessa Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J (toim.) Suomalaisten terveys. Duodecim. Kansanterveyslaitos, Stakes, Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy, 2005c:79.

Vuori I. Terveys-, pätkä- ja arkiliikunta tehokkaita. Ovatko nykyiset suositukset kohdallaan? *Duodecim* 2007;123:2983-90.

Weuve J, Kang J, Manson J, Breteler M, Ware J, Grodstein F. Physical activity, including walking, and cognitive function in older women. *JAMA* 2004;292:1454-1461.

Williams H, Burke J, McClenghan B, Hirth U. Balance control: Mechanisms of adaptation to sensory-motor integration training in the elderly. Teoksessa *Healthy Aging, Activity and Sports*. Huber G (toim.) Fourth International Congress. (PAAS IV) Physical activity and aging and sports. Heidelberg, Germany. Proceedings Health Promotion Publications, 1997:128.

Williams G.N, Higgins M.J, Lewek M.D. Aging skeletal muscle: Physiologic changes and the effects of training. *Physical Therapy* 2002; vol 82, no 1:62-67.

Wolinsky F, Stump T, Clark D. Antecedents and consequences of physical activity and exercise among older adults. *Gerontologist* 1995;35: 4, 459-461.

Zacheus T, Tähtinen J, Koski P, Rinne R, Heinonen O. Miten elämänkaari jäsentää liikuntakäyttäytymistä? *Liikunta & Tiede*, erikoisliite 5-6, tutkimusartikkelit, 2003:33-36.

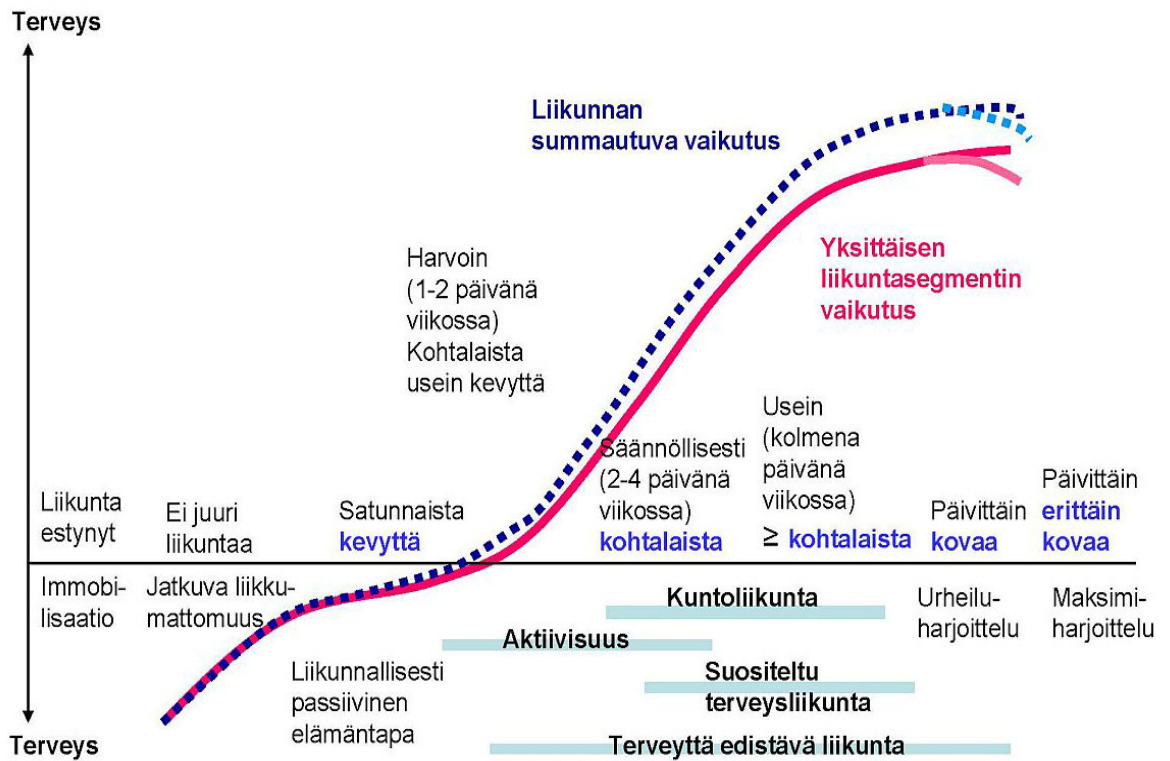
www.tohtori.fi Viitattu 12.7.2006. Painoindeksi BMI.

