

”Askeleen edellä – Sopivalla hiellä”

Työpaikan liikuntaprojekti yksilön hyvinvoinnin edistäjänä

Liisa Järvelä
Terveyskasvatuksen
pro gradu -tutkielma
Jyväskylän yliopisto
Terveystieteiden laitos
Syksy 2012

TIIVISTELMÄ

”Askeleen edellä – Sopivalla hiellä”

Työpaikan liikuntaprojekti yksilön hyvinvoinnin edistäjänä

Liisa Järvelä

Jyväskylän yliopisto, liikuntatieteellinen tiedekunta, terveystieteiden laitos 2012

58 + liitteitä 1

Liikunta parantaa fyysistä kuntoa, rentouttaa ja auttaa jaksamaan. Lisäksi liikunnalla tiedetään olevan lukuisia myönteisiä terveysvaikutuksia. Säännöllistä liikuntaa harrastavat henkilöt kokevat olevansa terveempiä ja työkykyisempiä kuin vähemmän liikkuvat. Kuitenkin liikunnan määrä on liian vähäistä. Työn vähäisen fyysisen kuormittavuuden ja lisääntyvän istumatyön vastapainoksi tarvitaan liikunnanedistämistoi-
mia hyvinvoinnin tueksi.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, minkälaisia muutoksia työyhteisön kuntovalmennuksella saadaan osallistujien (n =33) liikunta-aktiivisuuteen, koettuun työkykyyn ja -vireyteen sekä koettuun terveyteen ja erityisesti niska-hartiaseudun terveystuntemukseen. Tutkimus kesti vuoden, josta liikuntaprojektin osuus oli puolivuotta. Alkukysely tehtiin ennen liikuntaprojektin alkua, toinen kysely 5-6 kk kuluttua liikuntaprojektin päättyessä ja kolmas kysely puolivuotta liikuntaprojektin päättymisen jälkeen. Liikunta- ja hyvinvointitulosten tilastollisen merkitsevyyden eroja tarkasteltiin verrannollisten parien t-testillä ($p < 0,05^*$, $p < 0,01^{**}$, $p < 0,001^{***}$) ja eron voimakkuutta Spearmanin korrelaatiolla ja lineaarisella regressioanalyysillä.

Osallistujien itsearvioitu liikunta-aktiivisuus lisääntyi tutkimuksen aikana. Osallistujat jaettiin neljään ryhmän liikunta-aktiivisuuden mukaan: passiiviset, arkiliikkujat, terveysliikkujat ja kuntoliikkujat. Tutkimuksen aikana kolmasosalla tapahtui muutosta liikunta-aktiivisuudessa niin merkittävästi, että se johti liikuntaryhmän muutokseen. Liikuntaryhmän muutosta selittivät yhdessä 39 % koulutus, ikä, viikoittainen liikuntaker-
tojen määrä ja liikuttu aika, koettu työkyky sekä terveystuntemus.

Tutkimuksen aikana osallistujien koettu terveys ja niska-hartiaseudun terveystuntemus lisääntyi merkittävästi. Liikunta-aktiivisuusryhmän muutoksella oli yhteyttä terveystuntemuksen muutokseen. Liikunta-aktiivisuusryhmien mukaan loppukyselyssä terveys- ja kuntoliikkujat kokivat olevansa terveempiä ja työkykyisempiä kuin vähemmän liikkuvat. Liikuntaprojekti lisäsi työnantajan tarjoamien liikuntapalveluiden käyttöä, erityisesti liikuntasetelien käyttöä.

Yhteenvedona voidaan todeta, että työyhteisössä toteutettu liikuntaprojekti lisäsi liikunta-aktiivisuutta ja paransi osallistujien kokemaa hyvinvointia. Erityisen hyvin kehittivät yleinen terveys- ja niska-hartiaseudun terveystuntemus. Tässä tutkimuksessa toimivaksi todettuja liikunnan edistämiskeinoja voidaan suositella käytettäväksi sovel-
tuvin osin muillakin työpaikoilla.

Avainsanat: työpaikkaliikunta, hyvinvointi, fyysinen aktiivisuus

ABSTRACT

"One step ahead – at the right sweat"

Physical activity project as a promoter of individual wellbeing at a workplace

Liisa Järvelä

University of Jyväskylä, Faculty of Sport Sciences, Department of Health Sciences

2012

58 + attachments 1

Physical activity improves physical fitness, relaxes and increases well-being. In addition it is known that exercise has many positive health effects. Those who exercise regularly perceive better health and capacity for work than those who exercise less. However, the amount of physical exercise received is too low. To counter the low physical stress and increasing amounts of sitting down at work, exercise promoting acts are needed to support wellbeing.

The purpose of this study was to find out what kind of changes sport-oriented coaching at a workplace can achieve towards the wellbeing of the participants. The study analyzed the changes in physical activity, ability to work, perceived overall health and especially health of the neck and shoulder region. The study took one year, of which the physical exercise project took half a year. The initial questionnaire was done before the start of the exercise project, the second at the end of the project, and the third 6 months later. The significant differences in the results of the exercise- and wellbeing-questionnaires were analyzed by paired sample t test ($p < 0,05^*$, $p < 0,01^{**}$, $p < 0,001^{***}$) and the magnitude of the differences with Spearman's correlation coefficient and linear regression analysis.

The self-evaluated physical activity level increased during the study. The participants were divided into four groups according to their physical activity prior to the project: passive, active lifestyle, health related physical activity and fitness-sport. During the study the physical activity group of one third of the participants changed because of the increased physical activity. Majority of the changes were positive. With 39 % the change was explained by education, age, amount of weekly physical exercise, perceived working ability and wellbeing.

During the study the self-perceived overall health and neck and shoulder health of the participants improved significantly. The change in physical activity group was related to the change in perceived health. According to the physical activity groups, in the final questionnaires health and fitness exercisers felt healthier and more fit for work than those who exercised less. The project increased the use of sport services offered by the employer, especially the use of vouchers.

As a conclusion can be said that sport-oriented coaching implemented at the workplace increased physical activity and improved perceived wellbeing of the participants. The perceived overall health and the health of the neck and shoulder regions were most notably improved. Based on this study a similar coaching model can be recommended for other workplaces as well.

Keywords: workplace exercise, wellbeing, physical activity

Sisällys

JOHDANTO	1
1 LIIKUNNAN EDISTÄMINEN	3
1.1 Terveyden edistäminen ja liikunta.....	3
1.2 Liikuntamotivaatio	5
1.3 Liikuntasuositukset ja liikunnan määrä.....	7
1.4 Liikunta-aktiivisuus lukuina	10
2 LIIKUNNAN EDISTÄMINEN TYÖPAIKALLA	12
2.1 Liikunta osana työhyvinvointia	12
2.2 Liikuntaa työpaikoilla.....	13
2.3 Työyhteisöissä toteutetut liikuntainterventiot.....	15
3 TUTKIMUSTEHTÄVÄT	22
4 AINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT	23
4.1 Liikuntaprojekti ”Askeleen edellä - sopivalla hiellä”	23
4.2 Tutkimusaineiston keruu	25
4.3 Mittarit.....	26
4.4 Analyysimenetelmät.....	29
5 TULOKSET	30
5.1 Tutkimusjoukon kuvaus	30
5.2 Katoanalyysi	31
5.3 Liikuntakäyttötymisen muutos	32
5.3.1 Liikuntakertojen määrä, liikuntaan käytetty aika ja liikunnan rasittavuus ...	32
5.3.2 Liikunta-aktiivisuusryhmät	34
5.3.3 Työpaikan liikuntapalvelujen käyttö	36
5.4 Hyvinvointituntemusten muutos	37
5.4.1 Yleinen terveystuntemus	37
5.4.2 Niska-hartiaseudun terveys.....	38
5.4.3 Koettu työkyky	39
5.4.4 Hyvä työvire	40
5.5 Muuttujien välinen yhteyksien tarkastelu.....	41
5.6 Yhteenveto tuloksista.....	44
5.7 Liikunta-aktiivisuuden näkyvyys hyvinvointituloksissa	45
6 POHDINTA	48
6.1 Työyhteisössä toteutettu liikuntaprojekti hyvinvoinnin edistäjänä	48
6.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	51
7 JOHTOPÄÄTÖKSET	53
LÄHTEET	54
LIITTEET Liite 1: Tutkimuksessa käytetyt kysymykset	

JOHDANTO

Liikunnalla tiedetään olevan myönteisiä terveysvaikutuksia. Se parantaa fyysistä kuntoa, rentouttaa, virkistää ja auttaa vähentämään stressiä. Lisäksi liikunnalla on todettu olevan ennaltaehkäisevä vaikutus moniin kansanterveydellisesti merkittäviin sairauksiin, kuten sydän- ja verisuonitauteihin ja diabetekseen (Aromaa, Huttunen, Koskinen, Teperi, 2005). Säännöllisesti liikkuvilla ihmisillä on osoitettu olevan pienempi vaara sairastua yli kahteenkymmeneen sairauteen kuin liikkumattomilla (Fogelholm, Vuori, 2005). Tutkimukset osoittavat myös, että säännöllistä ja kohtuukuormittavaa liikuntaa harrastavilla henkilöillä terveys- ja työkykytuntemukset ovat paremmat kuin vähemmän tai ei ollenkaan liikkuvilla (Aura, 2006).

Suomen Kuntoliikuntaliiton teettämän aikuisväestön liikuntatutkimuksen (2010) mukaan 56 prosenttia suomalaisista liikkuu terveytensä kannalta liian vähän (Kansallinen Liikuntatutkimus, 2010,11). Liikunnasta ja terveystoiminnasta ei siis puhuta turhaan. Esimerkiksi yksi tämän päivän kasvavista kansanterveysongelmista on tyypin 2 diabetes. Sairauden riskitekijöitä ovat vähäinen liikunta, ylipaino ja huonot ruokailutottumukset. Useat seurantalutkimukset antavat näyttöä, että liikunnalla on vaikutusta tyypin 2 diabetesriskiin ja liikunnalla yhdessä ruokailutottumusten kanssa voidaan vaikuttaa merkitsevästi ylipainoon (Lindström, 2006).

Fyysisen toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi säännöllinen liikunta on tehokkain keino kaiken ikäisille (Ilmarinen, 2005,138). Työpaikkaliikunnan merkitys suomalaisen aikuisväestön liikunnan edistäjänä ja ylläpitäjänä on noussut huomasti viimeksi kuluneiden vuosien aikana (Aura & Sahi, 2006a). Voidaankin todeta, että työyhteisöistä on tullut varteenotettava toimija suomalaisten aikuisväestön liikuttajana. Suomen Kuntoliikuntaliiton (2012) teettämän Työpaikkaliikuntabarometrin mukaan 83 prosenttia työyhteisöistä tukee henkilöstön liikuntaharrastusta (Suomen Kuntoliikuntaliitto 2012). Työpaikkaliikuntaan kohdistetut investoinnit ovat vajaassa viidessä vuodessa kaksinkertaistuneet (2007) ja vuoteen 2009 verrattuna edelleen lisääntyneet (Suomen Kuntoliikuntaliitto, 2007, 2009, 2012). Liikuntatoiminta nähdään työyhteisöä kehittäväksi tekijäksi ja sillä on vaikutusta työilmapiiriin ja yrityskuvaan.

Työyhteisöjen tarjoamat liikuntapalvelut voivat synnyttää kipinän kunnon ylläpitämiseen, terveisiin elämäntapoihin ja pysyvään liikunnan harrastamiseen (Aura & Sahi, 2006).

Terveydenedistämistoiminnassa on nostettu vahvasti esille käsite ”työpaikka terveydenedistämisen toimintaympäristönä”. Terveysten edistäminen työpaikalla on määritelty laaja-alaiseksi toiminnaksi, joka sisältää työympäristöön, työn organisointiin, työyhteisöön, johtamiseen, työntekijän ammatilliseen osaamiseen ja työntekijöiden henkilökohtaisen terveyden edistämisen edellytyksiin sekä työterveyteen ja –turvallisuuden liittyvät tekijät. Tarvitaan ihmisten osallistumista tukevien järjestelmien luomista ja sellaisten menetelmien valintaa, joissa työntekijät toimivat aktiivisesti oman terveytensä, hyvinvointinsa ja työskentelyedellytysten rakentamiseksi (Pietilä toim. 2010,181). Ilmarisen (2006) mukaan työkyky koostuu ihmisen voimavarojen ja työn vaatimusten tasapainosta. Terveys ja toimintakyky, koulutus, osaaminen, arvot ja asenteet muodostavat ihmisen voimavarat. Tässä tutkimuksessa pääpaino on yksilössä ja pienessä määrin toimintaympäristössä.

Työyhteisöihin kohdistuva terveyden edistäminen on perusteltua, koska työyhteisöjen vaikutuspiirissä on paljon siitä väestöstä, joka hyötyy terveyttä edistävästä toimenpiteistä. Vuonna 2010 työssäkäyvien määrä oli 2 447 000 (Tilastokeskus, 2011). Työyhteisö voi olla tukemassa henkilöstön hyvinvointia erilaisin keinoin. Terveydelle hyödyllistä liikuntaa voidaan edistää vapaa-ajan liikuntaharrastuksena, päivittäisiin toimiin liittyvinä arki- ja hyötyliikuntana ja työhön sisältyvänä tai liittyvänä liikuntana (Vuori, 2011). Työpaikan tarjoamat liikuntaa tukevat toimet, kuten taukoliikunnan edistäminen, työmatkaliikuntaa tukeva ympäristö, omat liikuntaryhmät, -tilat, -kampanjat ym. yksilöliikunnan edistämistoimet mahdollistavat ja tukevat yksilön liikunnallisia valintoja. Työpaikat voivat olla myös aloitteellisia tarjotessaan henkilöstölle mahdollisuutta oman hyvinvoinnin parantamiseen heidän omista lähtökohdistaan. Hyvässä kunnossa oleva työntekijä jaksaa paremmin töissä ja kotona.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella työyksikössä toteutetun liikuntaprojektin vaikutuksia osallistujien vapaa-ajan liikunta-aktiivisuuteen, koettuun työkykyyn ja -vireyteen sekä tuntemukseen omasta terveydestä ja erityisesti niska-hartiaseudun terveydestä. Lisäksi arvioidaan työyksikössä toteutetun liikuntaprojektin toimivuutta.

1 LIIKUNNAN EDISTÄMINEN

1.1 Terveyden edistäminen ja liikunta

WHO:n mukaan terveyden edistämällä tarkoitetaan toimintaa, jossa ihmisten omat mahdollisuudet hallita ja parantaa terveyttään lisääntyvät. Terveyden edistämiseen sisältyvät terveellisen yhteiskuntapolitiikan kehittäminen, terveellisen ympäristön aikaansaaminen, yhteisöjen toiminnan tehostaminen, yksilöllisten taitojen ja mahdollisuuksien vahvistaminen ja toimivat terveyspalvelut. Terveys ei ole ainoastaan sairauden puutetta, vaan sosiaaliset ja yksilölliset voimavarat sekä toimintakyky ovat oleellisia tekijöitä. Hyvinvointiin vaikuttavat terveelliset elintavat, elinympäristö ja terveyttä tukevat ihmissuhteet. Terveyden edistäminen ei ole ainoastaan terveydenhuollon aluetta vaan vastuu on sekä yksilöllä, lähiyhteisöllä ja yhteiskunnalla (WHO, 1986).

Terveyden edistäminen on monimuotoista ja monialaista toimintaa. Paronen ja Nupponen (2011) jaottelevat toiminnan mikro-, meso- ja makrotasoihin. Toisaalta voidaan puhua yksilö-, yhteisö- ja yhteiskuntatasosta. Mikro- eli yksilötasolla tärkeimpiä vaikuttajia ovat yksilön lähipiiriin kuuluvat pienryhmät, kuten perhe, ystävät ja työyhteisön jäsenet. Lähipiirin tapahtumat ja ihmiset antavat yksikölle enemmän vaikutteita kuin itse pystyy antamaan. Sosiaaliset mallit vaikuttavat yksilön toimintatapoihin ja niiden joukossa on myös tapoja, joilla liikunta kytkeytyy omaan arkeen ja elämäntyyliin. Meso- eli yhteisötasolla on kyse yhteenliittymistä ja melko pysyvistä rakenteista, toiminnoista ja tehtävistä, jotka säilyvät melko pitkään ihmisten vaihtuessakin. Tällöin yksilö on jäsenenä esimerkiksi työpaikkaorganisaatiossa tai järjestössä, mutta jäsenyys on muodollisempaa kuin pienryhmissä. Yhteisötasolla fyysinen ympäristö rajaa toimintamahdollisuuksia ja suuntaa ihmisten valintoja. Terveyteen vaikuttaminen tapahtuu fyysisen ympäristön kautta. Makro- eli yhteiskuntatasolla päätöksenteko tapahtuu yhteiskunnan hallinnollisissa ja taloudellisissa instituutioissa. Päätökset ohjaavat ihmisten fyysistä aktiivisuutta rajaamalla ja muovaamalla jokapäiväisiä elinpiirejä ja toiminnan ympäristöjä (Paronen&Nupponen, 2011; 189-192).

Tuloksellinen terveyden edistäminen edellyttääkin toimija laajalla rintamalla. Ihmisten elämänhallintaa, omatoimisuutta ja osallistumishalukkuutta tulee tukea. Yhdyskuntarakentamisessa ja kaavoituksessa tulee huomioida fyysisen aktiivisuutta tukevat rakenteet. Myös medialla, mainonnalla ja markkinoinnilla on suuri vaikutus ihmisten liikuntaa koskeviin asenteisiin ja käyttäytymiseen (OPM 2009; 24-26).

Liikunnan edistäminen on osa terveyden edistämistä niissä toiminnoissa, joissa liikunnan avulla pyritään lisäämään ihmisten hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä. Liikunnan edistäminen perustuu arjen toimintojen ja liikunnan yhteensovittamiseen ja liikunnallisten mahdollisuuksien löytämiseen (Paronen & Nupponen 2011, 186). Liikunta koetaan subjektiivisesti ja tärkeässä roolissa ovat sosiaaliset suhteet, itsensä toteuttaminen, kokemukset ja elämykset. Lisäksi on syytä muistaa, että kaikki eivät pidä liikunnasta (OPM 2009; 24-26).

Liikunnan merkitystä osana hyvinvointia on alettu paremmin tunnistaa. Työyhteisöissä ja väestötasolla liikunnalla saatua hyötyä on arvioitu liikunta-aktiivisuuden positiivisilla vaikutuksilla henkilöstön työkykyyn ja terveyteen. Tutkimuksissa on osoitettu, että liikunnallisesti aktiivisimmilla on muun muassa vähemmän sairauspoissaoloja kuin vähemmän liikkujilla (Aura, 2006; Lahti, 2011). Tiedetään, että monilla elintapoihin vaikuttavilla toimilla voidaan saada terveyshyötyjä kohtuullisin panostuksin. Terveyshyötyjen osoittaminen esimerkiksi liikunnan ja fyysisen aktiivisuuden lisääntymisen kautta on kuitenkin haasteellista, koska liikuntainterventioiden vaikutuksia mitataan ja arvioidaan hyvin eri tavoin (Kiiskinen ym. 2008, 46). Elintapaohjaukseen perustuvien interventiotutkimusten perusteella on siten hankala tehdä yhteenvetoa, miten myönteiset vaikutukset saatiin aikaan ja pitävän näytön osoittaminen on hankalaa (Koskinen-Ollonqvistin ym. 2005, Salmela ym. 2010).

Aikuisväestössä tehokkaiksi ja kannattaviksi liikunnan edistämiskeinoiksi on todettu henkilökohtaisen liikuntaohjelman laatiminen (Kiiskinen ym. 2008, 94). Muita tehokkaita keinoja ovat terveydenhoitajan tai lääkärin antama kehoitus tai ohje liikunnan lisäämiseksi. Tärkeässä roolissa on fyysisen ympäristön liikkumista tukevat ja edistävät toimenpiteet. Liikuntapaikkojen- ja palveluiden saatavuuden parantaminen tukee jokaisen ihmisen päivittäistä liikkumista. Tutkimukset kuitenkin osoittavat epävarmaa näyttöä kaavoituksen, erilaisten tiedotuskampanjoiden ja yhteisötason liikunnanedis-

tämiskeinojen vaikutuksesta terveyden kannalta riittävän liikunnan aikaansaamiseksi (Kiiskinen ym, 2008).

1.2 Liikuntamotivaatio

Mikä meitä liikuttaa? Liikuntamotivaation syntyyn vaikuttaa henkilön kokemus siitä, että liikunta hyödyttää häntä enemmän kuin tuottaa haittaa. Motivoitumiseen vaikuttavat tekijä rakentuvat yksiköllisesti merkittäviksi koetuista asioista. Näin ollen yleisesti tunnetut liikuntaan motivoivat tekijät eivät aina synnytä liikuntamotiivia (Korkiakangas, 2010). Liikuntamotivaation syntyyn tarvitaan tietoa, ymmärrystä, asennetta ja uskomuksia (Poskiparta ym. 2009).

Rayanin ja Decin (2000) kehittämän itsemääräämisteorian (Self-determination theory) mukaan ihminen tarvitsee itsemääräämisen, kyvykkyyden ja yhteenkuuluvuuden tunnetta. Motivoituminen edellyttää tunnetta ja kokemusta siitä, että voi itse vaikuttaa omiin asioihin. Tarvitaan uskoa ja luottamusta omaan osaamiseen, oppimiseen ja kehittymiseen sekä tunnetta, että kuuluu joukkoon. On tärkeää kokea olevansa hyväksyty ja kelpaava. Motivoituminen on sitä vahvempaa, mitä voimakkaammin toiminta tyydyttää hyvinvointimme edellä esitettyjä kolmea perustarvetta (Rayan&Desi 2000, Anglé 2010).

Liikuntamotivaatioon vaikuttavat monet eri tekijät, ja puhutaankin sisä- ja ulkosyntyisestä motivaatiosta. Sisäsyntyisessä liikuntamotivaatiossa liikunta ja liikkuminen sinällään ovat itsessään motivoivaa, yksilö tekee jotakin itsensä vuoksi. Ulkosyntyinen motivaatio rakentuu ulkopuolelta tulevan palkinnon tai uhan perusteella. Konkreettisia liikuntaan vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa henkilön liikuntataidot, liikuntapaikan etäisyys ja liikuntamuodon rasittavuus. Käsitteellisiä tekijöitä ovat henkilön kokemus tai odottama pystyvyys tiettyyn liikuntaan ja hänen oma käsityksensä itsestään liikkujana. Henkilön niin aiemmillä kuin nykyisillä liikuntaan liittyvillä kokemuksilla voi olla suuri merkitys liikuntakäyttäytymiselle (Rayan&Deci 2000, Vuori 2003, Mäkinen 2010).

