

**NEUVOLAN LIIKUNTANEUVONTAPALVELUN  
KEHITTÄMINEN TEHOKKAAMMAN  
KOHDENTAMISEN AVULLA**

**Jyväskylän yliopisto  
Kauppakorkeakoulu**

**Pro gradu -tutkielma**

**2018**

**Tekijä: Josefiina Harju  
Oppiaine: Markkinointi  
Ohjaaja: Heini Taiminen**



JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO



## TIIVISTELMÄ

Tekijä Josefiina Harju	
Työn nimi Neuvolan liikuntaneuvontapalvelun kehittäminen tehokkaamman kohdentamisen avulla	
Oppiaine Markkinointi	Työn laji Pro gradu -tutkielma
Aika Maaliskuu 2018	Sivumäärä 78+ 2
<p>Fyysisessä aktiivisuudessa tapahtuu luonnollista vaihtelua elämän aikana muun muassa perheen ja lasten vuoksi. Tänä päivänä liian vähäinen fyysinen aktiivisuus on kuitenkin maailmanlaajuisesti merkittävä, kasvava ongelma. Jotta epäaktiivisuuteen voitaisiin puuttua ja pyrkiä estämään liikkumattomuuden lisääntymistä tulevilla sukupolvilla, tulee kiinnittää huomiota erityisesti kahteen tekijään: äitien merkittävään rooliin ja odotus- ja pikkulapsiajassa olennaisesti vaikuttavaan neuvolaan. Neuvoloissa tapahtuva liikuntaneuvonta on yksi keino, jolla voidaan pyrkiä vaikuttamaan positiivisesti yksilöiden terveyskäyttäytymiseen.</p> <p>Äitiys- ja lastenneuvolapalveluita koskevaa asiakaslähtöistä palvelututkimusta on kuitenkin toteutettu vain hyvin vähän, sillä terveydenhuolto ja palvelututkimus ovat perinteisesti olleet kaksi toisistaan erillistä kenttää. Yksi erittäin lupaava lähestymistapa terveyskäyttäytymisen interventioiden suunnittelussa on sosiaalinen markkinointi. Segmentointia, joka on yksi sosiaalisen markkinoinnin keskeisimmistä käytännöistä, pidetään avainosana kohdennetumpien sosiaalisen markkinoinnin ohjelmien suunnittelussa. Tästä syystä se on potentiaalinen vaihtoehto myös neuvolapalveluiden kehittämiseen fyysisen aktiivisuuden kontekstissa.</p> <p>Tutkimus pyrkii tuomaan lisää ymmärrystä äitiys- ja lastenneuvolapalveluita koskevaan palvelututkimukseen ja lisäämään kaupallisen markkinoinnin käytäntöjen hyödyntämistä terveydenhuollon neuvolajärjestelmän kontekstissa. Tarkoituksena on lisätä palveluajattelun ymmärtämistä ja segmentoinnin hyödyntämistä sosiaalisen markkinoinnin alalla. Tutkimustulosten mukaan äitien joukosta on tunnistettavissa heidän fyysisen aktiivisuutensa perusteella kolme erilaista segmenttiehdotelmää, joita ovat aktiiviset, aktiivisiksi pyrkivät ja passiiviset. Näillä tunnistetuilla segmenteillä ovat keskenään erilaiset palveluntarpeet, joita voidaan tarkastella ja hyödyntää liikuntaneuvontapalvelua kehittäessä ja kohdentaessa. Ylipäättänsä liikuntaneuvonnalle neuvoloissa on runsaasti kysyntää.</p> <p>Äitien segmentointi kannattaisi toteuttaa neuvoloissa käyttäytymisen perusteella. Äideillä on erilaisia tavoitteita ja haasteita liikkumisen suhteen, jolloin yleisneuvonta liikunnasta ei edistä äitien aktiivisuuden lisäämistä tai ylläpitoa tehokkaasti. Äitien toiveiden selvittäminen eli asiakkaan asettaminen suunnittelun keskiöön ja hänen tarpeidensa huomiointi ovat lähtökohta onnistuneelle ja asiakasta hyödyttävälle palvelulle. Identifioimalla asiakkaiden tarpeita ja toimimalla yhteistyössä asiakkaiden kanssa voidaan kehittää palveluita tehokkaammiksi. Liikuntaneuvontapalvelu tulisikin nähdä heti ensimmäisestä käynnistä alkavana pidempiaikaisena, vuorovaikutteisena prosessina.</p>	
Asiasanat segmentointi, sosiaalinen markkinointi, neuvola, palvelu, palvelukehittäminen, fyysinen aktiivisuus	
Säilytyspaikka Jyväskylän yliopiston kirjasto	





**TIIVISTELMÄ**  
**SISÄLLYS**  
**KUVIOT**  
**TAULUKOT**

1	JOHDANTO.....	7
	1.1 Tutkimuksen tausta .....	7
	1.2 Tutkimusongelma ja tutkimuksen tavoitteet .....	9
	1.3 Tutkimuksen rakenne.....	9
2	TEORIA.....	11
	2.1 Sosiaalinen markkinointi .....	11
	2.1.1 Sosiaalisen markkinoinnin osatekijät.....	13
	2.1.2 Sosiaalinen markkinointimix .....	14
	2.1.3 Sosiaalinen markkinointi palvelunäkökulmasta.....	18
	2.2 Palvelumarkkinointi .....	19
	2.1.4 Palvelumarkkinointi terveydenhuollossa .....	19
	2.2.2 Liikuntaneuvonta ja liikunnan palveluketju .....	20
	2.2.3 Liikuntaneuvonta neuvolassa.....	22
	2.2.4 Palvelun kehittäminen ja kohdentaminen .....	23
	2.3 Segmentointi sosiaalisessa markkinoinnissa.....	26
	2.3.1 Segmentoinnin hyödyntäminen terveyskäyttäytymiseen .....	27
	2.3.2 Segmentointitapoja sosiaalisessa markkinoinnissa .....	28
	2.3.3 Segmentointiperusteet .....	32
	2.4 Fyysinen aktiivisuus .....	33
	2.4.1 Fyysisen aktiivisuuden vaikutus.....	34
	2.4.2 Fyysisen aktiivisuuden rajoitteet.....	34
	2.4.3 Fyysisen aktiivisuuden kannustimet .....	36
	2.5 Yhteenveto.....	37
3	METODOLOGIA.....	39
	3.1 Kvalitatiivinen tutkimus .....	39
	3.2 Puolistrukturoitu temahaastattelu.....	40
	3.3 Aineiston keruu .....	42
	3.4 Aineiston analyysi.....	44
4	TUTKIMUSTULOKSET .....	46
	4.1 Haastateltujen kuvaus .....	46
	4.2 Tunnistetut segmentit.....	49
	4.2.1 Aktiiviset.....	49
	4.2.2 Aktiiviseksi pyrkivät.....	50
	4.2.3 Passiiviset.....	50
	4.3 Teemat.....	51
	4.3.1 Fyysinen aktiivisuus.....	51
	4.3.2 Liikunnan merkitys ja liikkumiseen liittyvät tekijät.....	53

4.3.3 Neuvonnan tarve .....	55
4.3.4 Koettu neuvolan toiminta.....	56
4.3.5 Toiveet ja ideointi .....	58
4.3.3 Kaikille haastatteluille yhteiset tekijät.....	60
4.4 Segmenttien palvelun tarpeet.....	61
5 JOHTOPÄÄTÖKSET .....	63
5.1 Vastaukset tutkimuskysymyksiin.....	63
5.2 Teoreettiset johtopäätökset .....	65
5.3 Liikkeenjohdolliset johtopäätökset.....	67
5.4 Tutkimuksen arviointi ja jatkotutkimusehdotukset.....	69
Lähteet.....	72
Liitteet.....	79

## KUVIOT

Kuvio 1 Liikunnan palveluketju (Tuunanen ym. 2016) .....	22
Kuvio 2 Transteoreettinen muutosvaihemalli (mukailen Prochaska & DiClemente 1983).....	29
Kuvio 3 Yhteenvedo teoriasta.....	37
Kuvio 4 Ehdotelmat segmenteistä.....	49
Kuvio 5 Aineistossa esiintyneet teemat.....	51

## TAULUKOT

Taulukko 1 Haastateltujen tiedot .....	42
Taulukko 2 Kootut tiedot haastatteluista .....	46

## JOHDANTO

### 1.1 Tutkimuksen tausta

Tänä päivänä liian vähäinen fyysinen aktiivisuus on merkittävä ongelma maailmanlaajuisesti. Yli 80% aikuisväestöstä ei ole riittävän aktiivisia ja arvion mukaan kaiken kaikkiaan noin 3,2 miljoonaa kuolemaa johtuu fyysisestä epäaktiivisuudesta. (WHO 2015.) Fyysinen epäaktiivisuus on merkittävä myötävaikuttaja ei-tarttuvissa taudeissa erityisesti korkean tulotason maissa, mutta kasvavissa määrin myös keskitason ja matalan tulotason maissa. Aktiivisuuden lisäksi merkittäviä muutoksia on tapahtunut ruokavaliossa, sillä rasvan ja sokerin kulutus ovat lisääntyneet valtavasti. (McKinsey Global Institute 2014.) Nämä ruokavaliossa tapahtuneet muutokset yhdistettynä epäaktiivisuuteen aiheuttavat myös kansantaloudellisesti miljardiluokkaa olevia suoria kustannuksia terveydenhuollossa jo yksistään Suomessa (Valtion liikuntaneuvosto 2014).

Fyysisessä aktiivisuudessa tapahtuu luonnollista vaihtelua elämänkaaren aikana esimerkiksi perheen ja lasten vuoksi. Lasten saamisen jälkeen prioriteetit elämässä usein muuttuvat, kun lapset priorisoidaan liikkumisen edelle. (Mailey, Huberty, Dinkel & McAuley 2014.) Äidin rooli lasten käytöksen ja fyysisen aktiivisuuden muovaamisessa on ratkaiseva, sillä aktiivisilla äideillä on tutkitusti myös aktiiviset lapset. Tutkimuksissa synnyttäneisyydellä ja liikunnan riittämättömyydellä on havaittu olevan yhteys. Riittämätön liikunta on yleisintä yhden lapsen äideillä, joilla on lähes 1,7 kertainen riski harrastaa liian vähän liikuntaa verrattuna lapsettomiin naisiin. (Aldén-Nieminen, Borodulin, Laatikainen, Raitanen & Luoto 2008.) Äitien merkittävän roolin ohella on syytä kiinnittää huomiota usein odotus- ja pikkulapsiajassa olennaisesti vaikuttavaan ja tukevaan tahoon – neuvolaan.

Yksi tekijä, jolla äitien fyysisen aktiivisuuden tasoihin voidaan pyrkiä vaikuttamaan, on neuvoloiden tarjoama liikuntaneuvontapalvelu. NELLI-tutkimuksessa (Aittasalo, Raitanen, Kinnunen, Ojala, Kolu & Luoto 2012) elintapaneuvonta on tuonut merkittävää terveyshyötyä. Lasten alhaisempi syntymäpaino voi tuoda yhteiskunnalle kustannussäästöä myöhemmissä elämävaiheissa vähäisemmän ylipainon ja siitä aiheutuvien liitännäissairauksien kautta (Kolu, Raitanen, Rissanen & Luoto 2013). Aittasalon ym. (2012) tutkimuksessa vain joka neljäs äiti onnistui toteuttamaan elintapamuutosten tavoitteet. Laajemmin ja yksilöllisemmin neuvontaa saaneet äidit onnistuivat pitämään yllä fyysisen aktiivisuuden tasoa hieman paremmin kuin rutiinineuvontaa saaneet. Elintapojen muuttaminen on haastava tavoite, mistä syytä liikunta- ja ravitsemusohjauksen tehostamista tulisi lisätä neuvoloissa. Ravitsemus- ja liikuntaneuvonta nähdään yhtenä tehokkaana keinona



terveellisiä elintapoja markkinoidessa (Kinnunen & Luoto 2004; Polley, Wing & Sims 2002).

Äitiys- ja lastenneuvolapalvelut kattavaa asiakaslähtöistä palvelututkimusta on kuitenkin aikaisemmin toteutettu vain hyvin vähän (Pelkonen, Hakulinen & Perälä 2005), mistä johtuen ymmärrystä näitä palveluita koskien tarvitaan enemmän. Yksi lähestymistapa terveyskäyttäytymisen interventioiden suunnitteluun ja toteuttamiseen on sosiaalinen markkinointi, jota on sovellettu menestyksekkäästi muun muassa fyysisen aktiivisuuden kontekstissa (Kubacki, Ronto, Lahtinen, Pang & Rundle-Thiele 2017). Myös Gordonin, McDermottin, Steadin ja Angusin (2006) mukaan sosiaalinen markkinointi on erittäin lupaava lähestymistapa terveyskäyttäytymisen interventioihin. Yksi sosiaalisen markkinoinnin keskeisistä käytännöistä on segmentointi (Andreasen 1994). Segmentointi mahdollistaa tehokkaamman resurssien käytön ja varmistaa, että asiakastarjoomat on kohdennettu huolellisesti (Smith 1956; Dibb & Simkin 2001, Boslaugh, Kreuter, Nicholson & Naleid 2005). Segmentointia pidetään avainosana kohdennetumpien sosiaalisen markkinoinnin ohjelmien suunnittelussa (Arlin, Dietrich, Tkaczynski & Rundle-Thiele 2017), mistä syystä se on potentiaalinen vaihtoehto myös neuvolapalveluiden kehittämiseen fyysisen aktiivisuuden kontekstissa.

Terveydenhuolto ja palvelututkimus ovat perinteisesti olleet kaksi toisistaan erillistä kenttää. Palvelututkijat ovat kuitenkin alkaneet keskittyä yhä enemmän terveydenhuollon asetelmiin, sillä palvelumarkkinoinnin lähestymistavoilla on paljon annettavaa terveyspalveluille. (McCull-Kennedy, Snyder, Elg, Witell, Helkkula, Hogan & Anderson 2017.) Palvelumarkkinoinnin ja sosiaalisen markkinoinnin yhteisenä tavoitteena on parantaa ihmisten elämää parantamalla palveluja. Jotta palveluja voidaan parantaa ja paremmin muotoilla ne vastaamaan asiakkaiden tarpeita, asiakaslähtöisyyden näkökulma ja tutkimuksen toteutus asiakaslähtöisesti hyödyttäisivät erityisesti terveydenhuollon toimintaa. Kaupallisen markkinoinnin käytännöt ovat terveydenhuollon alalla alihyödynnetty resurssi, jota voitaisiin käyttää tehokkaammin apuna haluttujen tavoitteiden toteuttamiseksi (Bernhardt 2006). Palvelujen kehittämisen tutkimuksessa on keskitytty paljon aineellisten hyödykkeiden kehittämiseen aineettomien sijaan (Syson & Perks 2004), jonka lisäksi palveluajattelusta laajemmassa mittakaavassa on puutetta sosiaalisen markkinoinnin alalla (Russell-Bennett, Wood & Previte 2016). Palvelunäkökulmien avulla voidaan siis auttaa terveydenhuoltoa tarjoamaan tehokkaampia palveluja (Danaher 2016), mikä hyödyttäisi niin asiakkaita kuin palveluntarjoajakin.

## 1.2 Tutkimusongelma ja tutkimuksen tavoitteet

Tässä tutkimuksessa pyritään selvittämään, miten neuvoloiden tarjoamia liikuntaneuvontapalveluita voitaisiin tehokkaammin kohdentaa vastaamaan äitien tarpeisiin siten, että fyysisen aktiivisuuden ylläpito paranisi. Tavoitteena on, että tutkimus lisäisi terveydenhuollon ammattilaisten tietoisuutta äitien yksilöllisistä tarpeista liikuntaneuvontapalveluita tarjottaessa. Pyrkimyksenä on selvittää, millaisia erilaisia segmenttejä äitien joukosta voidaan tunnistaa. Tässä tutkimuksessa toteutetaan segmentointia käytännön tason näkökulmasta, tarkastellen neuvolan terveydenhoitajalta asiakkaalle tapahtuvaa toimintaa. Pyrkimyksenä on tunnistaa, millaisia erilaisia segmenttejä äitien joukossa esiintyy, sekä tarkastella näiden segmenttien tarpeita ja motivaatioita. Näiden segmenttien avulla pyritään kehittämään erilaisia ratkaisuja ja liikuntaneuvontaa palveluna. Tällä käytännön tason segmentoinnilla pyritään sitä kautta myös tuottamaan strategiselle tasolle eli terveydenhuollon ammattilaisille ja päättäjille suunnittelua helpottavaa tietoa.

Tutkimuksen tavoitteena on lisätä sekä palveluajattelun ymmärtämistä erityisesti asiakaslähtöisyyden ja palvelumuotoilun näkökulmasta että segmentoinnin hyödyntämistä sosiaalisen markkinoinnin alalla. Tutkimus pyrkii tuomaan lisää ymmärrystä äitiys- ja lastenneuvolapalveluita koskevaan palvelututkimukseen ja lisäämään kaupallisen markkinoinnin käytäntöjen hyödyntämistä terveydenhuollon neuvolajärjestelmän kontekstissa. Tutkimuksen avulla pyritään tuottamaan uutta ja täydentävää tietoa neuvoloissa jo tapahtuvan liikuntaneuvonnan tueksi. Tiedon avulla neuvontaa on mahdollista kohdentaa entistä tehokkaammin ja tarkemmin niille äideille, jotka voisivat eniten hyötyä ohjauksesta ja tuesta.

Tutkimusongelma:

- *Miten palvelumarkkinointia voidaan hyödyntää neuvolapalveluiden kehittämisessä?*

Tutkimuskysymykset:

- *Miten segmentointia voidaan hyödyntää palvelun muotoilussa?*
- *Millaisilla segmenttejä äitien joukossa esiintyy?*
- *Millaisia tarpeita äideillä on neuvolapalveluiden suhteen?*

## 1.3 Tutkimuksen rakenne

Tämä tutkimus koostuu viidestä luvusta. Johdannossa käsitellään tutkimuksen taustaa, tavoitteita ja tutkimusongelman asettelua. Teoriaosuudessa käydään

läpi lähtökohtia tutkimukselle käsitellen sosiaalista markkinointia, palvelumarkkinointia neuvolapalveluiden ja liikuntaneuvonnan näkökulmasta, segmentointia sosiaalisen markkinoinnin kontekstissa sekä fyysistä aktiivisuutta segmentoinnin perustana. Teoriaosuutta seuraa empiriaosio eli selostus tutkimuksen toteutuksesta, sisältäen muun muassa aineiston keruu- ja tutkimusmenetelmät ja aineiston analyysin. Lopuksi raportoidaan tutkimuksen tulokset, esitellään aineiston tulkinnasta tehdyt johtopäätökset sekä vastaukset tutkimuskysymyksiin. Myös tutkimuksen luotettavuutta ja rajoitteita arvioidaan sekä esitetään mahdollisia jatkotutkimusaiheita.

# 1 TEORIA

## 2.1 Sosiaalinen markkinointi

Jo vuosikymmenien ajan markkinoinnin keinoin on keskitytty pääasiassa luomaan tarpeita ja myymään ihmisille tuotteita. Markkinointi alana on kuitenkin kehittynyt vähitellen myös siihen suuntaan, että sen odotetaan olevan sosiaalisesti relevantimpaa. Monet uskovat, että sosiaalisella markkinoinnilla on suuri vaikutus yhteiskunnan lukemattomiin sosiaalisiin ongelmiin. (Andreasen 1994.) Sosiaalisessa markkinoinnissa hyödynnetään markkinointiajattelua ja -tekniikoita erilaisissa toimenpiteissä, joilla pyritään vaikuttamaan tietyn kohderyhmän käyttäytymiseen. Sosiaalisessa markkinoinnissa käyttäytyminen nähdään tuotteena, jota markkinoimalla ohjataan muuttamaan tai vaihtoehtoisesti pyritään positiivisen käyttäytymisen ylläpitoon. (Hopwood & Merritt 2011.)

Sosiaalisen markkinoinnin ensimmäinen määritelmä on lähtöisen Kotlerilta ja Zaltmanilta (1971), joiden mukaan sosiaalinen markkinointi on *”sellaisten ohjelmien suunnittelua, toteutusta ja valvontaa, joiden on laskettu vaikuttavan sosiaalisten ideoiden hyöväksyttävyyteen ja joihin liittyy tuotesuunnittelua, hinnoittelua, viestintää, jakelua ja markkinointitutkimusta.”* Useiden tutkijoiden mukaan sosiaalisen markkinointiin liittyy kuitenkin paljon muuta, kuin vain ideoita – erityisesti asenteet ja käyttäytyminen. Kotlerin ja Zaltmanin (1971) määritelmää kohtaan on esitetty myös kritiikkiä ja Andreasen (1994) on esittänyt myös oman määritelmänsä sosiaalisesta markkinoinnista, jonka mukaan *”sosiaalinen markkinointi on kaupallisten markkinointitekniikoiden mukauttamista ohjelmiin, joiden tarkoituksena on vaikuttaa kohderyhmän vapaaehtoiseen käyttäytymiseen parantaakseen heidän henkilökohtaista ja yhteiskunnan hyvinvointia.”*

Sosiaalinen markkinointi ei itsessään ole mikään teoria, vaan pikemminkin lähestymistapa, joka sitoo yhteen tietoa monilta aloilta. Se ottaa oppia kaupalliselta sektorilta ja hyödyntää tietoa sosiaalisiin ja terveydellisiin ongelmiin. Lähestymistapana sosiaalinen markkinointi on asiakaskeskeinen, keskeisinä elementteinä tarpeet, arvot ja preferenssit. (Gordon, McDermott, Stead & Angus 2006; Dharod ym. 2011.) Sosiaalinen markkinoinnissa ei ole kyse vain mainostamisesta ja viestinnästä tai yksinkertaisesta pika-avusta, vaan se on muun muassa strateginen ja operatiivinen työkalu käyttäytymismuutosten aikaansaamiseksi, mitattavissa oleva ja asiakaslähtöinen toimintatapa sekä vaiheittainen suunnittelumenetelmä (Hopwood & Merritt 2011). Sosiaalinen markkinointi on lähestymistapa terveyden, ympäristön ja sosiaalisen muutoksen kampanjoiden kehittämiseen (Luca & Suggs 2013). Se voidaan nähdä myös prosessina tai ainutlaatuisena kokoelmana tekniikoita sosiaalisen muutoksen ohjelmien kehittämiseen, sisältäen muun muassa segmentoinnin,

kilpailuanalyysin ja markkinointimixin (Rundle-Thiele ym. 2016). Kampanjoiden ei kuitenkaan tarvitse aina sisältää käyttäytymisen muutosta, sillä jotkut ohjelmat on suunniteltu ehkäisemään tietynlaista käyttäytymistä tai vastaavasti ylläpitämään positiivista käytöstä (Andreasen 1994).

Sosiaalisen markkinoinnin tavoitteena on edistää vapaaehtoista käyttäytymistä sekä tarjota hyötyjä, joita ihmiset haluavat. Tämä tapahtuu alentamalla käyttäytymistä estäviä rajoitteita sekä suostuttelemalla ja motivoimalla. (Dharod ym. 2011). Perustana ja suunnittelun pohjana tulisi olla käyttäytymiseen vaikuttaminen. Se mikä erottaa sosiaalisen markkinoinnin muusta markkinoinnista, on tavoite parantaa ja yksilön hyvinvointia ja yhteiskuntaa. Sosiaalisen markkinoijan täytyy siis aina toimenpiteitä suunnitellessaan ja toteuttaessaan uskoa, että pitkällä tähtäimellä yksilön tai yhteiskunnan hyvinvointi paranee - markkinoija itse ei saa olla se, joka hyötyy. (Andreasen 1994.) Sosiaalinen markkinointi pyrkii antamaan ääneen kuluttajille ja käyttämään asiakasoivalluksia ja asiakkaiden näkemyksiä suunnittelussa (Rundle-Thiele ym. 2016). Käyttäytymiseen pyritään vaikuttamaan ja mahdollista muutosta pyritään saamaan aikaan vaihdannan avulla. Sosiaaliset markkinoijat pyrkivät tarjoamaan vahvoja kannustimia korostaen, että edut ovat muutoksessa suuremmat kuin kustannukset. Kustannus-hyötyanalyysi ei kuitenkaan yksistään luo käyttäytymismuutoksia, vaan tarvitaan myös terveystyökalujen teoriaa. (Luca & Suggs 2013.)

Gordonin ym. (2006) mukaan sosiaalisessa markkinoinnissa tulisi hyödyntää markkinointitekniikoita, kuten esimerkiksi asiakaskeskeistä markkinointitutkimusta, segmentointia, kohdentamista ja markkinointimixiä. Teorian käyttäminen auttaisi tunnistamaan, onko tietty käyttäytyminen määrätyn ensisijaisesti asenteellisella, normatiivisella, ympäristöllisellä tai muulla sosiaalisella näkökulmalla tai näiden yhdistelmällä. Tämä puolestaan auttaisi suunnittelemaan sosiaalisen markkinoinnin markkinointimixiä käsittelemään näitä tekijöitä. (Luca & Suggs 2013.)