www.acsm.org Viitattu 20.8.2007.

www.ukkinstituutti.fi/VoitTas -projekti. Viitattu 28.5.2007.

www.tilastokeskus.fi/tilastot/tilastotietokannat Viitattu 21.8.2007.

www.voimaavanhuuteen.fi Viitattu 30.6.2007.



Liikunnan vaikutus terveyteen. Liikunnan ja terveyden yleinen annos-vastesuhde. Lisääntyvä liikunta-annos vaikuttaa aluksi voimakkaasti ja vaikutus vähenee suuremmilla annoksilla. Suuri osa liikunnan terveysvaikutuksesta saavutetaan kohtalaisella liikuntamäärällä, mutta liikunnan määrän ja/tai kuormittavuuden kasvu lisää vaikutusta (Vuori 2007).



UKK-instituutin liikuntapiirakka. Liikuntapiirakka on jaettu kahteen puolikkaaseen, joissa otetaan huomioon yleinen terveystieteellinen suositus, muut tunnetut liikunnan ja terveyden väliset annos-vastesuhteet sekä kohtalaisen kuormittavan ja raskaan liikunnan toisiaan täydentävät hyötyvaikutukset (Fogelholm & Oja 2005, www.ukkinstituutti.fi).

ELÄ JA NAUTI 30.05.2006

KYSELYLOMAKE

Olkaa hyvä ja vastatkaa **kaikkiin** kysymyksiin **ympyröimällä** Teitä parhaiten kuvaava vaihtoehto **ja / tai kirjoittamalla** vastauksenne selkeällä käsialalla sille varattuun tilaan. Tarkistakaa lopuksi, että olette vastanneet jokaiseen kysymykseen.

1. Taustatiedot

1.1 Syntymävuosi _____

1.2 Sukupuoli 1 mies 2 nainen

1.3 Ammatti (pääasiallisin, pitkäaikaisin) _____

1.4 Siviilisäätty

- 1 naimaton
- 2 naimisissa / avoliitossa
- 3 eronnut / asumuserossa
- 4 leski

1.5 Missä asutte?

- 1 taajamassa
- 2 taajaman ulkopuolella

1.6 Asumismuoto

- 1 omakoti- tai maalaistalo
- 2 rivitalo
- 3 kerrostalo
- 4 muu, mikä? _____

1.7 Koulutus (Ympyröikää korkein vaihtoehto seuraavista)

- 1 kansakoulu
- 2 keskikoulu
- 3 ylioppilastutkinto
- 4 ei ammatillista koulutusta
- 5 ammatillinen koulutus
- 6 keskiasteen koulutus
- 7 korkeakoulututkinto

1.8 Mikä on työtilanteenne tällä hetkellä?

- 1 kokopäivätyö
- 2 osa-aikatyö
- 3 työtön
- 4 osa-aikaeläke
- 5 työkyvyttömyyseläke
- 6 työttömyyseläke
- 7 eläke

1.9 Mikäli olette työelämässä, niin mitä työtä teette (esim. myyjänä kaupassa, kirvesmiehenä rakennuksilla, esimiestehtävissä toimistossa)?