Korkiakankaan (2010) tutkimuksen mukaan liikuntamotivaatio muodostuu liikunnallisesta pääomasta, jossa on neljä toisiinsa vaikuttavaa tekijää: liikunta-aktiivisuus, lii-

kunta tottumuksena, liikunta voimavarana sekä elämäntilanteen kokeminen liikkumiseen suotuisana. Liikuntamotivaatioon vaikuttavat tekijät vaihtelevat elämän eri vaiheissa ja muuttuvissa elämäntilanteissa. Liikkumista rajoittavat tekijät ja liikkumiseen motivoivat tekijät ilmenevät fyysisinä, psyykkisinä ja sosiaalisina tekijöinä (Korkiakangas, 2010). Korkiakankaan mukaan liikuntaa rajoittavia tekijöitä ovat mm. lastenhoito, perhe ja lapset ajankäytössä etusijalla, ajanpuute, terveydentila, raha ja sääolosuhteet, liikuntamahdollisuudet kaukana, vuorotyö ja arkuus osallistua. Motivoivia tekijöitä ovat puolestaan kunnon kohottaminen, terveyden säilyminen, painonhallinta, jakaminen, sosiaalisuus taitojen paraneminen ja itsensä voittaminen.

Liikunta-aktiivisuudella tarkoitetaan liikunnan ja liikuntamuotojen määrää, monipuolista ja säännöllistä liikunnan harrastamista sekä hyötyliikuntaa että työmatkaliikuntaa. Liikunta-aktiivisuus on erilaista elämän eri vaiheissa, esimerkiksi pienten lasten kanssa se voi olla perheliikuntaa. Liikuntaan tottuminen antaa puolestaan pohjan sille, että liikunta ei jää kokonaan pois arjen touhuista. Liikunta koetaan myönteisenä ja sille pyritään löytämään aikaa. Toisaalta tietyn liikuntalajin harrastaminen koetaan osaksi omaa persoonaa (Korkiakangas, 2010).

Liikunta voimavarana pitää sisällään vahvasti mielihyvän kokemisen ja se näkyy eri elämänvaiheissa eri tavoin. Mielihyvää voivat tuottaa mm. painonhallinta ja laihtuminen, sosiaaliset suhteet liikunnassa, kunnon paraneminen tai vaikka lapsen liikunnan riemun jakaminen. Liikuntaa voidaan harrastaa uupumisen välttämiseksi tai liikuntakyvyn säilymiseksi (Korkiakangas, 2010).

Sosiaaliset tekijät voimavarana tarkoittavat sosiaalista hyväksyntää, yhdessä liikkumisen iloa, liikunnallisen elämäntavan arvostusta ja vertaistukea. Voimakkaimmat liikuntamotivaatiotekijät muodostuvat liikuntakokemuksista, kunnon, toimintakyvyn ja terveyden ylläpitämisestä ja parantamisesta muun muassa osana painonhallintaa sekä liikunnan myönteisestä vaikutuksesta mielialaan ja elämänlaatuun. Liikunnan harrastamisen motiiveita ovat useimmiten virkistymisen, rentoutumisen ja kunnon kohentamisen. Liikunnalla haetaan jännitystä, haasteita, fyysistä ponnistelua unohtamatta sosiaalisia merkityksiä. Sosiaalisella tuella on vahva yhteys liikunnan harrastamiseen. On osoitettu, että liikunnan harrastaminen on sitä todennäköisempää, mitä enemmän henkilö saa kannustusta omalta lähiympäristöltään, perheeltä, ystävilta ja

työyhteisöltä (Ståhl 2003, Korkiakangas 2010). Tärkeää on ymmärtää, että liikunnallista pääomaa muodostuu kaikissa elämänvaiheissa ja että sitä voidaan vahvistaa (Korkiakangas, 2010).

1.3 Liikuntasuositukset ja liikunnan määrä

Liikuntaan liittyvien määritelmien selkeyttä on peräänkuulutettu. Käytössä on erilaisia liikunnan termejä riippuen liikunnan määrästä (useus), tehosta (laatu) ja tavoitteista. Puhutaan hyöty-, arki-, terveys-, ja kuntoliikunnasta sekä kuntourheilusta. Yleisesti liikunta voidaan jaotella terveysliikuntaan ja kuntoliikuntaan. Arki- ja hyötyliikunnassa tärkein toiminnan syy on jonkin tehtävän suorittaminen, johon tarvitaan tavalla tai toisella liikuntaa, esimerkiksi työmatkan kulkeminen kävellen tai puutarhan hoito (Vuori, 2003,15).

Liikunnan harrastusta terveyttä ja fyysistä kuntoa edistävänä voidaan tarkastella terveys- ja kuntoliikunnan näkökulmasta. Terveysliikunnassa painottuu säännöllinen, mielellään päivittäinen liikkuminen, kun taas kuntoliikunnassa korostuu harjoituksen intensiteetti eli teho (Ilmarinen, 2005,138).

Terveysliikunnalla tarkoitetaan sellaista liikuntaa, jonka on liikunnan syistä tai toteuttamistavoista riippumatta osoitettu tuottavan fyysistä, psyykkistä tai sosiaalista terveyttä edistäviä vaikutuksia hyvällä hyötysuhteella ja pienin haitoin ja riskein. Terveyttä edistävät vaikutukset edellyttävät liikunnan jatkuvuutta ja toistumista vähintään useita kertoja viikossa. Tuolloin liikunnan tulee olla rasitukseltaan kohtalaisen kuormittavaa. Liikunta, kuten hyöty- ja arkiliikunta, on usein terveysliikuntaa, vaikka sitä ei erityisesti harjoiteta terveyden takia (Vuori, 2006, 38-39). Kuntoliikunta puolestaan on järjestelmällisesti harrastettua liikuntaa, jonka tavoitteena on ylläpitää tai parantaa fyysisen kunnan joitakin osa-alueita (Aura & Sahi, 2006).

Liikuntasuosituksia on laadittu eri ikäryhmille; nuorille, työikäisille ja ikäihmisille ja ne perustuvat tieteelliseen näyttöön liikunnan hyödyistä. Aikuisten terveysliikuntasuositukset nojaavat Yhdysvaltojen terveysviraston (USDHHS) päivittäisiin liikuntasuosituksiin, jonka mukaan kaikille 18–64-vuotiaille suositellaan joko kohtuukuormitteista kestävyysliikuntaa, kuten reipasta kävelyä, ainakin kaksi ja puoli tuntia viikossa (esi-

merkiksi puoli tuntia viidesti viikossa). Rasittavampaa liikuntaa, kuten hölkkää, tulisi harrastaa tunti ja viisitoista minuuttia viikossa (esimerkiksi kolmasti viikossa 25 minuuttia). Liikunta voidaan jakaa vähintään kymmenen minuutin jaksoihin. Yli 64-vuotiaille suositellaan lisäksi nivelten liikkuvuutta ja tasapainoa ylläpitävää ja kehittäväää liikuntaa, esimerkiksi kotivoimistelua. Kestävyysliikunnan lisäksi kaikille aikuisille suositellaan kahdesti viikossa lihaskuntoa ja liikehallintaa ylläpitävää tai lisäävää liikuntaa, kuten kuntosaliharjoittelua, jumppaa, venyttelyä tai tanssia (USDHHS, 2008).

Käypähoitosuositukset (Käypä hoito) ja UKK-instituutin liikuntasuositukset (2009) ovat yhteneväiset Yhdysvaltain suositusten kanssa. Käypä hoito korostaa lisäksi luustolihasvoimaa ja kestävyttä ylläpitävää ja lisäävää liikuntaa (Käypä hoito). UKK-instituutin liikuntapiirakka (Kuva 2) kiteyttää hyvin aikuisten viikoittaisen terveysliikuntasuosituksen mukaiset liikuntatoimet. Kävelyn osalta tavoiteltava päivittäinen askelten määrä on 9 000-10 000 askelta (UKK-instituutti, 2009). Myös kansantautien ehkäisyohjelmissa (DEHKO, 2009) on kuvattu päivittäisen perusliikunnan vähimmäismäärää. Liikunta on keskeinen hoitomuoto useissa pitkäaikaissairauksissa joko yksin tai yhdistettynä muihin elintapamuutoksiin ja hoitoihin.



Kuva 2. Liikuntapiirakka (UKK-instituutti).

Määritelmien yhteneväinen ymmärtäminen nousee tärkeäksi suunniteltaessa toimintatapoja ja liikuntapalveluita muun muassa työyhteisöissä. Yksilön näkökannalta merkitystä on ymmärtää mitä milläkin liikunnalla tarkoitetaan, jotta voi tunnistaa ja arvioida omaa tilannetta sekä asettaa omia henkilökohtaisia tavoitteita fyysisen aktiivisuuden edistämiseksi ja terveyden lisäämiseksi. Vuonna 2007 toteutetun kansallisen FINRISK -terveystutkimuksen mukaan suomalaisten terveydessä on tapahtunut monia edullisia muutoksia viimeisten vuosikymmenten aikana. Myönteinen kehitys on pääosin jatkunut keskeisimpien sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöiden muutoksissa. Lisäksi itse koettu terveys, vapaa-ajan liikunta, oma fyysinen kunto ja elämänlaatu ovat kehittyneet myönteisesti edellisiin tutkimuksiin verrattuna (Peltonen ym. 2008).

Pitkällä aikavälillä mitattuna suomalaisten vapaa-ajan liikunta on lisääntynyt ja työmatkaliikunta vähentynyt. Miehistä 53 ja naisista 55 prosenttia ilmoitti harrastavansa vähintään puoli tuntia kestävästä vapaa-ajan liikunnasta kolmesti viikossa. Suomalaisten aikuisväestöä koskevista liikuntatutkimuksista liikuntaa harrastavien määrä vaihtelee jonkin verran johtuen kysymysasettelusta (kts. 1.4 Liikunta-aktiivisuus lukuina), voidaan kuitenkin todeta, että suurin osa suomalaisista ei yllä terveystieteiden suositusten mukaiseen liikuntamäärään. Liikuntasuositusten mukainen liikunta on yleisintä alle 25-vuotiailla ja harvinaisinta yli 54-vuotiailla (Poskiparta ym. 2009, Helakorpi, Laitalainen & Uutela 2010, Käypä hoito 2010, Helakorpi ym. 2011).

Liikkumisen hyötyjen rinnalle on viime aikoina noussut tutkimus liikkumattomuuden haitoista terveydelle (Vuori & Laukkanen 2009, Owen ym. 2010). Istumisen määrään on todettu olevan itsenäinen kuolleisuuden riskitekijä silloin, kun päivittäistä istumista tulee yli kuusi tuntia. Lisäksi istumista pidetään lihavuusepidemian yhtenä keskeisenä syynä. Arjen elämässä terveyden kannalta tulisi istumista vähentää ja korvata se seisoen tapahtuvilla toiminnoilla sekä aloittaa tai jatkaa säännöllistä terveys- ja kunto liikuntaa (Vuori & Laukkanen, 2009).

1.4 Liikunta-aktiivisuus lukuina

Liikunta-aktiivisuudella tarkoitetaan liikunnan ja liikuntamuotojen määrää ja monipuolisuutta, liikunnan harrastamisen säännöllisyyttä sekä hyöty- ja työmatkaliikuntaa (Korkiakangas, 2011). Suomalaisista aikuisväestöstä (19 - 65 -vuotta) 55 prosenttia ilmoittaa harrastavansa ainakin jonkinlaista liikuntaa vähintään neljästi viikossa ja 35 prosenttia 2-3 kertaa viikossa. Kansallisen liikuntatutkimuksen 2009-2010 mukaan liikunnan harrastamisen useus on lisääntynyt viimeisen neljän vuoden aika. Naiset ovat miehiä selvästi aktiivisempia liikkujia. Naista 60 prosenttia ja miehistä 49 prosenttia ilmoittaa liikkuvansa ainakin neljä kertaa viikossa. Sekä naiset että miehet ovat lisänneet liikuntakertojen määrää edellisestä tutkimuksesta. Suosituin liikuntamuoto on kävelylenkkeily. Kävelylenkkeilyksi luokitellaan kaikki kävelyä harrastavat hyöty- ja kuntoliikkujat ja sitä voidaan tehdä löysävauhtisesti lähes päivittäin. Tutkimuksen mukaan kuitenkin valtaosa liikkujista (62 %) ilmoittaa harrastavansa ripeää ja reipasta, jonkin verran hikoilua ja hengityksen kiihtymistä aikaansaavaa liikuntaa. Kymmenen suosituinta liikuntalajia harrastajamäärein mukaan ovat kävelylenkkeilyn lisäksi, pyöräily, kuntosaliharjoittelu, hiihto, juoksulenkkeily, uinti, voimistelu, sauvakävely, salibandy ja sulkapallo. Tutkimus osoittaa, että kuntosaliharjoittelu ja juoksulenkkeily ovat kasvattaneet eniten suosiotaan (Suomen Kuntoliikuntaliitto, 2010).

Suomalaisesta aikuisväestöstä suurin osa liikkuu pääosin omatoimisesti joko yksin (81 %) tai ryhmässä (55 %). Urheiluseurojen ja liikuntajärjestöjen järjestämiä palveluita käyttää noin yhdeksäntoista prosenttia aikuisväestöstä. Yksityisten yritysten palveluja käyttää viisitoista prosenttia ja työpaikan järjestämänä liikkuu yksitoista prosenttia, mikä vastaa noin 350 000 harrastajaa (Suomen Kuntoliikuntaliitto, 2010).

Laajan yleiseurooppalaisen tutkimuksen mukaan Euroopan Unionin kansalaisista 40 prosenttia harrastaa liikuntaa vähintään kerran viikossa. Heistä yhdeksän prosenttia liikkuu säännöllisesti, vähintään viisi kertaa viikossa. Suomalaiset (72 %), ruotsalaiset (72 %) ja tanskalaiset (64 %) harrastavat liikuntaa eniten Euroopassa. Muista Unionin maista Irlannissa, Alankomaissa, Sloveniassa ja Luxemburissa harrastajamäärä ylittää yli viiteenkymmeneen prosenttiin. Eteläeurooppalaiset liikkuvat selvästi vähemmän, Kreikassa liikkumattomien määrä oli korkein, 67 prosenttia. Bulgariassa, Portugalissa ja Italiassa luvut ovat 55-58 prosentin välillä, kun taas ruotsalaisista 6 ja

suomalaisista 7 prosenttia ilmoittaa, että ei harrasta koskaan liikuntaa (Special Eurobarometer, 2008).

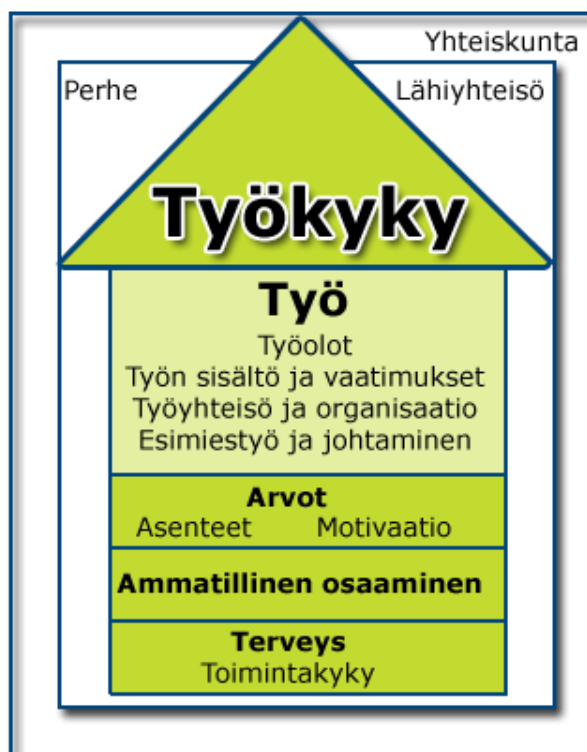
Eurooppalaisittain suosituimpia liikuntamuotoja ovat kävely, puutarhanhoito, pyöräily, kuntoilu ja uinti. EU-maissa miehet ovat naisia innokkaampia liikkujia. Eurooppalaisten keskuudessa tärkeimmäksi syyksi harrastaa liikuntaa nousevat terveydelliset vaikutukset (61 %, Suomessa 73 %). Muita suosittuja syitä ovat fyysisen kunnon kasvu (41 %, Suomessa 68 %), rentoutuminen (39 %, Suomessa 58 %) ja hauskan pito (31 %, Suomessa 26 %). Lisäksi suomalaisten keskuudessa henkinen hyvinvointi (43 %), painon hallinta (41 %), ystävien kanssa oleminen (34 %) ja ikääntymisen vaikutusten torjunta (33 %) ovat tärkeitä syitä liikunnan harrastamiseen (Special Eurobarometer, 2008). Liikunnan harrastamisen syitä ja motiiveja on selvitetty useissa tutkimuksissa. Ne osoittavat yhtäpitävästi, että tärkeimmät syyt liikuntaan ovat terveyden ja kunnon ylläpitäminen, rentoutus ja virkistys sekä liikunnan tuoma myönteinen vaikutus mieli-alaan ja elämänlaatuun (Poskiparta ym. 2009, Special Eurobarometer 2008, Vuori 2003, Korkiakangas 2010, Tiihonen 2011).

Liikunnan kentässä huomioitava muutos on ollut uusien liikuntamuotojen kehittyminen. Lähes vuosittain syntyy uusi laji, joka innostaa suuren joukon uusia harrastajia. Liikuntamuodot ovat lisääntyneet ja liikuntaa harrastetaan erilaisin intressein. Hyvinvoinnin lisäksi liikunta edistää hyvän elämän osatekijöitä, joita ovat kiinnostus, tarkoitus ja rakkaus, rakkaus ja vastuullisuus, terveys ja tehokkuus. Jaottelu perustuu merkityksiin, joita liikunnan harrastajat antavat harjoittamalleen liikunnalle (Ojanen, 2001). Liikunnan harrastamisen lisääntymisestä ja uusien liikuntalajien kehittymisestä huolimatta voidaan todeta, että terveyden näkökulmasta liikutaan edelleen liian vähän.

2 LIIKUNNAN EDISTÄMINEN TYÖPAIKALLA

2.1 Liikunta osana työhyvinvointia

Työyhteisöissä liikunnan edistäminen on osa työhyvinvoinnin kokonaisuutta. Juhani Ilmarisen Työkykytalo-malli (Kuva 1) kokoaa keskeiset yksilön työkykyyn ja hyvinvointiin vaikuttavat tekijät. Työkyky määritelmänä onkin moniulotteinen ja monipuolinen. Työkyvyllä tarkoitetaan kykyä ja halukkuutta tehdä jatkuvaa päivittäistä työtä. Työkyky voidaan ajatella tasapainotilaksi yksilön edellytysten tai voimavarojen ja työn ja ympäristön asettamien vaatimusten välillä. Yksilön voimavaroja ovat terveys, fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky, tiedot, taidot ja halukkuus käyttää näitä voimavaroja työhön. Liikunnan hyvinvointia edistävät vaikutukset työkyvyn osista kohdistuvat juuri yksilön voimavaroihin ja ensisijaisesti fyysiseen toimintakykyyn, mutta välillisesti myös muihin työkyvyn osatekijöihin ja -alueisiin (Gould ym. 2006, Vuori 2006, VLN 2012).



Kuva 1. Työkykytalo-malli kokoaa keskeiset työkyvyn osatekijät (Työterveyslaitos).

Tänä päivänä työikäisten keskeisimpiä terveydellisiä haasteita ovat tuki- ja liikuntaelinsairaudet, sydän- ja verisuonisairaudet, mielenterveysongelmat ja aikuisiän tyypin 2 diabetes. Lisäksi yhteiskunnalliset paineet nostaa eläkkeellesiirtymisikää edellyttää, että työntekijät ovat työkykyisiä ja hyvässä kunnossa pidempään. Liikunta on yksi keinoista edistää yksilön hyvinvointia. Liikunnan lisäämiseen on vahvat perusteet kansanterveydellisestikin, mutta eniten siitä hyötyy liikkuja itse. Hyvässä fyysisessä kunnossa oleva työntekijä jaksaa paremmin töissä ja vapaalla. Tässä työssä hyvinvointia tarkastellaan liikunta-aktiivisuuden muutoksen näkökulmasta yksilön hyvinvointiin, jolloin työkykytalo-mallin mukaan keskitytään talon perustuksiin - terveys ja toimintakykyyn.

Työpaikoilla liikunnan edistämisessä parhaita tuloksia saavutetaan silloin, kun liikunta nidotaan selkeästi osaksi työyhteisön arjen toimintaa ja yrityksen työhyvinvoinnin edistämisen strategiaa. Työyhteisöissä liikunnan edistäminen voi olla yleisluoteista tai toiminnalle asetetaan selkeät tavoitteet. Työkyvyn ylläpitämisen tärkeys korostuu tänä päivänä entisestään ikärakenteen muutoksissa ja työurien pidentyessä ja siihen kiinnitetään erityistä huomioita myös yhteiskunnallisesti (Gould ym. 2006, Vuori 2006). Liikunnan edistämistoimien suunnitelmissa on hyvä huomioida myös henkilöstön terveydelliset seikat, jotta mahdollisimman moni hyötyisi niistä.

2.2 Liikuntaa työpaikoilla

Työyhteisöt ovat nousseet yhdeksi merkittäväksi toimijaksi aikuisten liikunta- ja hyvinvointipalvelujen tarjoajana. Verohallinnon ohjeen (946/2008) mukaan työnantaja voi tukea työntekijän tavanomaista ja kohtuullista omaehtoista liikunta- ja kulttuuri-toimintaa vuosittain 400 euroon saakka. Työpaikkaliikunnalla tarkoitetaan työnantajan henkilökunnalleen järjestämiä liikuntapalveluja, joko itse järjestettyjä tai ostopalveluin hoidettuja. Verovapaus edellyttää, että työnantaja järjestää edun työntekijän käyttöön ja maksaa edusta aiheutuneet kustannukset joko kokonaan tai osittain ja että työntekijä on mahdollista tunnistaa (Verohallinto, 2011).

Työpaikkaliikuntabarometri, tuoreelta nimeltään henkilöstöliikuntabarometri (2012), antaa hyvän kuvan tämän päivän työpaikkojen liikunnan tilasta, tavoista ja käytännöistä Suomessa. Tutkimus on toteutettu vuodesta 2002 joka toinen vuosi. Säännöl-

lisesti toteutettu tutkimus antaa tietoa, miten suomalaisilla työpaikoilla tuetaan henkilöstön liikuntaharrastusta. Viimeiseen barometrin kootut tiedot kerättiin haastatteleamalla 150 eri johtotason henkilöä ja liikuntavastaavaa satunnaisesti valituissa erilaisissa yrityskoon ja toimialan työpaikoissa.