Sosiaalisen markkinoinnin interventiot voivat olla hyvin tehokkaita ja on olemassa vahvoja todisteita tehokkuudesta muun muassa ravinnon, alkoholin, tupakan ja huumeiden käytön suhteen. Sitä on sovellettu myös monissa ravitsemusta ja fyysistä aktiivisuutta koskevissa kysymyksissä. Sosiaalinen markkinointi on erittäin lupaava lähestymistapa terveystyökalujen interventioihin. (Gordon ym. 2006.) Soveltaminen terveystyökaluun ja terveydenhuollon interventioihin on tuottanut rohkaisevia tuloksia. Sosiaalinen markkinointi nähdään sekä hyödyllisenä että tarpeellisenä osana terveystyökalusta ja se voi tukea haluttujen tavoitteiden saavuttamista nopeammin ja entistä pidemmälle. (Thackeray & Brown 2005.) Lisäksi sosiaalisen markkinoinnin käytännöt toimivat erilaisissa kohderyhmissä (nuoret, aikuiset, etniset vähemmistöt), konteksteissa (koulut, työpaikat, yhteisöt, perheet) ja molemmat, sekä kapea että laaja fokus, ovat tehokkaita. (Gordon ym. 2006.) Kuitenkin, jos sosiaalisen markkinoinnin käytäntöjä sovelletaan väärin tai

sopimattomille alueille, tehokkuus saattaa olla hyvin rajoittunutta. Tällöin sosiaalista markkinointia saatetaan syyttää virheistä tai epäonnistumisista sellaisissa tilanteissa, joihin se ei ole syyllinen. (Andreasen 1994.)

## ■ Sosiaalisen markkinoinnin osatekijät

National Social Marketing Centre (NSMC) on käynyt läpi käyttäytymisen muuttamiseen pyrkiviä ohjelmia selvittääkseen, millaiset tekijät vaikuttavat ohjelmien menestyksekkyyteen. Nämä tekijät ovat osatekijöitä, jotka saattavat vahvistaa ohjelmien toimenpiteiden vaikuttavuutta, mutta ne eivät kuitenkaan yhdessä eivätkä yksinään muodosta sosiaalisen markkinoinnin prosessia. Kaikista menestyneistä ohjelmista löytyivät seuraavat kahdeksan tekijää tai ainakin osa niistä:

- selvät, tarkat ja täsmälliset käyttäytymistavoitteet
- asiakaslähtöisyys
- teoreettisen tiedon käyttö
- ymmärtämys
- vaihtokauppa
- kilpailijat
- segmentointi
- monipuoliset menetelmät

Näitä kahdeksaa tekijää voidaan myös kutsua sosiaalisen markkinoinnin menestystekijöiksi. Sosiaalisen markkinoinnin ohjelmien ei kuitenkaan tarvitse sisältää kaikkia näistä tekijöistä, sillä ne limittyvät toisiinsa. (Hopwood & Merritt 2011.) Andreasen (1994) esittelee myös kuusi kriteeriä tueksi sosiaalisen markkinoinnin toimenpiteiden suunnitteluun. NSMC:n ja Andreasenin tekijät sisältävät keskenään osittain samankaltaisia tekijöitä. Andreasenin kriteerejä ovat käyttäytymisen muutos, segmentointi, asiakaslähtöinen tutkimus, vaihtokauppa, kilpailevat tekijät ja markkinointimix. Käyttäytymisen muutos on todennäköisempää, kun nämä kuusi kriteeriä täyttyvät. Kriteereiden käyttöä tutkimuksissa kuitenkin harvemmin raportoidaan, esimerkiksi Arli ym. (2017) löytävät tutkimuksessaan mainintoja sosiaalisen markkinoinnin kriteerien käytöstä vain kuudestatoista prosentista kaikista interventioista (93 kpl).

Käyttäytymisen muutoksen kriteerillä tarkoitetaan sitä, että ohjelmien suunnittelijat ymmärtävät kohdeyleisön tarpeet, toiveet, käsitykset ja nykyiset käyttäytymismallit ennen toimimista - monissa tapauksissa käyttämällä formatiivista tutkimusta. Suunnittelijat eivät myöskään tee oletuksia näistä ominaisuuksista. (Andreasen 1994.) Segmentoinnin kriteerillä tarkoitetaan sitä, että ohjelmien suunnittelijat segmentoivat kohdemarkkinoita aina, kun se on poliittisesti toteutettavissa sekä laativat budjetteja ja strategioita, jotka on erityisesti mukautettu kunkin määritellyn segmentin ominaisuuksiin.

Asiakaslähtöisen tutkimuksen kriteerillä tarkoitetaan sitä, että aina kun on taloudellisesti mahdollista, kaikki ohjelmastrategian ja -taktiikan tärkeimmät elementit testataan kohdeyleisön jäsenten kanssa. Vaihtokaupan kriteerillä tarkoitetaan sitä, että interventio ottaa huomioon sen, mikä motivoi ja houkuttelee kohdeyleisöä osallistumaan vapaaehtoisesti interventioon sekä tarjoaa lisäksi jotakin heitä hyödyttävää käyttäytymismuutoksen myötä. Kilpailevien tekijöiden kriteerillä tarkoitetaan sitä, että interventio ottaa huomioon käyttäytymisen muutoksen kanssa kilpailevat tekijät ja pyrkii vähentämään tällaisten tekijöiden vaikutusta. (Hopwood & Merritt 2011; Andreasen 1994.) Markkinointimixin kriteerillä tarkoitetaan sitä, että interventiossa hyödynnetään kohderyhmälle parhaiten soveltuvaa muotoa markkinointimixistä, joka pitää sisällään niin sanotun tuotteen, hinnan, paikan ja mainonnan.

Sosiaalisen markkinoinnin menestystekijöistä ja kriteereistä tässä tutkimuksessa perehdytään erityisesti asiakaslähtöisyyteen, markkinointimixiin ja segmentointiin sekä hyödynnetään niitä keinoina liikuntaneuvontapalvelun kehittämiseen ja tehokkaampaan kohdentamiseen.

## **Sosiaalinen markkinointimix**

Markkinointimixin huomioon ottaminen käytösmuutoksen helpottamiseksi on perinteisesti keskittynyt neljän P:n (*product, price, place* ja *promotion*) käyttöön. Malli on vakiinnuttanut nimensä sen englanninkielisten vastineiden mukaan, joita ovat tuote, hinta, jakelu ja markkinointiviestintä. Markkinointimix koostuu neljästä markkinoinnin kilpailukeinosta, joiden muodostaman yhdistelmän avulla ja se parhaiten optimoimalla voidaan tehokkaasti saavuttaa liiketoiminnalle asetettuja päämääriä.

Alun perin tämän markkinointimallin konseptin on kehittänyt vuonna 1953 Neil Borden, jonka artikkelissa "*The Concept of the Marketing Mix*" malli myös virallistettiin. Jerome McCarthy ehdotti artikkelin julkaisun jälkeen 4P -luokitusta, joka on siten omaksuttu laajalti käyttöön. Samanaikaisesti myös Frey ehdotti markkinointimuuttujien jakamista kahteen osaan: tarjoomaan sekä metodeihin ja työkaluihin. Tästä huolimatta 4P on kuitenkin dominoinut markkinointiajattelua, erityisesti sosiaalisen markkinoinnin kontekstissa. Markkinointimixiä on kuitenkin myös kritisoitu sen yksinkertaisuudesta ja siitä, että se rohkaisee liiaksi keskittymään lyhyen aikavälin tavoitteisiin ja transaktioihin. (Gordon 2012.) Markkinointimixin käsitettä on pyritty myös laajentamaan erilaisilla muunnelluilla luokitteluilla tai esimerkiksi lisäämällä P-kirjainten lukumäärää. Perinteisessä kaupallisessa markkinointikontekstissa markkinointimix on vahvasti organisaatiokeskeinen, sillä yrityksen ajatellaan päättävän yksin muun muassa hinnasta ja tuotteen ominaisuuksista. Viime vuosina vaihtoehtoisten markkinointimallien tärkeä osa on ollut kuluttajakeskeisemmän lähestymistavan kehittäminen.

Markkinointimix -ajattelua voidaan hyödyntää sosiaalisen markkinoinnin kontekstissa, suunniteltaessa erilaisia interventioita ja ohjelmia. Sekä kaupalliselle että sosiaaliselle markkinoinnille yhteistä on keskittyminen markkinointimixiin ja sen taktiseen rooliin toimenpiteissä (Hopwood & Merritt 2011). Sosiaalisen markkinoinnin kontekstissa integroitu markkinointimix ja kaikkien neljän P:n huomiointi on välttämätöntä. On tärkeää, että jokainen elementti on suunniteltu järjestelmällisesti tukemaan selkeästi määriteltyjä tavoitteita ja että kaikki toimet ovat johdonmukaisia ja vahvistavat toisiaan, jotta muutosta käyttäytymisessä voidaan saada aikaiseksi. (Grier 2005.) Sosiaalisessa markkinointimixissä erityishaasteena on niin sanottujen tuotteiden aineettomuus, sillä se tekee potentiaalisille asiakkaille markkinoinnista haasteellista. Sosiaalisen markkinointimixin keinoin pyritäänkin tekemään aineettomista tuotteista mahdollisimman "aineellisia" siten, että ne houkuttelevat kohdeyleisöä. (Lefebvre & Flora 1988.)

### **Tuote (*Product*)**

Tuote voi olla konkreettinen esine tai aineeton palvelu, jota tuotetaan tai valmistetaan ja tarjotaan kuluttajille markkinoilla. Sosiaalisen markkinoinnin kontekstissa tuote edustaa käyttäytymistarjousta, joka on kohdistettu omaksujille ja joka liittyy usein aineettomiin hyödykkeisiin, kuten idean tai käyttäytymisen hyväksymiseen. (Gordon 2012.) Myös Grierin (2005) mukaan tuotteella viitataan haluttuun käyttäytymiseen tai palvelun käyttöön liittyviin etuihin. Tuotteen on tarjottava ratkaisu ongelmiin, joita kuluttajat pitävät tärkeinä ja tarjota hyötyjä, joita he arvostavat. Käytännössä tuote nähdään siis sinä käyttäytymisenä, johon kohderyhmä yrittää suostutella ja halutun käyttäytymisen tuottamina hyötyinä (Hopwood & Merritt 2011).

Konkreettiset tuotteet tai palvelut, jotka tukevat tai helpottavat halutun käyttäytymisen omaksumista, kuuluvat myös tuotekäsitteen alle. Grierin (2005) artikkelissa Kotler ym. erottavat ydintuotteen eli sen mitä ihmiset saavat, kun he käyttäytyvät tietyllä tavalla ja konkreettisen tuotteen eli halutun käyttäytymisen. Laajennetun tuotteen käsitettä käytetään viittamaan niihin aineellisiin tekijöihin tai asioihin, joita käytetään käyttäytymisen muutoksen helpottamiseen. Lefebvre ja Flora (1988) tuovat mukaan myös tuotelinjan syvyyden, leveyden ja monimuotoisuuden käsitteet, jotka vaativat jatkuvaa seurantaa ja arviointia. Tuotelinjan leveydellä tarkoitetaan erilaisten kohdekäyttäjätymisten määrää, syvyydellä sitä tuotteiden määrää, joka on kohdennettu jokaiseen riskikäyttäjätymiseen erilaisten segmenttien joukossa ja monimuotoisuudella sitä ohjelmien moninaisuutta, jota kohderyhmille tarjotaan.

Tämän tutkimuksen tapauksessa käyttäytymistarjous, johon kohderyhmää koitetaan suostutella, on lisääntynyt fyysinen aktiivisuus tai jo olemassa olevan, riittävän aktiivisuuden ylläpito. Neuvoloiden tarjoaman liikuntaneuvontapalvelun avulla äitejä pyritään ylläpitämään tai omaksumaan



aktiivista elämäntapaa osana normaalia arkea. Neuvonnan avulla tuetaan ja kannustetaan muutokseen, jolla on terveyden kannalta monia merkittäviä vaikutuksia.

### **Hinta (*Price*)**

Perinteisesti hinnalla on tarkoitettu yleensä taloudellista kustannusta eli sitä summaa, jonka kuluttaja maksaa tuotteesta tai palvelusta. Sosiaalisessa markkinoinnissa hinta koostuu niistä kustannuksista, joita kohdeyleisö joutuu maksamaan ja niistä esteistä, jotka heidän on voitettava omaksuakseen halutun käytöksen. (Gordon 2012.) Hinta tarkoittaa kustannuksia tai uhrauksia, jotka vaihdetaan luvattuihin etuihin. Nämä kustannukset otetaan huomioon aina kuluttajan näkökulmasta. (Grier 2005.) Hopwood ja Merritt (2011) määrittelevät hinnan rahalliseksi hinnaksi ja esteiksi, jotka estävät kohderyhmää omaksumasta haluttua käyttäytymistä tai jotka vaikeuttavat sitä.

Hinta voidaan ajatella monin eri tavoin, se voidaan nähdä esimerkiksi taloudellisina, psykologisina, sosiaalisina, ajallisina tai fyysisinä kustannuksina (Grier 2005; Lefebvre & Flora 1988). Esteet voivat olla myös tunneperäisiä (Hopwood & Merritt 2011). Hinta käsittää yleensä aineettomia kustannuksia, kuten vähentynyt ilo, häpeä, ajan menetys ja psykologiset haitat (Grier 2005). Hinta sosiaalisen markkinoinnin markkinointimixissä sisältää siis kaikki kustannukset, jotka liittyvät halutun käytöksen toteuttamiseen ja aiemman käytöksen lopettamiseen. (Gordon 2012.)

Tämän tutkimuksen tapauksessa voidaan puhua fyysisen aktiivisuuden rajoitteista eli kustannuksista ja fyysisen aktiivisuuden kannustimista eli eduista. Nämä aktiivisuuden rajoitteet voidaan ajatella kustannuksina tai uhrauksina, joita yksilö joutuu tekemään aktiivisuuden tuomien etujen saavuttamiseksi. Tutkimuksissa yleisimmin mainittuja aineettomia kustannuksia aktiivisuudelle ovat muun muassa vapaa-ajan puute, motivaation puute, tilojen puute, energian puute ja negatiiviset asenteet liikkumista kohtaan (Kubacki ym. 2017; Mailey ym. 2014; Rundle-Thiele ym. 2016). Aktiivisuuden etuja, joita tämän hinnan "maksamalla" saadaan, ovat muun muassa lisääntynyt energia, vähentynyt stressi, parantunut terveys ja kokonaisvaltainen hyvinvointi (Dharod, Drewette-Card & Crawford 2011).

### **Jakelu (*Place*)**

Jakelulla tarkoitetaan tässä yhteydessä yksinkertaisesti sitä paikkaa, jossa kohderyhmä toteuttaa haluttua käyttäytymistä tai jossa tuote tai palvelu on saatavilla (Hopwood & Merritt 2011). Jakelu voidaan ajatella ikään kuin toimintapisteeksi; missä ja milloin kohdemarkkinat suorittavat halutun käyttäytymisen, hankkivat kaikki asiaankuuluvat aineelliset osat ja saavat niihin liittyvät palvelut. Jakelu sisältää toimintapisteiden fyysisen sijainnin, käyttötunnit, yleisen houkuttelevuuden, mukavuuden ja saavutettavuuden.

Jakeluun voi kuulua myös niin sanottuja välittäjiä, jotka voivat tarjota tietoa, tavaroita ja palveluita sekä suorittaa muita toimintoja, jotka helpottavat käytösmuutoksen prosessia. (Grier 2005.)

Koska jakelu sisältää ne kanavat, joilla edistetään käyttäytymisen muutosta ja ne paikat, joissa muutokseen kannustetaan ja tuetaan (Gordon 2012), tulee paikka- ja sijaintipäätökset tehdä sen perusteella, millä tasolla peittävyys ja kattavuus kohderyhmästä halutaan saavuttaa. Usein käyttäytymiseen liittyvissä ohjelmissa jakelun osalta olennaista käytöksen muutoksen aikaansaamiseksi on se, mihin päästään helposti. (Lefebvre & Flora 1988.)

Tämän tutkimuksen tapauksessa jakelulla tarkoitetaan niitä paikkoja ja toimintapisteitä, jossa liikuntaneuvonnan asiakkaina olevat äidit voivat toteuttaa haluttua käyttäytymistä. Käyttäytymisen muutoksessa ja ylläpidossa välittäjinä toimivat neuvolan työntekijät, jotka tarjoavat muutosta helpottavaa ja edistävää palvelua eli liikuntaneuvontaa. On olemassa useita erilaisia vaihtoehtoja jakelupisteille, joissa äidit voivat toteuttaa haluttua käyttäytymistä, sillä 18-64 -vuotiaiden päivittäisen fyysisen aktiivisuuden tulisi sisältää virkistys- tai vapaa-ajan liikuntaa, työtä, kodinhoitoa, leikkiä, pelejä, urheilua tai suunniteltua liikuntaa (WHO 2010).

### **Markkinointiviestintä (*Promotion*)**

Markkinointiviestinnällä tarkoitetaan niitä keinoja, joilla käyttäytymisen muutosta edistetään kohdeyleisölle esimerkiksi mainonnassa, mediasuhteissa, suoramainonnassa ja ihmissuhteissa (Gordon 2012). Hopwood ja Merritt (2011) sisällyttävät markkinointiviestintään kaikki ne keinot, joilla tuotteesta tai palvelusta, sen arvosta tai hinnasta ja jakelusta tiedotetaan kohdesegmentille. Markkinointiviestintä sisältää kannustavan viestinnän tuotteen hyödyistä ja niihin liittyvistä kohteista ja palveluista, hinnoittelustrategioista ja paikkakomponenteista. Siihen kuuluu huolellisesti suunniteltu kokonaisuus toimintamalleja, joiden tarkoitus on vaikuttaa muutokseen. (Grier 2005.)

Lefebvren ja Floran (1988) mukaan päätöksiä markkinointiviestinnästä ei tulisi tehdä ilman selkeää näkemystä viestinnän tavoitteista ja tarkoituksista. Markkinointiviestinnän kohdeyleisö, viestinnän vaikutus, optimaalinen tavoitavuus ja toistuvuus ovat esimerkkejä tekijöistä, jotka tulisi huomioida ja olla selvillä viestintää suunniteltaessa ja kohdistuessa. Viestintästrategian tulisi olla myös selvästi yhteydessä muihin markkinointimixin osa-alueisiin. Myös Grier (2005) painottaa viestinnän tavoitteita ja huolellista suunnittelua – markkinointiviestintää kehitellessä tulisi asettaa tavoitteet kullekin kohderyhmälle, suuntaviivat huomiota herättävien ja tehokkaiden viestien suunnittelulle sekä huolehtia asianmukaisten viestintäkanavien suunnittelusta.

Tämän tutkimuksen tapauksessa fyysisen aktiivisuuden lisäämisestä ja ylläpidosta tiedotetaan kohdesegmentille liikuntaneuvonnan keinoin,

terveydenhuollon neuvolapalveluiden toimesta. Viestintä sisältää tietoa halutun käyttäytymisen hyödyistä, siihen liittyvistä palveluista, hinnasta ja paikasta. Käyttäytymisen muutoksen edistämiseksi ja ylläpidosta voidaan viestiä tehokkaasti myös ihmissuhteissa, kuten esimerkiksi työkavereiden, perheen ja yhteisön toimesta. Erityisesti puolison tuki on osoittautunut tärkeäksi aktiivisuuden lisäämisessä ja ylläpidossa (Mailey ym. 2014).

## ■ Sosiaalinen markkinointi palvelunäkökulmasta

Sosiaalinen markkinointi on vähitellen muuttunut perinteisen kaupallisen markkinoinnin työkaluista kohti palveluorientoituneempaa ajattelutapaa. Voidaan sanoa, että viime vuosi kymmeninä sosiaalinen markkinointi on muuttunut yhä enemmän kohti asiakas- ja palvelunäkökulmaa. (Luca, Hibbert & McDonald 2016; Russell-Bennett ym. 2016.) Tätä muutosta pidetään paremmin yhteensopivana sosiaalisen markkinoinnin kontekstissa käsiteltävien asioiden laajuuden ja luonteen kanssa. Muutoksen lisäksi ajan saatossa on lisääntynyt ymmärrys siitä, että palvelumarkkinointikirjallisuutta voidaan hyödyntää ohjelmissa, jotka käyttävät palvelua osana niin sanottua sosiaalista tuotetta – jollaisia muun muassa terveystalvet ovat. (Luca ym. 2016.) Palvelujen markkinoinnilla voidaan vaikuttaa positiivisesti hyvinvointiin ja elämänlaatuun, sillä se auttaa sosiaalisen markkinoinnin toimijoita siirtymään tuotokeskeisyydestä lähestymistavan kannalta relevantimpiin teorioihin ja malleihin. Palveluajattelusta laajemmassa mittakaavassa on myös puutetta sosiaalisen markkinoinnin alalla. (Russell-Bennett ym. 2016.)

Palvelumarkkinoinnilla ja sosiaalisella markkinoinnilla on osaltaan yhteneviä polkuja, sillä molempien tavoitteena on parantaa ihmisten elämää parantamalla palveluita ja vähentämällä sosiaalista eriarvoisuutta. Sosiaalialan palvelujen kehittäminen voisi hyötyä palvelumarkkinoinnin periaatteiden hyödyntämisestä, joita ovat muun muassa palvelukokemuksen keskeisyys, palvelun laatu ja asiakasarvo keskeisinä käytöksen ohjaajina sekä asiakkaan näkeminen aktiivisena passiivisen sijaan. (Russell-Bennett, Wood & Previte 2013.) Palvelumarkkinoinnin keskiössä on erityisesti arvojen vaihdon käsite. Sosiaalisen markkinoinnin keinoin asiakkaat voivat luoda palvelun arvoa yhteistyössä palveluhenkilöstön kanssa. Vuorovaikutus asiakkaan ja palveluntarjoajan välillä on ratkaisevaa tyytyväisyyden kannalta ja sillä on merkityksellinen rooli käyttäytymismuutoksen ylläpitämisessä. (Russell-Bennett ym. 2016.) Ensisijainen haaste sosiaalisille markkinoijille, jotka työskentelevät ennaltaehkäisevän terveystoiminnan parissa, on ymmärtää palveluiden kulutuksen kautta syntyvää arvoa – erityisesti tällaisissa palveluissa, jotka ovat tyypillisesti käyttäjälle maksuttomia. Julkisen hallinnon yksiköt ovat enenevässä määrin siirtymässä sosiaalisen markkinoinnin käyttöön tyydyttääkseen asiakkaiden tarpeita sekä vähentääkseen kroonisten sairauksien terveydenhuollolle aiheuttamaa taakkaa. (Zainuddin, Previt & Russell-Bennett 2011.)

## 2.2 Palvelumarkkinointi

Palvelumuotoilusta on 90-luvun jälkeen tullut merkittävä keino luoda arvoa asiakkaille. Tähän on ollut syynä siirtyminen tuotokeskeisyydestä ajatukseen: miksi asiakkaat ostavat tietyn palveluratkaisun? Palveluntarjoajat ovat siten velvoitettuja yrittämään paremmin ymmärtää niitä prosesseja ja konteksteja, jotka vaikuttavat asiakkaan kokemukseen palvelusta. (Andreasen ym. 2016.) Viimeaikaisen palvelumuotoilun ja -markkinoinnin kirjallisuuden mukaan palvelujen suunnittelu tulisi nähdä kokonaisvaltaisena monitieteellisenä alana, joka auttaa innovoimaan palveluita siten, että ne ovat tehokkaita ja tarjoavat arvoa asiakkaalle (Furrer ym. 2016). Palvelumuotoilun tavoitteena on luoda hyödyllisiä, käytettäviä, toivottuja, tehokkaita ja toimivia palveluja. Sacon ja Goncalvesin (2008) mukaan se on kokonaisvaltainen lähestymistapa, joka pitää yhdistetysti sisällään niin strategiset kuin prosesseihin ja järjestelmiin liittyvät päätöksenteko- ja suunnittelutoiminnot. Palvelumuotoilu sisältää elementtejä ja työkaluja monilta aloilta, ja näiden työkalujen avulla pyritään saavuttamaan toisinaan keskenään kilpaileviakin tavoitteita, kuten esimerkiksi taloudellista ja ympäristön kestävyyttä.

Palvelumuotoilun on määritelty sisältävän henkilöstön suunnittelun ja organisoimisen, infrastruktuurin, viestinnän sekä materiaalikomponentit palvelun laadun ja vuorovaikutuksen paranemiseksi palveluntarjoajan ja asiakkaiden välillä. Palvelumuotoilu, palvelujen suunnitteluajattelu ja sopivan muotoilun käyttö voivat auttaa varmistamaan, että asiakkaan tarpeet ovat hyvin integroitu palvelutarjooman kehitysprosessiin. Nykyään palvelusuunnittelua tyypillisesti kuvataan designajattelun käsitteellä. Tätä ajattelua käytetään aina kokemuskeskeisten palveluiden luonnissa. (Andreasen ym. 2016.)

### Palvelumarkkinointi terveydenhuollossa

Terveydenhuolto ja palvelututkimus ovat perinteisesti olleet kaksi toisistaan erillistä tutkimuskenttää. Palvelututkijat ovat kuitenkin alkaneet keskittyä yhä enemmän myös terveydenhuollon asetelmiin. (McColl-Kennedy ym. 2017.) Kaupallisen markkinoinnin käytännöt ovat terveydenhuollon alalla alihyödynnetty resurssi, jota voitaisiin käyttää tehokkaammin apuna haluttujen tavoitteiden toteuttamiseksi. Terveysmarkkinointi on terveystieteen ja -interventioiden luomista, viestimistä ja toimittamista asiakaskeskeisten ja tieteellisten strategioiden pohjalta. Tarkoituksena on siis markkinoinnin keinoin edistää terveyttä eli hyödyttää asiakkaita. (Bernhardt 2006.)