2. Kuinka usein teette seuraavia asioita?

1= en koskaan

2= kerran vuodessa tai harvemmin

3= muutaman kerran vuodessa

4= noin kerran kuukaudessa

5= noin kerran viikossa

6= päivittäin / lähes päivittäin

TV:n katselu (uutiset/ajankohtaisohjelmat)	1	2	3	4	5	6
TV:n katselu (sarjaohjelmat, filmit)	1	2	3	4	5	6
elokuvissa käynti	1	2	3	4	5	6
teatterissa käynti	1	2	3	4	5	6
konserteissa käynti	1	2	3	4	5	6
taidenäyttelyssä käynti	1	2	3	4	5	6
kirjastossa käynti	1	2	3	4	5	6
lehtien lukeminen	1	2	3	4	5	6
kirjojen lukeminen	1	2	3	4	5	6
käsitöiden tekeminen	1	2	3	4	5	6
tietokoneen käyttö	1	2	3	4	5	6
"penkkiurheilu"	1	2	3	4	5	6
tansseissa käynti	1	2	3	4	5	6
retkeily (esim. luontoretket, linturetket)	1	2	3	4	5	6
motorisoitu liikkuminen (esim. veneily, moottoriurheilu)	1	2	3	4	5	6
hengellisissä tilaisuuksissa käynti	1	2	3	4	5	6
sukulaisten / tuttavien luona käynti	1	2	3	4	5	6
muu toiminta	1	2	3	4	5	6

mikä?

3. Oletteko mukana kerho-, yhdistys- tai luottamustoiminnassa?

	(1= kyllä)	(2= en)
työpaikkaan liittyen	1	2
ammattiyhdistystoimintaan liittyen	1	2
poliittiseen toimintaan liittyen	1	2
seurakunnan toimintaan liittyen	1	2
urheiluseuratoimintaan liittyen	1	2
kulttuuritoimintaan liittyen	1	2
muuhun toimintaan liittyen	1	2
mihin? _____		

4. Mikä seuraavista vaihtoehtoista kuvaa parhaiten työnne luonnetta?

(Mikäli ette ole työelämässä, siirtykää kohtaan 5)

- 1 ruumiillisesti kevyt työ / en liiku juuri lainkaan (työ on pääasiassa istumista pöydän, koneen tai ohjauslaitteen ääressä, esim. toimistotyö)
- 2 ruumiillisesti keskiraskas työ (työ on pääasiassa seisomatyötä, kumartelua / kantamista / kävelyä paljon)
- 3 ruumiillisesti raskas työ (esim. raskaat metalliteollisuuden työt tai rakennustyöt)

5. Miten tavallisesti liikutte? Merkitkää rasti yhteen tai useampaan kohtaan.

(Mikäli ette ole työelämässä, siirtykää kohtaan b)

a) Työmatkat matkan pituus yhteen suuntaan: _____ km

	kesällä	talvella
1 kävellen	_____	_____
2 pyörällä	_____	_____
3 henkilöautolla	_____	_____
4 julkisilla kulkuneuvoilla	_____	_____
5 taksilla	_____	_____
6 muuten, miten? _____	_____	_____

b) Mikäli kuljette työmatkanne henkilöautolla tai julkisilla kulkuneuvoilla, mikä siihen on pääasiallisin syy?

- 1 työmatka on liian pitkä käveltäväksi tai pyöräiltäväksi
- 2 työtehtävä vaatii auton käyttöä
- 3 olen mukavuudenhaluinen
- 4 liikuntarajoite estää työmatkaliikunnan
- 5 muut syyt, mitkä? _____

b) Miten tavallisimmin käytte kaupassa ja muilla asioilla
(laittakaa rasti sekä kesän että talven kohdalle)

- | | kesällä | talvella |
|-----------------------------|---------|----------|
| 1 kävellen | _____ | _____ |
| 2 pyörällä | _____ | _____ |
| 3 henkilöautolla | _____ | _____ |
| 4 julkisilla kulkuneuvoilla | _____ | _____ |
| 5 taksilla | _____ | _____ |
| 6 muuten, miten? _____ | _____ | _____ |