Henkilöstöliikuntabarometrin mukaan lähes kaikki työpaikat (83 %) tukevat henkilöstön liikuntaharrastusta. Kyselyhetkellä vain 17 % työpaikoista ei tukenut liikuntaa lainkaan. Liikunnan tukeminen on tyypillistä nimenomaan suurille, yli sadan työntekijän työyhteisöille. Suurin osuus työpaikkaliikunnan antamasta tuesta (72 %) kohdistuu itse järjestettäviin liikuntapalveluihin kuten liikuntailtapäivät, joissa henkilöstölle järjestetään liikunnallisia aktiviteetteja iltapäivän ajan. Kertaluontoisten ostopalvelujen osuus (63 %) ei enää lisännyt kasvua edelliseen mittauskertaan. Liikuntasetelien käyttö tukimuotona on lisääntynyt entisestään (60->67 %). Työntekijän yksilöllisen liikuntaharrastuksen tukemisen osuus on pysynyt ennallaan (62 %). Liikuntasetelillä työntekijä voi ostaa liikuntapalveluita. Setelit ovat verovapaa henkilöstöetu, mikäli se on kaikkien yrityksessä työskentelevien käytettävissä. Selkeä muutos aiempaan on liikuntasetelien käytön merkittävä lisääntyminen. Tänä päivänä enemmän kuin joka toisella (56 %) työpaikalla on käytössä liikuntasetelijärjestelmä.

Työpaikkaliikuntabarometritutkimukset näyttävät, että yleinen määrittelemätön liikunnan tuki on yleistynyt suuresti, mikä johtuu liikuntasetelikäytännön yleistymisestä, eikä lajikohtaista tilastointia pystytä tekemään. Varsinaisista lajeista suosituimpia liikuntalajeja ovat kuntosaliliikunta, uinti ja erilaiset joukkuepallopelit. Mailapelit ja erilaiset yhteiset tapahtumat ovat edelleen viiden tärkeimmän tukimuodon listalla (Suomen Kuntoliikuntaliitto, 2009, 2012).

Liikuntaharrastuksen tukemisen perustana on melkein yksiselitteisesti (88 %) työkyvyn ja -vireen ylläpitäminen. Työnantajan järjestämän liikuntatoiminnan tavoitteena on edistää henkilöstön fyysistä ja psyykkistä hyvinvointia. Työkyvyn ylläpitäminen on leimallinen peruste nimenomaan julkisella palvelusektorilla, kun taas teollisuudessa on keskimäärin useammin työilmapiirin kehittäminen ja yksityisellä palvelusektorilla henkilökunnan terveydentila yleensä (Suomen Kuntoliikuntaliitto, 2009). Henkilöstöliikunnan tukemisella haetaan monia erilaisia positiivisia vaikutuksia terveydentilan

edistämisen lisäksi työilmapiirin parantamista, työpaikan tuottavuuden ja tehokkuuden lisäämistä (Suomen Kuntoliikuntaliitto, 2012).

Työpaikkaliikunnalla voidaan nähdä olevan yhteiskunnallista, yritystasoisista ja yksilöllistä hyötyä. Yhteiskunta hyötyy riittävästi liikkuvasta väestöstä pienentäen ikääntymisen ja epäterveiden elintapojen synnyttämää painetta sosiaali- ja terveystenonja kohtaan. Yritys hyötyy liikunnallisen elämäntavan myötä paranevasta henkilöstön hyvinvoinnista ja sitä kautta parantaen tehokkuutta ja tulosta. Suurin hyötyjä on kuitenkin yksilö itse, saaden terveyttä ja hyvää oloa, mikä ei rajoitu ainoastaan työpäivään (Aura & Sahi, 2006, 11 -19). Poliiseille (n=94) tehty viidentoista vuoden seurantatutkimus (2008) osoitti, että työkyky ja elämänlaatu ovat vahvasti yhteydessä toisiinsa ja myös fyysinen kunto on yhteydessä työkykyyn ja elämänlaatuun. Tutkimus osoitti, että varhaisessa keski-iässä omaksutut liikuntatottumukset ennustavan vapaa-ajan fyysistä aktiivisuutta myös keski-iässä. Lisäksi liikuntaan liittyvällä ilolla oli yhteyttä tutkittujen liikunnan harrastukseen ja kuntoon. Tutkimus vahvisti fyysisen kunnan yhteyttä työkykyyn ja että työyhteisöissä kannattaa panostaa jo varhaisessa vaiheessa fyysisesti aktiivisen elämäntavan ohjaukseen. Liikunnan ohjauksessa ja liikkumisessa on erityisen tärkeää myönteisten elämyksien saaminen (Södersen, 2008).

2.3 Työyhteisöissä toteutetut liikuntainterventiot

Työyhteisöissä ja työpaikoilla liikunnan harrastusta tuetaan terveyden, työkyvyn ja tuottavuuden parantamiseksi. Työpaikoilla toteutetaan liikuntaohjelmia osana työkykyä edistävää toimintaa, kun taas työtyöterveyshuollon toteuttamat liikuntaohjelmat liittyvät usein kuntoutukseen. Työpaikkaliikuntaa on tutkittu Suomessa ja kansainvälisesti liikuntalääketieteessä, käyttäytymistieteessä, liikuntatieteiden alueilla ja osana yrityksen aineetonta pääomaa. Suomessa 2000-luvulla työpaikkojen liikuntainterventioiden toteuttamista ovat tutkineet muun muassa Nurminen (2000), Pohjonen (2001), Sjögren (2006) ja Lahti (2011). Auran (2006) tutkimuksessa puolestaan selvitettiin liikunnan ja fyysisen kunnan vaikutusta yrityksen osaamis pääomaan. Tutkimukset käsitelivät liikunnan ja fyysisen kunnan osuutta työyhteisön ja henkilöstön hyvinvointiin. Kaikki tutkimukset (Kuva 3) vahvistavat käsitystä, että liikunnalla voidaan edistää terveyttä ja hyvinvointia.

Nurmisen (2000) satunnaistettu vertailututkimus (n=260) toteutettiin noin 1000 työntekijän yrityksessä liikuntapainotteisen ja työkykyä edistävän hankkeen yhteydessä. Interventoryhmä sai fysioterapeutin ohjaamaa liikuntaa työajalla yhden tunnin viikossa kahdeksan kuukauden ajan, yhteensä 26 kertaa. Vertailuryhmä sai fyysisen toimintakykytestauksen pohjalta palautteen ja harjoitusohjeet kuten muutkin työntekijät. Seuranta kesti 15 kuukautta. Tulokset osoittivat, että liikunnanharrastus lisääntyi interventoryhmässä tutkimuksen aikana, mutta seurannassa ryhmien väliset erot jäivät vähäisiksi. Lihassoima ja -kestävyys paranivat interventoryhmässä selvästi enemmän kuin vertailuryhmässä. Viikoittaisella harjoituksella oli vaikutusta lihaskuntoon ja tuki- ja liikuntaoireiden esiintyvyyteen. Lisäksi oma arvio koetun työkyvyn kahden vuoden ennusteesta parani ja hyvätyökykyisten osuus lisääntyi interventoryhmässä enemmän kuin vertailuryhmässä. Työpaikkaliikunnalla oli myönteisiä vaikutuksia erityisesti intervention päättyessä ja 12 kuukauden seurannassa (Nurminen, 2000).

Pohjosen (2001) tutkimuksessa selvitettiin työaikana toteutetun liikunnan sekä työn kehittämisen vaikutuksia työkykyyn. Tutkimukseen osallistui Helsingin kaupungin kotipalvelun naistyöntekijöitä (n=154). Vuoden kestänyt ja työyhteisöittäin toteutettu liikuntaohjelma, jossa harjoiteltiin ohjatusti kaksi kertaa viikossa, paransi tuki- ja liikuntaelinten kuntoa, verenkiertoelimistön kuntoa, työkykyä ja koettua terveydentilaa. Viiden vuoden jälkeen seurantamittaukset osoittivat, että fyysinen kunto oli edelleen parempi niillä työntekijöillä, jotka olivat osallistuneet liikuntahankkeeseen. Tulokset osoittavat, että liikunnalla voidaan ennaltaehkäistä fyysisen kunnan ja työkyvyn enenaikainen heikkeneminen kotipalvelutyötä tekeville naisilla. Työkykyyn vaikutukset olivat viitteellisesti positiivisia (Pohjonen, 2001).

Tutkimus	Toteutus	Mittarit	Tulokset	Muita huomioita
Nurminen 2000	Interventio 1 ohjauskerta/vko kesto 8 kk seuranta 15 kk n=260 vertailuryhmä	toimintakyky- testit työkyky	↑ liikunnan harrastus ↑ lihaskunto- ja kestävyys ↓ tuki- ja liikuntaelinoireiden esiintyvyys ↑ koettu työkyky	interventoryhmän tulokset parempia kuin vertailuryhmän 15 kk seurannassa liikunnan harrastus säilynyt työpaikkaliikunnalla myönteisiä vaikutuksia
Pohjonen 2001	Interventio 2 ohjauskertaa/vko työn kehittäminen kesto 1 v seuranta 5 v n=154 vertailuryhmä	fyysisen kunnan testit työkyky	↑ tuki- ja liikuntaelinten kunto ↑ verenkiertoelimistön kunto ↑ koettu työkyky ↑ koettu terveydentila	viiden vuoden seurannassa fyysisen kunto parempi kuin vertailuryhmässä
Sjögren 2006	Interventio 5 min kuntosaliharjoittelu/pv kesto 15 vko seuranta 1 v n=90 vertailuryhmä	fyysinen ja psykososiaalinen toimintakyky koettu työkyky subjektiivinen elämänlaatu	↓ päänsärkyä, niskan, hartioiden ja alaselän oireet ↑ subjektiivinen vointi ↑ tuki- ja liikuntaelimestön kunto ↑ toimintakyky ↑ koettu työkyky ↑ subjektiivinen elämänlaatu	
Aura 2006	Interventio/tapaustutkimus 10 v aikana kerätty aineisto (1995-2005), työpaikkaliikunnan, liikuntakäyttämisen ja fyysisen kunnan vaikutus yrityksen osaamispääomaan	liikuntaaktiivisuus, työkyky, fyysinen kunto, työyhteisön toimivuus, työnantajaan sitoutuminen, työtyytyväisyys, työtehokkuus	Riittävä liikunta ↓ vähemmän stressiä, ↑ enemmän työtyytyväisyyttä ↑ enemmän motivoituneisuutta	liikuntaindikaattorin keskiarvo 43 % (= yrityksen kunto- tai terveysliikkujien osuus koko henkilöstöstä) 56 % yritysten henkilöstöstä vähintään keskikuntoisia
Lahti 2011	Kyselytutkimus 7 v aikana kerätty aineisto (2000-2007)	liikuntaaktiivisuus, sairauspoissaolo, työkyvyttömyys	Rasittava liikunta ↑ parempi fyysinen toimintakyky ↓ riski sairauspoissaoloihin ↓ riski työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen	

Kuva 3. Yhteenveto työyhteisöissä toteutetuista liikuntatutkimuksista Suomessa.

(nuoli ylöspäin ↑ = paranee, lisääntyy, kasvaa / nuoli alaspäin ↓ = pienenee, vähenee, alenee)

Sjögren (2006) tutkimuksessa selvitettiin työpaikalla tapahtuvat kevyen kuntosaliharjoittelun vaikutusta toimistotyöntekijöiden (n=90) fyysiseen ja psykososiaaliseen toimintakykyyn, koettuun työkykyyn ja yleiseen subjektiiviseen elämänlaatuun. Liikuntainterventiona oli päivittäinen noin 5 minuutin harjoitusohjelma kuntosalilaitteilla oman työn lomassa. Harjoittelun kesto oli viisitoista viikkoa (4 kk). Seurantamittaukset tehtiin vuoden kuluttua alkumittauksista. Tulokset osoittivat, että fyysisen harjoittelun aikana työntekijöillä esiintyi vähemmän päänsärkyä, niskan, hartioiden ja alaselän oireita kuin aiemmin. Harjoittelu paransi myös koehenkilöiden subjektiivista vointia. Työntekijöiden tuki- ja liikuntaelimestön kunto oli merkitsevästi paremmalla tasolla kuin alkumittauksissa. Lisäksi tulokset osoittivat, että tutkittavien toimintakyky, koettu työkyky ja subjektiivinen elämänlaatu olivat parantuneet (Sjögren, 2006).

Auran (2006) tutkimuksessa selvitettiin yritysten työpaikkaliikunnan toteutustavan, liikuntakäyttämisen ja fyysisen kunnon vaikutuksia yrityksen osaamispääomaan. Osaamispääomalla tutkimuksessa tarkoitetaan aineetonta pääomaa, arvoa, joka liittyy henkilöstöön, brändiin, työ- ja tuotantoprosesseihin ym. tekijöihin. Keskeisiä mittareita olivat liikunta- ja kuntoindikaattorit. Tutkimuksen ensivaiheeseen sisältyi 33 yrityksen työntekijöille suunnattu liikuntakysely (n=14 420) ja kuntotestaus (n=5 980). Tutkimusta täydensi neljän yrityksen tapaustutkimus nimenomaan työpaikkaliikuntapolitiikan yhteyksistä yrityksen osaamispääomaan. Tutkimuksessa määriteltiin liikuntakäyttämisen ja fyysisen kunnon tunnusluvut. Yrityksiltä mitattiin liikuntaindikaattori, joka kuvaa kunto- ja terveysliikkujien osuutta koko henkilöstö, keskiarvo oli 43 %. Kuntoliikkujiksi luokiteltiin vähintään kolme kertaa viikossa kovalla kuormituksella liikkuvat ja terveysliikkujiksi vähintään neljä kertaa viikossa kohtalaisella kuormituksella liikkuvat työntekijät. Suomalaisen viiteaineiston perusteella yritystason kuntoindikaattoriksi saatiin 56 %, mikä kertoo yritysten henkilöstön olevan vähintään keskikuntoisia.

Sairauspoissaolojen, terveystuntemusten ja työkykyarviointien taustalla tärkein yksittäinen liikuntakäyttämisen muuttaja oli liikunnan koettu kuormittavuus, mitä kuormittavampaa liikunta oli, sitä paremmat terveystuntemukset työntekijällä oli. Keskitason terveystuntemus oli yhteydessä ka 3,5 viikoittaiseen liikuntakertaan, kun liikuttiin kohtuullisella teholla, mikä tarkoitti hikoilua ja hengästymistä. Puolestaan hyvä terveystuntemus oli yhteydessä ka 4,5 liikuntakertaan kuormitustason ollessa kohtalaisen

ja kovan välillä. Liikunnan motiiveiksi tärkeimpänä pidettiin terveyttä, fyysisen kunnon kehittämistä, rentoutumista ja hauskuutta. Terveytensä kannalta riittävästi liikkuvat kokivat vähemmän stressiä ja olivat työhönsä tyytyväisempiä ja motivoituneempia kuin vähemmän liikkuvat. Auran (2006) mukaan työpaikkaliikuntaohjelmalla ja sen takana olevalla strategialla voidaan tukea yrityksen osaamispääomaa. Ihmiset ovat yrityksen tärkein voimavara. Liikunta merkitsee jaksamista ja uusiutumista. Tutkimustulosten mukaan liikunta tukee terveyttä, työkykyä ja fyysistä kuntoa, työyhteisön toimivuutta, työnantajaan sitoutumista, työtyytyväisyyttä ja työtehokkuutta (Aura, 2006).

Lahden (2011) tutkimus selvitti, miten vapaa-ajan liikunnan määrän ja rasittavuuden merkitystä myöhempään fyysiseen toimintakykyyn, sairauspoissaoloihin ja työkyvyttömyyseläkkeisiin keski-ikäisten Helsingin kaupungin työntekijöiden keskuudessa. Tutkimusaineisto muodostui vuosina 2000, 2001, 2002 toteutetuista peruskyselyistä (n=8 960) ja vuonna 2007 toteutetusta seurantakyselystä. Sairauspoissaolot ja työkyvyttömyyseläkkeet haettiin rekisteritiedoista. Osallistujat olivat tutkimuksen alkaessa 40-60 -vuotiaita. Tulosten mukaan rasittavaa liikuntaa, kuten juoksua, harrastavilla keski-ikäisillä oli parempi fyysinen toimintakyky ja vähemmän sairauslomia kuin ikätovereillaan. Liikunnalla oli erityisen positiivinen vaikutusta fyysisen toimintakyvyn ylläpitäjänä. Aktiivinen liikunnan harrastus vähensi sairauspoissaolojen riskiä sekä riskiä siirtyä eläkkeelle tuki- ja liikuntavaivojen ja mielenterveysongelmien takia (Lahti, 2011).

Yhteenvedon voidaan todeta, että suomalaissa työyhteisöissä toteutettujen liikuntainterventiotutkimusten mukaan liikunnalla on vaikutusta henkilöstön koettuun terveyteen ja toimintakykyyn (Kuva 3). Myös työyhteisön tarjoamalla liikuntapalveluilla, kuten omat säännölliset liikuntaryhmät, voidaan vaikuttaa fyysiseen kuntoon, koettuun terveys- ja työkykytuntemuksiin. Tutkimuksissa toteutettujen liikuntainterventioiden tuloksena lihas-, tuki- ja liikuntaelinten kunto parani ja työntekijät kokivat vähemmän stressiä kuin ennen interventiota. Lisäksi niska- ja hartiasseudun oireet vähenivät. Kaikkiaan säännöllisen ja kohtuukuormittavan liikunnan harrastajat kokivat voivansa paremmin kuin muut (Nurminen 2000, Pohjonen 2001, Aura 2006, Sjögren 2006, Lahti 2011). Tulosten perusteella voidaan sanoa, että työpaikoilla tehtyjen liikuntainterventioiden hyödyt kohdistuvat pääasiassa lyhytaikaiseen liikunnan harrastuksen lisääntymiseen, eivät välttämättä edistä liikuntaa pitkäaikaisesti. Toisaalta

Pohjoisen (2001) tutkimuksen pidempiaikainen (5v) seuranta osoitti, että liikunta-hankkeessa mukana olleilla oli vielä viiden vuoden kuluttua parempi fyysinen kunto kuin ei mukana olleilla. Lisäksi liikunnan hyödyt näkyvät niin tuki- ja liikuntaelinten sairauksissa kuin mielenterveysongelmista johtuvien työkyvyttömyyseläkkeiden määrässä (Lahti, 2011).

Suomalaistutkimusten tulokset ovat yhteneväisiä kansainvälisten tutkimusten kanssa, jotka osoittavat, että työyhteisössä toteutetuilla aktiivisilla toimilla voidaan lisätä liikunta-aktiivisuutta ja edistää henkilöstön terveyttä ja työhyvinvointia (Abraham ym. 2009; Conn ym. 2009). Abrahamin ym. (2009) tutkimuksessa oli mukana 37 eri hanketta ja niiden 55 interventiota. Tarkastelussa oli mukana sellaiset hankkeet, joissa osallistujilla ei ollut pitkäaikaissairauksia. Hankkeissa oli arvioitu, miten edistämistoimet olivat kohdentuneet liikunta-aktiivisuuden lisääntymiseen ja hengitys- ja verenkiertoelimistön kunnon paranemiseen. Positiivinen vaikutus hengitys- ja verenkiertoelimistön kuntoon näkyi hankkeissa, joissa pyrittiin nimenomaan liikunnan lisäämiseen tai kunnon kohottamiseen liikunnalla. Kävelyinterventiot todettiin muita liikunnan edistämisen interventioita tehokkaimmiksi, koska kävely ei ole sidoksissa aikaan, paikkaan eikä erityisiin liikuntavälineisiin. Lisäksi oman liikkumisen arviointi ja kirjaa-minen lisäsivät liikunnan määrää. Yksilökohtaisen tavoitteen asettaminen ja toiminnan seuraaminen olivat kannattavia toimia liikunnan edistämiseksi (Abraham ym, 2009). Tulosten mukaan työyhteisöissä toteutetuilla liikunnan edistämiskeinoilla saatiin parannusta aikaan, vaikkakin vähäistä.

Työyhteisöjen terveyden edistämisen ohjelmien suunnittelussa on hyvä tiedostaa osallistumisen taustalla vaikuttavia tekijöitä, jotta voidaan saada tuloksia aikaan. Robroekin (2009) tutkimuksen mukaan osallistuminen vaihteli 10–65% välillä. Naiset osallistuivat ohjelmiin miehiä paremmin koulutuksellisiin ja monitoiminnallisiin ohjelmiin, mutta ei kuntosalityyppisiin ohjelmiin. Korkeasti koulutetut osallistuivat muita paremmin ohjelmiin ja terveet työntekijät eivät osallistuneet muita aktiivisemmin. Työntekijöistä parhaiten osallistuivat erilaisiin liikunta- ja hyvinvointihankkeisiin vakinaisessa, kokoaikaisessa työsuhteessa ja naimisissa olevat sekä pienten yritysten työntekijät. Lisäksi nuoret osallistuivat ohjelmiin paremmin kuin vanhemmat työntekijät. Osallistujamäärä oli suurempi sellaisissa ohjelmissa, jotka tarjosivat palkkioita ja monitoiminnallisia vaihtoehtoja, ei pelkästään fyysisiä aktiviteetteja. Tämän tyyppiset oh-

jelmat myös soveltuvat useammalle henkilölle. Myöskään osallistumismaksu ei näyttänyt olevan este mukanaololle (Robroek, 2009).

Työyhteisöissä toteutettavissa liikuntaan aktivoimistoimissa on tarpeen tiedostaa myös liikuntamotivaatioon vaikuttavia tekijöitä. Kohderyhmien miettiminen ja yksilöiden tarpeiden kartoittaminen edesauttaa onnistumista. Ihminen on aktiivinen tiedon prosessoija, joka motivoituu itselle tärkeistä asioista (Huuska & Aura, 2006, 124-133). Terveyden edistämisen ohjelmien tehokkuuteen vaikuttavat kohderyhmä, kennelle ohjelma on suunniteltu ja ketkä siihen osallistuvat. Osallistujamäärän koko voi selittää ohjelmien tehokkuuden suuria eroja. Toisaalta vähäinen osallistujamäärä heikentää tulosten luotettavuutta (Robroek, van Lenthe, van Empelen & Burdorf, 2009).

Onnistuneen työpaikalla toteutetun liikuntaohjelman tunnusmerkkejä ovat ainakin osittain työaikana toteutettava liikuntaohjelma, liikunta on asemoitu yrityksen strategiaan, sekä johto että työntekijät ovat sitoutuneet ohjelmaan. Liikuntaohjelmalle tulee luoda pelisäännöt, tavoitteet ja toimintasuunnitelma sekä taata riittävät resurssit toimintaan. Lisäksi liikuntaohjelman toteutusta seurataan ja kehitetään. Liikunnan tulee olla myös ammattitaitoisesti ohjattua ja turvallista. Lisäksi osallistujien tulee saada välitöntä palautetta edistymisestään. Monipuolinen ja elämyksellinen liikuntaohjelma ja osallistujien mahdollisuus vaikuttaa liikunnan sisältöön sekä liikuntaohjelman riittävän pitkä kesto vaikuttavat onnistumiseen (Aura 2006, Heikkinen & Ilmarinen 2001).