Terveyspalvelut nähdään ihmiskeskeisinä palveluina, joissa yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen näkökulmat otetaan huomioon. Terveydenhuollon asiakkaat eivät kuitenkaan ole vain passiivisia palvelun vastaanottajia, vaan yhä aktiivisempia osallistumaan ja vuorovaikuttamaan palvelun toimitukseen.

(Danaher & Gallan 2016.) Tarve terveystalvelujen kustomoinnille on suuri palvelun henkilökohtaisen luonteen vuoksi (Crié & Chebat 2013). Berry ja Bendapudi (2007) lisäävät tähän vielä tarpeen ymmärtää yksittäisiä asiakkaita kokonaisvaltaisesti ja kustomoida palvelua heidän tarpeidensa mukaan. Palvelujen markkinoinnin lähestymistavoilla on paljon annettavaa terveystalveluille, sillä niiden avulla voidaan auttaa terveydenhuoltoon tarjoamaan tehokkaampia, saavutettavampia ja tyydyttävämpiä palveluita (Danaher 2016). Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että identifioidaan asiakkaiden tarpeita, toimitaan aktiivisesti yhteistyössä ja opitaan samalla asiakkailta (McColl-Kennedy ym. 2017).

Terveydenhuollon palveluihin kuuluvat myös kuntien tarjoamat neuvolapalvelut.

### **2.2.2 Liikuntaneuvonta ja liikunnan palveluketju**

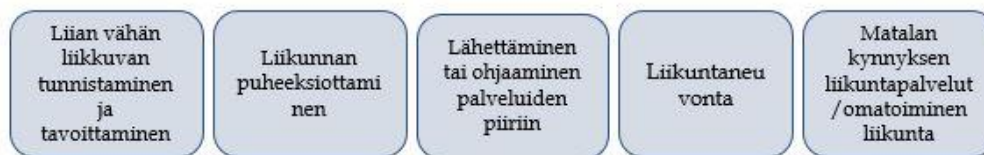
Kunnat ovat kansanterveyslain puitteissa velvoitettuja huolehtimaan kunnassa tapahtuvasta kansanterveystyöstä, jonka sisällön terveydenhuoltolaki esittelee tarkemmin. Tämän lain mukaan kuntien tulee järjestää perusterveydenhuolto, joka sisältää muun muassa väestön terveydentilan seurantaan, terveyden edistämistä sekä sairauksien ehkäisyä tukevaa terveystalvevontaa. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 3§; Kivimäki & Tuunanen 2014.) Liikuntaneuvonnalle käsitteenä ei ole yksiselitteistä määritelmää sen toteutuksesta ja sisällöstä. Usein neuvonnassa käsitellään myös muita hyvinvoinnin osa-alueita elämässä, eikä se rajoitu yksinomaan liikkumiseen. Myös kunnissa esiintyy suurta vaihtelua sen suhteen, mitä liikuntaneuvonnan käsitteen ajatellaan sisältävän ja tarkoittavan. (Tuunanen, Puurunen, Malvela & Kivimäki 2016.)

Kunnossa kaiken ikää -ohjelma (KKI) on yhteistyössä neuvontaa järjestävien toimijoiden sekä liikunta-asiantuntijoiden kanssa tarkentanut tätä liikuntaneuvonnan määritelmää. Liikuntaneuvonta on yksilöön kohdistuvaa terveyden edistämistä, suunnattuna erityisesti niille, jotka liikkuvat terveyden kannalta riittämättömästi. Sosiaalisen markkinoinnin näkökulmasta neuvonta ja palveluketju käsittävät myös ne yksilöt, jotka liikkuvat jo riittävästi, mutta joiden käyttäytymistä halutaan ylläpitää. Neuvontaa toteuttavat koulutuksen saaneet ammattilaiset, jotka pyrkivät omalta osaltaan edistämään yksilöiden fyysistä aktiivisuutta. Alan ammattilaiset toimivat vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa ja pyrkivät löytämään yhdessä luontevia tapoja liikkumiseen, kannustamaan liikunnan aloittamiseen omatoimisesti tai ryhmissä sekä laatimaan asiakkaalle oma liikuntasuunnitelma. Liikuntaneuvonta on siis aina asiakaslähtöistä toimintaa. (Tuunanen ym. 2016.) Henkilökohtainen ja tapaamisia sisältävä liikuntaneuvonta on merkittävä keino ohjatessa liian vähän liikkuvia yksilöitä kohti liikunnallisempaa elämäntapaa. Esimerkiksi Aittasalon tutkimuksessa tehostettu liikuntaneuvonta äitiystalvevolassa lisäsi raskaana olevien naisten kohtuukuormitteisen liikunnan määrää. (Kivimäki & Tuunanen 2014.)

Liikuntaneuvonnasta on puhuttu jo pitkään 90-luvulta lähtien ja se on nostettu tärkeäksi osaksi sekä sosiaali- ja terveystieteiden että opetus- ja kulttuuriministeriön strategiaa. Neuvontaa on eri puolilla Suomea toteutettu eri tavoin, niin yksilö- kuin ryhmämuotoisena neuvontapalveluna. Vähitellen liikuntaneuvonta on kuitenkin muotoutunut prosessimuotoiseksi, ennaltaehkäiseväksi osaksi terveydenhuollon asiakaspolkua. (Tuunanen ym. 2016.) Kivimäen ja Tuunanen (2014) mukaan liikuntaneuvonta tulisi muun elintapaneuvonnan ohella nostaa lääkehoidon tasolle yhtä yleiseksi, käytetyksi ja tärkeäksi menetelmäksi. Neuvonta on keino, jolla voidaan vaikuttaa positiivisesti yksilöiden terveyskäyttäytymiseen. He ehdottavat, että asiakkaalle neuvontaprosessi tulisi markkinoida menetelmänä, jonka avulla kannustetaan ja tuetaan muutokseen sekä saadaan energiaa niin arkeen kuin työelämäänkin.

NELLI -neuvolatutkimuksessa elintapaneuvonta toi merkittävää terveyshyötyä. Tutkimuksessa vain joka neljäs äiti onnistui yksilöllisten elintapatavoitteiden saavuttamisessa, mutta jos kaikki osallistuneet äidit olisivat onnistuneet, terveydenhuollon kustannukset olisivat pienentyneet viidenneksellä. Elintapojen muuttaminen on kaiken kaikkiaan haastava tavoite, minkä takia neuvontaa ja sen tehokkaampaa kohdentamista tarvitaan. (Aittasalo ym. 2012.) Maileyn ja Hsun (2017) tutkimuksessa verrattiin yleisten liikkumisohjeiden vaikuttavuutta tarkkoihin ohjeisiin verrattuna. Itseraportoitu fyysinen aktiivisuus nousi merkittävästi molemmissa ryhmissä, mutta nousu oli hieman suurempi yleisiä ohjeita saaneessa ryhmässä. Molemmat ryhmät raportoivat nousseesta suunnittelutasosta liikunnan suhteen ja laskeneista rajoitteiden tasosta. Synnyttäneet naiset saattaisivat siis hyötyä toimista, jotka opettavat strategioita, joiden avulla voidaan päästä yli liikkumisen esteistä ja jotka auttavat heitä valitsemaan mieluisen aktiviteetin.

Liikuntaneuvonnalla pyritään siis vahvistamaan yksilön kykyjä ja taitoja, sekä vahvistamaan käsitystä siitä, että hän osaa tehdä itse terveyteen ja liikkumiseen liittyviä valintoja. Neuvonnan tulisi kuitenkin olla pidempiaikainen, vuorovaikutteinen prosessi, sillä kertaluontoisella neuvonnalla saadaan harvoin aikaan pysyviä muutoksia. (Tuunanen ym. 2016.) Liikuntaneuvontaa tulisi kuitenkin jatkossa edelleen kehittää, jotta se saadaan toimivaksi osaksi terveysneuvontaa. Usein vieläkin terveydenhuollon perusterveyden sektoreilla voidaan ajatella, että liikuntaneuvonta kuuluu liikuntasektorille, joilla on parempi ymmärrys ja tieto olemassa olevista liikuntapalveluista. (Kivimäki & Tuunanen 2014.) Tästä syystä liikuntaneuvonta tulee saada osaksi terveydenhuollon ja muiden liikuntatoimijoiden liikunnan palveluketjua (kuvio 1).



Kuvio 1 Liikunnan palveluketju (Tuunanen ym. 2016)

Liikunnan palveluketjulla tarkoitetaan rajat ylittävää yhteistyötä kunnan eri toimijoiden välillä. Palveluketju koostuu peräkkäisistä palveluista eli yksittäisistä ketjun osasista, jotka muodostavat yhdessä saumattoman kokonaisuuden. Tarkoituksena on, että asiakkaat pystyisivät siirtymään ketjun lenkistä toiseen joustavasti ja helposti. Palveluntarjoajilla on oltava riittävästi tietoa olemassa olevista, suunnitelluista palveluista, jotta palvelu ja ketjussa eteneminen on sujuvaa. Myös palveluiden tuottajien ja eri toimintatahojen välisen tiedonkulun ja yhteistyön on oltava sujuvaa. Edellytyksenä sujuvuudelle on toimijoiden verkostoituminen, keskinäinen tiedonsiirto, kattava potilastietojärjestelmä, yhteiset tavoitteet, yhdessä sovitut käytännöt ja työtavat sekä riittävät henkilöstöresurssit. (Tuunanen ym. 2016.)

### 2.2.3 Liikuntaneuvonta neuvolassa

Kansallisen äitiyshuollon asiantuntijaryhmän laatima äitiysneuvolaopas sisältää suosituksia äitiysneuvolatoimintaan Suomessa. Suositukset on tarkoitettu lähtökohtaisesti äitiysneuvolassa työskenteleville terveydenhuollon ammattilaisille, mutta sitä voivat hyödyntää myös äitiysneuvolatyön johtamisesta vastaavat tahot sekä poliittisesta päätöksenteosta vastuussa olevat henkilöt. Äitiysneuvolaoppaan laatimisessa on ollut kyse luotettavan, tieteellisen tiedon kokoamisesta neuvolatyön tueksi. Tällä tavoitellaan käytäntöjen yhtenäistämistä ja toiminnan laadun parantamista. Kunnallisen neuvolatoiminnan veloitteena on tarjota vanhemmille terveysneuvontaa, jonka avulla tuetaan vanhemmuutta, perheen voimavaroja ja parisuhdetta. Lisäksi sillä kannustetaan vanhempia tekemään heidän terveyttään edistäviä valintoja. Neuvolan tavoitteena on antaa vanhemmille valmiuksia omien terveystottumusten arviointiin, sekä auttaa niiden ylläpidossa ja mahdollisessa muuttamisessa. Tavoitteena on edistää tottumuksia tulevan lapsen ja koko perheen hyvinvointia ajatellen. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013.)

Oppaan (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013) mukaan terveille raskaana oleville naisille kohtuukuormitteinen liikunta on turvallista. Jos esteitä tai rajoitteita liikkumiselle ei ole, kohtuutehoista liikuntaa tulisi suositusten mukaan harrastaa vähintään 150 minuuttia viikossa, useammalle päivälle jaettuna. Jos nainen on liikkunut säännöllisesti ennen raskautta, voidaan aiemmin harrastettuja lajeja jatkaa oman voinnin mukaan ja tarvittaessa keventää kuormitusta. Mikäli nainen ei ole harrastanut säännöllistä liikuntaa ennen raskautta, olennaista on aloittaa vähitellen ja kehittymisen mukaan lisätä määriä.

Sopiva määrä liikunnan aloittajalle on alkuun 15 minuuttia kolmena päivänä viikossa. Lihaskuntoa olisi hyvä harjoittaa kahdesti viikossa. Raskaana olevan liikkumisen teho on sopiva silloin, kun harjoittelun lomassa pystyy puhumaan ja hengästyy jonkin verran.

Liikkuminen suositellaan keskeytettäväksi, jos äidille ilmaantuu voimakkaita tai kivuliaita supistuksia, verenvuotoa, epäily lapsiveden menosta tai voimakasta hengästymistä ja rintakipua. Liikkumista tulee välttää muun muassa sellaisissa tapauksissa, joissa äidillä on ennenaikaisen synnytyksen uhka, monisikiöinen raskaus, yleissairaus tai sikiön kasvun hidastuma. Äitiysneuvolaoppaassa (2013) huomioidaan myös raskauden jälkeinen aika ja liikuntaa suositellaan jatkettavaksi synnytyksen jälkeen. Kohtuukuormitteinen liikunta ei vaikuta esimerkiksi imetykseen tai rintamaidon määrään ja synnytyksen jälkeinen liikkuminen auttaa äitiä palautumaan, niin fyysisesti kuin psyykkisestikin. Liikkumisen voi aloittaa heti, kun siihen tuntee pystyvänsä, kuitenkin vähitellen omissa tahdissaan edeten.

Keskustelu liikunnasta suositellaan aloitettavaksi jo ensimmäisillä neuvolakäynneillä ja sitä tulisi jatkaa raskauden loppuun asti. Keskustelua tulisi mielellään jatkaa myös lastenneuvolakäyntien yhteydessä lapsen syntymän jälkeen. Opas (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013) ohjaa terveydenhuollon ammattilaisia aloittamaan neuvolakäynnin keskustelemalla vanhempien liikunnan riittävydestä ja liikunnan tuomista hyödyistä. Vanhemmat voivat yhdessä henkilökunnan kanssa käydä läpi tavoitteitaan ja tarpeitaan liikunnan suhteen sekä mahdollisuuksiaan lisätä liikuntaa. Ensimmäisen käynnin lopuksi tulisi tehdä konkreettinen liikuntasuunnitelma, jonka toteutumista sitten raskauden aikana arvioitaisiin ja tarpeen mukaan muokattaisiin. Lantionpohjalihasten harjoittelun ohjaus suositellaan aloittamaan jo raskausaikana ja apuna kaikessa neuvonnassa voidaan käyttää liikuntaneuvontaan tarkoitettuja tukimateriaaleja.

## **2.2.4 Palvelun kehittäminen ja kohdentaminen**

Verrattuna tuotekehittämisen kirjallisuuteen, palvelukehittämisen kirjallisuus on pirstaloituneempaa kuin tuotekontekstissa. Empiiriset tutkimukset eivät ole päässeet yhteisymmärrykseen hyvin muotoillusta kehitysprosessista, joten yleisesti hyväksytyjä työkaluja ja ohjeita menestykseen on hankalasti saatavilla. (Biemans; Griffin & Moenaert 2016; Stevens & Dimitriadis 2005.) Paljon kehittämisen tutkimuksesta on keskittynyt aineellisten hyödykkeiden kehittämiseen aineettomien sijaan (Syson & Perks 2004). Palveluiden kasvava merkitys ja keskittyminen uusiin palveluihin kilpailuedun saavuttamiseksi ovat lisänneet palvelualan kasvavaa kirjallisuutta. Palvelujen kehittäminen on edelleen vähiten tutkittujen ja ymmärrettyjen aiheiden joukossa. Vaikka tutkijat ovat osoittaneet sitä kohtaan kasvavaa kiinnostusta, on ala edelleen jokseenkin alihyödynnetty ja -tutkittu. (Biemans ym. 2016.)



Pyrkimykset ymmärtää palvelujen kehittämistä ovat usein hyödyntäneet pohjana olemassa olevia näkökulmia tuotekehityksen alalta (Syson & Perks 2004). Tutkijoiden suhtautuminen tuotekehitystaustaan vaihtelee kuitenkin puolesta ja vastaan. Erilaisia lähestymistapoja on olemassa runsaasti, mutta yhtään selkeää konseptointia palvelualalle ei ole muodostunut. (Droege, Hildebrand & Heras Forcada 2009.) Kehittämisprosessia ei voida kuitenkaan yksinkertaistaa samalla tavalla kuin tuoteviitekehityksessä, joten alusta alkaen on kannattavaa rakentaa organisaatio, joka tukee kehittämistä (Stevens ym. 2005). Tarvetta tehokkaammalle palveluiden kehittämiselle kuitenkin on, sillä se on välttämätöntä palvelusektorin valtavan kasvun vuoksi (Syson & Perks 2004).

Palvelun kehittäminen eroaa tuotekehittämisestä palvelujen luontaisten ominaispiirteiden vuoksi. Jotkut tutkijat erottavat palveluinnovaation ja palvelun kehityksen toisistaan, mutta yleisimmin niitä kuitenkin pidetään toistensa synonyymeina. Palvelun kehittämisellä tarkoitetaan prosessia, jossa kehitetään uutta tai parannettua palvelua ja kyseessä on idean tai konseptin tuottaminen markkinoille. Kehittäminen koostuu joukosta aktiviteetteja, joiden tavoitteena on luoda uusi tai kehittyneempi palvelu asiakkaalle. (Biemans ym. 2016.) Drogen ym. (2009) määritelmän mukaan palvelun kehittäminen on uuden paremman palvelun toteuttamista, jossa palvelukehityksen ja palveluinnovaation käsitteet ovat hyvin lähellä toisiaan. Palvelukehitystä pidetään välttämättömänä nykyisten palvelujen kannattavuuden ja elinkelpoisuuden tehostamisessa. Uudet menetelmät ja teknologiat tarjoavat mahdollisuuksia kehittää uusia tai parannettuja palveluja.

Palvelut voidaan nähdä prosesseina, jolloin palvelun kehittäjän on harkittava paljon enemmän kuin pelkkää palvelun suunnittelua. Prosessi voi olla monimutkainen, aikaa vievä, kallis ja sisältää epäonnistumisen mahdollisuuksia. (Syson & Perks 2004.) Palveluprosessilla tarkoitetaan rinnakkaisten ja peräkkäisten toimintojen ketjua tai ketjuja, jotka toimivat, kun palvelu tuotetaan. Palvelukonseptilla tarkoitetaan asiakkaalle tarjottavia hyötyjä ja etuja. Se määrittää ensisijaiset ja toissijaiset asiakkaiden tarpeet, sekä ydinosaamisen ja tukipalvelut, jotka täyttävät nämä tarpeet. Palvelukonsepti on yksityiskohtainen kuvaus siitä, mitä tarpeita ja toiveita aiotaan täyttää ja kuinka se aiotaan saavuttaa. Vastaavuus asiakkaan tarpeiden ja palvelutarjoaman välillä on olennaista. (Edvardsson & Olson 1996.) Palvelujärjestelmä puolestaan sisältää prosessin käytettävissä olevat resurssit palvelukonseptin toteuttamiseksi. (Smith, Fischbacher & Wilson 2007.) Palvelujärjestelmään sisältyviä resursseja ovat muun muassa henkilöstöresurssit, asiakkaat, fyysiset ja tekniset resurssit sekä organisaatio ja valvonta. Eriyistä huomiota kiinnitetään palvelun toimitukseen, siihen osallistuvien henkilöiden toimintaan ja tällaisten toimintojen hallintaan. (Syson & Perks 2004.)

Asiakasorientaatio tulisi olla keskeinen osa ja lähtökohta kaikelle palveluiden kehittämiselle. Asiakas tulee palvelun suunnittelussa ja toteutuksessa asettaa keskiöön sekä ymmärtää ja kunnioittaa hänen tarpeitaan ja toiveitaan, mutta

tarkoituksena ei ole kuitenkaan seurata niitä orjallisesti. Palvelun kehittämisen kannalta tärkeää on mahdollisuus luottamukselliseen ja avoimeen dialogiin palveluntarjoajan ja asiakkaan välillä. Edvardssonin ja Olssonin (1996) mukaan palvelun käsitettä tulisi lähestyä asiakkaan näkökulmasta, sillä asiakkaan kokonaiskäsitelmä tuotetusta lopputuloksesta on se, minkä asiakas kokee palveluna. Tämän kokonaiskäsitelmän perusteella asiakas arvioi palvelun laatua ja tyytyväisyyttään siihen.

Uutta tai jo olemassa olevaa palvelua suunniteltaessa ja kehittäessä johdon ja suunnittelijoiden tulee tehdä päätöksiä palvelun joka osaa koskien, isoista kokonaisuuksista pieniin yksityiskohtiin saakka. Jopa yksinkertaista palvelua varten tulee tehdä lukuisia päätöksiä, jotta päästään idea- ja suunnitteluvaiheesta toimitettavaan palveluun. (Edvardsson & Olsson 1996.) Monissa tapauksissa nämä prosessi vielä jatkuvat myöhemminkin, kun palveluntarjoaja esimerkiksi kouluttaa henkilöstöä tai tekee muutoksia ja parannuksia palveluprosessiin ja sen tukitoimintoihin. Palvelun suunnittelun kannalta olennaiset vaiheet ovat palvelun toimitus, palvelukokemus eli asiakkaan suora kokemus palvelusta, palvelun lopputulos eli palvelun hyödyt ja tulokset asiakkaalle sekä palvelun arvo eli koetut hyödyt kustannuksia vastaan. (Goldstein, Johnston, Duffy & Rao 2002.) Smithin ym. (2007) mukaan kehittämisprosessin vaihteita ovat ideointi, alustava tutkimus, yksityiskohtainen tutkimus, testaus ja validointi, täydellinen tuotanto ja markkinoille saattaminen.

Palveluihin liittyy aina asiakkaita prosessin yhteistuottajina eli asiakkaat ovat aina läsnä palvelujärjestelmässä ja tuotantoprosessissa. Tämän takia tehokas palvelukehittäminen keskittyy asiakkaan tarpeiden ja vaatimusten mukaisten palveluehtojen suunnitteluun. (Smith ym. 2007.) Asiakkaan rooli, osallistuminen ja vastuu palvelun tuottamisessa pitää kuitenkin tehdä selväksi, sillä se vaikuttaa olennaisesti palvelun lopputulokseen koetun arvon ja laadun kautta (Edvardsson & Olson 1996). Tiedon kerääminen asiakkailta ja vuorovaikutus heidän kanssaan ovat keskeisiä tekijöitä palvelun menestymiselle. Asiakkaiden näkeminen kumppaneina ja aktiivinen kanssakäyminen ovat avaintekijöitä siihen, että asiakkailta saadaan oma panostuksensa palvelun kehittämiseen. (Alam 2013.) Öbergin mukaan (2010) asiakkailta voi olla erilaisia rooleja innovaatioiden kehittämisessä. Tällaisia rooleja voivat olla esimerkiksi avustaja, tiedonantaja, ideoiden kehittäjä sekä käyttäjä ja ne aktivoivat asiakasta toimimaan mukana kehitystyössä. Verkostonäkökulma palvelun kehittämiseen puolestaan sisältää suhdenäkemyksen organisaation ympäristöstä. Tällöin verkosto voidaan määritellä kaikkina järjestelmän toimijoiden välisinä yhteyksinä. (Syson & Perks 2004.)

## 2.3 Segmentointi sosiaalisessa markkinoinnissa

Segmentointi on tärkeää strategisissa päätöksissä kaikilla aloilla. Segmentoinnilla tarkoitetaan heterogeenisen markkinan näkemistä joukkona pieniä homogeenisia markkinoita. Koska asiakkaat ovat erilaisia preferenssien ja käyttäytymisen suhteen, voidaan segmentoinnin avulla löytää asiakasryhmiä, joilla on samanlaisia tarpeita ja käyttäytymistä. Segmentointi mahdollistaa tehokkaamman resurssien käytön ja varmistaa, että asiakastarjoomat on kohdennettu huolellisesti. Tavoitteena on tunnistaa väestöalaryhmiä, jotka ovat samankaltaisia tiettyjen tulosten tai käyttäytymiseen liittyvien muuttujien suhteen. Näille ryhmille voidaan siten kohdentaa ja kehittää interventiostrategioita niiden ainutlaatuisten ominaisuuksien ja tarpeiden puhuttelemiseksi. (Smith 1956; Dibb & Simkin 2001; Boslaugh 2005.) Tietyllä tapaa segmentointi voidaan nähdä hetkellisenä tai lyhyen aikavälin ilmiönä, sillä strategian tehokas käyttö voi johtaa markkinasegmenttien todelliseen tunnistamiseen siten, että segmentti määritellään uudelleen yksittäisiksi markkinoiksi (Smith 1956).

Segmentointi on välttämätön edellytys, jotta voidaan luoda viestejä, jotka vastaavat tiettyjen joukkojen tarpeisiin ja huoliin. Tavoitteena on tehdä kommunikaatiopyrkimykset mahdollisimman tehokkaiksi ja vaikuttaviksi, mihin fokusryhmät ja muut laadulliset menetelmät ovat usein tehokkaimpia keinoja toteuttaa. (Slater 1996.) Yksinkertaistetusti segmentointi sisältää seuraavat vaiheet: 1) tunnista segmentit suuremmasta heterogeenisestä joukosta 2) arvioi ja valitse yksi tai useampi segmentti 3) kehitä ohjelma, joka sopii kohdesegmenttien yksilöllisiin tarpeisiin. Jotta segmentointi on relevanttia, valittuja segmenttejä tulee arvioida koon, saatavuuden, reagoivuuden ja tarpeiden mukaan (Arli ym. 2017). Segmentointiprosessi kuvataan usein kolmivaiheisesti etenevänä STP-mallin (*segmenting, targeting ja positioning*) avulla. Ensimmäisen vaiheen, segmentoinnin, aikana asiakkaat ryhmitellään yhden tai useamman muuttujan avulla. Asiakkaat pyritään segmentoimaan samanlaisten tarpeiden ja käyttäytymisen perusteella. Seuraavassa vaiheessa eli kohdentamisessa tehdään päätöksiä siitä, mihin resursseja priorisoidaan. Viimeisessä vaiheen, asemoinnin, aikana suunnitellaan markkinointiohjelmat, jotka täsmäävät kohdennettujen segmenttien vaatimuksiin. Segmenttien ominaisuuksia tulisivat olla mitattavuus, merkittävyys, saavutettavuus, toimivuus ja pysyvyys (Dibb & Simkin 2001.)