6. Miten usein päiväänne sisältyy arki- ja/tai hyötyliikuntaa vähintään puoli tuntia päivässä? (Esim. puutarhanhoito, lumityöt, kotiaskareet, puiden pilkkominen, marjastus, kalastus jne. Puoli tuntia voi kertyä yhtenä tai useampana jaksona)

- 1 harvemmin kuin kerran viikossa
- 2 kerran viikossa
- 3 2-3 kertaa viikossa
- 4 3-4 kertaa viikossa
- 5 5 kertaa viikossa tai enemmän

7. Kuinka usein harrastatte vapaa-ajan liikuntaa niin, että ainakin lievästi hengästytte ja hikoilette? (Vähintään puoli tuntia yhtenä tai useampana jaksona kerrallaan)

- 1 muutaman kerran vuodessa tai harvemmin
- 2 1-2 kertaa kuukaudessa
- 3 1-2 kertaa viikossa
- 4 3-4 kertaa viikossa
- 5 lähes päivittäin / päivittäin

8. Jos liikutte säännöllisesti vähintään kerran viikossa, mikä on teidän lajinne? Ympyröikää yksi tai useampi vaihtoehto. (Mikäli ette liiku, siirtykää kohtaan 9)

- 1 kävely / sauvakävely
- 2 pyöräily
- 3 juoksulenkkeily
- 4 hiihto
- 5 kotivoimistelu
- 6 ohjattu kuntojumppa
- 7 kuntosaliharjoittelu
- 8 uinti / vesivoimistelu
- 9 tanssi
- 10 pallopelejä, mikä? _____
- 11 muu laji, mikä? _____

9. Liikkuminen elämän muutosvaiheissa

Arvioikaa omaa liikkumisaktiivisuuttanne eri elämänvaiheissa asteikolla 1-10. Ympyröikää mielestänne parhaiten kuvaavan vaihtoehdon numero. Millainen vaikutus / merkitys eri elämänvaiheella / elämäntilanteella on ollut liikkumiseen? Hypätkää niiden kohtien yli, jotka eivät koske teitä.

Numero 1 tarkoittaa erittäin vähäistä liikkumista (käytännössä ei lainkaan liikuntaa koulussa / vapaa-aikana / työssä)

Numero 10 tarkoittaa erittäin suurta liikunnallista aktiivisuutta (päivittäinen kohtuullisesti kuormittava liikunta koulussa / vapaa-aikana / työssä)

9.1 koulua edeltävät vuodet	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9.2 varhaiset kouluvuodet	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9.3 murrosikä	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9.4 asevelvollisuus	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9.5 opiskelu	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9.6 työelämän aloittaminen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9.7 työpaikan / ammatin vaihdos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9.8 seurustelun aloittaminen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9.9 avioliitto / avoliitto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9.10 lasten syntyminen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9.11 avioero / perheen hajoaminen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9.12 lapsen / lasten lähtö kotoa	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9.13 lähiomaisen kuolema	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9.14 työttömyys	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9.15 eläkkeelle siirtyminen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9.16 muu muutos elämässä (esim. sairaus)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

mikä? _____

10. Miten kiinnostunut olette nykyään liikunnan harrastamisesta?

- 1 en lainkaan
- 2 jonkin verran
- 3 melko paljon
- 4 paljon
- 5 erittäin paljon

- 11. Jos liikutte nykyään hyvin vähän,
a) mitkä tekijät siihen vaikuttavat?**

- b) mikä / mitkä tekijä(t) saisi teidät lisäämään liikkumistanne?**

- 12. Onko mielessänne jokin liikkumisen muoto, jota haluaisitte harrastaa, mutta ette jostain syystä voi.
a) mikä liikuntamuoto?**

- b) mikä / mitkä tekijä(t) estää sen toteuttamisen?**

**13. Haluaisitteko saada liikuntaan liittyvää yksilöllistä neuvontaa enemmän?
(liikunnan terveysvaikutukset / liikunnan soveltuvuus teille)**

1 kyllä 2 en

Kertokaa tarkemmin, millaista tietoa haluaisitte saada liikunta- ja terveysasioista?