Yksilön hyvinvointia edistää myös työpäivän aikana tehty työn tauotus, taukoliikunta ja liiallista istumista vähentävät työpisteiden, -ympäristön, -menetelmien ja -tapojen kehittäminen. Monipuolinen työhön sisältyvän liikunnan kehittäminen on tärkeää istuma- ja päätetyön jatkuvan lisääntymisen vuoksi (Vuori, 2003). Tässä tutkimuksessa työaikainen liikkuminen ei ole mukana, vaikka sillä on suuri merkitys terveyden edistämisen kannalta, vaan keskityttiin harrastuksena toteutuvaan liikuntaan eli vapaa-ajan liikuntaharrastuksen lisäämisen kautta saatuihin hyötyihin.

3 TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, minkälaisia muutoksia työyhteisössä toteutetulla liikuntapainotteisella kuntovalmennuksella oli liikuntaprojektiin osallistujien liikuntakäyttäytymiseen ja arvioon omasta hyvinvoinnista. Lisäksi arvioitiin yksilön vapaa-ajan liikunnan lisäämiseen tähtäävän kuntovalmennuksen toimivuutta työpaikalla toteutettuna.

Tutkimuskysymykset ovat

1. Millaisia muutoksia liikuntapainotteisella kuntovalmennuksella on osallistujien vapaa-ajan liikunta-aktiivisuuteen?
2. Millaisia muutoksia liikuntapainotteisella kuntovalmennuksella on osallistujien arvioon omasta työkyvystä ja työvireestä, omasta terveydentilasta ja niskahartiaseudun terveystuntemuksesta?

4 AINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT

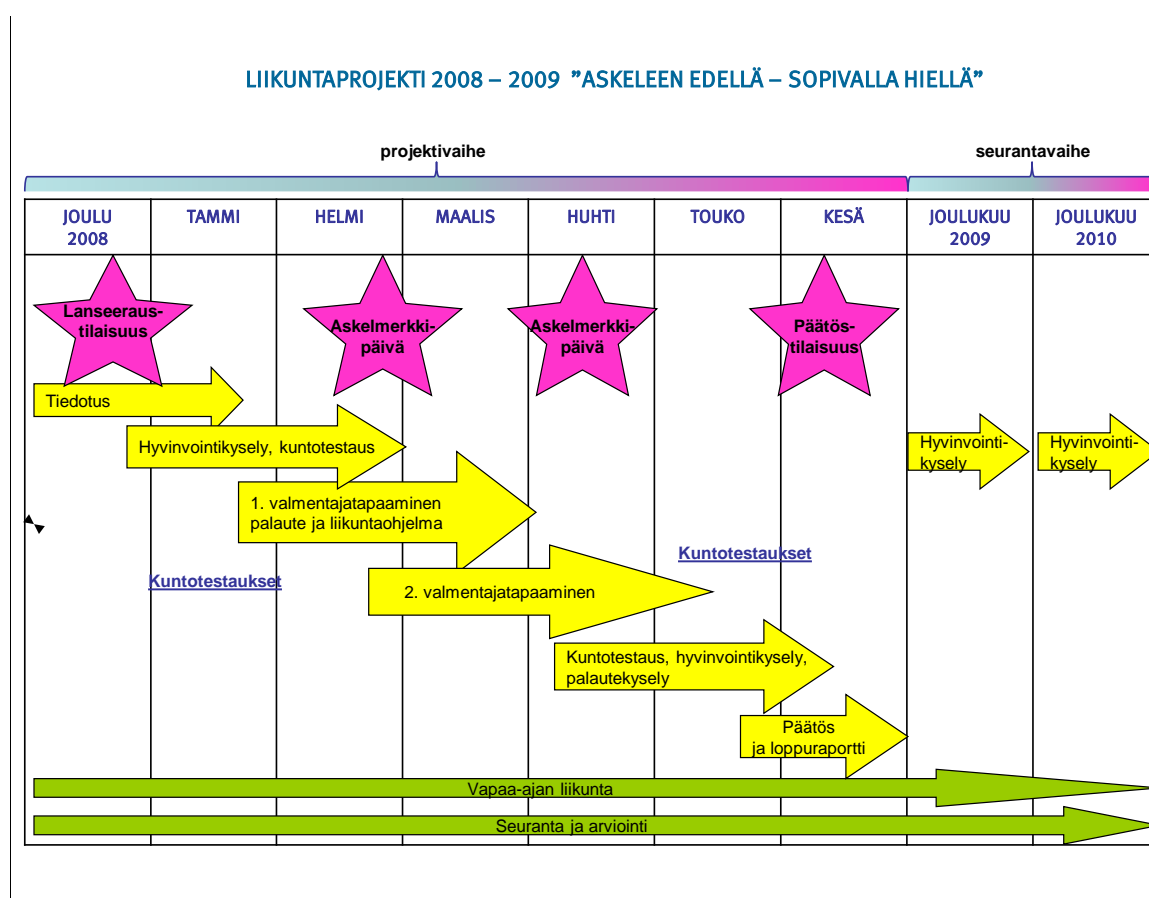
4.1 Liikuntaprojekti ”Askeleen edellä - sopivalla hiellä”

Kansaneläkelaitos (Kela) huolehtii Suomessa asuvien perusturvasta eri elämäntilanteissa. Kelan palveluksessa oli vuoden 2010 lopussa 6092 henkilöä, joista noin 84 % naisia (Kela 2010). Kelassa työpaikkaliikuntaa on järjestetty vuodesta 1960 alkaen. Alkuvuosina puulaaki-, kilpa- ja joukkueurheilu olivat pääosassa. Tänä päivänä pääpaino on arki- ja kuntoliikunnassa, työntekijöiden omaehtoisen liikuntaharrastuksen tukemisessa sekä yhteisöllisyyden voiman nostattamisessa. Työpaikkaliikuntaa toteutetaan paikallisesti, alueellisesti ja valtakunnallisesti. Vuoden 2011 liikuntatilastojen mukaan Kelan järjestämään työpaikkaliikuntaan osallistui kaksi kolmasosaa työntekijöistä. Suosituimmat liikuntalajit olivat erilaiset jumpat, kuntosali, uinti ja kuntotahtumat. Liikuntasetelien käyttö on lisääntynyt tasaisesti. Omia liikuntatiloja on kahdessa keskushallinnon rakennuksessa ja kolmessa aluekeskuksessa (Kelan liikuntatilastot 2011).

Joulukuussa vuonna 2008 käynnistyneen liikuntaprojektin taustalla vaikuttavia tekijöitä olivat työhyvinvoinnin kehittämistoiminnan (=Taika-toiminta) kautta tulleet toiveet löytää uusia keinoja yksilön hyvinvoinnin tukemiseen kokonaisvaltaisesti ikätekijät huomioiden. Kelan henkilöstön hyvinvointimittareiden mukaan sairauspoissaolot olivat lisääntyneet ja stressiä kokeneiden määrä oli kasvanut edellisvuosiin verrattuna (Kelan henkilöstötilinpäätös, 2008). Kelassa käynnistyi työyhteisön hyvinvointihanke ja tutkimuksen kohteena oleva liikuntaprojekti (Kuva 4) toteutettiin osana tätä kokonaisuutta. Liikuntaprojektin päämääränä oli liikuntamäärän, liikuntatietouden ja työpaikkaliikunnan tunnettavuuden lisääminen sekä henkilökohtaisen kuntovalmennuksen toimivuuden selvittäminen yhtenä työpaikkaliikunnan toimintamuotona.

Liikuntaprojektin suunnittelussa sovellettiin terveyden edistämisen teoreettista PRECEDE-PROCEED –mallia (Green & Kreuter, 2000), jonka avulla voi tunnistaa ja ymmärtää yksilön ja yhteisön terveyskäyttäytymiseen liittyviä muutoksia. Liikuntaprojektin suunnittelussa ja toteuttamisessa lähtökohtana olivat yhteiset tapaamiset ja henkilökohtainen kuntovalmennuskokonaisuus liikuntaohjelmiseen. Hyvinvointi-

kyselyllä ja kuntotestauksella selvitettiin osallistujien lähtötilannetta ja valmentajatapaamisilla paneuduttiin jokaisen yksilöllisiin tarpeisiin, toiveisiin ja tavoitteisiin. Osallistumista ja sitoutumista vahvistettiin koko projektin ajan, kuten keskustellen toiveista luentojen aiheista, yhteisten liikuntailtapäivien sisällöistä ja halusta tutustua erilaisiin liikuntalajeihin. Liikuntaprojektin lopussa toistettiin hyvinvointikysely ja kuntotestaukset. ”Askeleen edellä - sopivalla hiellä” nimellä kulkeva liikuntaprojekti kesto oli kuusi kuukautta. Projektin toteutusyksilössä henkilöstön osallistumisprosentti oli 85 % (ka n=48). Projektiin osallistuminen oli vapaaehtoista.



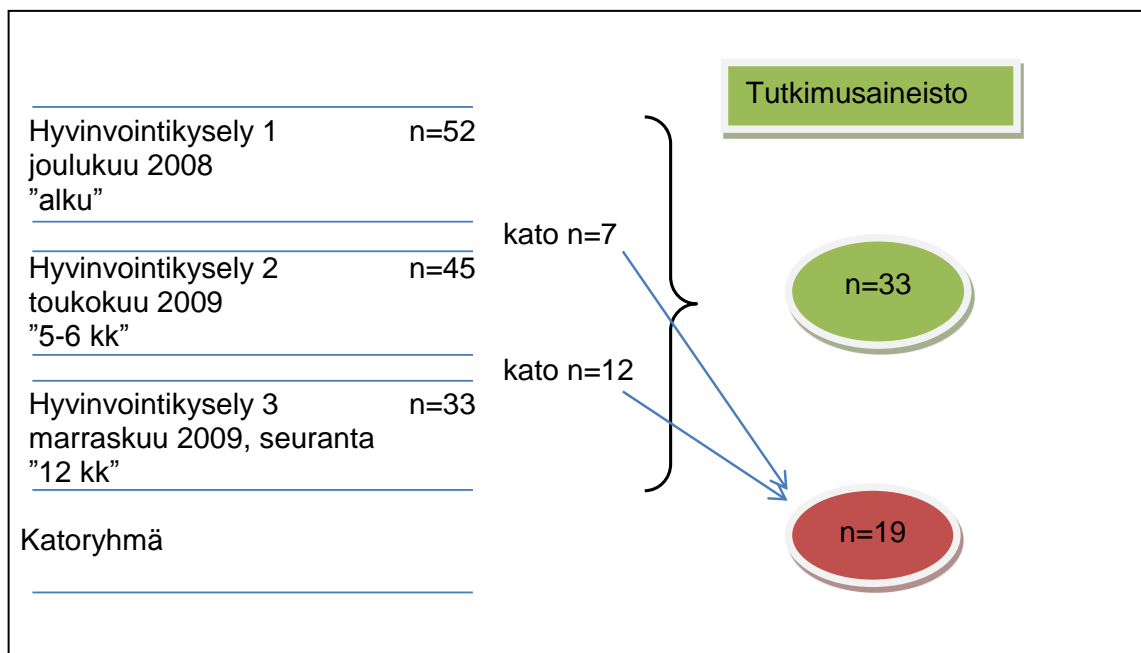
Kuva 4. Liikuntaprojektin toteutusaikataulu (Kela).

Liikuntaprojektin aikana kokoonnuttiin yhteisesti kolme kertaa. Lanseeraustilaisuudessa selvitettiin projektin kulku ja otettiin lopulliset ilmoittautumiset vastaan. Lisäksi järjestettiin kaksi askelmerkkipäivää, joka tarkoitti aamupäivän luentotilaisuutta teemoilla hyvinvointi, liikunta ja ravinto. Askelmerkkipäivän päätteeksi liikuttiin yhdessä.

Hyvinvointikysely ja kuntotestaus tehtiin liikuntaprojektin alussa ja lopussa. Osallistujilla oli kaksi henkilökohtaista valmentajatapaamista. Lisäksi oli mahdollisuus ns. ”etävalmennukseen” sähköpostin välityksellä koko liikuntaprojektin ajan. Kuntotestaukset olivat projektin alussa ja siitä noin 5-6 kk kuluttua seurantamittaukset. Kuntotestaukseen sisältyi taustatietojen kartoitus, oman vireystason arviointi, painoindeksi, verenpaineen mittausta, polkupyöräergometritesti, lihaskuntotestit (vatsa, jalat, ylävartalo), liikkuvuustestit (olka, lonkka, selkä), kehon koostumuksen mittausta, vyötärön ympärysmittausta, kuntoindeksi-arvio sekä henkilökohtainen testipalaute. Jokaiselle osallistujalle laadittiin oman liikuntaohjelman. Liikuntaprojektin lopuksi kokoonnuttiin yhteiseen päätöstilaisuuteen kuulemaan tuloksia. Tässä pro gradu -tutkielmassa käytetään liikuntaprojektin hyvinvointikyselystä saatua aineistoa.

4.2 Tutkimusaineiston keruu

Tämän tutkimuksen aineisto perustuu liikuntaprojektiin osallistuneiden hyvinvointikyselystä saatuun materiaaliin (LIITE 1). Aineisto perustuu kolmeen kyselyyn (Kuva 5). Ensimmäinen kysely oli liikuntaprojektin alussa (2008), toinen liikuntaprojektin päättyttyä (5-6 kk) ja seurantakysely vuoden päästä alkukyselystä (12 kk). Tähän tutkimukseen otettiin ne samat henkilöt, jotka vastasivat kaikkiin kolmeen kyselyyn (n=33). Vastaukset kerättiin sähköisesti ulkopuolisen palveluntuottajan toimesta. Tutkimustulosten analyysissä mittauskerrat on nimetty alkua, 5-6 kk ja 12 kk. Alkukyselyyn vastanneista 19 ei enää vastannut jompaankumpaan (5-6 kk, 12 kk) kahdesta seuraavasta kyselystä. Poisjääneiden (n=19) ja jatkaneiden (n=33) ryhmiä verrattiin keskeisten muuttujien kohdalla keskiarvovertailulla.



Kuva 5. Tutkimusaineiston hankinta.

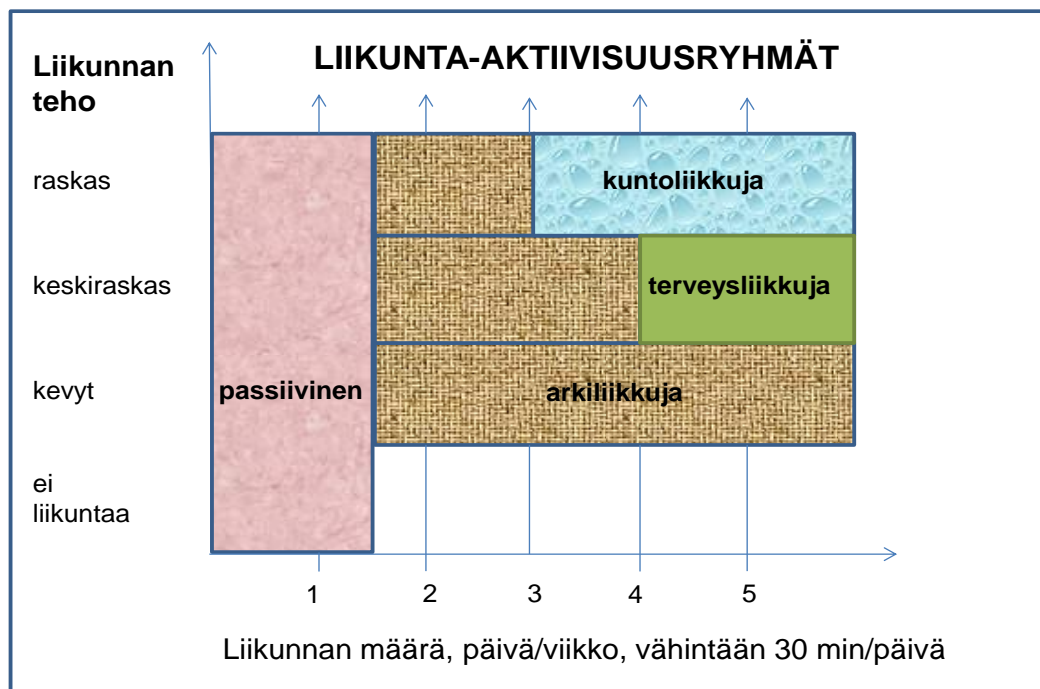
4.3 Mittarit

Tutkimuksen tulokset perustuvat kolmesta hyvinvointikyselystä saatuihin vastauksiin (alku, 5-6 kk, 12 kk) osallistujien (n=33) taustatiedoista, terveydentilasta ja terveys-tuntemuksista, elintavoista, liikunnan harrastamisesta, työvireestä ja jaksamisesta sekä tavoitteista. Hyvinvointikysely oli liikuntaprojektin kuntovalmennuksen toteutta-neen palveluntuottajan strukturoitu kysely, josta osaa käytettiin tähän tutkimukseen. Valmiin tutkimusaineiston käyttö oli tarkoituksenmukaista ja hyvinvointikyselyn kysy-myksistä valittiin tähän tutkimukseen liittyvät kysymykset (Liite 1). Vastaukset perus-tuvat vastaajien omaan liikunnan ja hyvinvoinnin arvioihin.

Vastaajien liikunta-aktiivisuuden tarkasteluun otettiin kysymykset vapaa-ajan liikun-nan harrastamisen määrästä, kestosta ja rasittavuudesta sekä kesä- että talviaikana harrastettavasta työmatkaliikunnan useudesta, kestosta ja rasittavuudesta. Lisäksi tarkasteltiin työnantajan tarjoamien liikuntapalveluiden käyttöä. Osallistujilta kysyttiin, mitä seuraavia työnantajan tarjoamista liikuntapalveluita he ovat käyttäneet: liikun-tasetelit, kuntosali, ryhmäliikunta, joukkuepelit, liikuntatapahtumat ja jokin muu. ”Jo-kin muu” voi pitää sisällään eri liikuntalajeihin tutustumisia, yksikön liikuntailtapäivän

aikana tapahtuvaa liikunta-aktiiviteetteja tai liikunnallisia viikonloppuretkiä kuten patikka- tai hiihtoretket. Ryhmäliikunta puolestaan käsittää erilaisia ohjattuja liikunta- ja jumppatunteja.

Tässä tutkimuksessa liikunta-aktiivisuuden mittarina käytettiin yhteenlaskettua vapaa-ajan ja työmatkaliikunnan määrää kertaa/viikossa sekä liikuntaan käytettyä aikaa minuuttia/viikko. Osallistujien liikunta-aktiivisuusryhmiin luokittelu: passiivinen, arkiliikkuja, terveystiikkuja, kuntoliikkuja perustui Auran (2006) tutkimukseen (Kuva 6). Luokittelussa on huomioitu sekä liikunnan rasittavuus että liikunnan määrä ja kesto. Vastaajien ilmoittama liikunnan teho (ei harrasta liikuntaa =1), kevyttä liikuntaa=2, keskiraskasta liikuntaa=3 ja raskasta liikuntaa=4) on muunnettu numeerisiksi arvoiksi 1=2, 2=4, 3=6 ja 4=8, joka kuvaa liikunnan energian kulutusta (=MET-arvo). MET (metabolinen ekvivalentti) on energiankulutuksen ja fyysisen aktiivisuuden mittari, joka on yksi parhaista menetelmistä kuvata erilaisten askareiden ja liikuntamuotojen fyysistä rasittavuutta (Oja, 2011).



Kuva 6. Liikunta-aktiivisuusryhmien jako liikunnan tehon ja määrän mukaan (Aura, 2006).

Liikunnallisesti passiivisten ryhmässä olevat eivät harrasta liikuntaa tai liikunta on epäsäännöllistä (0-1 kertaa/viikko). Arkiliikkujaryhmään kuuluvat voivat liikkua jopa viikon jokaisena päivänä kevyellä intensiteetillä (esim. kävely), enintään neljästi viikossa keskiraskaalla (esim. reipas kävely, hölkkä, uinti, pyöräily) tai enintään kolme kertaa raskaalla (esim. juoksu, pallopelit) intensiteetillä. Terveysliikkujat liikkuvat vähintään neljänä päivänä viikossa keskiraskaalla intensiteetillä ja kuntoliikkujat vähintään kolmena päivänä viikossa raskaalla intensiteetillä (Kuva 6).

Vastaajien työkykyä, kykyä selviytyä työtehtävistä arvioitiin asteikolla: 10=paras työkyky, mikä koskaan on ollut ja 0=täysin työkyvytön tällä hetkellä. Työkyky luokiteltiin tässä tutkimuksessa kolmeen luokkaan: välttävä (0-7 pistettä), hyvällä tasolla (8-9 pistettä) ja erinomainen (10 pistettä).

Työvirettä arvioitiin kysymällä ”kuinka usein kokee olevansa hyvässä työvireessä” asteikolla 1 = ei juuri koskaan...5= erittäin usein. Työvire luokiteltiin kolmeen luokkaan: melko harvoin (1-2 pistettä), silloin tällöin (3 pistettä) ja usein (5 pistettä).

Osallistujien terveydentilaa tarkasteltiin asteikolla yhdestä viiteen (1=huono, 5=hyvä) hyvinvointikyselyn kysymyksillä ”miten kuvailisit terveydentilaasi” ja ”onko terveydentilassasi tapahtunut muutoksia viimeisen viiden vuoden aikana” sekä ”miten arvioisit terveydentilasi muihin saman ikäisiin ihmisiin verrattuna”. Näiden kolmen kysymyksen vastaukset pisteytettiin asteikolla huono=1 piste...hyvä =5pistettä. Heikoimmillaan sai 3 ja parhaimmillaan 15 pistettä. Luokittelu tehtiin kolmeen luokkaan: heikko (3-9 pistettä), keskitasoa (10–11 pistettä) ja hyvä (12–15 pistettä).

Niska-hartartiaseudun terveyttä tarkasteltiin kysymysten ”esiintyykö sinulla kipua niskan tai hartioiden alueella” (jatkuvasti=1...ei koskaan=5) ja ”haittaako mahdollinen niska- tai hartiakipu työntekoa” (usein=1...ei koskaan=3) sekä ”haittaako mahdollinen niska- tai hartiakipu vapaa-ajan viettoja” (usein=1...ei koskaan=3) avulla. Kysymykset pisteytettiin ja laskettiin yhteen. Heikoimmillaan 3 pistettä ja parhaimmillaan 11 pistettä. Luokittelu tehtiin kolmeen osaan: heikko (3-8 pistettä), keskitasoa (9 pistettä) ja hyvä (10–11 pistettä).