Segmentoinnin avulla voidaan saada yksityiskohtaista asiakasanalyysiä, jonka avulla toiminta voidaan muokata paremmin vastaamaan asiakkaiden käyttäytymiseen. Tämä tarkoittaa parempaa ymmärrystä asiakkaiden tarpeista ja toiveista sekä parempaa vastauskykyä ja reagoivuutta. Segmentointinäkökulma voi lisätä selvyyttä markkinoinnin suunnitteluprosessiin alleviivaamalla tietyn asiakasryhmän vaatimuksia. (Dibb

& Simkin 2001.) Segmentointistrategian menestyksekkäällä hyödyntämisellä on tapana syventää markkina-asemaa niissä segmenteissä, jotka on määritelty ja ymmärretty tehokkaasti (Smith 1956).

Lähestymistapana segmentointi voi lisätä markkinoinnin suunnitteluprosessin selkeyttä, kun korostetaan tietyn asiakasryhmän vaatimuksia markkinointiohjelmalta. Ennen prosessin ja toimien aloittamista on kuitenkin ymmärrettävä ne tekijät, jotka edistävät onnistunutta lopputulosta. (Dibb 1988.) Yleisöanalyysi ja kohderyhmän segmentointi ovat suoria ilmaisia asiakaslähtöisestä ajattelutavasta. Yleisöanalyysin tarkoituksena on tunnistaa tarpeita, dokumentoida näiden tarpeiden koetut kustannukset ja hyödyt sekä muodostaa ohjelma, joka vastaa mahdollisimman kustannustehokkaasti sekä asiakkaan että palveluntarjoajan tarpeisiin. Kohderyhmän segmentoinnilla puolestaan on kaksi päätavoitetta: määrittää homogeeniset alaryhmät viestien ja palvelun suunnittelun tarkoituksiin sekä tunnistaa segmentit, jotka kohdistuvat jakelukanava- ja viestintästrategioihin. (Lefebvre & Flora 1988.)

Segmentointia voidaan lähestyä myös kahdesta näkökulmasta: tarve- ja hyötyperusteisesta lähestymistavasta sekä tunnistettavuuden ja saavutettavuuden näkökulmasta. Tarve- ja hyötyperusteinen lähestymistapa tarkoittaa sitä, että jokainen segmentti koostuu prospekteista ja asiakkaista, jotka jakavat yhteiset tarpeet ja nämä tarpeet eroavat olennaisesti muiden segmenttien tarpeista. Tämän näkökulman etuna on sen perustuminen asiakkaiden tarpeille. Tunnistettavuuden ja saavutettavuuden lähestymistapa tarkoittaa sitä, että sen avulla rakennettujen segmenttien jäsenet voidaan tunnistaa samojen kriteerien avulla ja ne ovat samalla tavalla saavutettavissa. Hyötyperusteinen tapa voidaan nähdä teoreettisessa mielessä houkuttelevana vaihtoehtona ja tunnistettavuuteen perustuva tapa puolestaan tarjoaa helposti määritettävät asiakasryhmät. (Bonoma & Shapiro 1984.) Yleisöanalyysiin ja segmentointiin on toimenpiteiden suunnittelijoilla käytettävissä erilaisia suoria ja epäsuoria menetelmiä. Suoria menetelmiä ovat muun muassa satunnaisotanta, havainnointitekniikat, kyselylomakkeet ja laadulliset menetelmät, kuten esimerkiksi henkilökohtaiset haastattelut tai fokusryhmät. Epäsuorat menetelmät sisältävät usein erilaisia arkistointimenetelmiä, jotka ovat saatavilla terveydenhuollon virastojen toimesta. (Lefebvre & Flora 1988.)

### **2.3.1 Segmentoinnin hyödyntäminen terveyskäyttäytymiseen**

On olemassa vain vähän sosiaalisen markkinoinnin tutkimuksia, jotka hyödyntävät segmentointia – siitäkin huolimatta, että sen avulla voidaan saada selville yksityiskohtaisia tuloksia käyttäytymisestä ja preferensseistä (Kitunen ym. 2016). Markkinoinnin keinojen avulla siis eritellään ihmisjoukkoja alaryhmiin, jotka jakavat tarpeita, haluja, elämäntapoja, käyttäytymistä ja arvoja, jotka tekevät ryhmistä todennäköisiä vastaamaan samalla tavalla terveydenhuollon interventioihin (Grier 2005). Sosiaaliset markkinoijat ovat kuitenkin alkaneet hyödyntää segmentointia ymmärtääkseen ryhmien eroja

moninaisissa tutkimusjoukoissa esimerkiksi alkoholin, ylipainon ja fyysisen aktiivisuuden yhteydessä. Segmentointia pidetään avainosana kohdennettujen sosiaalisen markkinoinnin ohjelmien suunnittelussa. Niissä sosiaalisen markkinoinnin tutkimuksissa, jotka hyödyntävät segmentointia, käytetään useimmiten 2-4 segmenttiä. (Arlin 2017.) Kaupallisen markkinoinnin tekniikat sosiaalisen markkinoinnin perustana voivat olla tehokas keino motivoida käyttäytymisen muutokseen muun muassa fyysisen aktiivisuuden suhteen (Newton, Newton, Turk & Ewing 2013).

Toisaalta Newton ym. (2013) ovat myös kritisoineet segmentoinnin hyödyntämistä sen eettisyydestä: se on markkinoinnin kohdentamista vain tietyille segmentoiduille ryhmälle, vaikka myös joku muu ryhmä voisi mahdollisesti hyötyä kampanjalle ”altistumisesta”. Tämä mahdollinen muu ryhmä on näin joutunut segmentoinnin myötä rajatuksi ulkopuolelle. Lopullisten segmenttien päättäminen voidaan nähdä myös ongelmallisena: minkä perusteella päätös tehdään ja mikä on oikea valitsemisperuste – kustannustehokkuus vai tarpeellisuus?

Terveydestä viestiessä tulee segmentointia hyödyntäessään tunnistaa, mitkä ennakkotekijät ovat tärkeimpiä vaikuttamaan siihen, muuttaako ihminen terveyskäyttäytymistään vai ei. Tulee tunnistaa, mitkä ihmisryhmät jakavat samanlaiset huolet, tarpeet ja motiivit, sekä profiloida näitä segmenttejä aluksi tunnistettujen ennakkotekijöiden mukaan. Segmentin jäsenillä on siten samanlaiset aiemmat ominaisuudet, jotka määrittävät kyseessä olevan terveyskäyttäytymisen ja mahdollistavat viestien tai toimien räätälöinnin jäsenille. (Slater 1996.)

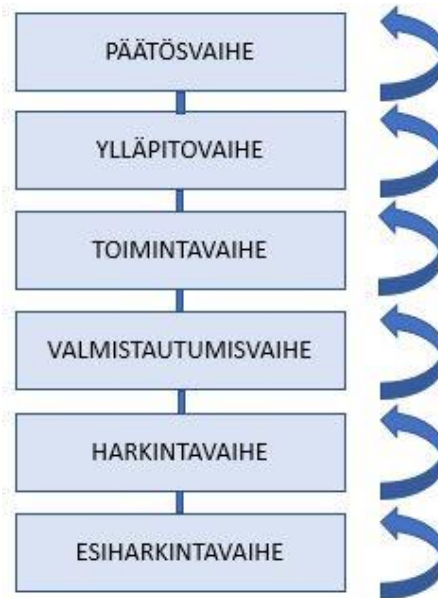
### 2.3.2 Segmentointitapoja sosiaalisessa markkinoinnissa

#### Transteoreettinen muutosvaihemalli (TTM)

Yksi tunnettu ja käytetty malli terveydenhuollon interventioihin sosiaalisen markkinoinnin alalla on transteoreettinen muutosvaihemalli. Muutosvaihemalli on Prochaskan ja DiClementen (1983) esittelemä tasoperusteinen malli, joka pyrkii selittämään käytöksen muutosta asteittain etenevänä prosessina. Se kuvaa yksilön aikomuksia ja asenteita muutosprosessia koskevaa muutosvalmiutta kohtaan. Malli on hyödyllinen interventioiden suunnittelussa ja eri tasojen tunnistamisessa, sillä se voi auttaa segmentoimaan kohderyhmiä sen perusteella, missä kohtaa mallin tasoja ne ovat menossa. Lisäksi eri tasoilla oleville yksilöille voidaan kohdentaa erilaisia interventioita niiden tarpeiden mukaan. (Prochaska & Velicer 1997; Prochaska & DiClemente 1983.)

Muutosvaihemallissa käyttäytymisen muutos nähdään prosessina, joka koostuu yleensä viidestä vaiheesta (kuviokuva 2). Näitä vaiheita ovat esiharkintavaihe, harkintavaihe, valmistautumisvaihe, toimintavaihe ja ylläpitovaihe. (Prochaska & DiClemente 1983; Marcus, Selby, Niaura & Rossi 1992; Norcross, Krebs &

Prochaska 2011.) Joissain tapauksissa malliin on lisätty myös päätösvaihe, sillä ihmiset voivat myös palata käyttöksessään taaksepäin tai toistaa vanhoja totuttuja tapoja, jolloin tasojen läpikäynti saattaa alkaa uudestaan. Näille tasoille voidaan siis niin sanotusti päästä ja poistua missä vaiheessa tahansa. (Prochaska & DiClemente 1983.)



Kuvio 2 Transteoreettinen muutosvaihemalli (mukaiillen Prochaska & DiClemente 1983)

Jokaiseen tasoon liittyy tietty päätöksentekoprosessi. Esiharkintavaiheessa yksilö ei ole vielä valmis muutoksen, eikä hänellä ole aikomusta muuttaa käyttäytymistä. Yksilö ei välttämättä edes tiedosta muutoksen tarpeellisuutta tai hän saattaa vähätellä tai kieltää muutoksen tarpeellisuuden. (Marcus ym. 1992; Prochaska & DiClemente 1983.) Harkintavaiheessa yksilö tiedostaa ongelman ja harkitsee muutosta käyttäytymisessään, ikään kuin valmistautuu hiljalleen muutokseen. Hänellä ei kuitenkaan ole vielä konkreettisia suunnitelmia muutoksen tekemiseen, eikä sitoutuneisuutta asiaa kohtaan. Harkintavaiheessa pohditaan muutoksen aikaansaamien positiivisten hyötyjen ja muutoksen vaatiman ponnistelujen ja kustannusten välillä. (Norcross ym. 2011; Marcus ym. 1992) Valmistautumisvaiheessa yksilö näkee muutoksen tarpeellisena ja sen tuomat hyödyt haittoja suurempina. Yksilö on valmis muutokseen ja saattaa tehdä joitain pieniä käytöksellisiä muutoksia, mutta käytöksen muutoksen kriteeri ei kuitenkaan vielä täyty. (Norcross ym. 2011; Prochaska & DiClemente 1983.)

Toimintavaiheessa yksilö muuttaa käyttäytymistään ja toimintatapojaan, mikä vaatii erityistä sitoutumista, aikaa ja energiaa. Tämä on prosessin työläin ja näkyvin vaihe. Yksilö voidaan luokitella kuuluvan toimintavaiheen tasolle, jos hän on onnistuneesti ylläpitänyt toivottua käytöstä jonkin tietyn ajan alkaen yhdestä päivästä kuuteen kuukauteen. (Norcross ym. 2011.) Ylläpitovaiheessa käytöksen muutoksesta on tullut pysyvä elintapa, eivätkä esimerkiksi yksittäiset muuttuvat tai houkuttelevat tilanteet aiheuta heti paluuta aiempaan käytökseen.

Tässä vaiheessa ylläpidetään ja toteutetaan uusia toimintotapoja sekä työskennellään sen eteen, ettei palattaisi aiempaan. Yksilön voidaan katsoa olevan ylläpitovaiheen tasolla, jos hän on ylläpitänyt uutta elintapaa kauemmin kuin puoli vuotta. (Marcus ym. 1992; Norcross ym. 2011; Prochaska & DiClemente 1983.)

Yksilöt eivät kuitenkaan hyppää yhtäkkiä nykyisen käyttäytymisensä tilasta tietyn toivotun käyttäytymisen ylläpitovaiheeseen, vaan he etenevät hitaasti tasojen läpi vaihe kerrallaan. On myös mahdollista palata käytöksessä taaksepäin eli taantua prosessissa toistamaan vanhoja totuttuja tapoja. (Prochaska & DiClemente 1983.) Täysin lineaarinen kehitys ja eteneminen ovat teoreettisesti mahdollisia, mutta käytännössä erittäin harvinaisia ilmiöitä. Suurin osa ihmisistä palaa jossain kohtaa takaisin harkintavaiheeseen tai mahdollisesti jopa esiharkintavaiheeseen, ennen kuin taas uudelleen muuttaa käyttäytymistään. (Kotler, Roberto & Lee 2002, 121-122.) Näitä repsahduksia aiempaan voidaan myös pitää tilaisuuksina oppia, sillä niiden avulla voidaan myöhemmin pohtia, kuinka tällaisia taantumia voitaisiin ehkäistä. Muutos kuitenkin tapahtuu yksilöllisesti ajan kuluessa, ja tietyssä vaiheessa vietetty aika vaihtelee. (Prochaska & Norcross 2007, 519.)

Mallin vahvuutena on sen keskittyminen terveystyöskentelyn dynaamiseen luonteeseen. Tutkijat ovat myös suositelleet sen hyödyntämistä liikuntakäyttäytymisen kontekstiin, sillä liikuntakäyttäytymisen tutkimuskentällä on tarvetta prosessimuotoisille malleille käyttäytymistä ennustavien sijaan. (Marcus ym. 1992.) Mallia on kuitenkin kritisoitu sen yksinkertaistavasta luonteesta ja muutosprosessin kuvaamisesta lineaarisena, suoraviivaisesti etenevänä tapahtumana. Pidemmän aikavälin tutkimuksissa malli ei myöskään ole toiminut ennustavana työkaluna, vaan pikemminkin yhdenlaisena mittarina. (Prochaska & DiClemente 1983.)

Liikuntaneuvontapalvelun näkökulmasta on olennaista, että palveluntarjoaja tukee oikealla hetkellä tietyille yksilöille merkityksellisiä vaiheeseen liittyviä prosesseja. Erityisen tärkeää on lähestymistapa ja se, miten asioista keskustellaan, ettei yksilö koe hänelle tyrkyttävän ja pakotettavan informaatiota sekä halutun käyttäytymisen toimintatapoja. Muutoksen on lähdettävä ihmisestä itsestään. Usein tehokkaampaa on kiinnittää huomiota yksilön tietoisuuden lisäämiseen ja muutoksen hyötyjen ja haittojen tarkasteluun. Lisäksi motivaation ja muutosvalmiuden vahvistaminen ja tukeminen ovat tärkeitä. (Vähäsarja, Poskiparta, Kettunen & Kasila 2004.) Koska tässä tapauksessa sosiaalisen markkinoinnin avulla ollaan niin sanotusti myymässä käyttäytymistä, lisääntynyttä fyysistä aktiivisuutta tai olemassa olevan aktiivisuuden ylläpitoa, on segmentointi käyttäytymisen mukaan yksi tehokkaimmista ja relevantteimmista strategioista. Tällöin jokainen segmentti voidaan profiloida ja tarvittaessa määritellä edelleen erilaisten muiden muuttujien tai perusteiden avulla. Liikunnasta neuvon tehtävänä on siten saada nämä segmentit siirtymään seuraavalle tasolle. (Kotler ym. 2002, 121-122.)

## Segmentointi strategisella ja käytännön tasolla

Sosiaalisen markkinoinnin voidaan nähdä perustelevan erilaisia hankkeita ja kehittävän niiden sisältöä kolmella eri tasolla: poliittisella, strategisella sekä käytännön tasolla (Hopwood & Merritt 2011). Segmentointi prosessina on samanlainen kaikilla eri tasoilla, ainoastaan muuttujat vaihtelevat (Lee & Kotler 2016, 141-142). Poliittista tasoa käytetään muun muassa politiikkojen suuntaamiseen ja strategista tasoa strategiseen suunnitteluun. Käytännön taso sisältää siis näillä ylemmillä tasoilla suunniteltujen asioiden toimeenpanon ja jakelun, eli sillä tavoitellaan tietyn käyttäytymisen muuttamista.

Paljon huomiota on keskitetty nimenomaan niihin muuttujiin, joiden käyttäytymiseen pyritään erilaisilla ohjelmilla vaikuttamaan – eli käytännön tasoon. (Lee & Kotler 2016, 141-142.) Monien mielestä käytännön tasoon on kiinnitetty jopa liikaa huomiota, ja enemmän voimavaroja tulisi keskittää poliittiseen ja strategiseen tasoon vaikuttamiseen. Käytännön tason kautta sosiaaliset markkinoijat kuitenkin keskittyvät vähentämään riskialtista käyttäytymistä, kehottaen johtavaa tasoa keskittymään markkinointiaktiiviteetteihin ja -työkaluihin. (Lee & Kotler 2016, 141-142.)

Potentiaalisia vaikutusvaltaisia poliittisen tason toimijoita voivat olla esimerkiksi päättäjät, yritykset, media ja voittoa tavoittelemattomat järjestöt. Potentiaalisia vaikutusvaltaisia strategisia toimijoita voivat olla muun muassa perheenjäsenet, ystävät, kollegat, naapurit ja terveydenhuollon ammattilaiset. (Lee & Kotler 2016, 32.) Poliittisella tasolla segmentointi auttaa varmistamaan, että tehdyt linjaukset perustuvat tietoisiin, tehtyihin havaintoihin ihmisten arkielämästä. Tämä on edellytyksenä sille, että tavoitteista tulee realistisia ja mahdollisia toteuttaa. Strategisella tasolla segmentointi auttaa kohdentamaan resursseja tehokkaasti ja valitsemaan pitkällä tähtäimellä paremmin vaikuttavia toimenpiteitä. Käytännön tasolla keskittyminen tulisi olla asiakkaiden tarpeissa ja palveluntarjoajan asemassa suhteessa asiakkaan kriteereihin. Segmentointi auttaa kehittämään palveluja, jotka vastaavat ihmisten tarpeisiin ja motivaatioon ja ovat yhteneväisiä heidän arkielämänsä kanssa. (Hopwood & Merritt 2011.)

Tässä tutkimuksessa toteutetaan segmentointia käytännön tason näkökulmasta, tarkastellen neuvolan terveydenhoitajalta asiakkaalle tapahtuvaa toimintaa. Pyrkimyksenä on tunnistaa, millaisia erilaisia segmenttejä äitien joukossa esiintyy, sekä tarkastella näiden segmenttien tarpeita ja motivaatioita. Näiden segmenttien avulla pyritään kehittämään erilaisia ratkaisuja ja liikuntaneuvontaa palveluna. Tällä käytännön tason segmentoinnilla pyritään sitä kautta myös tuottamaan strategiselle tasolle eli terveydenhuollon ammattilaisille ja päättäjille suunnittelua helpottavaa tietoa.



### 2.3.3 Segmentointiperusteet

Segmentointiperusteina voidaan käyttää muun muassa demografisia, geografisia, psykografisia ja käyttäytymiseen liittyviä tekijöitä. Demografisia tekijöitä ovat esimerkiksi ikä, sukupuoli, perheen koko, tulo- ja koulutustaso, ammatti, uskonto ja kansallisuus. Demografiset tekijät ovat suosituimpia ja yleisimmin käytettyjä, sillä ne ovat helposti saatavilla markkinoilta ja usein helpoin tapa kuvata ja löytää kohdennettavia segmenttejä. (Wells, Chang, Oliveira-Castro & Pallister 2010; Slater 1996.)

Geografisia tekijöitä ovat muun muassa maa, kaupunki, alueen väestön tiheys, kaupungin koko ja ilmasto. Geografisia tekijöitä voidaan käyttää perusteena silloin, jos ihmisten tarpeet vaihtelevat maantieteellisen sijainnin mukaan. Psykografisia tekijöitä ovat muun muassa sosiaaliluokka, persoonallisuus ja elämäntyyli. Usein markkinat vaihtelevat enemmän henkilökohtaisten arvojen, kuin demografisten tekijöiden mukaan. Käytöksellisillä tekijöillä tarkoitetaan puolestaan todellista, tapahtunutta käyttäytymistä - asenteita tuotetta tai palvelua kohtaan, koettuja hyötyjä, käyttäjän statusta, käyttöastetta tai uskollisuutta. (Kitunen ym. 2016; Arli 2017.)

Sosiaalisen markkinoinnin tutkimuksessa yleisesti eniten käytetyt ja hyödynnetyt segmentointiperusteet ovat demografiset ja geografiset tekijät (Rundle-Thiele ym. 2016; Kitunen ym. 2016). Terveystieteiden ammattilaiset ovat jo pitkään tunnustaneet ryhmittymien väliset erot väestöissä, mutta yleensä erilaisten alaryhmien tunnistamiseen käytetään demografisia tietoja (Grier 2005). Myös Slaterin (1995) mukaan suuret populaatiot ovat tyypillisesti terveystieteiden käyttäytymistä ennustaessa segmentoitu demografisten tekijöiden perusteella. Demografisten tekijöiden perusteella segmentointi sopii menetelmäksi silloin, jos ne tekijät todella vaikuttavat käyttäytymiseen. Kuitenkaan tietynlainen terveystieteiden käyttäytyminen ei aina liity demografisiin tekijöihin, eivätkä ne anna ymmärrystä moninaisista persoonallisista ja sosiaalisista konteksteista, joihin terveystieteiden käyttäytyminen usein liittyy (Slater & Flora 1991).

Elämäntyyliin perustuvaa analyysiä sen sijaan on vain harvoin sovellettu kansanterveyden kentälle (Slater & Flora 1991). Sosiaaliset markkinoijat jakavat terveystieteiden ammattilaisia todennäköisemmin väestöä selkeisiin segmentteihin nykyisen käyttäytymisen, tulevien aikomusten, muutosvalmiuden tai psykografisten tietojen perusteella (Grier 2005). Kitunen ym. (2016) mukaan sosiaaliset markkinoijat käyttävät yhtä tai kahta segmentointiperustetta tutkimuksissaan, mikä on pienempi määrä perusteita kuin muissa markkinoinnin konteksteissa. Jos kuitenkin segmentointiperusteita ja segmentointia hyödynnetään menestyksekkäästi, voidaan segmentointia

käyttää etsimään tarpeita, haluja ja taipumuksia kohderyhmien joukosta (Lefebvre & Flora 1988).

## 2.4 Fyysinen aktiivisuus

Fyysisen aktiivisuuden käsitettä pyritään hyödyntämään tässä tutkimuksessa käyttämällä sitä segmentoinnin ja palvelukehittämisen apuna. Jotta liikuntaneuvontaa palveluna voitaisiin tehokkaammin kohdentaa äideille, on olennaista pyrkiä ymmärtämään muun muassa fyysiseen aktiivisuuteen liittyviä rajoitteita ja kannustimia.

Caspersen, Powell ja Christenson (1985) määrittelevät fyysisen aktiivisuuden millaiseksi tahansa kehon tuottamiksi kehonliikkeiksi, jotka aiheuttavat energiankulutusta. Tätä tapahtunutta energiakulutusta voidaan mitata kilokaloreina. Fyysistä aktiivisuutta voidaan myös luokitella eri tavoin, tyypillisimpänä fyysisen aktiivisuuden luokittelu päivittäisen arkielämän yksittäisten osien perusteella. Yksinkertaisin luokittelu jakaa aktiivisuuden nukkuessa, työssä ja vapaa-aikana tapahtuvaksi. Vapaa-ajan liikunta voidaan edelleen jakaa pienempiin luokkiin, kuten urheiluun, kotitöihin (sisältäen pihatyöt, siivouksen, korjaustyöt) ja muihin aktiviteetteihin. Myös Shephard (1995) määrittelee fyysisen aktiivisuuden kaikiksi kehonliikkeiksi, joita luustolihakset tuottavat ja jotka aiheuttavat kulutuksen huomattavaa nousua verrattuna lepotason energiankulutukseen. Heidän mukaansa fyysinen aktiivisuus sisältää tarkoituksellisen harjoittelun ja urheilun lisäksi myös vastaavia energiaa kuluttavia toimintoja myös muussa vapaa-ajan, työelämän ja kotitöiden kontekstissa.