**14. Keneltä haluaisitte saada liikuntaan liittyvää tietoa?
(Numeroikaa tärkeysjärjestyksessä kolme tärkeintä)**

_____ lääkäri

_____ sairaanhoitaja / lähihoitaja

_____ terveydenhoitaja

_____ fysioterapeutti / kuntohoitaja

_____ liikunnanohjaaja

muu, kuka? _____

Seuraavassa muutamia terveydentilaanne ja elintapojanne koskevia kysymyksiä.

15. Mikä on pituutenne ja painonne?

15.1 Pituus _____ cm

15.2 Paino _____ kg

16. Tupakointi

1 en ole tupakoinut koskaan

2 olen tupakoinut aikaisemmin, mutta nykyään en tupakoi

3 tupakoin epäsäännöllisesti

4 tupakoin säännöllisesti

17. Kuinka usein käytätte alkoholia?

- 1 en koskaan
- 2 kerran kuukaudessa tai harvemmin
- 3 2-4 kertaa kuukaudessa
- 4 2-3 kertaa viikossa
- 5 yli 4 kertaa viikossa

18. Mikä seuraavista kuvaa mielialaanne parhaiten?

- 1 olen useimmiten hyväntuulinen
- 2 olen joskus alakuloinen
- 3 olen melko usein alakuloinen
- 4 olen lähes aina alakuloinen

19. Millainen on liikkumiskykyne? Valitkaa parhaiten kuvaava vaihtoehto.

- 1 pystyn kävelemään ongelmitta 2 km tai enemmän
 - 2 pystyn kävelemään ongelmitta 1-2 km
 - 3 pystyn kävelemään ongelmitta 0,5-1 km
 - 4 minulla on vaikeuksia kävellä lyhyitäkin matkoja; mikä rajoittaa?
-

20. Miten arvioisitte omaa fyysistä kuntoanne?

- 1 olen ikäisiini verrattuna hyvässä kunnossa
- 2 olen ikäisiini verrattuna keskinkertaisessa kunnossa
- 3 olen ikäisiini verrattuna keskimääräistä jonkin verran huonommassa kunnossa
- 4 olen ikäisiini verrattuna keskimääräistä selvästi huonommassa kunnossa

21. Mikä on rasittavin työ / liikunta mihin olette osallistunut viimeisen vuoden aikana (esim. halkojen hakkuu, risusavotta, ruskaretki, laturetki, remontti jne.)? Voitte luetella useampia esimerkkejä.

22. Onko Teillä jokin lääkärin toteama pitkäaikaissairaus?

1= ei 2= kyllä, mikä?

1	sydänsairaus (esim. sepelvaltimotauti)	1	2_____
2	hengityselinsairaus (esim. astma)	1	2_____
3	diabetes	1	2_____
4	neurologinen sairaus (esim. Parkinson, MS)	1	2_____
5	tuki- ja liikuntaelinsairaus (esim. nivelrikko)	1	2_____
6	mielenterveysongelmat (esim. depressio)	1	2_____
7	muu sairaus	1	2_____

Lisätietoja_____

23. Käyttekö säännöllisesti jotain lääkettä?

1=ei 2=kyllä, mitä?

1	sydänlääke	1	2_____
2	verenpainelääke	1	2_____
3	keuhkoihin vaikuttava lääke	1	2_____
4	diabeteslääke	1	2_____
5	mielialalääke	1	2_____
6	tulehduskipulääke	1	2_____
7	hormonikorvaushoito	1	2_____
8	veren rasvoja alentava lääke	1	2_____
9	muu lääke	1	2_____

Lisätietoja _____

KIITOS VASTAUKSESTANNE!

OLKAA HYVÄ JA TARKISTAKAA, ETTÄ VASTASITTE *JOKAISEEN* KYSYMYKSEEN !