Tutkimuksessa käytetyt mittarit perustuvat Hyvinvointikyselyyn, jonka kysymykset on koottu yleisesti käytössä olevista tieteellisistä lähteistä ja mittareista (Aura).

4.4 Analyysimenetelmät

Tutkimuksen aineistoa kuvattiin käyttämällä keskiarvoja ja prosentuaalista jakautumista eri luokkiin sekä havainnollistettiin graafisesti. Liikunta-aktiivisuuden ja hyvinvointituntemusten muutosta tarkasteltiin laskemalla muuttujien keskiarvojen välinen muutosprosentti kolmen mittauksen välillä; alku – 5-6kk mittaukset, 5-6kk – 12 kk mittaukset sekä alku – 12 kk mittaukset. Liikunta- ja hyvinvointitulosten tilastollisen merkitsevyyden eroja tarkasteltiin verrannollisten parien t-testillä (Paired-Samples T Test). Muuttujien välistä yhteyden voimakkuutta tarkasteltiin Spearmanin korrelaatiolla ja lineaarisella regressioanalyysillä. Tilastollisen merkitsevyyden ilmaisemiseen käytettiin p-arvoa ($p < 0,05^*$, $p < 0,01^{**}$, $p < 0,001^{***}$). Tutkimuksen tilastolliseen analyysiin käytettiin SPSS Statistics 20 -ohjelmaa.

Katoanalyysissä verrattiin tutkimuksessa mukana olleiden ($n=33$) ja alkumittausten jälkeen poisjääneiden ($n=19$) ryhmäkohtaisia keskiarvoeroja ensimmäisen hyvinvointikyselyn tulosten perusteella.

5 TULOKSET

5.1 Tutkimusjoukon kuvaus

Tutkimuksessa oli mukana 33 henkilöä, joista 27 oli naisia ja 6 miestä (Taulukko 1). Osallistujien keski-ikä oli 44 vuotta. Nuorin oli 25-vuotias ja vanhin 61. Ikäluokittain tarkasteltuna suurimmat ryhmät olivat 40–49 ja 50–61 -vuotiaat. Vähiten tutkimusjoukosta kuului alle 30-vuotiaat -ryhmään. Suurimmalla osalla oli keskiasteen koulutus. Ammattikorkeakoulun suorittaneita oli vajaa kaksikymmentä prosenttia ja korkeakoulun ja kansa- tai peruskoulun suorittaneita neljä prosenttia. Työuran pituuden mukaan tarkasteltuna yli kymmenen vuotta palvelleita oli 55,5 %, joista 24,4 % oli ollut yli 20 vuotta. Alle viisi vuotta työssä olleita oli 18,2 %. Yhteenvetona voidaan todeta, että aineisto on vino naisten suuntaan. Tutkimusjoukosta isoin osa on alle 50-vuotiaita keskiasteen koulutuksen saaneita naisia.

Taulukko 1. Osallistujien taustatiedot (n=33).

Muuttuja	f/n	f (%)
Sukupuoli		
nainen	27	82
mies	6	18
Ikäluokka		
alle 30-vuotiaat	4	12
30-39 -vuotiaat	7	21
40-49 -vuotiaat	13	39
50-61 -vuotiaat	9	27
Koulutus		
kansa- tai peruskoulu	1	3
keskiasteen koulutus	23	70
ammattikorkeakoulu	6	18
korkeakoulu	3	9
Työura		
alle 5 vuotta	6	18
5-9 vuotta	9	27
10-14 vuotta	1	3
15-20 vuotta	9	27
yli 20 vuotta	8	24
Yhteensä	33	100,0

5.2 Katoanalyysi

Tutkimuksesta jäi pois 19 henkilöä (Taulukko 2). Tutkimusjoukon ja pois jääneiden henkilöiden hyvinvointikyselyn tulosten keskiarvoja verrattiin toisiinsa keskeisten muuttujien osalta alkukyselyn perusteella. Tulosten mukaan tutkimusjoukko oli keski-ikältään nuorempaa kuin pois jääneiden joukko. Tutkimusjoukon painoindeksi oli pienempi kuin poisjääneillä. Lisäksi sairauslomapäivissä oli selkeä ero. Poisjääneiden keskimääräinen sairauslomapäivien määrä vuodessa oli 4 päivää enemmän kuin tutkimusjoukossa. Liikuntakäyttäytymistä kuvaavista tunnusluvuista nähdään, että tutkimusjoukko harrasti enemmän ja tehokkaampaa liikuntaa viikoittain kuin poisjääneet. Yleisen terveyden, niska-hartiaseudun terveyden ja hyvän työvireen osalta ryhmien välillä ei ollut eroavaisuuksia. Pois jääneet arvioivat oman työkykynsä hiukan paremmaksi kuin tutkimusjoukko.

Taulukko 2. Alkukyselyn mukaan kaikkiin kolmeen kyselyyn vastanneiden (=Tutkimusjoukko) ja alkumittausten jälkeen pois jääneiden (=Pois jääneet) keskeisten muuttujien keskiarvot (Ka), keskihajonta (SD) ja vertailut.

Muuttuja	Tutkimusjoukko n=33		Pois jääneet n=19	
	Ka	SD	Ka	SD
Ikä	43,5	10,2	45,3	11,7
BMI	25,7	5,2	27,3	7,1
Työkyky	7,8	1,6	8	1
Hyvä työvire	3,8	1	3,8	0,6
Yleinen terveydentila	9,3	1,8	9,3	1,9
Niska-hartiaseudun terveys	7,5	1,9	7,6	1,7
Sairauslomapäiviä	7,8	16,9	11,8	26,9
Liikuntakerrat/vko	4,2	2,7	3,7	2,9
Liikuntaminuutit/vko	279,1	210	254,1	272
Liikunta-aktiivisuusryhmä	2,4	0,8	2,1	0,6
Liikunnan teho	6	1	5,6	0,8

5.3 Liikuntakäyttäytymisen muutos

Liikuntakäyttäytymisen muutosta ja liikuntaprojektin onnistuneisuutta sekä sen merkitevyttä tarkasteltiin kolmen mittauskerran välillä: alku, 5-6 kk ja 12 kk. Varsinainen liikuntaprojekti kesto oli puoli vuotta ja siitä puoli vuotta eteenpäin tehtiin seuranta- ja seurakäytely. Ajallisesti tämän tutkimuksen kesto oli vuosi.

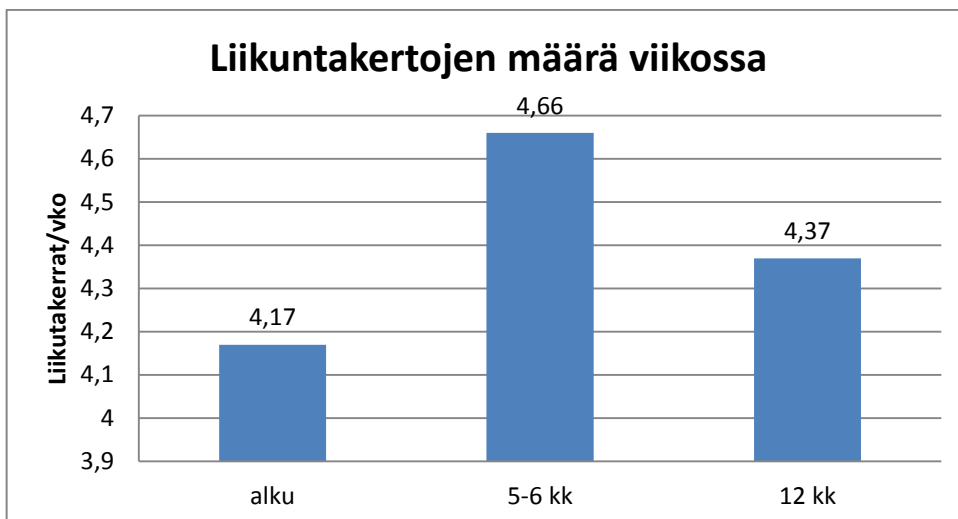
Liikuntaprojektin osallistujien painoindeksiin pysyi samana koko liikuntaintervention ajan (Taulukko 3). Painoindeksin (BMI) keskiarvot: alku 25,7, 5-6 kk 25,6 ja 12 kk 25,3.

Taulukko 3. Tutkimusjoukon painoindeksin (BMI) keskiarvot (Ka), pienin (Min), suurin (Max) alku, 5-6 kk ja 12 kk mittauskerroilla (n=33).

	N	Ka	Min	Max
BMI 1 (alku)	33	25,73	19,57	40,56
BMI 2 (5-6 kk)	33	25,61	19,79	40,90
BMI 3 (12 kk)	33	25,32	19,47	38,53

5.3.1 Liikuntakertojen määrä, liikuntaan käytetty aika ja liikunnan rasittavuus

Liikuntakertojen määrää ja liikuntaan käytettyä aikaa tarkasteltiin yhteenlasketulla vapaa-ajan liikunnan ja työmatkaliikunnan määrällä viikossa. Viikoittainen liikuntakertojen määrä lisääntyi jonkin verran (Kuva 7). Alkutilanteessa liikuntakertojen määrä oli 4,2, liikuntaprojektin päättyessä 5-6 kk jälkeen 4,7 ja vuoden päästä 12 kk mittauksessa 4,4 liikuntakertaa viikossa. Viimeisessä mittauksessa liikuntakertojen määrä oli edelleen alkutilannetta parempi, vaikka hiukan laskua varsinaisen liikuntaprojektin päättymisen jälkeiseen (5-6 kk) tulokseen oli nähtävissä.

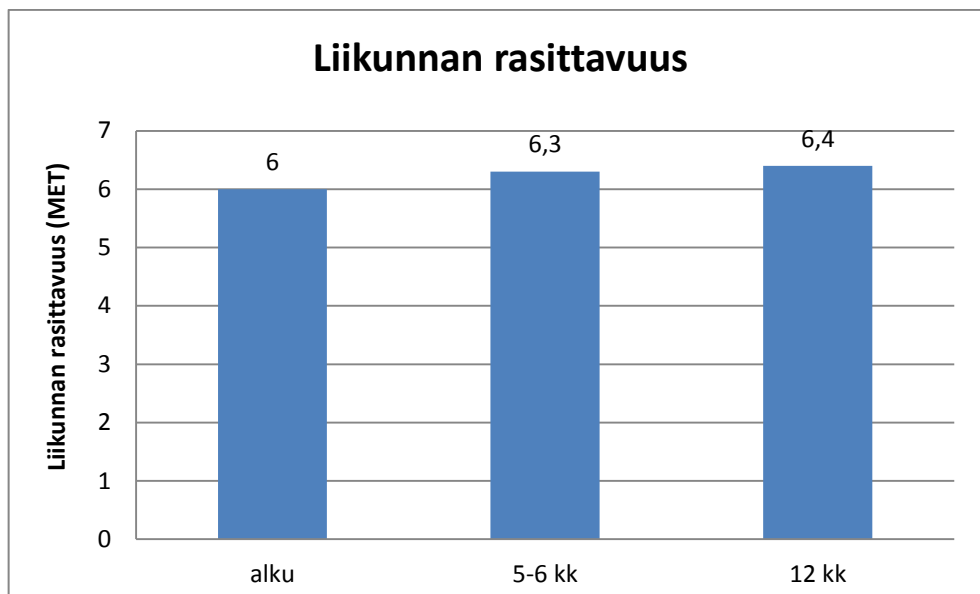


Kuva 7. Liikuntakertojen määrän muutos.

Liikuntaan käytetty viikoittainen aika minuutteina lisääntyi tutkimuksen aikana (Kuva 8). Liikuntaminuuttien määrä lisääntyi ensimmäisen puolen vuoden aikana selvästi ja pysyi 12 kk mittauksessa korkeammalla tasolla kuin alussa, vaikkakin liikuntaan käytetty aika väheni 5-6 kk mittaukseen verrattuna. Liikunnan rasittavuudessa ei tapahtunut suuria muutoksia (Kuva 9).



Kuva 8. Liikuntaan käytetyn ajan muutos.



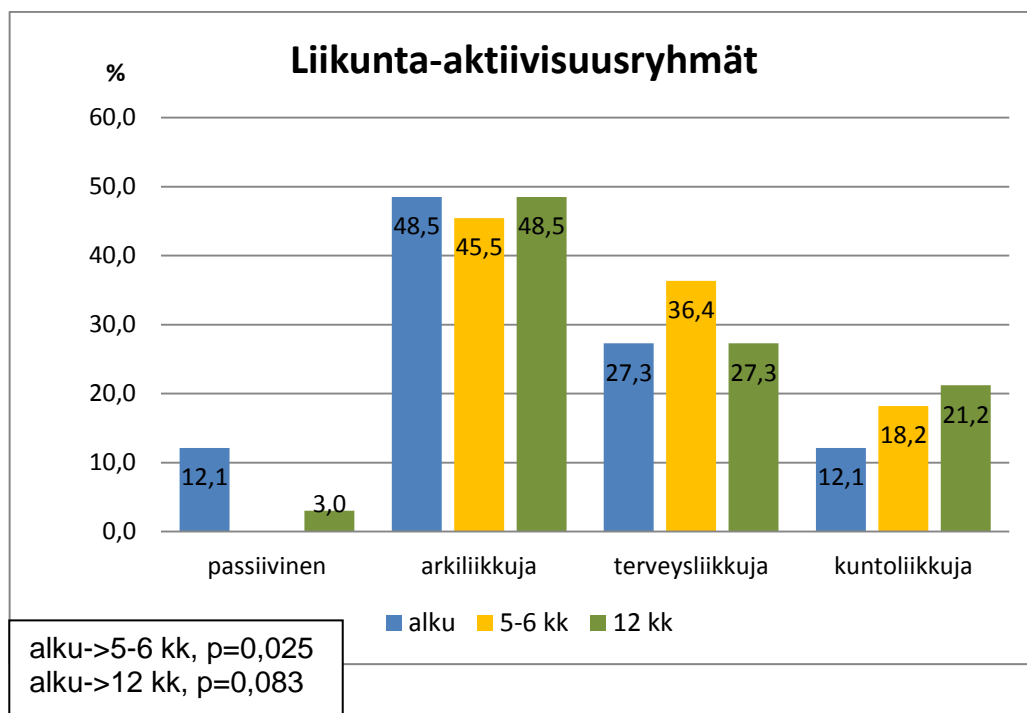
Kuva 9. Liikunnan rasittavuus.

5.3.2 Liikunta-aktiivisuusryhmät

Liikunta-aktiivisuusryhmiin jaottelussa (Kuva 10) huomioitiin sekä liikunnan rasittavuus että liikunnan määrä. Alkumittauksessa tutkimusjoukosta noin puolet (48,5 %) oli arkiliikkuja ja noin yksi kolmas osa (27,3 %) terveystiikkuja. Kuntoliikkuja ja liikuntaa harrastamattomien määrä oli vähäinen, lukumäärällisesti 4 henkilöä (12,1 %).

Varsinaisen liikuntaprojektin päättyessä 5-6 kk mittauksissa kukaan ei sijoittunut ”passiivinen” ryhmään. Liikuntaryhmien muutos oli tilastollisesti merkitsevä ($p < 0,05^*$) mittauskertojen alku ja 5-6 kk välillä. Arkiliikkuja osuus oli hiukan laskenut (45,5 %) ja vastaavasti terveystiikkuja (36,4 %) ja kuntoliikkuja (18,2 %) määrä oli lisääntynyt.

Viimeisessä 12 kk mittauksessa arki- ja terveystiikkuja osuus oli samaa tasoa kuin alkumittauksessa, kuntoliikkuja osuus kasvoi entisestään (21,2 %) ja yksi sijoittui ”passiivinen” ryhmään.



Kuva 10. Liikunta-aktiivisuusryhmät (%) (n=33).

Tutkimuksen aikana (alku-12 kk) liikunta-aktiivisuusryhmä muuttui noin 1/3 osalla (30,3 %) ja pysyi samana noin 70 prosentilla osallistujista (Taulukko 4).

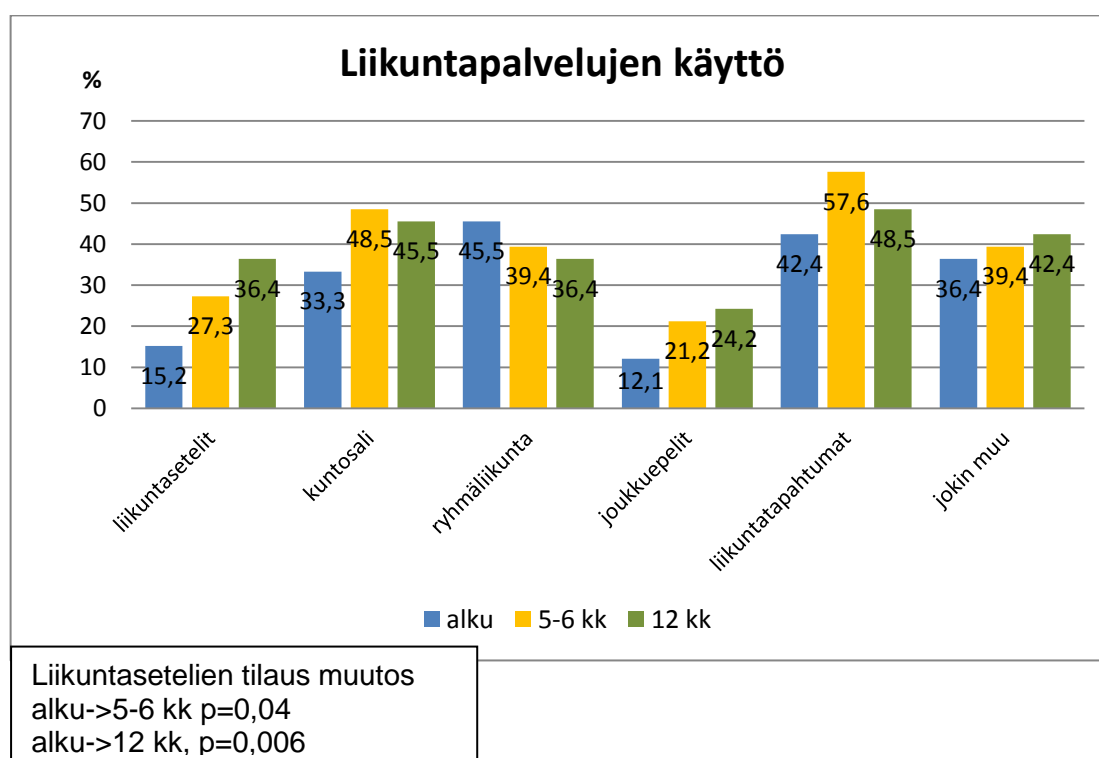
Taulukko 4. Osallistujien liikunta-aktiivisuusryhmän muutos (n=33).

	f/n	f (%)
pysyi samana	23	69,7
muuttui tutkimuksen aikana	10	30,3
Yhteensä	33	100,0

Osallistujista, joiden liikunta-aktiivisuusryhmä muuttui tutkimuksen aikana, 5 henkilöllä muutos oli yksi taso ylöspäin, kahdella kaksi tasoja ja yhdellä kolme tasoja ylöspäin. Kahdella henkilöllä liikuntaryhmä muutos oli alaspäin lähtötasoon verrattuna. Passiivisten ja arkiliikkujiin kohdalla muutos oli kuitenkin ylöspäin.

5.3.3 Työpaikan liikuntapalvelujen käyttö

Kelassa henkilöstön liikuntatoimintaa tuetaan laajasti. Tutkimukseen osallistujat käyttivät kaikkia kysytyjä liikunnan tukimuotoja hyväkseen (Kuva 11). Alkumittauksessa suosituimpia liikuntamuotoja olivat ryhmäliikunta (45,5 %), liikuntatapahtumiin osallistuminen (42,4 %) ja ”jokin muu” (36,4 %). Vähiten käytettiin liikuntaseteleitä (15,2 %) ja osallistuttiin joukkuepeleihin (12,1 %). Liikuntaprojektin aikana (alku – 5-6 kk mittaus) työnantajan tarjoamien liikuntapalvelujen käyttö lisääntyi ja 12 kk mittauksessa osallistuminen oli edelleen korkeammalla tasolla kuin alussa kaikissa tukimuodoissa lukuun ottamatta ryhmäliikuntaa. Liikuntasetelien käyttö lisääntyi vuoden aikana tilastollisesti merkitsevästi ($p < 0,01^{**}$). Parittaisen t-testin (Paired- Samples T Test) p-arvo oli alku ja 5-6 kk kyselyjen välillä $p = 0,04$ ja välillä alku ja 12 kk $p = 0,006$.



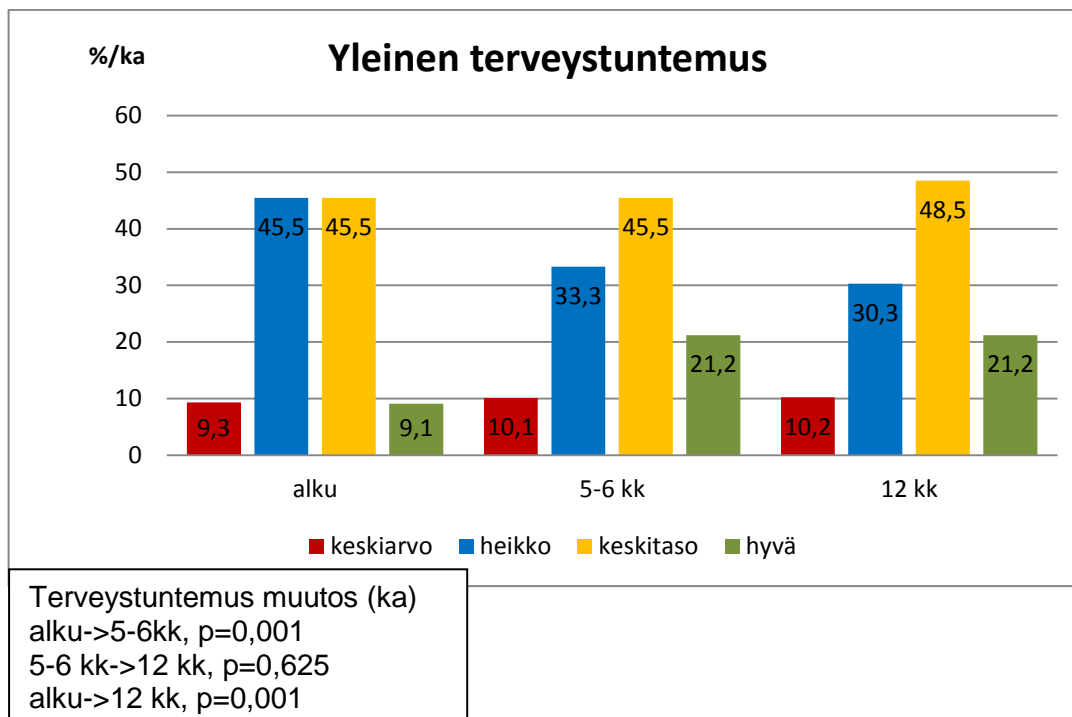
Kuva 11. Työnantajan tukemien liikuntapalvelujen käyttö (n=33).