Australian Sports Commission (ASC) puolestaan määrittelee fyysiseksi aktiivisuudeksi kaiken liikunnan, vapaa-ajan toiminnan tai urheilun. Tämän näkemyksen mukaan aktiivisuus sisältää ne toiminnot, jotka on järjestetty jonkin klubin, yhdistyksen tai muun organisaation toimesta ja ne toiminnot, jotka eivät ole järjestäytyneitä. Määritelmä sulkee pois ne toiminnot, jotka ovat osa kotityö- tai puutarhatehtäviä tai osa työn vaatimusta. (Rundle-Thiele ym. 2016.) WHO:n (2010) mukaan 18-64 -vuotiaiden fyysinen aktiivisuus tulisi sisältää päivittäin virkistys- tai vapaa ajan liikuntaa, työtä, kodinhoitoa, leikkiä, pelejä, urheilua tai suunniteltua liikuntaa. Sydämen vajaatoiminnan, lihasten kuntoutumisen ja luusto terveyden parantamiseksi sekä verisuonisairauksien ja masennuksen riskin vähentämiseksi suositellaan:

- 150 minuuttia kohtuullisen voimakasta aerobista liikuntaa tai 75 minuuttia voimakasta aerobista liikuntaa tai vastaavaa edellisten yhdistelmää viikossa
- aerobisen aktiivisuuden suorittamista vähintään 10 minuutin kestoisissa pätkissä

- lihaskunnan harjoittamista suurien lihasryhmien osalta kahdesti tai useampana päivänä viikossa
- lisäterveyshyötyjen vuoksi kohtuullisen voimakkaan aerobisen liikunnan määrä voidaan viikossa lisätä 300 minuuttiin tai 150 minuuttiin voimakasta aerobista liikuntaa tai vastaavaan edellisten yhdistelmään.

Tässä tutkimuksessa fyysisen aktiivisuuden käsitettä käytettäessä katsotaan fyysisen aktiivisuuden määritelmän Caspersenin ym. (1985), Stephardin (1995) sekä WHO:n (2010) mukaisesti sisältävän kaikki liikkeet, jotka aiheuttavat energiankulutusta. Tässä tutkimuksessa fyysinen aktiivisuus sisältää tarkoituksellisen harjoittelun ja urheilun lisäksi myös vapaa-ajan, työelämän ja kotitöiden toimintoja, eikä sulje näin ollen pois joitain tiettyjä osa-alueita.

#### **2.4.1 Fyysisen aktiivisuuden vaikutus**

Fyysisellä aktiivisuudella ja epäaktiivisuudella on terveyden kannalta useita merkittäviä vaikutuksia. Fyysinen epäaktiivisuus liittyy olennaisesti moniin sairauksiin toimien myötävaikuttajana monien ei-tarttuvien tautien kohdalla, kun taas aktiivisuus puolestaan on tärkeää erityisesti sydän- ja verisuonitautien ehkäisyssä. (Bauman ym. 2012.) Säännöllinen aktiivisuus vähentää muun muassa sydäntautien, diabeteksen, rintasyövän, korkean verenpaineen, paksusuolen syövän ja masennuksen riskiä - aktiiviset yksilöt ovat myös epäaktiivisia terveempiä. Fyysinen aktiivisuus on myös avainasemassa energiankulutuksen kannalta, sillä se helpottaa energiatasapainon ylläpitämisessä ja auttaa painonhallinnassa. On olemassa myös vahvaa näyttöä siitä, että aktiivisilla aikuisilla on muun muassa korkeampi lihas- ja kardiorespiratorinen kunto ja terveempi kehon koostumus. Vähäinen aktiivisuus ja huono kunto suurentavat ennenaikaisen kuoleman riskiä (WHO 2010).

Vanhempien rooli lasten käytöksen ja fyysisen aktiivisuuden muovaamisessa on ratkaiseva, sillä aktiivisilla äideillä on tutkitusti myös aktiiviset lapset. Heskethin ym. (2014) tutkimuksessa äitien ja heidän nelivuotiaiden lastensa aktiivisuuden tasot olivat suoraan yhteydessä toisiinsa. Aktiiviset lapset vaativat äitejä olemaan aktiivisia ja aktiiviset äidit puolestaan rohkaisivat lapsiaan aktiivisuuteen. Myös synnyttäneisyydellä ja liikunnan riittämättömyydellä on havaittu olevan yhteyttä. Riittämätön liikunta on yleisintä yhden lapsen äideillä, joilla oli lähes 1,7-kertainen riski harrastaa liian vähän liikuntaa verrattuna lapsettomiin naisiin. Vähintään kahden lapsen perheissä äitien liikuntamäärä oli sama kuin lapsettomien. 1-2 vuotta sitten synnyttäneiden äitien riski riittämättömään liikuntaan oli lähes kaksinkertainen, kun taas 3-5 vuotta sitten synnyttäneiden äitien liikunnan määrä ei eronnut vertailuryhmästä. (Aldén-Nieminen ym. 2008).

#### **2.4.2 Fyysisen aktiivisuuden rajoitteet**

Vanhemmilla ilmenee tutkimusten mukaan lukuisia erilaisia rajoitteita fyysisen aktiivisuuden ylläpitämiselle. Rajoitteet vaihtelevat kuitenkin iän,

sosiaaliluokan, siviilisäädyn ja sosioekonomisen aseman mukaan. Motivaation ja ajan puute aktiivisuuden ylläpitoon näyttää olevan positiivisesti yhteydessä tuloihin, kun taas sairaus tai vammaisuus, rahan puute ja kuljetuksen ongelmat ovat negatiivisesti yhteydessä tuloihin (Chinn, White, Harland, Drinkwater & Raybould 1999). Yleisimmät mainitut rajoitteet aktiivisuuden ylläpitoon ovat vapaa-ajan puute, motivaation puute, energian puute, kuljetuksen puute, tilojen puute ja rahan puute (Kubacki ym. 2017; Mailey ym. 2014; Eyler, Matson-Koffman, Vest, Evenson, Sanderson & Thompson 2002). Tutkimuksessa aktiivisia ja epäaktiivisia äitejä haastateltaessa korostuu erityisesti tuen puutteen merkitys epäaktiiviseen elämäntyyliin kannustavana. Tukea aktiivisuuden ylläpitoon kaivataan niin puolisolta, yhteisöltä kuin roolimalleiltakin. Myös perhevastuut, lasten hoitopaikkojen puute, tuen puute ja syyllisyys aktiivisuuden ylläpitoon käytetystä ajasta ovat rajoitteita aktiivisuuden harjoittamiselle. Erityisesti työssäkäyvät äidit tuntevat syyllisyyttä ajastaan poissa lasten luota ja työn, kodin ja lastenhoidon muodostama yhdistelmä jättää vain vähän aikaa liikkumiselle. (Mailey ym. 2014.)

Asenteet ovat myös yksi niistä lukuisista tekijöistä, jotka vaikuttavat fyysisen aktiivisuuden ylläpitoon. Arvot, uskomukset ja asenteet ovat avainasemassa fyysisen aktiivisuuden käyttäytymisen ymmärtämisessä. Rundle-Thielen ym. (2016) mukaan ne aikuiset, joilla on suuria kielteisiä asenteita aktiivisuutta kohtaan, ilmoittivat harjoittelevansa alhaisempia määriä kuin ne, joilla oli alhainen negatiivinen asenne. Negatiiviset asenteet heijastavat uskomuksia siitä, että fyysinen aktiivisuus on jollain tapaa epämieluisaa tai sillä on negatiivinen seuraus. Epäaktiiviset aikuiset ovat sitä mieltä, että liikunta tekee heidät väsyneiksi ja kipeiksi, ja että se on hankalaa ja tuskallista. Nämä asenteet ja rajoitteet estävät heitä olemasta aktiivisempia.

Monissa tutkimuksissa on raportoitu suuria määriä äitejä, jotka olivat säännöllisen aktiivisia ennen vanhemmaksi tuloa, mutta eivät enää saavuta kansallisia fyysisen aktiivisuuden suosituksia lapsen saamisen jälkeen (Mailey & Hsu 2017). Aldén-Niemisen ym. (2008) mukaan vähäinen liikunta ennen raskautta, pitkät työpäivät ja suuri painonnousu raskauden aikana sekä vaikeudet saada lastenhoitoapua ovat yhteydessä vähäiseen liikuntaan raskauden jälkeen. Yksi ongelma on myös se, että lasten kanssa liikkumista ei useinkaan koeta liikuntana, vaan halutaan ”kunnollista” liikuntaa. Pienten lasten äidin on haastavaa saada niin sanottua omaa aikaa, jolloin vertaisten merkitys liikkumisen kannalta on hyvin merkityksellistä. Liikkumista yhdessä toisen äidin kanssa ei koeta äitiroolin hylkäämisenä, vaan pikemminkin sitä vahvistavana tekijänä vertaistuen ansiosta. (Saaranen-Kauppinen, Rovio & Parikka 2013.) Vanhempien lukuiset rajoitteet fyysisen aktiivisuuden harjoittamiselle ovat huolestuttavia myös siksi, koska epäaktiivisuus saattaa vaikuttaa myös lasten käyttäytymiseen (Mailey ym. 2014).

### 2.4.3 Fyysisen aktiivisuuden kannustimet

Rajoitteiden tavoin, äideillä ilmenee tutkimusten mukaan myös useita erilaisia kannustimia fyysisen aktiivisuuden ylläpitoa kohtaan. Nuori ikä näyttää usein korreloivan fyysisen aktiivisuuden kanssa. Eylerin ym. (2002) tutkimuksen mukaan naiset nuoremmista ikäryhmistä saavuttivat todennäköisimmin aktiivisuustavoitteet verrattuna naisiin 40-50 -vuotiaiden ikäryhmissä. Toisaalta Scharffin, Homanin, Kreuterin ja Brennanin (1999) tutkimuksessa havaitaan, että nuorten naisten minäpystyvyyden taso on korkea, mutta joissain tapauksissa niin on myös rajoitteiden taso. Vanhempien naisten tärkein motiivi aktiivisuuteen puolestaan on terveys, mutta silti heidän toimintansa on epäaktiivista. Nuoria naisia näyttäisi kannustavan liikkumiseen sen sosiaaliset aspektit, kun taas vanhemmilla naisilla liikkumisen terveyshyötyjen markkinointi motivoisi liikkumaan.

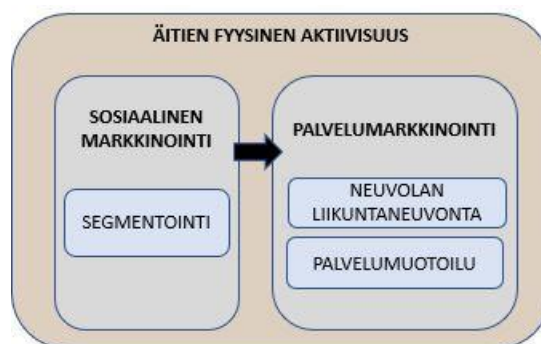
Naiset, jotka kokevat olevansa terveitä, ovat aktiivisempia kuin ne, jotka raportoivat heikommasta terveydestä. Lisäksi minäpystyvyyden tunne, tuki ja motivaatio tulla aktiivisemmaksi kannustavat fyysisen aktiivisuuden ylläpitoon. Useissa tutkimuksissa naiset raportoivat tuen tarvetta esimerkiksi työkavereilta, perheeltä ja yhteisöltä. (Eyler ym. 2002.) Kannustimina toimivat myös treenivideot ja -välineet kotona sekä mahdollisuus liikkua lähistöllä, naapuruston alueella (Humpel, Owen & Leslie 2002). Dharodin ym. (2011) mukaan painonpudotus, lisääntynyt kestävyys, laatu-aika perheen kanssa, parantunut itseluottamus, hyvinvointi psyykkisesti ja fyysisesti sekä sosialisointi ovat merkittäviä motivaattoreita aktiivisuuteen.

Fyysisesti aktiivisilla yksilöillä on positiivisempi asenne aktiivisuutta kohtaan kuin passiivisilla. Lisäksi aktiivisilla vanhemmilla asenne aktiivisuutta kohtaan on parempi. Fyysinen aktiivisuus nuoruusiässä voi osaltaan edistää aktiivisen elämäntavan ylläpitämistä koko aikuisikään. Mitä nuorempi yksilö on, sitä helpompi on kehittää terveellinen elämäntapa ja pitää se koko aikuisikään. (Araújo 2015.) Jos yksilö katsoo, että tietty käyttäytyminen aiheuttaa positiivisen tuloksen, luo hän myönteisen asenteen käyttäytymistä kohtaan ja päinvastoin. Positiiviset asenteet puolestaan heijastavat uskomuksia siitä, että aktiivisudella saavuttaa lyhyt- ja pitkäaikaisia "palkintoja". Aktiiviset aikuiset ovat sitä mieltä, että liikunta pitää heidät kunnossa, antaa energiaa ja vähentää stressiä ja sen takia he ovat aktiivisia. (Rundle-Thiele ym. 2016.)

Kun lapsia on enemmän kuin yksi, liikutaan paljon vanhempien sisarusten ehdoilla (Aldén-Nieminen ym. 2008). Osallistuminen aktiviteetteihin lasten kanssa tai lasten harrastuksen aikana, arjen aikataulutuksen puolisensa kanssa, hyödyt terveydelle (lisääntynyt energia ja vähentynyt stressi) ja puolisoilta saatu tuki ovat yhteydessä fyysisen aktiivisuuden äitien keskuudessa. (Mailey ym. 2014.)

## 2.5 Yhteenveto

Yhteenvetona teoriaosuudesta voidaan toisiinsa kytkeytyvät osuudet esittää kuvion muodossa (kuvio 3). Tämän tutkimuksen teoriaosuudessa sosiaalinen markkinointi ja segmentointi muodostavat toisiaan tukevat ja toisiinsa keskeisesti liittyvät kokonaisuudet. Sosiaalisen markkinoinnin ja segmentoinnin keinoin voidaan vaikuttaa palvelumarkkinoinnin kentällä, kun tarkoituksena on kehittää fyysisen aktiivisuuden ylläpitoa ja neuvolan liikuntaneuvontaa palveluna. Tämän tutkimuksen kontekstissa sosiaalisen markkinoinnin ja segmentoinnin keinoin pyritään lisäämään ymmärrystä palveluajattelusta terveydenhuollon kontekstissa ja hyödyntämään kaupallisen markkinoinnin käytäntöjä neuvolatoiminnassa.



Kuvio 3 Yhteenveto teoriasta

Sosiaalisessa markkinoinnissa hyödynnetään siis markkinointiajattelua erilaisissa toimenpiteissä, joiden avulla pyritään vaikuttamaan tietyn kohderyhmän käyttäytymiseen (Hopwood & Merritt 2011). Sosiaalinen markkinointi voidaan nähdä myös prosessina tai kokoelmana tekniikoita sosiaalisen muutoksen ohjelmien kehittämiseen, sisältäen muun muassa segmentoinnin, kilpailuanalyysin ja markkinointimixin (Rundle-Thiele ym. 2016). Gordonin ym. (2006) sosiaalisessa markkinoinnissa tulisi hyödyntää markkinointitekniikoita, kuten esimerkiksi segmentointia ja markkinointimixiä. Lähestymistapana sosiaalinen markkinointi on asiakaskeskeinen, keskeisinä elementteinä muun muassa tarpeet ja arvot – jotka ovat tärkeitä tekijöitä myös palvelumarkkinoinnin kentällä.

Segmentoinnin avulla voidaan siis löytää neuvolapalveluita käyttävistä asiakkaista ryhmiä, joilla on samanlaisia tarpeita ja käyttäytymistä. Segmentoinnin avulla voidaan varmistaa, että palvelu on huolellisesti kohdennettu asiakkaille, jolloin resurssien käyttö on mahdollisimman tehokasta (Smith 1956; Dibb & Simkin 2001; Boslaugh 2005). Segmentoinnin hyödyntämisen avulla voidaan lisätä palvelun suunnitteluprosessin selkeyttä, kun tiedetään tiettyjen asiakasryhmien vaatimukset ja voidaan korostaa niitä. Näiden teoreettisten lähtökohtien perusteella sosiaalisen markkinoinnin hyödyntäminen fyysisen aktiivisuuden ylläpidon parantamiseksi sekä

segmentoinnin hyödyntäminen palvelumarkkinoinnin kentälle ja liikuntaneuvontapalvelun kehittämiseen ja tehokkaampaan kohdentamiseen on perusteltua.

Sosiaalisen markkinoinnin ja segmentoinnin keinoin voidaan kohdentaa ja muotoilla palvelua paremmin asiakkaiden tarpeita vastaaviksi. Palvelumuotoilun tavoitteena on luoda hyödyllisiä, käytettäviä, toivottuja, tehokkaita ja toimivia palveluja. Palvelun henkilökohtaisen luonteen vuoksi tarve terveystalvelujen eli tässä tutkimuksessa liikuntaneuvonnan kustomoinnille on suuri. (Crié & Chebat 2013.) Näistä syistä liikuntaneuvonta tulisi saada osaksi terveydenhuollon ja muiden liikuntatoimijoiden liikunnan palveluketjua. Tämä edellyttää kuitenkin sitä, että palveluntarjoajilla on riittävästi tietoa olemassa olevista, suunnitelluista palveluista ja asiakkaiden preferensseistä, jotta palvelu ja palveluketjussa eteneminen on sujuvaa. Tästä syystä segmentointi on sosiaalisen markkinoinnin keinoista relevantti menetelmä pyrkiä tunnistamaan asiakkaiden tarpeita liikuntaneuvonnan suhteen, jotta palvelut paremmin vastaisivat heidän toiveisiinsa. Jotta sosiaalisen markkinoinnin menetelmiä voidaan hyödyntää palvelumarkkinoinnin kentälle liikuntaneuvontaa ja ihmisten aktiivisuuden ylläpitoa hyödyttävästi, tulee tunnistaa muun muassa fyysiseen aktiivisuuteen liittyviä rajoitteita ja kannustimia.

## 2 METODOLOGIA

### 3.1 Kvalitatiivinen tutkimus

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus on kokonaisvaltaista tiedon hankintaa, jonka lähtökohtana on todellisen elämän ja todellisten tilanteiden kuvaaminen. Tavoitteena on löytää tosiasioita, kuitenkin rajoittuen tiettyyn paikkaan tai aikaan. (Hirsjärvi ym. 2015, 161.) Kvalitatiivista tutkimusta käytetään muun muassa silloin, kun tutkimusongelmat keskittyvät henkilön kokemuksen tai käyttäytymisen ymmärtämiseen tai kun halutaan ymmärtää ilmiötä, josta ei vielä tiedetä paljoa. Tässä tutkimuksessa käytetään menetelmänä kvalitatiivista tutkimusta nimenomaan siksi, koska halutaan ymmärtää äitien liikuntakäyttäytymistä ja heidän kokemuksiaan neuvolan liikuntaneuvonnasta. Kvalitatiivisen tutkimuksen ansiosta tutkijalla on mahdollisuus keskittyä ilmiön monimutkaisuuteen sen kontekstissaan. Sen avulla voidaan tuottaa uutta tietoa siitä, kuinka asiat toimivat tositalanteissa, miksi ihmiset käyttäytyvät tietyllä tavalla ja kuinka voimme ymmärtää heitä siten, että toimintaa tai käyttäytymistä on mahdollista muuttaa. (Eriksson & Kovalainen 2008.) Tämän tutkimuksen avulla pyritään lisäämään ymmärrystä siitä, miksi äidit liikkuvat tietyllä tavalla tai vastaavasti eivät liiku. Saatua ymmärrystä pyritään hyödyntämään sen suhteen, kuinka näiden ihmisten käyttäytymistä pystyttäisiin tarvittaessa muuttamaan tai vaihtoehtoisesti tukemaan heitä tietyn käyttäytymisen ylläpidossa ja jatkuvuudessa.

Kvalitatiivinen tutkimus voidaan jakaa useisiin lähestymistapoihin, kiinnostus voi olla esimerkiksi kielen ominaisuuksissa, säännöllisyyden löytämisessä tai tarkkojen merkitysten etsimisessä. Kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien yksi tärkeimmistä kiinnostuksen kohteista on sosiaalisesti rakennetun todellisuuden ymmärtäminen, jota tuotetaan ja tulkitaan kulttuuristen merkitysten avulla. (Eriksson & Kovalainen 2008.) Kvalitatiivisen tutkimuksen lähestymistavat sopivat tähän tutkimukseen, sillä pyrkimyksenä on ymmärtää tutkittavien käyttäytymistä ja tarkastella heidän toimintaansa. Tässä tutkimuksessa kiinnostus on tutkittavan omissa kokemuksissa ja hänen liikkumiselleen ja neuvolatoiminnalle antamissa merkityksissä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tavoitteena on tuoda esiin ja paljastaa odottamattomia seikkoja. Lähtökohtana ei ole aiemman teorian ja asetettujen hypoteesien testaaminen, vaan aineistoin yksityiskohtainen ja monipuolinen tarkastelu. Pyrkimyksenä ei ole myöskään saada suureen joukkoon yleistettävää tietoa, vaan saada tietoa yksittäisestä tapauksesta tai pienestä joukosta toisiinsa suhteessa olevia tapauksia. Tiedon keruun apuna on ihminen, jonka omat näkökulmat, kokemukset ja ääni pääsevät parhaiten esille kvalitatiivisen tutkimuksen menetelmin. (Hirsjärvi ym. 2015, 164.)



Kvalitatiivista tutkimusta kuvataan usein kvantitatiivisen tutkimuksen vastakohtana, sillä niiden vertailu on helpompaa kuin määrittely käsitteenä. Kvantitatiivisella tutkimuksella ei kuitenkaan voida käsitellä sen muuttujien sosiaalista ja kulttuurista rakennetta. (Eriksson & Kovalainen 2008.) Ihmistutkimuksessa kvantitatiiviset menetelmät usein liitetään positivistiseen ja kvalitatiiviset menetelmät hermeneuttiseen tiedekäsitykseen. Hermeneuttisen eli ymmärtävän käsityksen mukaan ihmisen yksilöllistä ja yhteisöllistä toimintaa on tarkasteltava erilaisia merkityksiä sisältävinä ja ilmaisevina (Tuomivaara 2005). Kvalitatiivisten menetelmien yksi tärkeimmistä intresseistä on todellisuuden ymmärtäminen sosiaalisesti rakennettuna, mikä tarkoittaa, että todellisuutta tuotetaan ja tulkitaan kulttuuristen merkitysten avulla. Kvalitatiiviset lähestymistavat liittyvät tulkintaan ja ymmärtämiseen ja ovat herkkiä kontekstille, jonka tavoitteena on kokonaisvaltainen käsitys tutkituista asioista. (Eriksson & Kovalainen 2008.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa keskeistä ovat merkitykset, jotka ilmenevät monin eri tavoin (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006).

### 3.2 Puolistrukturoitu teemahaastattelu

Haastattelututkimuksen idea perustuu siihen, että haluttaessa tietoa ihmisten elämästä, on hyödyllistä kysyä asioista heiltä itseltään. Haastatteluissa pyritään huomioimaan ihmisten omat tulkinnat ja heidän asioilleen antamat merkitykset. Olennaista on myös antaa haastateltavien vapaalle puheelle tilaa, ennakkoon harkittujen kysymysten esittämisen lisäksi. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Tässä tutkimuksessa on haastattelurunkoa koottaessa kirjattu ylös ennakkoon harkittuja kysymyksiä kunkin käsiteltävän teeman alle, joita kysytään haastateltavilta tarpeen mukaan eri muodoissa ja laajuuksissa. Koska tavoitteena on tuottaa ihmisten käsityksiä, arvoja ja kokemuksia koskevaa tietoa ja saada syvempää ymmärrystä kohderyhmästä, on haastattelu tähän tutkimukseen mielekäs ja relevantti menetelmä.

Haastatteluissa keskeisessä osassa on kielellinen vuorovaikutus haastateltavien kanssa, mutta tästä vuorovaikutuksesta voi olla sekä hyötyä että haittoja. Tämän tutkimuksen kannalta kielellinen vuorovaikutus ja haastateltavien itsensä sanoittamat merkitykset ja kokemukset ovat olennaisia palvelun kehittämisessä, joten haastattelujen avulla saadaan kerättyä sopivaa aineistoa tämän prosessin tueksi. Haastattelujen etuina ovat muun muassa joustavuus aineistoa kerätessä ja ihmisen merkityksiä luova ja aktiivinen rooli. Haittoina haastatteluissa ovat muun muassa sen aikaa vievä ja huolellista suunnittelua vaativa luonne sekä haastateltavien mahdollinen taipumus antaa sosiaalisesti hyväksyttäviä vastauksia. (Hirsjärvi ym. 2015, 210-11.)

Hirsjärvi ym. (2015, 208) jakavat tutkimushaastattelut kolmeen ryhmään: strukturoituihin haastatteluihin eli lomakehaastatteluihin, teemahaastatteluihin

ja avoimiin haastatteluihin. Teemahaastattelu on strukturoitujen ja avoimien haastattelujen välimuoto, niin sanottu puolistrukturoitu haastattelu. Puolistrukturoitua haastattelua tehdessä tutkija ottaa haastattelussa esiin ennakkoon laaditut aiheet tai teemat, mutta jokaisessa haastattelussa on silti mahdollista vaihtaa kysymysten muotoilua ja järjestystä tarpeen mukaan (Eriksson & Kovalainen 2008). Puolistrukturoitu teemahaastattelu on aineistonkeruumenetelmänä tähän tutkimukseen sopiva, koska se mahdollistaa sekä vapaan keskustelun että tarkkojen kysymysten esittämisen tutkijan ja tutkittavien välillä, ennakkoon asetettujen teemojen puitteissa. Vapaan keskustelun avulla haastatteluissa voi nousta esiin asioita, jotka eivät olisi välttämättä pelkästään ennakkoon laadittujen kysymysten perusteella käyneet ilmi. Kuitenkin tämän tutkimuksen kannalta on myös tärkeää, että haastatteluissa käsitellään teoriaosuuden pohjalta muodostettuja teemoja. Saaranen-Kauppinen ja Puusniekan (2006) mukaan puolistrukturoitu haastattelu etenee niin, että kaikille haastateltaville esitetään samat tai lähes samat kysymykset samassa järjestyksessä. He kuitenkin tunnistavat myös joidenkin määritelmien mukaan teemahaastattelulle tyypillisen piirteen, kysymysjärjestyksen ja -muotoilun muokkaamisen tarpeen mukaan.

Teemahaastattelu etenee siis lomakehaastattelua väljemmin kohdistuen tiettyihin tutkijan ennalta suunnittelemiin teemoihin. Pyrkimyksenä on keskustelunomainen tilanne, jossa käydään läpi näitä teemoja. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Tässä tutkimuksessa pyrkimyksenä oli luoda haastattelutilanteeseen mahdollisimman keskusteleva ja avoin ilmapiiri, sillä haastatteluissa käydään läpi haastateltavien henkilökohtaisia kokemuksia ja omaan kehoon liittyviä teemoja, jotka voivat olla mahdollisesti herkkiäkin aiheita. Erikssonin ja Kovalaisen (2008) mukaan teemahaastattelun suurin etu on siinä, että materiaalit ovat järjestelmällisiä ja kattavia, mutta haastattelun sävy tästä huolimatta melko keskusteleva ja epävirallinen. Näin tutkittavat vastaavat omiin ja keskenään hieman erilaisiin tulkintoihinsa samoista kysymyksistä.

Liian tiukasti ennakkoon suunnitelluista kysymyksistä kiinni pitäminen voi estää haastateltavaa nostamasta esiin tärkeitä aiheita. Haastattelujen tyypillisiä ominaisuuksia ovat muun muassa suunnittelu ennakkoon, haastateltavan motivointi ja motivaation ylläpito, luottamuksellisuus tiedonkäsittelyssä sekä haastattelijan aloitteellinen ja ohjaava rooli (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Tässä tutkimuksessa haastateltaville kerrotaan nauhoitusten ja aineiston käsittelystä heidän rekrytointi- ja haastatteluvaiheessa, luotettavuuden lisäämiseksi. On kuitenkin huomioitava, että haastatteluaineisto on aina konteksti- ja tilannesidonnaista. Tilanne voi vaikuttaa haastateltavien vastauksiin tietyllä tavalla, jolloin tutkimustuloksia ei voida liikaa yleistää. (Hirsjärvi ym. 2015, 206.)

### 3.3 Aineiston keruu

Tässä tutkimuksessa aineisto on kerätty puolistrukturoitujen teemahaastattelujen avulla. Haastateltavat on valittu tutkimukseen teoreettisten lähtökohtien perusteella. Aiemmassa tutkimuksessa on havaittu riittämättömän liikunnan olevan yleisintä yhden lapsen äideillä, kun taas vähintään kahden lapsen perheissä äitien liikuntamäärä on ollut sama kuin lapsettomien. Lisäksi 1-2 vuotta sitten synnyttäneiden äitien riski riittämättömään liikuntaan oli lähes kaksinkertainen. (Aldén-Nieminen ym. 2008.) Näiden teorian pohjalta tehtyjen rajausten myötä haastateltaviksi valikoitui yhteensä kymmenen äitiä, joista viisi on yhden lapsen äitejä ja joiden synnytyksestä on kulunut aikaa enintään kaksi vuotta. Toiset viisi äitiä ovat useamman kuin yhden lapsen äitejä ja synnytyksestä on myös kulunut aikaa enintään kaksi vuotta. Tutkimus rajattiin lisäksi koskemaan Jyväskylän alueen neuvolatoimintaa, joten haastateltavat ovat myös kaikki käyttäneet Jyväskylän alueen neuvolapalveluita.

Haastateltavat henkilöt on valittu harkinnanvaraisen otoksen keinoin eli tutkijan asettamien kriteereiden perusteella ja oman harkintansa mukaan. Tutkittavia on lähestytty sekä kasvotusten että viestien välityksellä, jolloin kiinnostuneet ovat voineet myös itse lähestyä tutkijaa, jos ovat kokeneet soveltuvansa osallistujaksi ja olevansa kiinnostuneita aiheesta. Voidaan puhua osittain myös eliittiotannasta, sillä haastateltaviksi pyydettiin tutkijan oman harkinnan mukaan sellaisia henkilöitä, joiden tiedettiin sopivan haastattelukriteereihin tehtyihin rajauksiin ja joilta uskottiin saatavan parhaiten tietoa tutkittavasta ilmiöstä (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Harkinnanvarainen otanta ja aineistolähteisyys ovat kvalitatiivisen tutkimuksen keskeisiä piirteitä. Olennaista on myös se, että tutkittavat henkilöt tietävät asiasta paljon tai heillä on kokemusta asiasta, eli tässä tapauksessa Jyväskylän alueen neuvolapalveluista. Tutkimukseen haastatellut äidit ovat käyttäneet Jyväskylän alueelta yhden tai mahdollisesti useamman neuvolan palveluja äitiys- ja lastenneuvolan puolella (Taulukko 1).

Taulukko 1 Haastateltujen tiedot

Haastateltava	Ikä	Lasten lkm	Lapsen ikä	Neuvola	Haastattelun kesto
H1	32	1	8kk	Keskusta	38min 38s
H2	29	1	8kk	Keskusta	50min 23s
H3	39	1	10kk	Keskusta	1h 12min
H4	30	2	8v ja 6kk	Kyllö	45min 25s
H5	29	1	8kk	Keskusta	46min 32s
H6	36	2	3,5v ja 5kk	Huhtasuo (aiemmin keskusta)	45min 27s
H7	26	2	4v ja 1v	Palokka	38min 20s

<b>H8</b>	28	2	2,5v ja 10kk	Palokka	45min 58s
<b>H9</b>	29	3	4v ja 2,5v ja 5kk	Huhtasuo (aiemmin keskusta ja Kyllö)	47min 18s
<b>H10</b>	32	1	10kk	Keskusta	46min 15s

Kaikkien haastateltavien kanssa keskusteltiin samoista teemoista, toisinaan kysymysjärjestystä hieman muutellen. Teemahaastattelurunkoa kysymyksineen ei noudatettu täsmällisesti kuten oli kirjoitettu, vaan sitä käytettiin lähinnä apuna ja tukena haastatteluissa. Tarvittaessa joitain kysymyksiä jätettiin pois, mikäli ne tulivat jo aiemmissa yhteyksissä esille tai vastaavasti tarvittaessa kysyttiin vielä tarkentavia kysymyksiä. Haastatteluissa keskusteltiin kaiken kaikkiaan kuudesta temasta, joita olivat: perhe ja elämäntilanne, fyysinen aktiivisuus eri elämäntilanteissa, liikkumiseen liittyvät tekijät, neuvolan toiminta, tavoitteet liikkumiselle sekä toiveet ja oma ideointi neuvonnan suhteen. Haastatteluissa käsitellyt teemat ovat valikoituneet tutkimuksen teoriaosasta esiin nousseiden keskeisten aiheiden perusteella. Haastattelurunko on liitteenä tutkimuksen lopussa (ks. liite 1). Kaikki haastattelut suoritettiin kasvotusten haastateltavien kanssa syyskuun 2017 aikana ja haastattelut nauhoitettiin sekä litteroitiin sanatarkasti. Haastateltavat ja heidän perheensä säilyvät tässä tutkimuksessa anonyymeinä, joten myöhemmin tutkimuksessa joidenkin paikkojen tai ihmisten nimiä on saatettu joutua muuttamaan tai poistamaan anonyymiuden säilyttämiseksi.

Kvalitatiivisen aineiston keruussa hyödynnetään saturaation eli kylläntymisen käsitettä, mikä tarkoittaa sitä, että aineistoa kerätään päättämättä ennalta tutkittavien määrää. Haastatteluja voidaan jatkaa niin pitkään, kuin ne vielä tuottavat uutta tietoa. Kun samat asiat alkavat toistua haastatteluissa, voidaan puhua aineiston saturaatiosta eli kylläntymisestä. Tämä tarkoittaa, että lisähaastattelut eivät enää tuota tutkimusongelman kannalta uutta tietoa. Tässä tutkimuksessa kymmenen haastateltavan kohdalla alkoivat haastatteluissa osittain toistua samat asiat, mutta täydestä saturaatiosta ei voida kuitenkaan puhua. Lisähaastatteluilla voitaisiin mahdollisesti saada vielä lisää tietoa tai joitain uusia huomioita, mutta tämän tutkimuksen laajuus huomioon ottaen aineistoa voidaan katsoa olevan riittävästi. Haasteena kylläntymisen käsitteessä on kuitenkin tutkijan arvio ja kokemus aineiston saturoitumisesta sekä sen paikkansapitävyys (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006; Hirsjärvi ym. 2015, 182).

### 3.4 Aineiston analyysi

Kvalitatiivisen aineiston analyysin on olemassa erilaisia tarkastelutapoja ja näkökulmia, joiden perusteella analyysi voidaan tehdä ja jotka auttavat käymään aineistoa läpi. Aineiston analyysillä tarkoitetaan aineiston jakamista osiin, näiden osien systemaattista tarkastelua sekä näiden osien jäsentämistä toisiinsa nähden. Käytännössä eri menetelmien rajat eivät ole kuitenkaan selkeitä, eikä yhden tavan valinta sulje pois toisia tapoja. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Tässä tutkimuksessa aineiston analyysissä on hyödynnetty rinnakkain sekä teemoittelua että luokittelua. Molempien menetelmien käyttö analyysissä on perusteltua, koska aineiston teemoittelu edistää sitä seuraavaa luokitteluvaihetta ja on avuksi tässä prosessissa. Tällä tavoin saadaan myös esitettyä mahdollisimman kattavasti aineiston käsitteleviä tutkimustuloksia ja johtopäätöksiä tuloksista.

Teemoittelulla tarkoitetaan käytännössä aineiston järjestämistä ja pilkkomista teemoittain, sekä tarkastelemista eri aihepiirien mukaan. Teemoja voidaan muodostaa esimerkiksi etsimällä yhdistäviä tai erottavia seikkoja tai teorian mukaisesti ohjautuen. Haasteltavien kanssa käsitellyt teemat löytyvät usein kaikista haastatteluista. Teemoittelussa esiin nousevat teemat eivät kuitenkaan välttämättä ole samoja kuin haastattelurungossa käsitellyt teemat. Teemoittelun avulla pyritään löytämään aineistosta tutkimusongelman kannalta keskeisiä aiheita ja teemoja. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Tässä tutkimuksessa aineiston analyysi on aloitettu yksinkertaisesti käymällä läpi haastattelu toisensa jälkeen haastattelujen sisältöä ja tekemällä alustavia muistiinpanoja haastatteluista. Alustavaa läpikäyntiä on seurannut useiden käsittekarttojen muodostaminen vuorotellen jokaisesta haastattelusta, jolloin litteroitua materiaalia on saatu tiiviimpään muotoon. Tämä on helpottanut alustavaa vertailua haastattelujen kesken. Tässä tutkimuksessa teemoja on etsitty induktiivisesti eli aineiston analyysi on tapahtunut aluksi aineistolähtöisesti. Tämä tarkoittaa sitä, että analyysillä etenee oletuksista johtopäätöksiin, joille annetaan perusteluita. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Analyysiä on tehty kuitenkin myös näiden havaittujen teemojen mukaan deduktiivisesti eli teorialähtöisesti.

Teemoittelua on tehty keräämällä haastatteluaineistoista haastateltavia yhdistäviä ja erottavia seikkoja. Aineistosta löytyneet teemat muistuttavat osittain käytettyä teemahaastattelurunkoa. Lisäksi analyysissä jokaisen haastattelurungossa käsitellyn teeman alle on kerätty kustakin haastattelusta siihen teemaan liittyviä haastattelun osia ja haastateltavien kommentteja asiaa koskien. Nämä tiettyä teemaa koskevat haastattelun osat on koodattu aineistosta eri värejä ja taulukoita apuna käyttäen. Koodausyksikköinä on käytetty yksittäisiä lauseita ja pidempiä kappaleita tekstiosioiden sisällön olennaisuuden

mukaan. Yksittäisen haastattelun litterointia on luonnollisesti täytynyt tarkastella kuitenkin myös kokonaisuutena, sillä kutakin teemaa koskevat asiat eivät ole aina löytyneet juuri sieltä kohtaa, missä sitä teemahaastattelurungon mukaisesti on käsitelty. Teemoittelua on käytetty siten apuna aineiston analyysin pidemmälle viemisessä, mikä on lopuksi toteutettu luokittelun avulla. Tämän tutkimuksen analyysi on siis toteutettu yhdistämällä induktiivista ja deduktiivista otetta niitä vuorottelemalla, eli toisin sanoen analysointi on tapahtunut abduktiivisesti.

Luokittelulla tarkoitetaan aineiston kohdejoukon jakamista luokkiin, joiden sisältämät kohteet muistuttavat toisiaan tai jakavat jonkin saman ominaisuuden. Tämä luokittelu voi perustua esimerkiksi teemoitteluun, kuten tämän tutkimuksen tapauksessa. Luokittelussa tietoa tutkimuksen kohteista järjestetään toistuvien teemojen mukaan erilaisiin ryhmiin. Näiden kuvausten avulla voidaan vertailla syntyneitä luokkia ja vertailla niiden yhtäläisyyksiä, eroavaisuuksia ja muita ominaisuuksia. Jokainen luokittelun kategoria edustaa siihen liittyviä aineiston keskeisiä tekijöitä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2016.)

Tässä tutkimuksessa luokittelut ovat muodostettu teemoittelua apuna käyttäen. Aineistoa on pyritty yksinkertaistamaan ja edelleen yleistämään aineistoa havainnoillistaviin luokkiin. Teemoittelun perusteella hahmotelluista teemoista on siten muodostettu kuvauksia, jolloin aineistoista on löydetty kaiken kaikkiaan kolme erilaista luokkaa. Aineistoista on teemojen sisällä etsitty haastateltaville yhteisiä ominaisuuksia käyttäen apuna muun muassa teemoittain koodattuja taulukoita ja käsittekarttoja. Luokittelu analyysimenetelmänä sopii tähän tutkimukseen myös sen takia, koska aineisto on siihen soveltuvaa ja riittävän laaja.

### 3 TUTKIMUSTULOKSET

Tässä luvussa esitellään tutkimuksen tuloksia analyysin pohjalta muodostettujen segmenttiehdotelmien ja teemojen avulla. Ensimmäisessä luvussa esitetään kuvaukset ja kootut tiedot haastatelluista henkilöistä, jonka jälkeen käsitellään niiden perusteella luodut ehdotemat segmenteistä. Sen jälkeen teemat käydään läpi näiden tunnistettujen segmenttien avulla ja lopuksi kuvataan vielä näihin aiempiin lukuihin perustuen jokaisen segmentin palvelun tarve.

#### 4.1 Haastateltujen kuvaus

Tässä luvussa esitellään tiivistetysti lyhyet kuvaukset haastateltujen äitien tilanteesta ja taustoista liikkumisen suhteen. Näiden kuvauksien tarkoituksena on helpottaa seuraavissa luvuissa esiteltyjen teemojen ja luokkien hahmottamista ja ymmärtämistä. Koska haastateltavia on useita ja heidän litteroitua haastatteluaineistoaan on laajasti, yleiskäsitys jokaisesta haastateltavasta tukee seuraaviin lukuihin perehtymistä ja lukujen tulkitsemistä. Seuraavassa taulukossa on tiivistettynä äitien piirteitä ja yleistä kuvaa heistä (Taulukko 2).

Taulukko 2 Kootut tiedot haastatelluista

	Ikä	Lasten lkm	Aktiivisuus ennen lapsia	Liikunta osana elämää	Tavoitteet
H1	32	1	Aina ollut aktiivinen	Osa jokapäiväistä arkielämää	Pysyä kunnossa ja terveenä, jaksaa arjessa
H2	29	1	Aina ollut aktiivinen	Yksi tärkeimmistä asioista	Painonpudotus, terveys, kunto, hyvä vointi
H3	39	1	Melko aktiivinen	Tykkää liikkumisesta, ei suunnitelmallista	Liikkumisen ylläpitäminen tulevaisuudessa
H4	30	2	Aktiiviliikkuja	Omaa aikaa ja hengähdystaukoa	Ylläpitää nykyistä aktiivisuutta
H5	29	1	Ei liikunnallinen	Vaatii motivaatiota lähteä	Parantaa aktiivisuutta
H6	36	2	Peruskuntoilija	Vaatii itsekuria	Liikkua vähän enemmän kuin nykytasolla
H7	26	2	Hyvin aktiivinen	Rutiinikäymistä, antaa tyytyväisyyttä	Parantaa aktiivisuutta ja käydä vielä useammin
H8	28	2	Hyvin aktiivinen	Vaatii itsekuria	Parantaa aktiivisuutta

<b>H9</b>	29	3	Vaihtelevasti peruskuntoilija /hyötyliikkuja	Terveyden kannalta	Terveysongelmien jälkeen kunnan kehittämisen ja sen ylläpito
<b>H10</b>	32	1	Aktiiviliikkuja	Virkistysliikkumista	Aktiivisuuden parantaminen

H1 on 32-vuotias yhden lapsen äiti. Hän on ollut aina aktiivinen liikkuja, jonka hyvä aktiivisuus on jatkunut läpi raskauden ja vielä raskauden jälkeen. Raskausaika on ollut normaali ja H1 on pystynyt liikkumaan ilman erityisiä vaivoja. Liikunta on osa jokapäiväistä arkielämää, eikä hän koe pärjäävänsä ilman sitä. Hänen tavoitteenaan on pysyä kunnossa ja terveenä sekä jaksaa arjessa.

H2 on 29-vuotias yhden lapsen äiti. Hän on ollut aina aktiivinen liikkuja, vaikka nuoruusiässä hänellä onkin ollut muutaman vuoden liikkumattomuuden kausi, jonka jälkeen hän on alkanut jälleen liikkua paljon. H2 on ollut hyvin aktiivinen ennen raskautta, raskausaikana ja raskauden jälkeen. Raskaus on ollut normaali, eikä hänellä ole ollut erityisiä vaivoja. Liikunta on perheen lisäksi yksi tärkeimmistä asioista elämässä. Hänen tavoitteenaan on pudottaa painoa, olla paremmassa kunnossa ja terveempi sekä voida ja jaksaa arjessa hyvin.

H3 on 39-vuotias yhden lapsen äiti. Hän on ollut peruskuntoilija, joka on liikkunut melko aktiivisesti. Aikaan ennen raskautta on kuulunut muutaman vuoden liikkumattomuuden kausi. H3 on ollut ennen raskautta melko aktiivinen, raskausaikana ja raskauden jälkeen liikunta on vähentynyt aiemmasta. Raskausaika on ollut suhteellisen normaali, mutta raskausaikaan on liittynyt kuormittavia tekijöitä, kuten uuden työn aloittaminen ja synnytyspelko. Hän tykkää liikkumisesta, mutta se ei ole ollut suunnitelmallista tai tavoitteellista. Hänen tavoitteena on, että liikkumista pystyisi pitämään aina yllä, eikä siitä tulisi taukoja.

H4 on 30-vuotias kahden lapsen äiti. Hän on aktiiviliikkuja, jonka aktiivisuustaso liikunnan suhteen on ollut suhteellisen samalla tasolla ennen raskautta, raskausaikana ja raskauksien jälkeen. Esikoisen raskaus on mennyt normaalisti ja ilman erityisiä vaivoja, mutta toisen lapsen kohdalla oli enemmän raskausvaivoja, jotka vaikuttivat liikkumiseen. Liikunta merkitsee omaa aikaa ja hengähdystaukoa. Hänen tavoitteenaan on ylläpitää nykyistä aktiivisuutta.

H5 on 29-vuotias yhden lapsen äiti. Hän ei ole koskaan ollut kovin liikunnallinen tai harrastanut mitään, mutta ennen raskautta hänellä on ollut muutamia kausia, jolloin hän on käynyt salilla. Liikunta-aktiivisuus on pysynyt suhteellisen samalla tasolla ennen raskautta, raskausaikana ja raskauden jälkeen. Raskaus on ollut normaali, eikä hänellä ole ollut erityisiä vaivoja. Liikunta hänen kohdallaan vaatii motivaatiota ylipäättänsä lähteä liikkumaan. Hänen tavoitteenaan on



parantaa aktiivisuutta ja aloittaa jokin harrastus, johon olisi niin sanotusti pakko lähteä.

H6 on 36-vuotias kahden lapsen äiti. Hän on peruskuntoilija, joka on nuoruusiässä harrastanut kilpaurheilua, mutta aikuisiällä liikkunut lähinnä omaksi ilokseen. Liikunta-aktiivisuus lasten saamisen jälkeen on ollut suhteellisen samalla tasolla kuin raskausaikana ja ennen raskautta, mutta kuitenkin laskenut raskauksia edeltäneistä määristä. Raskaudet ovat olleet normaaleja, eikä hänellä ole ollut erityisiä vaivoja. Toisen lapsen raskausaikaan on liittynyt kuormittavia tekijöitä, kuten uuden asunnon etsiminen ja muutto. Liikunta hänen kohdallaan vaatii itsekuria. Hänen tavoitteenaan on liikkua vähän enemmän kuin nykytasolla.

H7 on 26-vuotias kahden lapsen äiti. Hän on rutiiniliikkuja, joka on ennen lasten saamista harrastanut kilpaurheilua ja ollut aina aktiivinen liikkuja. Raskausaikana ja raskauksien jälkeen liikuntamäärät ovat vähentyneet ja liikunnan laatu muuttunut rauhallisemmaksi. Raskaudet ovat olleet normaaleja, eikä hänellä ole ollut ylimääräisiä vaivoja. Liikkuminen on rutiinikäymistä, joka antaa tyytyväisyyttä. Hänen tavoitteenaan on parantaa aktiivisuutta ja käydä vielä useammin liikkumassa.

H8 on 28-vuotias kahden lapsen äiti. Hän on ennen lasten saamista harrastanut kilpaurheilua ja harjoitellut paljon. Raskausaikana ja lasten saamisen jälkeen liikunnan määrä on vähentynyt ja liikunnan laatu muuttunut huomattavasti kevyemmäksi. Ensimmäisen lapsen raskaus on ollut erittäin kivulias, mutta toinen raskaus on ollut helpompi ja mahdollistanut liikkumisen läpi raskauden. Liikunta hänen kohdallaan vaatii itsekuria. Hänen tavoitteenaan on parantaa aktiivisuutta ja saada säännöllisyyttä liikkumiseen.

H9 on 29-vuotias kolmen lapsen äiti. Hänen liikkumisensa ennen lapsia on ollut vaihtelevaa ja on ollut kausia, jolloin hän on harrastanut aktiivisemmin ja kausia, jolloin hän on harrastanut lähinnä hyötyliikuntaa. Aktiivisuus raskausaikana ei ole huomattavasti muuttunut, mutta kuitenkin vähentynyt ajasta ennen lapsia. Raskauksien jälkeen hän ei terveydellisten syiden takia ole aktiivisesti liikkunut. Raskaudet ovat olleet normaaleja, eikä hänellä ole ollut erityisiä vaivoja. Hän pyrkii liikkumaan yleisen terveyden kannalta, mutta tällä hetkellä ajatus treenaamaan lähtemisestä ei houkuta. Hänen tavoitteenaan on aktiivisuuden ylläpitäminen, mutta hänen ajatuksensa ovat myös paljon terveysongelmissa ja niiden selvittämisen jälkeisessä ajassa, jonka jälkeen hän voi lähteä kehittämään kuntoaan.

H10 on 32-vuotias yhden lapsen äiti. Hän ei ole ollut nuoruudessa mitenkään aktiivinen liikkuja, vaan vasta aikuisiällä enemmän liikkunut. Liikkuminen raskausaikana ja raskauden jälkeen on hieman vähentynyt. Raskaus on ollut normaali, eikä hänellä ole ollut erityisiä vaivoja. H10 on virkistysliikkuja, joka

liikkuu virkistymisen ja rentoutumisen vuoksi. Hänen tavoitteenaan on parantaa aktiivisuutta ja kokeilla jatkossakin uusia lajeja.

## 4.2 Tunnistetut segmentit

Tässä luvussa esitellään havainnot aineiston analyysistä, joka on toteutettu teemoittelun pohjalta jatkaen analyysiä luokittelulla. Luokittelun perusteella haastateltavista on saatu luotua kolme keskenään erilaista segmenttiä: ”aktiiviset”, ”aktiiviseksi pyrkivät” ja ”passiiviset”. Nämä muodostetut segmentit ovat tämän tutkimuksen ehdotelmia terveydenhuollolle hyödynnettäväksi liikuntaneuvontapalvelua, sen sisältöä ja kohdentamista suunnitelmassa (kuvio 4).



Kuvio 4 Ehdotelmat segmenteistä

### 4.2.1 Aktiiviset

Segmentti ”aktiiviset” sisältää kaiken kaikkiaan viisi haastateltavaa: H1, H2, H4, H7 ja H10. He ovat olleet aktiivisia ennen raskautta, raskausaikana ja raskauden jälkeen, ja heidän liikuntaan liittyvissä ajatuksissa päällimmäisenä nousee mieleen positiiviset ajatukset. Aktiivisten tavoitteena liikkumisessa on ylläpitää kuntoa, pysyä terveenä ja mahdollisesti vähän vielä parantaa aktiivisuutta. Heillä lähes kaikilla on myös liikunnallinen lähipiiri. Aktiivisten liikkumista rajoittaa miehen työ ja lastenhoitajan saaminen, kun taas liikkumista puolestaan edistää hyvän olon saaminen ja lapsenhoidon järjestäminen. Heille liikkumisessa on erityisesti tärkeää hyvä olo ja terveys, mutta myös jonkin verran ulkonäölliset syyt. Erityisesti liikunnan kautta saatava hyvä fyysinen ja psyykinen olo ovat motivoivia tekijöitä, joka saa aktiiviset liikkumaan säännöllisesti.