5.4 Hyvinvointituntemusten muutos

Liikuntaprojektiin osallistujien hyvinvointituntemusten muutosta tarkasteltiin yleisen terveystuntemuksen, niska- ja hartiasseudun terveyden ja työkyvyn ja työvireen osalta. Hyvinvointi- ja terveystuntemukset kuvaavat osallistujan henkilökohtaista terveyden kokemista. Tilastollisen merkitsevyyden analyysit perustuvat keskiarvomutoksiin.

5.4.1 Yleinen terveystuntemus

Tutkimuksen osallistujat jaettiin yleisen terveystuntemuksen osalta kolmeen luokkaan: heikko, keskitaso, hyvä (Kuva 12). Yleinen terveystuntemus koostui kolmen kysymyksen ”miten kuvailisit terveydentilaasi”, ”onko terveydentilassasi tapahtunut muutoksia viimeisen viiden vuoden aikana” ja ”miten arvioisit terveydentilaasi muihin saman ikäisiin ihmisiin verrattuna” yhteenlasketuista pisteistä. Alkumittauksissa vain alle 10 % arvioi oman yleisen terveystuntemuksensa hyväksi. Terveystuntemukseltaan heikkojen ja keskitasoa olevien osuus oli yhtä suuri (45,5 %). Varsinaisen liikuntaprojektin päättyessä 5-6 kk mittauksessa terveystuntemukseltaan heikkojen osuus oli pienentynyt 33,3 % ja terveystuntemukseltaan hyvien osuus lisääntynyt 21,2 %:iin. Keskitasoa olevien osuus oli pysynyt samana. Viimeisessä 12 kk mittauksessa oli edelleen tapahtunut myönteistä kehitystä. Heikon terveystuntemuksen omaavien osuus väheni edelleen (30,3 %) ja keskitasoa luokassa olevien osuus kasvoi (48,5 %). Yleinen terveystuntemus parani tutkimuksen aikana nousujohteisesti kaikilla mitauskerroille (alku, 5-6 kk, 12 kk) ja muutos oli tilastollisesti merkitsevä ($p < 0,001^{***}$).



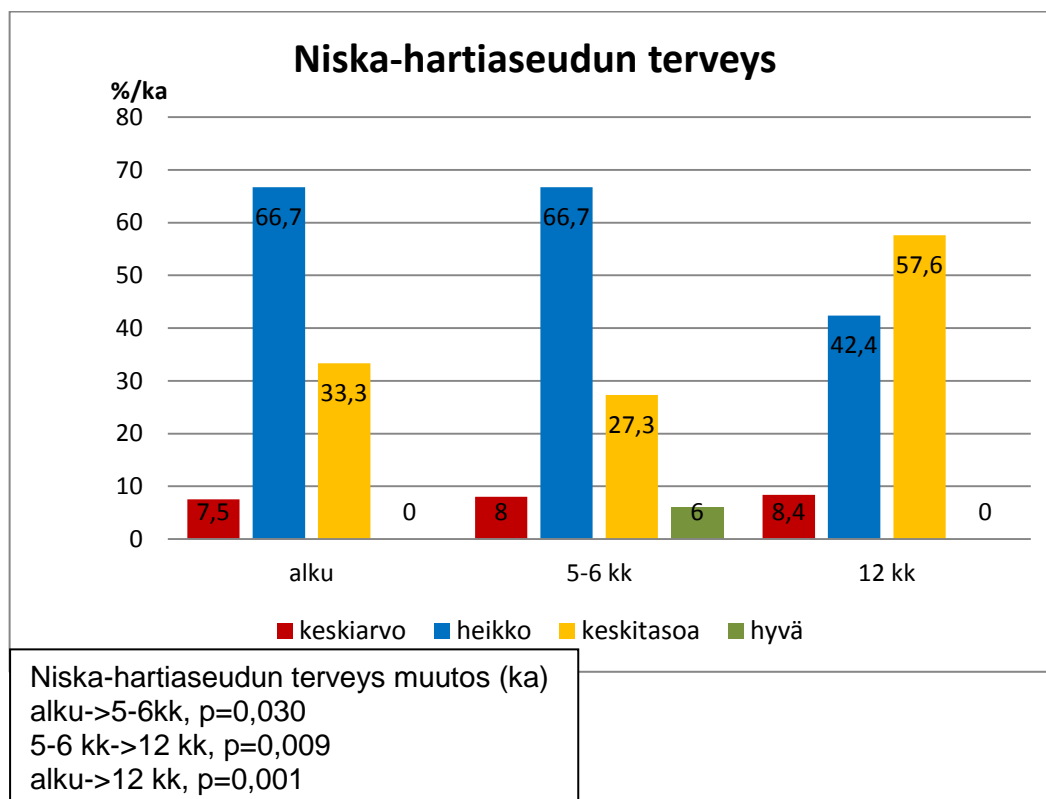
Kuva 12. Yleisen terveystuntemuksen kehitys (n=33).

5.4.2 Niska-hartiaseudun terveys

Osallistujien niska-hartiaseudun terveyttä arvioitiin kolmen kysymyksen ”esiintyykö sinulla kipua niskan tai hartioiden alueella”, ”haittaako mahdollinen niska- tai hartiakipu työntekoa” ja ”haittaako mahdollinen niska- tai hartiakipu vapaa-ajan viettoa” kokonaisuutena. Alkumittauksessa suurella osalla osallistujia (66,7 %) oli heikko niska-hartiaseudun terveystuntemus, keskitasoa oli 33,3 %:lla ja kukaan ei kokenut niska-hartiaseudun terveyttä hyväksi (Kuva 13). Varsinaisen liikuntaprojektin päättyessä 5-6 kk mittauksessa oli tapahtunut jonkin verran muutosta parempaan suuntaan. Selkeää parannusta tuloksiin oli nähtävissä 12 kk mittauksessa, jossa heikon niska-hartiaseudun terveystuntemuksen omaavien joukko pieneni lähes 25 %, noin 67:stä 42 prosenttiin ja yli puolet osallistujista (57,6 %) koki niska-hartiaseudun terveytensä olevan keskitasoa.

Tutkimuksessa niska-hartiaseudun terveystuntemuksen muutos oli tilastollisesti merkitsevä koko tutkimuksen ajalta ($p < 0,001^{***}$). T-testin arvot olivat mittauskertojen alku

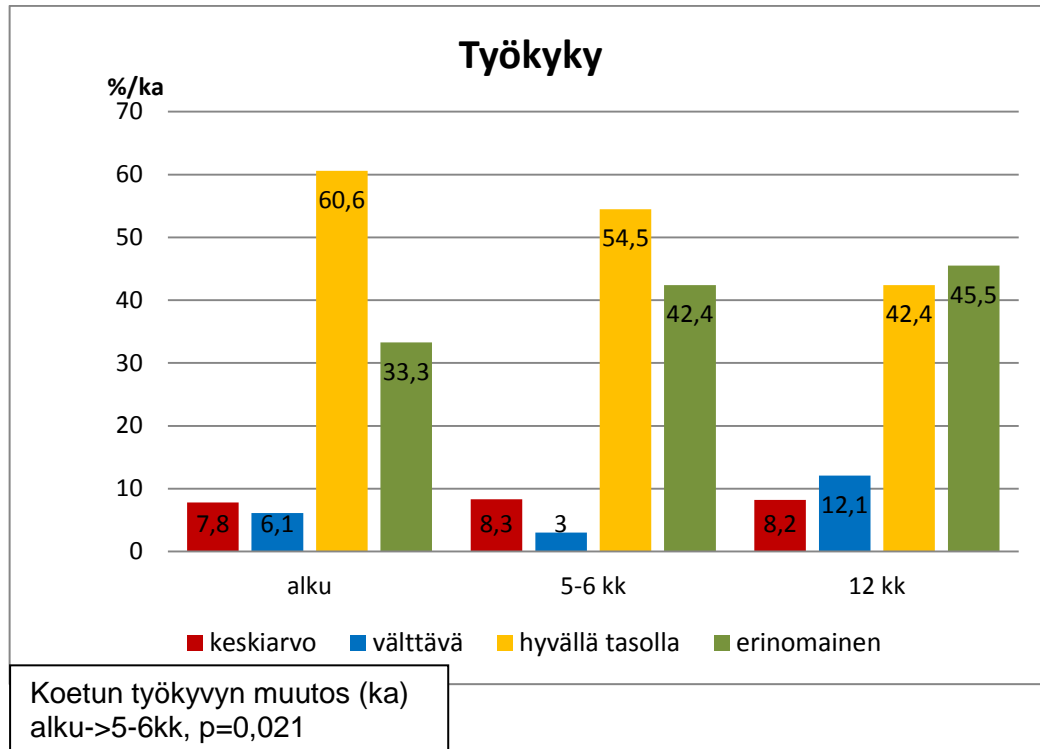
ja 5-6 kk välillä $p=0,030$, mittauskertojen 5-6 kk ja 12 kk välillä $p=0,009$ sekä välillä alku ja 12 kk $p=0,001$ (Paired –Samples T Test).



Kuva 13. Niska-hartiaseudun terveystuntemuksen kehitys (n=33).

5.4.3 Koettu työkyky

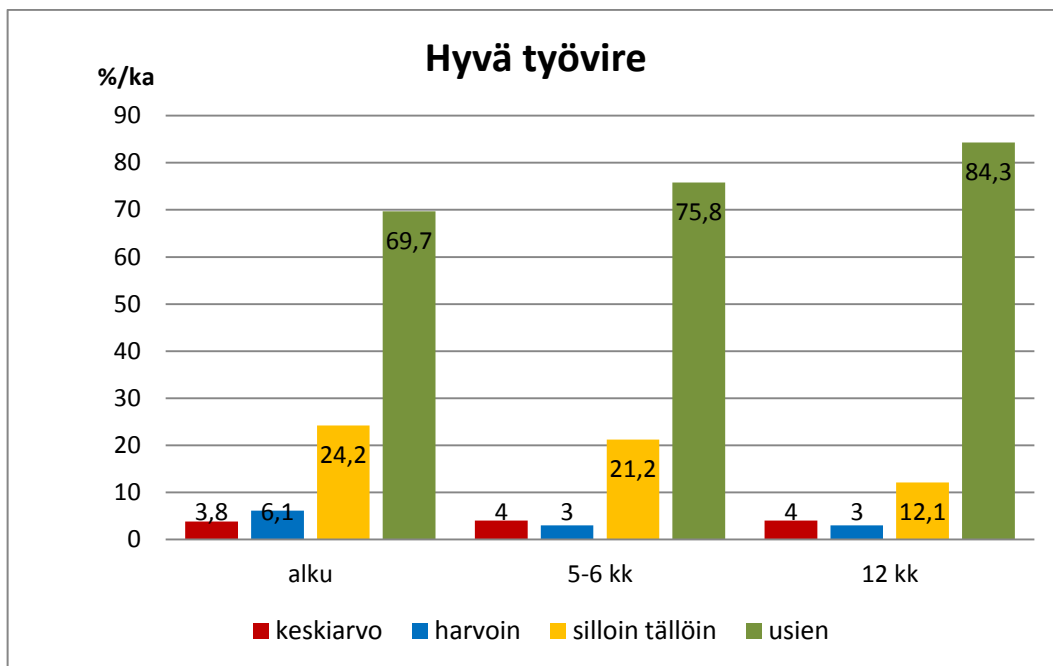
Tutkimuksen osallistujat jaettiin työkykytuntemuksen osalta kolmeen luokkaan: koettu työkyky välttävällä tasolla, hyvällä tasolla ja erinomainen (Kuva 14). Osallistujat kokivat työkykynsä parantuneen tutkimuksen aikana. Erityisesti erinomaiseksi työkykynsä kokeneiden osuus lisääntyi noin 33 prosentista 42 prosenttiin ja loppumittauksessa noin 46 prosenttiin. Tosin loppumittauksessa välttäväksi työkykynsä kokeneiden osuus oli lisääntynyt alun 6 prosentista 12 prosenttiin. Työkykytuntemuksen muutos oli tilastollisesti merkitsevä ($p<0,05^{**}$) mittausten alku ja 5-6 kk välillä (Paired –Samples T Test).



Kuva 14. Työkykytunteuksen (=koettu työkyky) kehitys (n=33).

5.4.4 Hyvä työvire

Tutkimuksen osallistujat jaettiin hyvän työvireen osalta kolmeen luokkaan: hyvä työvire harvoin, silloin tällöin ja usein (Kuva 15). Tutkimusjoukosta lähes 70 % koki olevansa hyvässä työvireessä alkumittauksessa. Vastajista ¼ osa koki olevansa silloin tällöin hyvässä työvireessä ja vain muutama (6,1 %) koki harvoin hyvää työvirettä. Varsinaisen liikuntaprojektin päättyessä 5-6 kk mittauksissa hyvää työvirettä usein kokeneiden osuus oli lisääntynyt (75,8 %). Loppumittauksessa usein hyvää työvirettä kokeneiden osuus lisääntyi vielä lähes kymmenen prosenttia (84,3 %). Mittausten välinen muutos hyvän työvireen osalta ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä, $p=0,056$.



Kuva 15. Hyvän työvireen kehitys (n=33).

5.5 Muuttujien välinen yhteyksien tarkastelu

Muuttujien välistä yhteyttä tarkasteltiin Spearmanin korrelaatiokertoimen avulla. Korrelaatiomatriisiin avulla nähtiin samaan aikaan useamman tutkimuksen keskeisten muuttujien välinen yhteys (Taulukko 5). Korrelaatiomatriisiin vietiin muuttujien liikunta-aktiivisuusryhmän, liikunnan rasittavuuden (MET), liikuntasetelien tilausten, terveydentilan kokemisen, koetun työkyvyn ja -vireen ja niska-hartiaseudun terveystuntemuksen muutosprosentit.

Alku ja 12 kk mittausten mukaisissa tuloksissa liikunta-aktiivisuusryhmän muutoksella oli yhteyttä liikunnan rasittavuuden muutokseen ($p < 0,001^{***}$). Liikunta-aktiivisuusryhmän muutoksella oli yhteyttä terveystuntemuksen muutokseen ($p < 0,05^{**}$). Muiden muuttujien yhteyksissä ei havaittu tilastollista merkitsevyyttä.

Taulukko 5. Korrelaatiomatriisi muuttujien välisistä yhteyksistä alku – 12 kk mittaus-
ten tarkastelussa.

		Liik.akt.ryhmän ka muutos% alku-12 kk	Liikunnan rasitta- vuus ka muutos%	Liik.set. käyttö ka muutos% alku-12 kk	Terv.tunt. ka muu- tos% alku-12 kk	Koettu työkyky ka muutos% alku-12 kk	Koettu työvire ka muutos% alku-12 kk	Niskahartiaterv. ka muutos% alku-12 kk
Liik.akt.ryhmän ka muutos% al- ku-12 kk	Korrelaatiokerroin	1,000	,581**	-,244	,362*	,204	-,055	-,115
	p-arvo		,000	,171	,038	,255	,763	,525
Liikunnan rasitta- vuus ka muu- tos% alku-12 kk	Korrelaatiokerroin	,581**	1,000	-,062	,122	,137	,213	,031
	p-arvo	,000		,730	,500	,449	,234	,866
Liik.set. käyttö ka muutos% alku-12 kk	Korrelaatiokerroin	-,244	-,062	1,000	-,131	,142	,135	,329
	p-arvo	,171	,730		,468	,429	,454	,062
Terv.tunt. ka muutos% alku-12 kk	Korrelaatiokerroin	,362*	,122	-,131	1,000	,249	-,114	,160
	p-arvo	,038	,500	,468		,163	,529	,372
Koettu työkyky ka muutos% al- ku-12 kk	Korrelaatiokerroin	,204	,137	,142	,249	1,000	,039	,162
	p-arvo	,255	,449	,429	,163		,830	,366
Koettu työvire ka muutos% alku-12 kk	Korrelaatiokerroin	-,055	,213	,135	-,114	,039	1,000	,025
	p-arvo	,763	,234	,454	,529	,830		,890
Niskahartiaterv. ka muutos% al- ku-12 kk	Korrelaatiokerroin	-,115	,031	,329	,160	,162	,025	1,000
	p-arvo	,525	,866	,062	,372	,366	,890	

** . p=0,01. * . p=0,05.

Testi Spearman

Tutkimuksen aikana liikunta-aktiivisuusryhmä muuttui noin 30 % osallistujista (kts. Taulukko 4). Lineaarisella regressioanalyysillä (Taulukot 6-8) tutkittiin taustamuuttujien vaikutusta liikuntaryhmän muutokseen. Taustamuuttujina olivat koulutus, ikä, liikuntakerrat viikossa, liikuntaminuutit viikossa, koettu työkyky ja terveystuntemus.

Mallin p-arvo oli $p = 0,031$, $R = ,626$ ja $R^2 = ,392$. Malli osoittaa, että koulutus, ikä, viikoittainen liikuntakertojen määrä ja liikuttu aika, koettu työkyky sekä terveystuntemus selittävät yhdessä 39,2 % liikuntaryhmän muutosta. Liikuntaryhmän muutosta selittävästä muuttujista koulutus ($\beta = ,499$) ja ikä ($\beta = ,369$) painottuvat eniten (Taulukko 8).

Taulukko 6. Mallin selitysaste

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,626 ^a	,392	,252	,404

a. Predictors: (Constant), terveystuntemus, koulutus, ikä, koettu työkyky, liikuntakerrat/vko, liikuntamin/vko

b. Dependent Variable: Liikunta-aktiivisuusryhmän muutos

Taulukko 7. ANOVA-taulukko

ANOVA^a

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1 Regression	2,733	6	,455	2,795	,031 ^b
Residual	4,237	26	,163		
Total	6,970	32			

a. Dependent Variable: Liikunta-aktiivisuusryhmän muutos

b. Predictors: (Constant), terveystuntemus, koulutus, ikä, koettu työkyky, liikuntakerrat/vko, liikuntamin/vko

Taulukko 8. Standardoidut regressiokertoimet (Beta)

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	,310	,628		,493	,626
koulutus	,337	,109	,499	3,078	,005
ikä	,017	,008	,369	2,196	,037
liikuntakerrat/vko	-,030	,069	-,177	-,435	,667
liikuntamin/vko	-,001	,001	-,332	-,773	,447
koettu työkyky	-,070	,052	-,236	-1,352	,188
terveystuntemus	,038	,050	,150	,775	,445

a. Dependent Variable: Liikunta-aktiivisuusryhmän muutos

5.6 Yhteenveto tuloksista

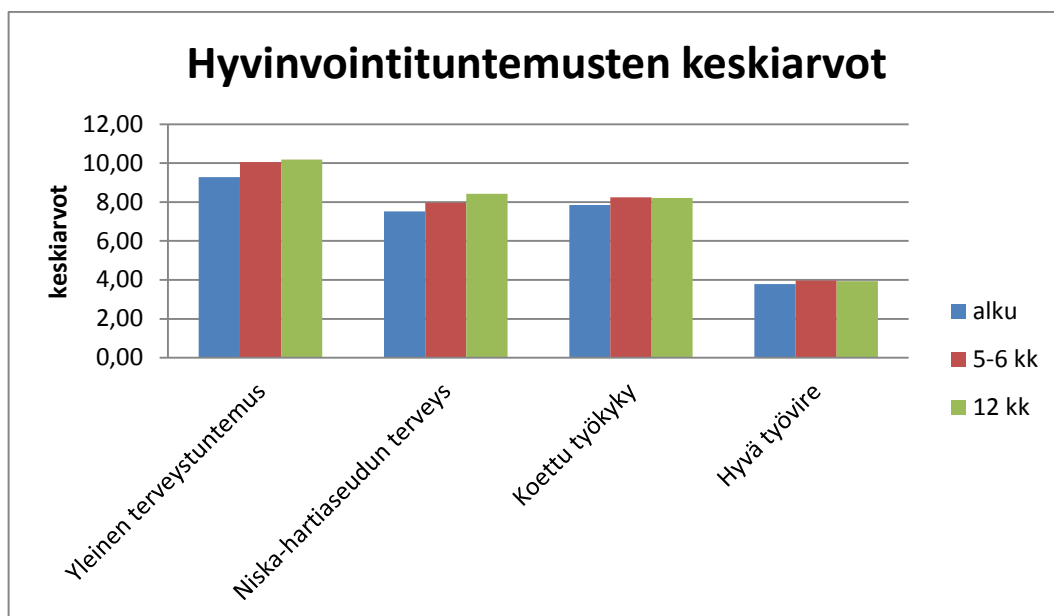
Liikunta-aktiivisuus ja liikuntaan käytetty viikoittainen aika lisääntyivät tutkimuksen aikana. Liikunnan rasittavuudessa ei tapahtunut suuria muutoksia. Tutkimuksen aikana kuntoliikkujien osuus lisääntyi 10 prosenttia ja ”passiivinen” -ryhmä pieneni lähes saman verran (Taulukko 9). Terveytensä kannalta riittävästi liikuntaa harrastavien osuus ja arkiliikkujien osuus pysyivät samana vuoden kestäväen tutkimuksen aikana. Muutos liikunta-aktiivisuudessa oli tilastollisesti merkitsevä liikunta-aktiivisuusryhmien muutoksen osalta mittauskertojen alku – 5-6 kk välillä.

Taulukko 9. Osallistujien lukumäärä ja prosenttiosuus eri liikunta-aktiivisuusryhmissä

Liikunta-aktiivisuusryhmä	alku		5-6kk		12 kk	
	f/n	f (%)	f/n	f (%)	f/n	f (%)
passiivinen	4	12,1			1	3,0
arkiliikkuja	16	48,5	15	45,5	16	48,5
terveysliikkuja	9	27,3	12	36,4	9	27,3
kuntoliikkuja	4	12,1	6	18,2	7	21,2

Työnantajan tarjoamien liikuntapalvelujen käyttö lisääntyi liikuntasetelien, kuntosalin, joukkuepelien, liikuntatapahtumien ja ”joku muu” osalta koko tutkimuksen aikana. Ainoastaan ryhmäliikuntaan osallistuminen väheni. Muutos liikuntasetelien käytössä oli tilastollisesti merkitsevä.