Aktiiviset ovat liikkujina jonkin verran tavoitteellisia ja kehityshaluisia. H1 ja H2 ovat liikkumisensa suhteen ylläpitovaiheessa eli liikkumisesta on tullut heille pysyvä elämäntapa, joka ei heti yksittäisestä muutoksesta vaihdu tai lopu. H4 ja

H10 ovat liikkumisensa suhteen toimintavaiheessa eli he ovat onnistuneesti ylläpitäneet synnytyksen jälkeen liikunnallista elämäntyyliä jo jonkin aikaa. H7 puolestaan sijoittuu valmistautumis- ja toimintavaiheen väliin, sillä hän on ollut kohtuullisen aktiivinen, mutta aikoo vielä ottaa itselleen personal trainerin liikkumisen tueksi. He ovat kaikki saaneet neuvolan liikuntaneuvontana lähinnä jumppaohjeita ja esitteitä. Neuvonta ei ole vastannut heidän tarpeisiinsa, eikä liikkumisesta teemana ole juuri keskusteltu.

#### 4.2.2 Aktiiviseksi pyrkivät

Segmentti ”aktiiviseksi pyrkivät” sisältää kaiken kaikkiaan kaksi haastateltavaa: H3 ja H6. Molemmat haastateltavat ovat olleet ennen raskauksia aktiivisia, raskausaikana jonkin verran aktiivisia ja raskauden jälkeen he eivät ole olleet kovinkaan aktiivisia. Heidän tapauksissaan raskausaikaa on kuormittanut pitkälti muut ulkopuoliset tekijät, kuten uuden työn aloitus ja muutto. Heille tulee liikunnasta mieleen suorittaminen ja positiiviset ajatukset, mutta myös huono omatunto. Kummankaan lähipiiri ei ole erityisen aktiivista, sillä lähipiireistä ainoastaan H3:n mies on aktiivinen. Aktiiviseksi pyrkivien aktiivisuutta rajoittaa miehen työ, väsymys ja arjen aikataulutus ja aktiivisuutta puolestaan edistää suunnitelmallisuus ja aikataulutus. Heille tärkeää liikkumisessa on matala kynnyksen ja kustannukset.

Liikkujina he ovat peruskuntoilijoita, oman terveyden ja toimintakyvyn kannalta liikkuvia. H3 ja H6 ovat liikkumisensa suhteen valmistautumisvaiheessa, sillä he näkevät lisääntyneen aktiivisuuden tarpeellisena ja liikkumisen hyödyt haittoja suurempina. He ovat periaatteessa valmiita muutokseen ja ovat tehneet jo pieniä muutoksia, sillä he H3 on kokeillut erilaisia liikuntamuotoja löytääkseen itselleen tähän elämäntilanteeseen sopivan ja H6 on lisäksi ilmoittanut itsensä jumppaan yhdessä pienemmän lapsensa kanssa. Heidän tavoitteenaan on liikkua enemmän, säännöllistä liikuntaa ja jaksaa liikkumisen avulla lasten kanssa. He ovat saaneet neuvolasta neuvontana lähinnä monisteita ja esitteitä, eikä liikunnasta teemana ole juuri keskusteltu.

#### 4.2.3 Passiiviset

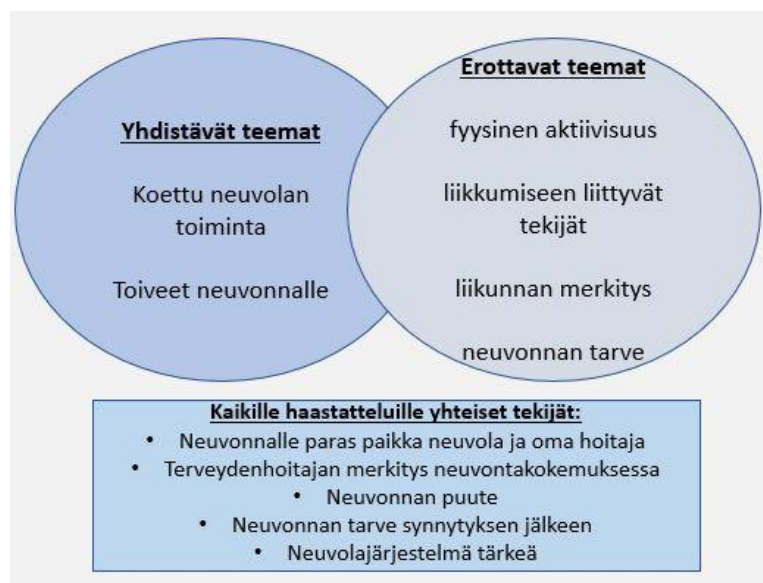
Segmentti ”passiiviset” sisältää kaiken kaikkiaan kolme haastateltavaa: H5, H8 ja H9. Heistä H8 ja H9 ovat olleet aktiivisia ennen raskautta ja kohtuullisen aktiivisia myös raskausaikana, kun taas H5 puolestaan ei ole ollut kovinkaan aktiivinen missään vaiheessa. Kaikkien aktiivisuus raskauden jälkeen on kuitenkin ollut hyvin vähäinen. Passiivisten lähipiiri ei ole kovin aktiivista tai vain hieman aktiivista. Heidän liikkumistaan rajoittaa oma asenne, hukassa oleva motivaatio, laiskuus, etäisyydet liikuntamahdollisuuksiin ja terveysongelmat. Liikkumista puolestaan edistää aikataulutus, motivaation löytäminen, pakko ja palautuneisuus raskaudesta ja synnytyksestä. Heille tärkeää liikkumisessa on oman ajan saaminen, hyvän olon tunne ja liikkumisen

mielekkyyys. Heidän tavoitteenaan on parantaa aktiivisuutta ja säännöllistä liikuntaa.

Liikkujina passiiviset kokevat olevansa huonoja, laiskoja, velttoja, heidän on vaikea motivoida itseään, he keksivät paljon tekosyitä, he ovat pakon edessä ja arkitehtävien kautta eniten liikkuvia. He kaikki ovat liikkumisensa suhteen harkintavaiheessa eli he ovat tiedostaneet vähäisen liikkumisensa, mutta heillä ei kuitenkaan ole konkreettisia suunnitelmia liikkumisen edistämiseksi. He ovat saaneet neuvolasta neuvontana lähinnä jumppa- ja venytysohjeita, eikä liikkumisesta ole juuri keskusteltu.

### 4.3 Teemat

Tässä luvussa esitellään havainnot aineiston analyysistä, jonka avulla on löydetty aineistosta sekä haastateltavia yhdistäviä että erottavia teemoja (kuvio 5). Teemojen avulla on tavoitteena tunnistaa edellä esitettyjä ehdotelmia segmenteistä ja tarkastella niiden olemassa oloa, jonka takia painotus on erityisesti haastateltavien eroavaisuuksissa näiden esiintyneiden teemojen suhteen. Erottavia teemoja ovat fyysinen aktiivisuus, liikkumiseen liittyvät tekijät, liikunnan merkitys ja neuvonnan tarve. Yhdistäviä teemoja ovat koettu neuvolan toiminta ja toiveet neuvonnalle. Lopuksi esitellään vielä kaikille haastatteluille yhteisiä toistuneita, yksittäisiä tekijöitä.



Kuvio 5 Aineistossa esiintyneet teemat

#### 4.3.1 Fyysinen aktiivisuus

Haastateltavissa kesken esiintyy eroavaisuuksia heidän suhtautumisessaan aktiivisuutta kohtaan sekä todellisissa fyysisen aktiivisuuden tasoissa. Aktiiviset

äidit ovat olleet aktiivisia aina - ennen raskautta, raskausaikana ja raskauden jälkeen, kun taas toiset ovat olleet aktiivisia ennen raskautta, mutta raskausaikana ja raskauden jälkeen liikkuminen on vähentynyt reilusti tai jäänyt kokonaan. Epäaktiivisesti liikkuvien joukossa on äitejä, jotka eivät ole olleet kovinkaan liikunnallisia missään vaiheessa, kun taas osa epäaktiivisista ovat olleet melko aktiivisia ennen raskautta ja kohtuullisen aktiivisia raskausaikana, mutta raskauden jälkeen liikunta on ollut vähäistä. Haastateltaviin sisältyy myös kohtuullisen aktiivisia äitejä, jotka eivät kuitenkaan liiku säännöllisesti. Toimenpiteitä aktiivisuuden edistämiseksi on kuitenkin saatettu jo tehdä. Liikunta-aktiivisuudet ennen raskautta ovat siis vaihdelleet peruskuntoilijoista ja aktiiviliikkuja niin entisiin kilpaurheilijoihin kuin ei-liikunnallisiin.

*"Mä en oo ikinä ollu millään lailla liikunnallinen ihminen. Joskus kävin pilateksessa ja se oli ihan jees kun siinä sai istua paikoillaan, eikä siinä tullu hiki."* H5

*"Mä olin kilpaurheilija."* H8

*"No mullakaan, en oo mikään semmonen huippu-urheilija tai mitään tavoitteellista, mutta aktiiviliikkuja, että on kyllä päivittäin."* H4

Raskaustajan kululla on myös oma vaikutuksensa raskaustajan aktiivisuuteen, mutta lähes kaikilla raskaudet ovat kuitenkin sujuneet normaalisti. Raskaustajan liikkumiseen ovat vaikuttaneet mahdolliset kivuliaat raskaudet ja ulkopuoliset kuormittavat tekijät, kuten esimerkiksi uudessa työpaikassa aloittaminen tai muutto. Äidit näyttävät mieltävän niin sanotun hikiliikunnan ja kodin ulkopuolelle liikkumaan lähtemisen enemmän "kunnollisena" aktiivisuutena, kuin perusarjen ohella hyöty- ja arkiliikunnan mukana tulevan aktiivisuuden. Keskusteluissa korostuivat liikuntasuorituksista, suorittamisesta ja nimenomaan liikkumaan lähtemisestä puhuminen. Haastatellut saattoivat luetella olennaiseksi osaksi arkiliikuntaansa vaunulenkit, lapsen kantamisen ynnä muut päivittäisiin asioihin kuuluvat kodin ulkopuolella tapahtuvat kävelyt, mutta he eivät varsinaisesti yhdistäneet näitä tekijöitä osaksi omaa aktiivisuuttaan.

*"-- se on jollain tietyllä tavalla semmonen suoritus, että mennään lenkille tai käydään jumpassa tai pelataan sitä jalkapalloa, et ite... hirmu vaikee on kokea sellasta hyötyliikuntaa liikuntana tai vaikka rappusien kävelyä varsinaisesti liikuntana."* H1

*"Niin, ehkä se semmonen suorittaminen, suoritus että tota käyt jonkunmittasen lenkin tai jumppatunnin tai joku tämmönen niin se varmaan siitä ensimmäisenä tulee."* H3

Liikuntaan suhtautumisella näyttää olevan yhteistä liikunta-aktiivisuuden kanssa. Vielä raskaudenkin jälkeen aktiiviset äidit esittivät liikunnasta sanana positiivisempia ajatuksia kuin raskauden jälkeen vain jonkin verran tai vähän liikkuneet. Hyvin aktiiviset tai melko aktiiviset äidit liittivät liikkumiseen positiivisessa merkityksessä erilaisia mielikuvia, kuten itsensä haastaminen, hyvä fiilis, oma aika, auttaa jaksamaan, positiivinen vaikutus mielialaan, terveys,

virkestyminen ja liikkumisen mielekkyys. Raskauden jälkeen jonkin verran aktiiviset tai ei juurikaan aktiiviset äidit liittyvät liikuntaan enemmän negatiivisia mielikuvia, kuten suorittaminen, luotaantyöntävät ajatukset, itsensä räähkääminen ja jumissa oleminen.

*"Myös jotenki sellasta niinku siitä tulee mieleen mulle itsensä haastaminen ja hyvää fiilis."* H2

*"No positiivisia ajatuksia. Siitä tulee hyvää olo ja auttaa jaksamaan. Ja erityisesti ehkä nyt että mielelle, mielialaan vaikuttaa positiivisesti."* H4

*"Tota, öö semmosia kevyesti luotaantyöntäviä."* H5

Runsaskaan fyysinen aktiivisuus ennen raskautta ei kuitenkaan tarkoita välttämättä aktiivisuutta raskausaikana tai sen jälkeen. Osa haastatelluista on pystynyt säilyttämään hyvän aktiivisuustasonsa raskausaikana ja raskauden jälkeen. Melko aktiiviset ovat kuitenkin kokeneet raskausaikana erilaisia kuormittavia tekijöitä, kivuliaita supistuksia tai muita pieniä vaivoja, joiden takia liikkuminen on vähentynyt. Raskaus on myös tehnyt toisia aremmiksi ja varovaisemmiksi, jolloin liikuntamäärät ovat luonnostaan vähentyneet ja liikunnan laatu muuttunut kevyemmäksi. Osa haastatelluista on myös harrastanut kilpaurheilua ennen raskautta, mutta raskausaikana ja raskauden jälkeen aktiivisuus on pikkuhiljaa vähentynyt, eikä säännölliseen liikuntaan ole aina päästy vielä kiinni. Toiset eivät ole välttämättä missään elämänvaiheessaan olleet kovinkaan aktiivisia tai liikunnallisia, jolloin aktiivisen elämäntavan saaminen rutiiniksi voi olla erityisen haastavaa. Hyvin aktiivisia ja vähän aktiivisia esiintyi kuitenkin sekä yhden lapsen äitien että useamman kuin yhden lapsen äitien joukossa, joten lasten lukumäärällä ei ollut tässä tutkimuksessa varsinaisesti vaikutusta fyysiseen aktiivisuuteen.

*"-- nyt se vaan on ollu sellasta rutiinikäymistä. Että kyllä mä meinasin tossa sitten alkuvuodesta, että otan ihan personal trainerin että menee ihan tavoitteelliseksi."* H7

*"No en mä nyt tiää tota aikatauluja, kyllähän mä voisin kotona vaunulenkeillä niin paljon kuin sielu sietää... mut ei vaan tuu lähettyä."* H5

#### 4.3.2 Liikunnan merkitys ja liikkumiseen liittyvät tekijät

Liikkumiseen liittyvissä tekijöissä esiintyy jonkin verran vaihtelua haastateltavien kesken. Liikkumiseen liittyvät tekijät jakautuvat haastateltavien kesken osittain sen perusteella, ajatellaanko liikkumisen ja siihen olennaisesti liittyvien asioiden olevan lähtöisin omasta itsestä vai ympäristöstä. Aktiivisesti liikkuvat näkevät liikkumisen ja siihen liittyvät tekijät muita haastateltavia useammin lähtöisiksi nimenomaan heistä itsestään. Heidän liikkumistaan edistää hyvän olon saaminen niin fyysisesti kuin psyykkisesti, mielialan kohentaminen, virkeä olotila ja lapsenhoidon järjestyminen. Liikkumista rajoittaa käytännön asiat, kuten miehen työ ja lastenhoitajan saaminen juuri silloin kun olisi lähdössä liikkumaan. Monet heistä myös mainitsevat

ehdottomasti aikovansa käyttää kuntosalien lapsiparkkipalveluita tulevaisuudessa. Heidän kohdallaan liikunta antaa hyvää oloa, lieventää stressiä, kohentaa kuntoa ja auttaa pitämään sitä yllä. Aktiivisesti liikkuvilla äideillä kilpailevia tekijöitä liikkumisen suhteen ei näytä juuri esiintyvän, sillä heidän oma motivaation tasonsa liikkumiseen on suhteellisen korkea. Lisäksi liikunta antaa heille voimavaroja arkeen, onnistumisen tunteita ja lievittää myös ahdistusta. Nämä haastateltavat kokevat liikkumisen vaativan viitseliäisyyttä, ajan järjestämistä liikkunnalle ja pientä itsekkyyttä, että viitsii lähteä kotoa ja ottaa itselleen sen oman ajan.

*"Että kyllähän se sillä tavalla vaatii kuitenkin sellasta viitsimistä. Ja just niitä aikataulujen järkkäämistä ja sitä että asettaa tavallaan sen liikunnan sinne omassa tärkeysjärjestyksessä, että se menee joidenkin asioiden edelle sitten, että..." H1*

*"Mutta toki niinku myös se, että siitä tulee tosi hyvää fiilis ja sitten myös se kun joutuu vielä heräileen öisin -- niin se myös auttaa niinku jotenki jaksamaan siinä ja sit kun pääsee pois sieltä kotiympyröistä niin varsinkin nyt vielä äitiyslomalla niin se myös jotenki niinku kuitenkin päättää parantaa. Niinku omaa mielialaa." H2*

Jonkin verran aktiivisten ja epäaktiivisten kohdalla merkittäviksi tekijöiksi liikkumisen suhteen nousevat ulkopuoliset, ympäristöön liittyvät tekijät omasta itsestä riippuvien tekijöiden ohella. He mainitsevat liikkumista edistäviksi tekijöiksi muun muassa oman ajan saamisen, aikatauluttamisen, liikuntasetelit, autottomuuden, kunnostetut liikkumisreitit, pakolliset käynnit tai menot, kehon palautumisen ja sään. He kokevat, että liikkumista rajoittavat arki, väsymys, peruskunnon taso, aikataulut, lasten sairastaminen, etäisyydet, motivaatio ja raha. Liikunta antaa heille hyvää oloa ja mieltä, voimia, jaksamista ja se auttaa stressin purkuun. Lisäksi haastateltavat kokevat, että he saavat ylpeän olon siitä, jos ovat onnistuneet aktivoimaan itsensä ja liikkumisen jälkeen tulee myös huojentunut olo siitä, että ei tarvitse olla heti uudestaan menossa. Liikkuminen vaatii aikaa, energiaa, suunnittelua, rutiinin saamista, motivaatiota ja itsekuria.

*"Toisaalta myös niinku etäisyydet rajottaa, esim nyt kun muutettiin keskustasta tähän niin tässä ei oo salia sillei... Tossa on kuulemma joku mut se on kuulemma aika huono. Et tietysti ne liikuntamahdollisuudet, etäisyys niihin... Ja raha. Tietysti että, että vaikka ei välttämättä lähe salille sen takia jos kokee että on liian kallista." H9*

*"No varmaan se että on esim joku pakollinen käynti jossakin. Et justiin, no vaikka se että me kävellään, että on vaikka neuvola. Mun on pakko mennä sinne ja mun on pakko kävellä sinne. Ja sitten liikkakaveri asuu naapurissa niin se laittaa että lähetkö." H8*

Aktiiviset äidit esittävät tärkeiksi tekijöiksi liikkumisessa hyvän olon, mielekkyyden, kehityksen, liikunnan rasittavuuden, ulkonäölliset syyt, rentouttavuuden ja virkistävyuden ja hyvien arvojen viestittämisen lapsille. Tärkeää on myös se, että liikunta kuuluu normaaliarkeen helposti, se on hyvän mielen meiningillä tapahtuvaa ja että liikkumisen kautta jaksaa paremmin ja pystyy olemaan parempana äitinä lapsilleen. Liikunta merkitsee heille omaa aikaa, hengähdystaukoa kaikesta muusta, arkipäiväistä osaa elämää, terveenä

pysymistä. Monet näistä äideistä kertoivat, että liikunta on ehdoton osa heidän elämäänsä ja he eivät pärjäisi ilman sitä.

*"Se että mä aattelen just että mä oon parempi äiti sitä kautta, kun on hyvä olo ja ehkä sitten haluaa niitä semmosia hyviä arvoja viestittää lapsillekin sitten eteenpäin, et se näyttää että äitikin liikkuu -" H4*

Aktiiviseksi pyrkivät äidit kokevat tärkeiksi tekijöiksi liikkumisessa matalan kynnyksen, kustannukset ja sitoutumattomuuden. Heille tärkeää on se, että erilaisia liikuntavaihtoehtoja voisi lähteä tekemään matalalla kynnyksellä ja ilman sitoutumispakkoa, sillä he kokevat pienten lasten kanssa säännölliseen harrastukseen sitoutumisen haastavaksi. Heille liikunta merkitsee toimintakyvyn säilyttämistä, lapsen kanssa jaksamista, yleisesti parempaa jaksamista ja hyvän mielen saamista. Passiiviset äidit kokevat tärkeiksi tekijöiksi liikkumisessa liikkumisen mukavuuden, sillä he haluaisivat saada liikkumisesta itselleen sellaisen rutiinin, että lähteminen ja tekeminen ei olisi niin pakkopullaa. Lisäksi tärkeää on oman ajan saaminen, hyvän olon tunne, mahdollisuus rauhalliseen tekemiseen tai vaihtoehtoisesti kunnan "räkkiin" - omien toiveiden mukaan. Liikkuminen merkitsee heille sitä, että he voisivat pysyä paremmin kunnossa, jaksaa lasten kanssa myös tulevaisuudessa, pitää pään kasassa ja pysyä terveenä. Nämä äidit ovat tietoisia liikunnan tuomista hyödyistä ja vaikutuksista terveydelle, mutta siitä huolimatta motivaation löytäminen muiden arjen jaksamista vievien tekijöiden keskellä on haastavampaa.

*"Ehkä se ois ennemmin niinku semmosta et pysyis paremmin kunnossa, kun mulla polvet kremppaa ja selkä on kipee ja... Sillei et pysyis niinku... tuskin musta koskaan tulee semmosta ihanaa, pääsee jumpalle mut nyt niinku et sais sen verran rutiiniks että pysyis niinku kunnossa. -- niin pysyis sillei niinku, jaksais juosta penskan perässä ja pysyis kunnossa." H5*

### 4.3.3 Neuvonnan tarve

Haastateltavien kesken ilmeni myös erilaisia tarpeita neuvonnalle eri vaiheissa raskausaikaa ja aikaa lapsen saamisen jälkeen. Raskausajan neuvonnan suhteen haastateltujen tarpeet eroavat toisistaan suuresti, mutta synnytyksen jälkeiseen neuvontaan tarpeet ovat enemmän samankaltaisia. Aktiivisemmin liikkuvien kohdalla tarve neuvonnalle on erityisesti synnytyksen jälkeen. He kokevat neuvonnan raskausaikana tärkeäksi yleisellä tasolla ajateltuna, mutta eivät koe neuvonnalla olleen omalla kohdalla niinkään vaikutusta, koska heillä on perustiedot liikkumisesta. Tiedon yleisluontoisuuden vuoksi neuvontaan keskittyminen on myös jäänyt vajavaiseksi ja hyvin moni näistä äideistä kertookin, ettei ole jaksanut kuunnella tai lukea annettuja esitteitä.

Aktiivisten äitien joukolla on tarvetta yksityiskohtaisemmalle neuvonnalle heidän tarpeidensa mukaan. Haastatellut kokevat paljon liikkuvalla neuvolan neuvot turhiksi. Monet heistä tuovat myös esiin sen, että he eivät ole saaneet neuvolasta toivomiaan vastauksia ja apuja esittämiinsä tarkentaviin kysymyksiin liikunnan suhteen. Heidän tarpeensa ovat nimenomaan liikkumiseen liittyvissä



yksityiskohdissa: millaisia liikelaajuksia voi tehdä, mikä on nostettava maksimikuorma lihaskuntoliikkeissä tai millä sykealueilla liikkumisen tulisi tapahtua. Synnytyksen jälkeen näillä äideillä on tarvetta lantionpohjalihasten ja vatsalihasten erkauman tarkemmalle tutkimiselle ja seurannalle – sekä ylipäätään näistä aiheista keskustelemiselle.

*”Et varmaan semmoselle joka ei oo oikeestaan juuri liikkunu niin sellaselle varmaan ihan hyviä, mutta paljon liikkuvalla niin en oikein nähny siitä apua tai hyötyä.”* H2

*”No mun mielestä oli hyviä, että se meidän terveydenhoitaja, siltä sai kyllä paljo -- Mutta ehkä vähän jäi sitten kaihertamaan että kun kävin siinä lääkäriä siinä fossa tossa... jälkitarkastuksessa niin oisin ehkä toivonu -- mullakin oli pieni erkauma että ois niinku siitä jotenki puhuttu, et siinä ei otettu ollenkaan puheeks esim sitä, et katottiin vaan lantionpohjalihakset nopeesti.”* H4

Muiden, vähemmän aktiivisten haastateltavien kohdalla neuvonnalle on erityistä tarvetta nimenomaan raskausaikana. Raskausajan ohjeet on koettu periaatteessa hyväksi, mutta niitä ei kuitenkaan juurikaan tehty tai noudatettu. Lähes kaikkien näiden äitien kohdalla neuvonta on ollut monisteiden ja esitteiden jakamista, eikä liikunnasta ole kauheasti ehditty keskustella neuvolakäyntien aikana. Raskausaikana näillä äideillä olisi tarvetta henkilökunnan kanssa yhdessä erilaisten vaihtoehtojen miettimiselle, konkreettisille ehdotuksille ja neuvolahenkilöstön aktiivisemmalle vuorovaikutukselle liikunnan suhteen. Vuorovaikutuksessa olisi erityisesti tarvetta keskustelevalle ilmapiirille. Esimerkkejä tarvittaisiin synnytyksen jälkeen suositeltavasta ja palautumiseen auttavasta liikunnasta. Lisäksi tarvetta olisi jo raskausaikana, mutta erityisesti synnytyksen jälkeen monipuoliselle ja yksityiskohtaisemmalle lantionpohjalihaskjumpan neuvonnalle sekä vatsalihasten erkaumasta keskustelemiselle.