Vuoden kestäneen tutkimuksen aikana yleinen terveystuntemus, niska-hartiaseudun terveys, koettu työkyky ja hyvä työvire kehittyivät hyvin. Niska-hartiaseudun terveys ja yleinen terveystuntemus kehittyivät koko vuoden ajan. Kuva 16 havainnollistaa tutkimuksen aikana tapahtunutta hyvinvointituntemusten kehitystä tarkasteltuna muuttujien keskiarvojen mukaan (Kuva 16). Vuoden seurannassa (alku – 12 kk) yleisen terveystuntemuksen ja niska-hartiaseudun terveystuntemuksen muutos olivat tilastollisesti merkitseviä ($p < 0,001^{***}$). Koettu työkyky parani tutkimuksen aikana ja muutos oli tilastollisesti merkitsevästi ($p < 0,05^{**}$) välillä alku – 5-6-kk. Hyvä työvirettä kokevien osuus lisääntyi, mutta ei tilastollisesti merkitsevästi.

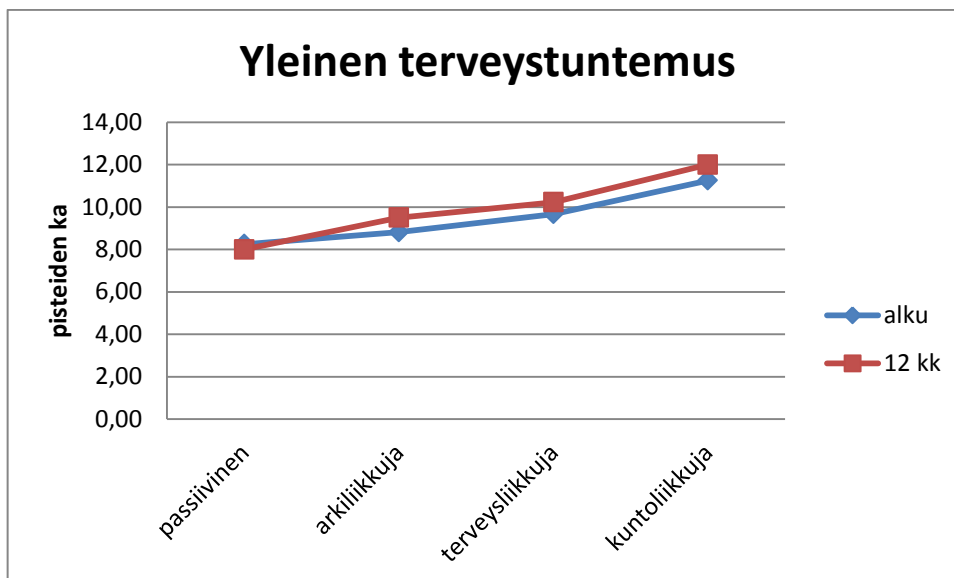


Kuva 16. Hyvinvointituntemusten keskiarvot alku, 5-6 kk ja 12 kk kyselyissä

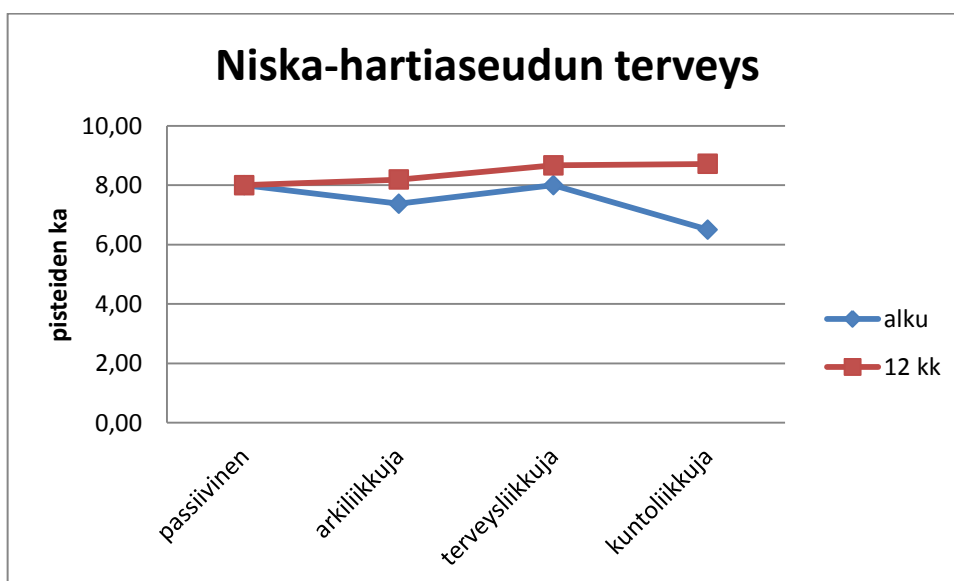
5.7 Liikunta-aktiivisuuden näkyvyys hyvinvointituloksissa

Tutkimuksessa määriteltujen liikunta-aktiivisuusryhmien ”passiivinen”, ”arkiliikkuja”, ”terveysliikkuja” ja ”kuntoliikkuja” luokittelun mukaan havaittiin, että terveys- ja kuntoliikkujilla oli paremmat hyvinvointituntemukset yleisen terveyden osalta koko tutkimuksen ajan (Kuva 17). Niska-hartiaseudun terveystuntemuksen osalta tutkimuksen alussa ”passiivinen” -ryhmään kuuluvat kokivat voivansa paremmin kuin kuntoliikkuajat (Kuva 18). Kuitenkin tutkimuksen lopussa kuntoliikkuajat kokivat voivansa muita paremmin myös niska-hartiaseudun terveyden mukaan. Koettuun työkyvyn osalta ei näyttänyt olevan eroa, mihin liikunta-aktiivisuusryhmään osallistujat kuuluvat (Kuva 19). Myöskään hyvän työvireen kokemisessa ei ollut selkeää eroavaisuutta liikunta-aktiivisuusryhmän luokittelun mukaan (Kuva 20).

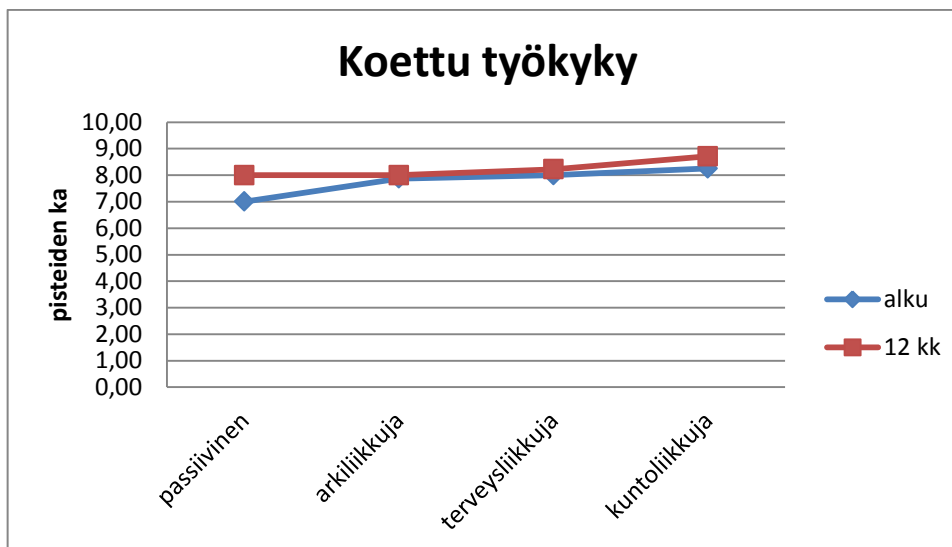
Liikunta-aktiivisuuden lisäämisellä oli yhteyttä liikunnan rasittavuuteen ($p < 0,001^{***}$) ja yleiseen terveystuntemukseen ($p < 0,05^{**}$). Työpaikalla toteutettu liikuntaprojekti lisäsi osallistujien liikunta-aktiivisuutta ja paransi osallistujien kokemaa hyvinvointia.



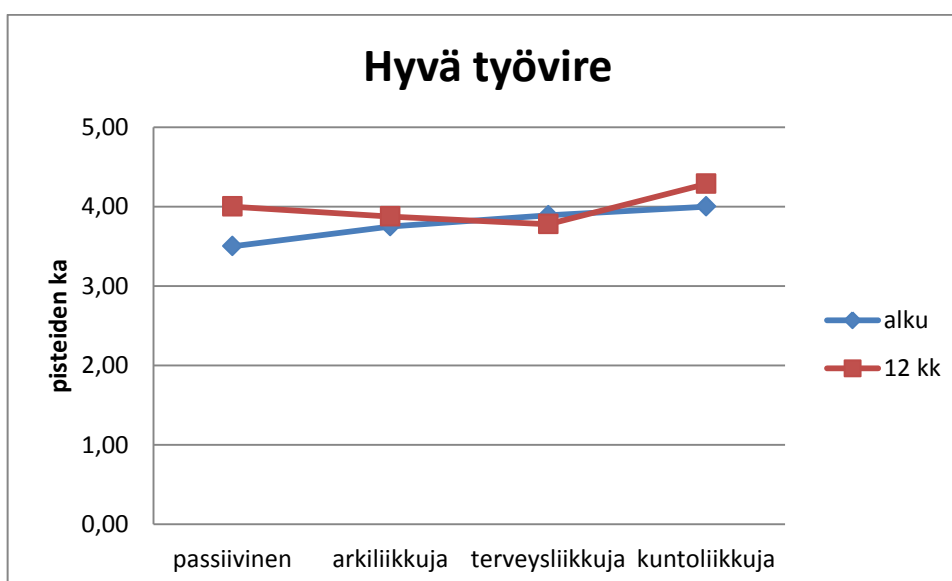
Kuva 17. Yleinen terveystuntemus liikunta-aktiivisuusryhmäjaottelun mukaan alku ja 12 kk mittauksissa. Pisteiden vaihteluväli 3 heikko...15 hyvä.



Kuva 18. Niska-hartiaseudun terveystuntemus liikunta-aktiivisuusryhmäjaottelun mukaan alku ja 12 kk mittauksissa. Pisteiden vaihteluväli 3 heikko...11 hyvä.



Kuva 19. Koettu työkyky liikunta-aktiivisuusryhmäjaottelun mukaan alku ja 12 kk mittauksissa. Pisteiden vaihteluväli 0 täysin työkyvytön...10 paras työkyky, mikä koskaan.



Kuva 20. Hyvän työvireen tuntemus liikunta-aktiivisuusryhmäjaottelun mukaan alku ja 12 kk mittauksissa. Pisteiden vaihteluväli 1 ei juuri koskaan...5 erittäin usein.

6 POHDINTA

6.1 Työyhteisössä toteutettu liikuntaprojekti hyvinvoinnin edistäjänä

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, minkälaisia muutoksia työyhteisössä toteutetulla liikuntapainotteisella kuntovalmennuksella saadaan osallistujien vapaa-ajan liikunta-aktiivisuuteen, koettuun työkykyyn ja -vireyteen sekä osallistujien henkilökohtaiseen kokemukseen omasta terveydestä ja niska-hartiaseudun terveydestä. Yksilön vapaa-ajan liikunnan lisäämiseen tähtäävällä liikuntaprojektilla voitiin lisätä osallistujien liikunta-aktiivisuutta ja parantaa hyvinvointi- ja terveystuntemuksia. Tutkimus osoitti, että työyhteisön kannattaa panostaa aktiivisiin liikunnanedistämistöimiin. Vuoden kestäneen tutkimuksen aikana viikoittainen liikunnan määrä ja liikuntaan käytetty aika lisääntyivät tutkimukseen osallistujien keskuudessa. Terveys- ja kuntoliikkujien määrä kasvoi ja työnantajan liikuntapalveluita käytettiin aikaisempaa enemmän. Osallistujien koettu terveys ja erityisesti niska-hartiaseudun terveystuntemus lisääntyivät.

Tässä tutkimuksessa osallistujien vapaa-ajan liikunta-aktiivisuus, liikuntakertojen määrä viikossa ja liikuntaan käytetty aika lisääntyivät. Muutos liikunta-aktiivisuusryhmässä oli tilastollisesti merkitsevää. Terveys- ja kuntoliikkujien osuus lisääntyi tutkimuksen aikana kymmenen prosenttiyksikköä. Tutkimuksen alussa terveys- ja kuntoliikkujien osuus oli 39 % ja lopussa 49 %. Samansuuntaisia tuloksia on saatu muissakin tutkimuksissa. Auran (2006) tutkimuksessa yritysten henkilöstön terveys- ja kuntoliikkujien osuus oli 43 % ja vastaavasti suomalaisen viiteaineiston perusteella se oli 56 % (Aura, 2006). Verrattaessa saatuja tutkimustuloksia Auran (2006) tutkimukseen, eroa voi selittää tutkimusjoukon pieni koko, mutta toisaalta voidaan ajatella, että liikunnan tuomia hyötyjä sisäistettiin paremmin ja liikunnalliset valinnat arjessa lisääntyivät. Kansallisen liikuntatutkimuksen mukaan 55 % aikuisväestöstä ilmoittaa harrastavansa jonkinlaista liikuntaa vähintään neljästi viikossa ja 36 % 2-3 kertaa viikossa (Suomen Kuntoliikuntaliitto, 2010). Tässä tutkimuksessa liikunta-käyttäytyminen parani vuoden aikana. Kuitenkaan ei voida puhua pysyvistä muutoksista, koska tutkimuksen kesto oli lyhyt. Tosin Pohjosen (2001) tutkimuksessa todettiin, että liikuntahankkeeseen osallistujilla oli vielä viiden vuoden jälkeen parempi fyy-

sinen kunto kuin verrokeilla. Myös Nurmisen (2000) tutkimuksessa liikunnanharrastus lisääntyi interventoryhmässä tutkimuksen aikana, mutta 15 kuukauden seurannassa erot verrokkiryhmään olivat kuitenkin vähäisiä.

Kaikki liikuntaprojektiin ilmoittautuneet eivät vastanneet tutkimuksen kaikkiin kolmeen hyvinvointikyselyyn. Poisjääneiden ja tutkimusjoukon vertailu osoitti, että tutkimukseen osallistuneet harrastivat keskimäärin enemmän ja tehokkaampaa liikuntaa kuin poisjääneet. Tutkimukseen osallistujat olivat myös poisjääneitä nuorempia ja terveempiä. Eroavaisuuksia oli myös sairauslomapäivissä. Poisjääneillä oli keskimäärin 4 sairauslomapäivää enemmän vuodessa kuin tutkimusjoukolla. Toisaalta poisjääneet kokivat työkykynsä hieman paremmaksi kuin tutkimusjoukko. Paremman työkykytuntemuksen osalta tulos näyttää ristiriitaiselta. Yhtenä selityksenä voi olla, että alussa työkykynsä hyväksi tunteneet eivät kokeneet tarvetta osallistua projektiin. Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan selvitetty poisjäännin syitä eikä mahdollisia sairauspoissaolojen taustalla olevia tekijöitä. Tutkimukset kuitenkin antavat viitteitä siitä, että liikunnalla ja sairauspoissaoloilla on yhteyksiä. Lahden (2001) tutkimus osoitti, että rasittavaa liikuntaa harrastavilla keski-ikäisillä oli vähemmän sairauslomia kuin ikätovereillaan. Myös Auran (2006) tutkimuksessa sairauspoissaolojen taustalla yksi tärkein liikuntakäyttäytymisen muuttuja oli liikunnan koettu kuormittavuus. Työyhteisössä toteutettujen liikuntatoimien haasteena on saada mukaan niitä henkilöitä, jotka mahdollisesti eniten hyötyisivät liikunnan lisäämisestä.

Tämän tutkimuksen mukaan liikuntakäyttäytymisen muutosta selittivät koulutus, ikä, viikoittainen liikunnan harrastus, koettu työkyky ja terveystuntemus. Samansuuntaisia tuloksia on saatu muissakin tutkimuksissa. Robroek ym (2009) ja Korhonen ja Korhonen (2010) tutkimuksista käy ilmi, että työpaikkojen terveyden edistämisen ohjelmissa monipuoliset ja erilaisia toimintoja sisältävät ohjelmat antavat mahdollisuuden laajemman osallistujajoukon mukaantulolle. Lisäksi tukitoimien räätälöiminen mahdollisimman yksilöidysti ja työntekijöiden elämäntilanteen huomioiminen lisäävät liikuntamotivaatiota ja parantavat työpaikkojen liikuntaohjelmien osallistujamäärää. Tärkeää on löytää jokaiselle oma tapa harrastaa liikuntaa (kts. Robroek 2009, Korhonen ja Korhonen 2010).

Tutkimustulosten mukaan liikunta-aktiivisuudella ja terveydellä oli yhteyttä toisiinsa. Tutkimusjoukon yleinen terveystuntemus ja niska- ja hartiasseudun terveystuntemus lisääntyivät vuoden aikana merkittävästi. Koettu työkyky parani puolen vuoden aikana merkitsevästi. Myönteinen hyvinvoinnin kehitys antaa viitteitä siitä, että viikoittainen liikuntakertojen määrän ja liikuntaan käytetyn ajan lisääntymisellä oli merkitystä. Liikunta-aktiivisuusryhmien mukaan loppumittauksessa terveys- ja kuntoliikkujat kokivat olevansa kaikkiaan terveempiä ja työkykyisempiä kuin vähemmän liikkuneet. Vastaavia liikunnan avulla saatuja hyvinvointituloksia on raportoitu useissa tutkimuksissa. Södersenin (2008) tutkimus osoitti, että parantunut fyysinen kunto paransi tutkittavien toimintakykyä, työkykyä ja subjektiivista elämänlaatua. Auran (2006) tutkimuksessa puolestaan todettiin, että terveystuntemus oli sitä paremmalla tasolla mitä suurempi oli viikoittainen liikuntamäärä kohtuutasoa korkeammalla intensiteetillä. Riittävästi liikkuvat kokivat myös enemmän työtyytyväisyyttä. Pohjosen (2001) ja Nurmisen (2000) tutkimuksissa liikuntainterventioon osallistujien tuki- ja liikuntaelinten kunto parantui ja osallistujat kokivat olevansa aikaisempaa työkykyisempiä ja terveempiä. Pohjosen tutkimuksessa interventioon osallistujat olivat vielä viiden vuoden jälkeen paremmassa kunnossa kuin vertailuryhmä. Lahden (2011) tutkimus puolestaan osoitti, että aktiivinen liikunnan harrastus pienensi sekä sairauspoissaolojen että tuki- ja liikuntaelinvaivojen vuoksi eläkkeelle siirtymisen riskiä.

Työpaikan tarjoamien liikuntapalveluiden käyttö lisääntyi tutkimuksen aikana kymmenellä prosentilla. Erityisesti liikuntasetelien käyttö lisääntyi merkittävästi. Työpaikan tarjoamista liikuntapalveluista ainoastaan ryhmäliikuntaan osallistuminen väheni tutkimuksen aikana. Ryhmäliikunnan vähentymistä voidaan selittää liikuntasetelien käytön lisääntymisellä, sillä liikuntaseteleillä voi harrastaa liikuntaa lukuisissa liikuntapaikoissa työnantajan tukemana työpaikan ulkopuolella. Seteleiden käytön kasvua voidaan pitää hyvänä trendinä, koska se osoittaa henkilön omaehtoista innostuneisuutta hakeutua mieleiseensä harrastuksen pariin omalla vapaa-ajallaan. Työpaikat voivat tukea henkilöstön hyvinvointia erilaisin keinoin. Muutaman vuoden välein toistetun työpaikkaliikuntatutkimuksen mukaan suurin osa työpaikoista tukee henkilöstön liikuntaa ja erityisesti liikuntasetelien käytön lisääntyminen tukimuotona on kasvanut viime vuosina (Kuntoliikuntaliitto, 2012). Liikuntaprojektin tarkoitus oli sysätä ihmiset liikkeelle ja tarjota erilaisia mahdollisuuksia löytää oma liikuntalajinsa esimerkiksi työpaikan liikuntatarjonnasta. Aikaisemmat tutkimukset osoittavat työpaikan tuella ole-

van suuri merkitys työntekijöiden liikuntaharrastukseen. Auran (2006), Heikkisen ja Ilmarisen (2001) tutkimusten mukaan työpaikoilla liikuntaohjelman onnistumiseen vaikuttaa ainakin osittain työaikana toteutettu monipuolinen liikuntaohjelma. Lisäksi osallistujien mahdollisuudella vaikuttaa liikunnan sisältöön on merkitystä. Työpaikan sosiaalinen tuki voi osaltaan tarjota kannustusta ja lisämotivaatiota niille, jotka eivät vielä ole omaksuneet liikunnallista elämäntapaa. Korkiakankaan (2010) tutkimuksessa nostettiin esille sosiaalisen tuen merkitys kannustuksen ja lisämotivaation tarjoamisessa.

Liikuntakäyttäytymisen ja hyvinvointitulosten hyvä suunta viittaa siihen, että liikunta-projektissa mukana olleet ovat oivaltaneet liikunnan merkityksen ja mahdollisuudet osana henkilökohtaista hyvinvointia ja he ovat tehneet liikunnallisia valintoja elämässään. Työpaikan liikuntapalvelujen käytön lisääntyminen viittaa työpaikan liikuntapalvelujen olevan varteenotettava vaihtoehto toteuttaa vapaa-ajan liikuntaa ja se voi myös mahdollistaa erilaisten liikuntalajien kokeilun.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuutta mitataan käsitteiden reliabiliteetti ja validiteetti avulla. Tutkimuksen reliabiliteetti tarkoittaa mittauksen tai tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia ja validiteetti puolestaan kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata (Hirsjärvi ym, 2007). Tutkimusjoukko koostui niistä työpaikan henkilöistä (n=33), joka vastasivat tutkimuksen aikana kaikkiin kolmeen hyvinvointikyselyyn. Alkukyselyyn vastasi kaikkiaan 52 henkilöä, joten tästä tutkimuksesta jäi pois 19 henkilöä. Tutkimusjoukosta ja poispuodonneista (= katoryhmä) tehtiin kuvailevia ja vertailevia analyysyjä, mikä paransi tutkimuksen luotettavuutta ja antoi kokonaiskuvaa liikuntaprojektiin toimivuudesta. Tutkimusasetelman heikkoutena oli pieni tutkimusjoukko, mikä heikentää tulosten laajempaa yleistettävyyttä. Suurempi tutkimusjoukko ja verrokkiryhmän mukanaolo parantaisi tutkimuksen luotettavuutta. Aineiston koon ja naisten suuren osuuden (85 %) vuoksi tutkimuksen tuloksissa ei tarkasteltu sukupuolten välisiä eroja.

Tutkimusaineiston keruussa on hyvä pyrkiä ekonomiseen ja tarkoituksenmukaiseen ratkaisuun. Huomioitavaa on, että harvoin valmiit aineistot soveltuvat sellaisinaan

käytettäväksi (Hirsjärvi ym, 2007, 181). Tämän tutkimuksen aineistona käytettiin liikuntaprojektin yhteydessä ulkopuolisen palveluntuottajan toimesta kerättyä aineistoa. Valmiista hyvinvointikyselystä poimittiin ne kysymykset, jotka vastasivat asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksen selkeä aiheen rajausta ja tutkimuskysymykset helpottivat aineiston lopullisessa valinnassa. Kyselytutkimuksen heikkoutena on muun muassa kuinka huolellisesti ja rehellisesti kysymyksiin vastataan (Hirsjärvi ym, 2007). Tässä tutkimuksessa luotettavuutta heikentävänä tekijänä voidaan pitää sitä, että kyselyn vastaukset perustuivat osallistujien omaan arvioon omasta liikkumisesta ja hyvinvoinnista. Ei ole tietoa siitä, kuinka hyvin vastaajat paneutuivat asiaan ja kuinka totuudenmukaisesti he vastasivat kysymyksiin. Luotettavuutta paransi kysymysten yksinkertaisuus ja monivalintatyypisyys ja että kyselylomake oli joka kerralla samansisältöinen. Kyselyyn vastattiin elektronisesti jokaisen henkilökohtaiseen sähköpostiin tulleen linkin kautta, joten vastaaminen oli helppoa ja omakohtaista omalta tietokoneelta.

Tutkimustulosten luotettavuutta ja yleistettävyyttä lisäsi se, että kyselylomakkeen kysymykset perustuivat yleisesti käytössä oleviin tieteellisiin lähteisiin ja mittareihin. Luotettavuutta paransi myös se, että henkilöt eivät vaihtuneet tutkimuksen aikana. Aineistoa luokiteltiin selkeämmäksi analyysiä varten. Analyysimenetelmien valinnassa huomioitiin aineiston pieni koko, aineiston vinous sukupuolen mukaan ja että muuttajat noudattivat likimain normaalijakaumaa.

Tutkimuksen eettisyyden kannalta voidaan todeta, että liikuntaprojektilla pyrittiin hyvän aikaansaamiseen – liikunnalla lisää hyvinvointia. Tutkimusyksikössä jokaisella oli mahdollisuus osallistua liikuntaprojektiin ja osallistuminen oli vapaaehtoista. Tutkimuksessa käytetty aineisto sisälsi ainoastaan numerotietoja eikä sähköisessä muodossa olevasta aineistosta voinut tunnistaa yksittäisiä henkilöitä. Tutkimustulosten raportoinnit tehtiin siten, että yksilöä ei voinut niistä tunnistaa. Aineiston käyttöön tähän tutkimukseen oli johdon lupa.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

1. Työpaikan liikuntaohjelmalla voidaan vaikuttaa työntekijöiden hyvinvointiin. Jotta mahdollisimman moni hyötyisi liikuntaohjelmasta, osallistumisen vahvistamista ja toimintaan sitoutumista tulee kehittää jatkossa.
2. Työnantajan antamat liikuntaselitteet motivoivat työntekijöitä monipuoliseen vapaa-ajan liikuntaan. Myös työpaikan tarjoama yhteisöllisyys, sosiaalinen tuki ja kannustus voivat lisätä liikuntamotivaatiota. Jatkossa työpaikalla tuleekin etsiä uudenlaisia rohkaisun muotoja säännöllisen liikunnan harrastamisen edistämiseksi.
3. Liikuntainnostuksen herättämiseksi työpaikoilla tarvitaan ammatillista osaamista, taitoa, kykyä ja systemaattista toimintaa. Tämä on tärkeää erityisesti vähän liikuntaa harrastavien kohdalla.
4. Terveysindikaattoreiden avulla voidaan varmistaa, että liikunta-aktiivisuuden lisäämisellä saadaan aikaan todellisia terveystuloksia.
5. Tämän tutkimuksen tuloksiin pohjautuen jo lyhyellä kuntovalmennukseen painottuvalla liikuntaohjelmalla on vaikutusta henkilöstön liikunta-aktiivisuuteen ja hyvinvointituntemukseen ja toimintaa voidaan suositella työpaikoille soveltuvin osin henkilöstön hyvinvoinnin lisäämiseksi.

LÄHTEET

Abraham C, Graham-Rowe E. Are worksite interventions effective in increasing physical activity? A systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review* 2009; 3 (1): 108-144.

Absetz P, Hankonen N. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2011; 127(21): 2265-72.

Anglé S. Piilevän motivaation jäljillä. Ratkaisukeskeinen elämäntapojen ja painonhallinnan ohjaus. *Suomen Lääkärilehti (SLL)* 34/2010: 2691-2696.

Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J. (toim.). *Suomalaisten terveys*. Kustannus oy Duodecim. Kansanterveyslaitos ja STAKES, 2005 1. painos.

Aura O. & Sahi T. (toim.). *Työpaikkaliikunnan hyvät käytännöt*. Helsinki: Edita, 2006.

Aura O. Teoksessa *Työpaikkaliikunnan hyvät käytännöt*. Toim. Aura O. & Sahi T. Helsinki: Edita, 2006.

Aura O. *Worksite Fitness Policy in an Intellectual Capital Framework*. Helsinki, 2006.

Aura O. *Hyvinvointikartoituksen perusteet*. Excenta. Julkaisematon aineisto.

Conn V, Hafdahl A, Cooper P, Brown L, Lusk S. Meta-Analysis of Workplace Physical Activity Interventions. University of Missouri. Published *Am J Prev Med*. 2009 October; 37(4): 330-339.

DEHKO. *Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma 2000 -2010*. Diabetesliitto, 2009.

Fogelholm M, Paronen O, Miettinen M. *Liikunta – hyvinvointipoliittinen mahdollisuus*. Suomalaisen terveystieteiden tutkimuskeskuksen tila ja kehittyminen 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. Helsinki: Yliopistopaino, 2007.

Fogelholm M, Vuori I. (toim.). *Terveyshyväliikunta*. Kustannus Oy Duodecim, 2005.

Green L.W, Kreuter M.W. *Health promotion planning: an educational and environmental approach*, 2000. Toinen painos.

Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J, Koskinen S. (toim.). *Työkyvyn ulottuvuudet: Terveys 2000 – tutkimuksen tuloksia*. Eläketurvakeskus, kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos, Työterveyslaitos. Helsinki: Hakapaino Oy, 2006.

Heikkinen E, Ilmarinen J. Liikunta säilyttää työkykyä ja ikääntyneiden toimintakykyä. *Liikuntalääketiede*. Duodecim 2001;117:653-60.

Helakorpi S, Pajunen T, Jallinoja P, Virtanen S, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys (AVTK), kevät 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 15/2011. Helsinki 2011.

Helakorpi S., Laitalainen E., Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2009. Health Behaviour and Health among the Finnish Adult Population, Spring 2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 7/2010. Helsinki, 2010.

Husu P, Paronen O, Suni J, Vasankari T. Suomalaisten fyysinen aktiivisuus ja kunto 2010: terveyttä edistävän liikunnan nykytila ja muutokset. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2011:15.

Ilmarinen J. Pitkää työuraa! Ikääntyminen ja työelämän laatu Euroopan unionissa. Jyväskylä: Gummerus, 2006.

Ilmarinen J. Pitkää työuraa! Ikääntyminen ja työelämän laatu Euroopan unionissa. Jyväskylä: Gummerus, 2006 (s 138).

Ilmarinen J. Pitkää työuraa. Ikääntymisen ja työelämän laatu Euroopan unionissa. Työterveyslaitos, Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino, 2006.

Kelan henkilöstötilinpäätös 2008.

Kelan liikuntatilastot 2011.

Kiiskinen U, Vehko T, Matikainen K, Natunen S, Aromaa A. Terveyden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:1. Helsinki: Yliopistopaino, 2008.

Koskinen-Ollonqvist P, Peltola-Huikko A, Rouvinen-Wilenius P. Näkökulmia vaikuttavuuteen. Vaikuttavuuden arvioinnin mahdollisuudet terveyden edistämässä. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 4/2005.

Käypä hoito. Liikunta. 8.11.2010.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50075> [viitattu: 14.2.2012].

Lahti J. Leisure-time physical activity, health related functioning and retirement: a prospective cohort study among middle-aged employees. University of Helsinki, Finland 2011.

Lindström Jaana. Prevention of type 2 diabetes with lifestyle intervention – emphasis on dietary composition and identification of high-risk individuals. Kansanterveyslaitos. Helsinki: Edita, 2006.

Mäkinen T. Trends and Explanations for Socioeconomic Differences in Physical Activity. National Institute for Health and Welfare (THL). Research 41. Helsinki, Finland 2010.

Nuori Suomi. Lasten ja nuorten liikunnan asiantuntijaryhmä. Fyysisen aktiivisuuden suositus kouluikäisille. Opetusministeriö ja Nuori Suomi ry. Helsinki 2008. ISBN (pdf) 978-952-9889-83-9.

Nurminen E. Työpaikkaliikunnan vaikuttavuus liikunnanharrastukseen, fyysiseen toimintakykyyn, tuki- ja liikuntaelinoireisiin, koettuun työkykyyn sekä kustannus-hyötyyn ruumiillisesti keskiraskasta työtä tekevilla naisilla. Työterveyslaitos. Helsinki, 2000.

Oja P. Terveysliikunta. Teoksessa Fogelholm m, Vuori i, Vasankari T. (toim.). Terveysliikunta. UKK-instituutti, Duodecim 2011.

Ojanen M. Liiku oikein – voi hyvin. Liikunnan merkitys hyvinvoinnille. Liikuntatieteellinen Seura. Julkaisu nro 153. Helsinki, 2001.

Opetusministeriö. Uusi suunta liikuntatutkimukseen. Opetusministeriön strategia liikuntatutkimuksen suuntaamiseksi ja hyödyntämiseksi. Opetusministeriön julkaisuja 2009:18.

Owen N, Healy GN, Matthews CE, Dunstan DW. Too much sitting: The population health science of sedentary behavior. *Exerc Sport Sci Rev* 2010; 38: 105-113.

Paronen O, Nupponen R. Terveiden ja liikunnan edistäminen. Teoksessa Fogelholm m, Vuori i, Vasankari T. (toim.). Terveysliikunta. UKK-instituutti, Duodecim 2011; 186-196.

Peltonen M, Harald K, Männistö S, Saarikoski L, Peltomäki P, Lund L, Sundvall J, Juolevi A, Laatikainen T, Aldén-Nieminen H, Luoto R, Jousilahti P, Salomaa V, Taimi M, Vartiainen E. Kansallinen FINRISKI 2007-terveystutkimus. Tutkimuksen toteutus ja tulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B34/2008.

Pietilä AM. toim. Terveiden edistäminen. Teorioista toimintaan. WSOYpro Oy, 2010.

Pohjonen T. Perceived work ability and physical capacity on home care workers. Effects of physical exercise and ergonomic intervention on factors related to work ability. Väitöskirjan tiivistelmä. Kuopion yliopiston julkaisu D. *Lääketiede* 260, 2001.

Poskiparta M, Kaasalainen K, Kasila K. Liikuntamotivaatio syntyy tiedosta, ymmärryksestä, asenteista ja uskomuksista. *Liikunta & Tiede* 46 (4) 2009.

Robroek S, van Lenthe F, Empelen P, Burdorf A. Determinants of participation in worksite health promotion programmes: a systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2009 6:26.

Ryan R & Deci E. Self-Determination Theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist* 2000;55:68-78.

Salmela SM, Kettunen T, Poskiparta M. Vaikuttavan elintapaohjausintervention suunnittelu – helpommin sanottu kuin tehty? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2010; 47: 208-218.

Savola J. Liikunnalliseen elämäntapaan aktivointi. Teoksessa Aura O, Sahi T (toim.) Työpaikkaliikunnan hyvät käytännöt. Helsinki: Edita, 2006.

Sjögren T. Effectiveness of a physical exercise intervention on the functioning, work ability, and subjective well-being of office workers – a cluster randomised cross over trial with one-year follow-up in the workplace. Jyväskylän yliopisto, 2006.

Special Eurobarometer 334. Sport and Physical Activity. TNS Option & Social. Belgium: European Commission, 2010.

Suomen Kuntoliikuntaliitto. Kansallinen liikuntatutkimus 2009 -2010 - Aikuisliikunta. SLU:n julkaisusarja 6/2010.

Suomen Kuntoliikuntaliitto. Työpaikkaliikuntabarometri 2007.

Suomen Kuntoliikuntaliitto. Työpaikkaliikuntabarometri 2009.

Suomen Kuntoliikuntaliitto. Henkilöstöliikuntabarometri 2012.

Suomen virallinen tilasto (SVT):Työvoimatutkimus [verkkajulkaisu]. ISSN=1798-7830. 2010, 1. Työllisyyden lasku pysähtyi vuonna 2010. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 20.2.2011]. Saantitapa: http://www.stat.fi/til/tyti/2010/tyti_2010_2011-02-15_kat_001_fi.html.

Ståhl T. Liikunnan toimintapolitiikan arviointia terveyden edistämisen kontekstissa : sosiaalisen tuen, fyysisen ympäristön ja poliittisen ympäristön yhteys liikunta-aktiivisuuteen. Studies in sport, physical education and health;91.Jyväskylän yliopisto: 2003.

Sörensen L. Work ability and health-related quality of life in middle-aged men: the role of physical activity and fitness. Kuopio University Publications D, 2008.

Tiihonen A. Erilainen tapa vanheta. SVU:n 40v -juhlakirja, 2011.

Toropainen E. Miten liikkeelle? Terveysliikuntautiset. Liikkumattomuus haasteena. UKK-instituutti 2011.

UKK-instituutti. <http://www.ukkinstituutti.fi/> [viitattu: 2.5.2011].

U.S. Department of Health and Human Services. 2008 Physical Activity Guidelines for Americans. Be Active, Healthy, and Happy! ODPHP Publication No. U0036 October 2008. www.health.gov/paguidelines/pdf/.

Verohallinto 2011. <http://www.vero.fi/fi-FI> [viitattu: 20.9.2011].

VLN, Valtion liikuntaneuvosto. Liikunta ja työurat – työelämä kaipaa myös liikettä. Valtion liikuntaneuvoston julkaisuja 2012:3.

Vuori I, Laukkanen R. Miksi istumisen tutkiminen on tärkeää? Liikunta ja tiede 2009; 46(1): 4-7.

Vuori I, Laukkanen R. Vaarantaako istuminen terveytesi? Suomen lääkirilehti 2010; 65 (39): 3108-3109.

Vuori I. Lisää liikuntaa! Helsinki: Edita, 2003.

Vuori I. Liikunnan vaikutukset työyhteisössä. Teoksessa Aura O, Sahi T (toim.) Työpaikkaliikunnan hyvät käytännöt. Helsinki: Edita, 2006.

Vuori I. Yhteisön liikunnan edistäminen. Teoksessa Fogelholm M, Vuori I, Vasankari T (toim.) Terveysliikunta. UKK-instituutti. Duodecim, 2011.

WHO, Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, Canada, 1986.

Liite 1, Tutkimuksessa käytetyt kysymykset.

LIITE 1: Tutkimuksessa käytetty kyselylomake

Tässä liitteessä on kuvattu alkuperäisnumeroinnilla tässä tutkimuksessa käytetyt kysymykset. Alkuperäisessä kyselyssä oli 56 kysymystä.

Hyvinvointikartoitus – Kela 16.12.2008

Kyselyn tarkoitus on seurata hyvinvointiin liittyvien tekijöiden kehitystä ja muutoksia. Tämän hyvinvointikyselyn kautta kerätään tietoja henkilöiden hyvinvoinnista ja suunnitellaan käytännön toimenpiteitä jokaisen hyvinvoinnin edistämiseksi. Jokainen vastaaja saa kyselystä henkilökohtaisen palautteen ilmoittamaansa sähköpostiosoitteeseen. Tulokset käsitellään luottamuksellisesti.

* Merkityt kohdat ovat hyvinvointikyselyn jatkotoimien kannalta merkityksellisiä. Yksittäiset vastaukset käsitellään luottamuksellisesti, eikä niiden tietoja luovuteta eteenpäin. Tiedot jäävät kuntovalmentajalle. Vastauksia ei käytetä muuhun kuin tämän liikuntaprojektin tarkoitukseen. Kyselyn avulla saadaan tietoja myös tilastolliseen analyysiin. Tilastollisessa analyysissä verrokkitietoina käytetään yleistä tutkittua tietoa kansalaisten hyvinvoinnista. Tiedoista toimitetaan työnantajalle pelkästään tilastollinen yhteenveto, jossa yksittäiset vastaukset eivät ole nähtävissä.

1) Olen lukenut ylläolevan selvityksen tietojeni käsittelystä ja hyväksyn sen. *

- hyväksyn
 en hyväksy

2) Perustietosi

Nimi * ____
 Sähköpostiosoite * ____
 Puhelinnumero (työaikana) * ____
 Syntymäaika muotoa ppkkvv * ____

3) Koulutustausta *

- Kansa- tai peruskoulu
 Keskiasteen koulutus
 Ammattikorkeakoulu
 Korkeakoulu

4) Työurasi pituus tämän työnantajan palveluksessa *

- alle 1 vuotta
 1-4 vuotta
 5-9 vuotta
 10-14 vuotta
 15-20 vuotta
 yli 20 vuotta

5) Sukupuoli *

- mies
 nainen

6) Kirjoita oheisiin ruutuihin pituutesi ja painosi *

pituus (cm) * ____
 paino (kg) * ____

7) Miten kuvailisit terveydentilaasi?*

- erittäin hyvä
 hyvä
 kohtalainen

- huono
- erittäin huono

8) Miten arvioisit terveydentilaasi muihin oman sukupuolesi saman ikäisiin ihmisiin verrattuna?

*

- selvästi parempi
- parempi
- yhtä hyvä
- huonompi
- selvästi huonontunut

9) Onko terveydentilassasi tapahtunut muutoksia viimeisen viiden vuoden aikana? *

- selvästi parantunut
- parantunut
- pysynyt ennallaan
- huonontunut
- selvästi huonontunut

10) Esiintyykö Sinulla kipua niskan tai hartioiden alueella? *

- jatkuvasti
- usein
- joskus
- harvoin
- ei koskaan

11) Haittaako mahdollinen niska- tai hartiakipu työntekoa? *

- haittaa työntekoa usein
- haittaa työntekoa joskus
- ei haittaa työntekoa

12) Haittaako mahdollinen niska- tai hartiakipu vapaa-ajan viettoa? *

- haittaa vapaa-ajan viettoa usein
- haittaa vapaa-ajan viettoa joskus
- ei haittaa vapaa-ajan viettoa

17) Kuinka monta päivää olet yhteensä ollut poissa työstä sairauden takia vuoden 2008 aikana.

*

Sairauspoissaoloja yhteensä * _____

25) Kuinka usein harrastat liikuntaa vapaa-aikanasi? Arvioi keskimääräinen aktiivisuutesi seuraavista vaihtoehtoista. *

- Vähintään viisi kertaa viikossa
- Keskimäärin neljä kertaa viikossa
- Keskimäärin kolme kertaa viikossa
- Keskimäärin kaksi kertaa viikossa
- Keskimäärin kerran viikossa
- Kerran pari kuussa
- Harvemmin
- En juuri ollenkaan

26) Mikä on liikuntakerran kesto keskimäärin (min)? *

- alle 20 min
- 20 - 40 min
- 40 - 60 min
- 60 - 90 min
- 90 - 120 min
- yli 120 min

27) Kuinka rasittavaa liikuntasi on? *

- en harrasta liikuntaa
- verikkaista ja rauhallista (ei hengityksen kiihtymistä/hikoilua)
- ripeää ja reipasta (jonkin verran hengityksen kiihtymistä/hikoilua)
- voimaperäistä ja rasittavaa (voimakasta hengityksen kiihtymistä/hikoilua)

28) Kuinka usein teet kesäaikana työmatkasi kävellen, pyörällä, rullaluistellen.... *

- joka päivä, viisi kertaa viikossa
- keskimäärin kolme-neljä kertaa viikossa
- keskimäärin kerran tai kaksi viikossa
- kerran pari kuussa
- en juuri ollenkaan

29) Kuinka kauan työmatkasi keskimäärin kestää (edestakainen matka) - siis kesäaikana? *

- alle 20min
- 20-40 min
- 40-60 min
- 60-90 min
- 90-120 min
- yli 120min

30) Kuinka rasittavaa on työmatkaliikuntasi kesäaikana? *

- en harrasta työmatkaliikuntaa
- verikkaista ja rauhallista (ei hengityksen kiihtymistä / hikoilua)
- ripeää ja reipasta(jonkin verran hengityksen kiihtymistä / hikoilua)
- voimaperäistä ja rasittavaa (voimakasta hengityksen kiihtymistä / hikoilua)

31) Kuinka usein teet talviaikana työmatkasi kävellen, pyörällä.... *

- joka päivä, viisi kertaa viikossa
- keskimäärin kolme-neljä kertaa viikossa
- keskimäärin kerran tai kaksi viikossa
- kerran pari kuussa
- en juuri ollenkaan

32) Kuinka kauan työmatkasi keskimäärin kestää (edestakainen matka) - siis talviaikana? *

- alle 20min
- 20-40 min
- 40-60 min
- 60-90 min
- 90-120 min
- yli 120min

33) Kuinka rasittavaa on työmatkaliikuntasi talviaikana? *

- en harrasta työmatkaliikuntaa
- verikkaista ja rauhallista (ei hengityksen kiihtymistä / hikoilua)
- ripeää ja reipasta (jonkin verran hengityksen kiihtymistä / hikoilua)
- voimaperäistä ja rasittavaa (voimakasta hengityksen kiihtymistä / hikoilua)

34) Mitä työnantajan tarjoamia tai taloudellisesti tukemia liikuntapalveluja / liikuntamuotoja olet käyttänyt?

olen käyttänyt en ole käyttänyt

liikuntaseteleitä
kuntosalia
ryhmäliikuntatunteja
joukkuepelejä, esim. jalkapallo, sähly
liikuntatapahtumia
jotain muuta

50) Työkyky kuvastaa kykyäsi selviytyä työtehtävistäsi. Arvioi seuraavien numeroiden avulla omaa tämän hetkistä työkykyäsi siten, että 10 = paras työkyky, mikä Sinulla on koskaan ollut ja 0 = olet tällä hetkellä täysin työkyvytön. *

täysin työkyvytön * 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 paras työkyky

Aktivoi arviosi yllä olevista numeroista

51) Kuinka usein koet, että sinulla on hyvä työvire? *

- ei juuri koskaan
- melko harvoin
- silloin tällöin
- melko usein
- erittäin usein

53) Mihin seuraavista liikuntaryhmistä kuulut tällä hetkellä?

- en liiku juuri ollenkaan
- arkiliikkuja
- terveysliikkuja
- kuntoliikkuja
- kuntosurheilija