*”Siitä ensimmäisestä raskaudesta jäi mieleen, että jos olisin saanut vähän muitakin neuvoja kuin se aika tiukka sana, että teidän pitää liikkua enemmän, vaan vähän eri tavalla jos olis keskusteltu asiasta niin... vähän niinku konkreettisemmin tai rakentavalla tavalla. Ettei oo semmosta vaan, että tuomitsee.”* H6

#### 4.3.4 Koettu neuvolan toiminta

Haastateltujen kesken esiintyy hyvin paljon yhteneväisyyttä sen suhteen, miten he ovat kokeneet neuvolan toiminnan liikuntaneuvonnan suhteen – riippumatta liikuntataustasta tai aktiivisuudesta tällä hetkellä. Haastateltavien kesken ei juurikaan ilmene ennako-odotuksia neuvonnan suhteen, vaan he ovat ajatelleet, että neuvolassa keskitytään seuraamaan äidin ja lapsen vointia. Osa haastateltavista on ajatellut, että mikäli heillä ilmenee jotain kysyttävää niin neuvolasta varmasti saa vastauksen. Kuitenkin monien kohdalla oman aktiivisen tiedonhaun ja sen perusteella heränneiden kysymysten esittämisen jälkeen he eivät koe saaneensa neuvolasta vastauksia tai henkilökunta ei ole ollut asiasta tietoisia.

*"Mutta toisaalta emmä sitte, ehkä sen alun jälkeen mä niinku sit lopetinkin siitä kyselemisen sieltä kun ei sieltä niinku... Se ohjeistus oli niin sellanen ympäripyöree ja ymmärrän toki jos heillä ei oo siihen sen kummempaa tietoa ja osaamista, mutta..." H2*

Lähes kaikkien haastateltujen mielestä heidän saamansa neuvonta liikunnasta ei ole ollut hyödyllistä, riittävää tai heille relevanttia. Sekä aktiivisesti liikkuvat, kohtuullisesti liikkuvat ja vähän liikkuvat kokivat, että liikuntaneuvonta ei vastaa heidän tarpeisiinsa, eikä heidän yksilöllisiä tarpeitaan ole pystytty huomioimaan riittävästi tai joissain tapauksissa ollenkaan. Lisäksi monien mielestä liikunnasta ei ole juurikaan keskusteltu neuvolakäyntien aikana. Neuvonta on koettu puutteellisena ja vajavaisena, sillä se käsittelee asioita liian yleisellä tasolla vastatakseen haastateltujen henkilökohtaisiin ja yksilöllisiin tarpeisiin. Neuvonnasta koetaan myös puuttuvan konkreettisuutta ja jokaisen äidin tilanteen tarkastelua omana kokonaisuutenaan. Erityisesti paljon liikkuvien kohdalla neuvonta ei ole ollut kohdistettua heidän tarpeidensa mukaan. Neuvonta on harvoin koettu keskustelevaksi ja vuorovaikutteiseksi prosessiksi, vaan haastatellut kokevat saaneensa liikuntaan liittyen neuvoja ainoastaan venyttely- ja jumppaesitteiden muodossa. Ainoastaan yksi haastateltavista, H4 koki olleensa tyytyväinen neuvolan tarjoamaan liikuntaneuvontaan ja pystyneensä keskustelemaan teemasta, sillä hänen terveydenhoitajansa oli myös hänen tuttavansa.

*"No tuota neuvolasta sai tietoa sen verran, että pari monistetta. Tai esitettä, joissa oli jotakin sanallisia ohjeita liikuntamäärän suhteen, että miten paljon kannattaa liikkua raskausaikana ja imetysaikana. Ja ehkä lantionpohjalihaksen treenaamiseen kuvalliset ohjeet." H6*

*"Ehkä sitä on niinku kyselty neuvolassa niitä, niitä liikkumistapoja ja siitä liikunnasta, mutta en koe, että ois varsinaisesti ohjeita tai neuvoja saanu, ei varsinkaan... no raskauden jälkeen jälkitarkastus on se paikka, missä niinku on, siinä on vähän sivuttu aihetta." H1*

Haastatellut ovat kokeneet merkittäväksi myös oman terveydenhoitajansa roolin. Terveydenhoitaja on vaikuttanut paljon siihen, miten liikuntaan liittyviin neuvoihin on suhtauduttu tai millaiseksi neuvonta on loppujen lopuksi koettu. Osalla haastateltavista oli huonoja kokemuksia terveydenhoitajansa tavasta esittää asiat, sillä liikunnasta on puhuttu useasti myös turhan tylästi, syyllistävästi ja tuomitsevasti. Toisaalta esimerkiksi toisen lapsen raskausaikana toiseksi vaihtuneella hoitajalla on ollut myös positiivinen merkitys äitien oman aktiivisuutensa hyväksymiselle raskausaikana, jos he ovat olleet rohkaisevampia ja neutraalimpia liikunnan suhteen. Useamman lapsen äitien kohdalla yleistä näyttää olevan kuitenkin neuvojen antaminen lähinnä ensimmäisen lapsen kohdalla, koska seuraavien lasten kohdalla äidit ovat niin sanotusti jo kuulleet nämä asiat kertaalleen ja ovat periaatteessa tietoisia niistä.

*"Ei siellä oo keskitytty siihen millään lailla. On vaan sanottu että liiku. X:n aikana sanottiin vaan että liiku. Itse asiassa mulle taidettiin sanoa että jos sä pystyt syömään sä pystyt liikkumaan." H8*

*"No kyllä mä aattelen, että ihan hyvin. Meillä on tietysti sillei kun mä tavallaan tunnen ja ollaan kavereita sen terkkarin kanssa, niin tietää sitten omat taustat."*  
H4

Neuvoloiden keskuudesta keskustan neuvola on koettu toimivaksi siinä suhteessa, että siellä ovat useimmilla haastatelluilla pysyneet samat hoitajat läpi raskausajan. Muissa neuvoloissa raskausaikana mahdollisesti useastikin vaihtuneet terveydenhoitajat on koettu negatiivisena tekijänä, sillä se heikentää asiakkaan ja henkilökunnan mahdollisuuksia tutustua toisiinsa kunnolla ja pysyä ajan tasalla perheen tilanteesta. Monet haastateltavista myös kokivat, että neuvolan henkilökunta tuskin tuntee heitä niin hyvin, että osaisi suositella mitään juuri haastatelluille konkreettisesti sopivaa vaihtoehtoa.

Tyypillinen haastateltavien keskuudessa toistuva teema on myös heidän unohdettu kohtalonsa heti synnytyksen ja lastenneuvolan piiriin siirtymisen jälkeen. Äidit ovat kokeneet, että raskauden ajan heidän ja lapsen voinnista ollaan erittäin kiinnostuneita, vointia seurataan tarkasti ja kysellään elämäntavoista. Tämä kiinnostus kuitenkin katkeaa heti lapsen syntymisen ja jälkitarkastuksessa käymisen jälkeen. Synnytyksen jälkeen koetaan eniten tarvetta neuvonnalle, sillä silloin ollaan uudessa, erilaisessa tilanteessa myös kehon kanssa. Haastatellut kokevat saaneensa yksipuolisesti ja vain vähän ohjeita lantionpohjalihasten harjoitteluun liittyen, jonka lisäksi vatsalihasten erkaumasta ei ole puhuttu riittävästi tai ollenkaan. Nämä kaksi teemaa koetaan äitien keskuudessa kuitenkin hyvin tärkeiksi ja olennaisiksi asioiksi raskaudesta palautumiseen ja liikunnan aloittamiseen tai jatkamiseen liittyen. Monet heistä myös pelkäävät aiheuttavansa pysyviä vaurioita tai haittoja omalle keholleen ilman kunnollista neuvontaa ja seurantaa äidin kuntoa koskien.

*"Se on niinku semmonen mihin toivoisin aika paljonkin parannuksia, et kiinnitettäs siihen äidin kuntoon huomiota sen raskauden jälkeen, koska kyllähän sitäkin tarvittas merkittävästi, eikä vaan sitä että keskitytään nyt siihen vauvaan."*  
H9

*"Ja sit se että ei siitä kyllä sen raskauden jälkeen oo mun mielestä mitään keskusteltu ylipäättänsä siitä liikkumisesta. Et se tavallaan loppuu se kiinnostus siihen äidin hyvinvointiin siihen niinku sen jälkeen kun se synnytys on takana."*  
H3

#### 4.3.5 Toiveet ja ideointi

Haastateltujen kokemusten ollessa hyvin samankaltaisia neuvolan toteutuneen neuvonnan suhteen, luonnollisesti myös heidän toiveensa ja ideansa neuvonnan toteuttamiselle ovat keskenään melko samanlaisia. Haastateltujen keskuudessa esiintyy toiveita ja ideoita niin raskausajan kuin raskauden jälkeiselle ajalle neuvonnan sisällöstä ja sen toteuttamisesta. Raskausajan neuvonnalta toivottaisiin enemmän konkreettisuutta, tutkittua tietoa ja monipuolisuutta. Haastatellut kokevat, että olisi tärkeää saada faktoihin pohjautuvaa tietoa sekä tietoa siitä miksi liikkuminen on tärkeää, mihin se vaikuttaa, miten se vaikuttaa synnytykseen ja siitä palautumiseen.

*"Mut emmä tiiä olisko se nyt niin hirvee satsaus yhteiskunnalta jos vähän oltaas kiinnostuneita siitä äidinkin hyvinvoinnista kun se kuitenkin sillä kropalla on sen sieltä niinku sen raskauden kestäny ja ulospuskenu ja näin ja sit se palautuminen on kuitenkin niinku vie aikaa ja ois hyvä ymmärtää varmaan sitä kaikkea mitä kropassa sillä hetkellä on. Et mikä on esimerkiks sopivaa liikuntaa, hyvää liikuntaa." H6*

Paljon liikkuvien kohdalla toiveena olisi erityisesti kannustus jo olemassa olevan liikunnallisen elämäntavan säilyttämiseen ja tieto liikunnasta erityisesti siltä kannalta, miten lapsellekin saisi siirrettyä liikunnallisen elämäntavan. Neuvontaan kaivattaisi siis enemmän näkökulmaa kokonaiskuvasta, koko perheen ja lapsen terveydestä, eikä ainoastaan odottavan äidin terveydestä. Liikunnan merkitystä raskausaikana pitäisi näiden äitien mielestä korostaa enemmän ja antaa enemmän vinkkejä siihen, miten omaa harjoitteluaan voi muuttaa, ilman että liikkumista tarvitsee jättää kokonaan pois.

Kohtuullisesti ja vähän liikkuvien äitien toiveena on erityisesti tarkkaa tietoa riittävästä liikunnan määrästä, liikkumattomuuden seurauksista ja sopivista liikuntalajeista raskausaikana ja sen jälkeen. Lisäksi he toivoisivat, että neuvolankäynneillä liikuntaan liittyvät kartoitukset aloitettaisiin siitä, että minkä verran liikunta ylipäättänsä kiinnostaa ja millä tavalla sitä aihetta kannattaisi lähestyä. Ylipäättänsä erilaisista mahdollisuuksista kertominen ja yhdessä eri vaihtoehtojen läpikäyminen olisi heille tärkeää. Molemmat ryhmät toivoisivat lisäksi neuvolalta vinkkejä ja ehdotuksia paikallisista liikuntaan liittyvistä tapahtumista, kursseista ja tilaisuuksista. Ylipäättänsä tietoa odottaville äideille ja lapsiperheille sopivista liikkumiseen liittyvistä asioista toivottaisiin enemmän, sisältäen myös kahdestaan vauvan tai lapsen kanssa suoritettavat aktiviteetit.

*"Ehkä niinkun semmosta ohjaamista niinkun, et vinkkejä esimerkiks mun mielestä neuvola vois kerätä jotain kunnan tai kaupungin tai muutenkin täälläpäin järjestettävistä liikunta-aktiiviteeteista -- että nyt mä niinku ite oon aina sitten poiminu jotain jostain, mutta uskon että vielääkään en tiedä kaikkea mitä vois tehdä Jyväskylässä vauvankin kanssa tai ilman vauvaa tai mitä ois voinu tehdä raskausaikana. Et semmosta konkreettista niinku. Kyllähän niitä jumppaohjeita löytyy netistäkin." H10*

Toiveet neuvolan liikuntaneuvonnalle painottuvat erityisesti synnytyksen jälkeiseen aikaan. Kaikki haastateltavat toivoivat ehdottomasti lisää tietoa ja keskustelua vatsalihasten erkaumasta ja lantionpohjalihasten harjoittelusta. Näistä asioista neuvoloissa ei ole ollut juurikaan puhetta, vaan haastateltavat ovat kuulleet asiasta muualta ja ottaneet itse aktiivisesti niistä selvää. Jos erkaumasta ja lantionpohjalihaksista onkin ollut jotain puhetta neuvolassa, on se koettu haastateltujen mielestä epätarkaksi ja puutteelliseksi. Neuvoihin toivottaisiin konkreettisuutta siitä mitä pitää tehdä, millä tavalla ja kuinka kauan. Lisäksi yhteistyötä neuvolan ja fysioterapeuttien välillä voitaisiin äitien mukaan parantaa sekä mahdollistaa käynti fysioterapeutin vastaanotolla synnytyksen jälkeen.

Myös neuvonnan toteuttamisen suhteen haastatellut ovat suhteellisen yksimielisiä. Heidän mielestään raskausaikana neuvolakäynneillä liikunnasta tulisi antaa tietoa ja keskustella jo alusta lähtien ja jatkaa tätä läpi raskauden, liikuntaa koko ajan yhtenä teemana mukana pitäen. Tämän lisäksi perhevalmennuksissa olisi hyvä käydä läpi myös liikuntaa teemana sekä järjestää erillisiä esimerkiksi fysioterapeutin järjestämiä ryhmätilaisuuksia tai luentoja liikkumiseen liittyen. Olennaista olisi myös korostaa raskauksien yksilöllisyyttä, sillä kaikille eivät sovi sama informaatio liikunnasta, koska oma raskaus voi rajoittaa liikkumista aivan eri tavalla kuin jonkun toisen. Synnytyksen jälkeen haastatellut toivoisivat liikkumisesta keskustelemisen jatkuvan pienimuotoisesti lastenneuvolakäynneillä sekä edelleen lantionpohjalihaksista ja vatsalihasten erkaumista tiedon jakamisen.

*"No oisin mä oottanu joo jotakin semmosta niinku et esimerkiks vaikka jälkitarkastuksen yhteydessä ois niinku oikeesti katottu se tilanne et mitä mä voin alkaa tekemään, mihin on sillä hetkellä valmiudet. Et ei tietenkään ne voi koko ajan sieltä neuvolasta käsin mua tutkia että missä mennään, mutta et vähintään sen jälkitarkastuksen yhteydessä ois vaikka just ne vatsalihakset katottu koska se on kuitenkin toi korsetti semmonen et jos se on aivan erkaantunu vielä niin se ei sitä, ei mullakaan sitä paljon todettu mutta ois varmaan paljon keinoja millä sitä sais kurottua umpeen kuin vain istumalla sohvalla." H8*

#### 4.3.3 Kaikille haastatteluille yhteiset tekijät

Haastatteluaineistosta oli havaittavissa haastateltavien välisten samankaltaisuuksien ja eroavaisuuksien lisäksi myös kaikille haastatteluille tyypillisiä, toistuvia ja yhteisiä piirteitä – useista erottavista tekijöistä huolimatta. Kaikkien haastateltavien mukaan paras paikka liikuntaneuvonnalle on normaalien neuvolakäyntien yhteydessä oman terveydenhoitajan kanssa. Kaikista paras vaihtoehto olisi vielä, jos terveydenhoitaja pysyisi myös koko ajan samana. Neuvoloiden ja terveydenhoitajien vaihdoksien myötä jokaisella vaihtaneella on vuorovaikutuksen tyyli käynneillä vaihdellut huomattavasti.

Omalla terveydenhoitajalla on myös suuri merkitys siinä, miten ohjeistukset koetaan. Kaikki haastateltavat nostivat esiin terveydenhoitajan merkittävän roolin vuorovaikutuksessa, sen ylläpitämisessä ja sen tyyliä. Neuvonnalle koetaan olevan suurin tarve synnytyksen jälkeen, jolloin haastateltavista tuntuu siltä, että äiti unohdetaan täysin eikä äidin kunnosta tai voinnista olla enää kiinnostuneita. Lisäksi vahvasti esillä oli toiveet fysioterapeuttien vahvemmassa roolista yhteistyössä neuvolan kanssa. Yksi tyypillinen teema haastatteluissa oli myös yleisesti neuvonnan puute – liikunnasta ylipäätään ei ole koettu kauheasti edes keskusteltavan. Lisäksi, jos haastateltavat ovat kysyneet itse tarkempia kysymyksiä ja ohjeita liikkumiseen liittyen, ei neuvolasta ole välttämättä saanut tai sieltä ei ole osattu antaa vastauksia.

Kuitenkin, mikäli haastateltavat ovat ottaneet jonkun liikkumiseen liittyvät asian puheeksi, siitä on keskusteltu ja kerrottu se, mitä tiedetään. Ongelmana tässä on kuitenkin se, että kaikki eivät ole tietoisia esimerkiksi vatsalihasten erkaumasta

ja osaa ottaa puheeksi sitä neuvolassa, jolloin tällainen teema voi jäädä kokonaan keskustelematta. Neuvolaa kuitenkin pidetään tärkeänä, luotettavana ja neuvolajärjestelmään uskotaan, joten haastateltavat toivoisivat saavansa sieltä vastauksia kysymyksiinsä. He eivät kuitenkaan oleta tavallisen terveydenhoitajan olevan liikunnan ammattilainen ja osaavan neuvoa jokaisessa liikuntakysymyksessä, mutta myös tästä johtuen haastateltavat ilmaisivat useasti toiveensa mahdollisuuksista fysioterapeuttikäynneille neuvolan puolesta.

#### 4.4 Segmenttien palvelun tarpeet

Aktiivisten segmentti ei tarvitse neuvolasta perustietoja liikkumisesta, sillä heillä ei ole varsinaista tarvetta yleisohjaukselle. He liikkuvat paljon muutenkin, joten heidän tarpeensa koskevat yksilöllisempää ohjausta. Aktiiviset tarvitsevat yksilöllisten tarpeiden ja tilanteiden huomioimista eri tavalla kuin muut segmentit. Heidän kiinnostuksensa on nimenomaan liikkumiseen liittyvissä yksityiskohtaisissa tiedoissa (liikelaajuudet, maksimikuorma, syketasot), jotka auttavat heitä jatkamaan liikunta-aktiivisuuttaan. Aktiiviset tarvitsevat kannustusta ja tukea liikunnallisen elämäntavan säilyttämiseen sekä erityisesti faktoihin pohjautuvaa tietoa liikunnasta, sillä heitä eivät motivoi ainoastaan terveydenhoitajan suosittelut jatkaa liikkumista. He toivovat neuvonnalta keskustelua oman terveydenhoitajan kanssa ja lisäksi ryhmäinfoja- ja luentoja esimerkiksi fysioterapeutin pitäminä. Lisäksi he haluaisivat saada vaihtelua omiin rutiineihinsa ja totuttuihin liikkumistapoihin erilaisten vinkkien avulla paikallisista liikunta-aktiiviteeteista tai tapahtumista. Aktiivisten neuvonnan tarve painottuu erityisesti synnytyksen jälkeiseen aikaan: vatsalihasten erkaumaan ja sen tarkistamiseen sekä lantionpohjalihasten kuntoon. Heille enemmän liikkuvina keskusteleisuus ja vuorovaikutteisuus ovat tärkeämpiä kuin muilla segmenteillä, sillä he eivät tarvitse niin paljon terveydenhoitajalta tulevaa perusinformaatiota. He eivät koe yhtä paljon tarvetta niin sanotuille rutiinikeskusteluille, sillä he kysyvät kyllä, kun tarve on.

Aktiiviseksi pyrkivien segmentti tarvitsee neuvontaa raskausaikana ja sen jälkeen. Raskausaikana he tarvitsevat tietoa erityisesti siitä, miksi liikunta on tärkeää, mihin se vaikuttaa, mitkä ovat sen tuomat hyödyt ja mitä voi seurata siitä, jos ei liiku. Lisäksi ylipäättään keskustelu liikunnasta ja konkreettiset ohjeet liikuntamääristä ovat tarpeen. Heidän raskausajan neuvonnassaan tulee kuitenkin erityisesti huomioida mahdolliset kuormittavat tekijät ja pyrkiä saamaan tukea niihin, jolloin heidän on kenties helpompi jatkaa aktiivisuuden ylläpitoa myöhemmin. Synnytyksen jälkeisessä neuvonnassa he tarvitsevat vatsalihasten erkaumasta ja lantionpohjalihaksista keskustelua sekä kannustusta liikkumiseen. Aktiivisiksi pyrkivillä on käsitys liikkumisen hyödyistä ja ajatus muuttaa käytöstään aktiivisemmaksi, mutta he eivät vain ole siinä vielä onnistuneet – kokeiluja ja pieniä askeleita itsensä aktivoimiseksi on kuitenkin tehty. He myös luottavat paljon neuvolan sanaan ja tekevät saatujen ohjeiden

mukaan, joten terveydenhoitajan tulee kiinnittää erityistä huomiota omaan tapaansa esittää liikkumiseen liittyvät asiat. Lisäksi heille tarvitaan markkinointia matalan kynnyksen aktiviteeteista, joihin ei tarvitse sitoutua.

Passiivisten segmentti tarvitsee neuvontaa liikkumisesta jo raskausaikana ja vielä raskauden jälkeen. Aluksi heiltä tulisi kartoittaa edes kiinnostuneisuuden taso liikkumista kohtaan, jotta neuvontaa on mahdollista kohdentaa heille sopivaksi. He tarvitsevat konkreettisia vinkkejä, mikäli he eivät ole vielä löytäneet omaa lajiaan. Tietoa tarvitaan siitä millaista liikuntaa olisi hyvä harrastaa, mitä seurauksia liikkumattomuudella on ja mistä kannattaisi aloittaa liikkuminen. Lisäksi yhdessä keskustelu, sopivan liikuntamuodon miettiminen ja lähipiirin osallistaminen liikkumisen tukemiseen olisivat tarpeen. Synnytyksen jälkeen passiivisilta kannattaisi kartoittaa äidin tilanne ja kunto sekä neuvoa tarkemmin vatsalihasten erkaumaan ja lantionpohjalihaksien harjoittamiseen liittyvistä asioista - painopiste nimenomaan ehkäisevässä neuvonnassa, ettei liikkumattomuuden kierrettä pääsisi edes syntymään. Tämän lisäksi passiiviset kaipaisivat paikallisista, konkreettisista liikuntatapahtumista tai muista aktiviteeteista vinkkejä.

## 4 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli lisätä palveluajattelun ymmärtämistä sosiaalisen markkinoinnin alalla erityisesti asiakaslähtöisyyden, palvelumuotoilun ja segmentoinnin näkökulmasta. Tutkimuksen avulla pyritään tuomaan lisää ymmärrystä äitiys- ja lastenneuvolapalveluita koskevan palvelututkimukseen. Pyrkimyksenä oli selvittää, miten neuvolan liikuntaneuvontapalvelua voitaisiin tehokkaammin kohdentaa äideille heidän tarpeitaan vastaavaksi. Aihetta lähestyttiin ja tutkimus toteutettiin asiakaslähtöisestä näkökulmasta. Tässä luvussa käsitellään seuraavaksi vastauksia tutkimuksen alussa esitettyihin tutkimuskysymyksiin ja tutkimusongelmaan. Tuloksia esitellään sekä teoreettisesta että liikkeenjohdollisesta näkökulmasta. Luvun loppuun arvioidaan myös tutkimuksen luotettavuutta ja rajoitteita sekä esitellään mahdollisia jatkotutkimusaiheita.

### 5.1 Vastaukset tutkimuskysymyksiin

Ensimmäinen tutkimuskysymys oli: *Miten segmentointia voidaan hyödyntää palvelun muotoilussa?* Tässä tutkimuksessa kartoitettiin äitien fyysistä aktiivisuutta, liikkumiseen vaikuttavia tekijöitä ja liikunnan merkitystä. Selvittämällä äidin fyysisen aktiivisuuden tason ja liikunnan merkityksen äidille voidaan ymmärtää, millaisesta liikunnasta hän on kiinnostunut ja kuinka tärkeä osa liikunta on hänen elämäänsä – mikä puolestaan auttaa neuvonnan suunnittelussa ja kohdentamisessa juuri tietyn äidin tarpeita vastaavaksi. Tässä tutkimuksessa segmentoinnin avulla voitiin löytää äitien joukosta ryhmiä, jotka jakavat samankaltaiset tarpeet ja samanlaisen käyttäytymisen liikkumisen suhteen. Nämä tarpeet eroavat muiden segmenttien tarpeista. Segmentointia voitiin hyödyntää palvelun suunnittelussa ja muotoilussa järjestämällä äitejä heidän liikkumisensa, neuvontakokemuksiensa ja toiveidensa suhteen ja etsimällä heidän joukostaan samankaltaisia profiileja. Näiden profiilien avulla voidaan pyrkiä sekä tarjoamaan asiakkaille parempaa palvelua, mutta myös tehostamaan terveydenhuollon toimenpiteitä ja kuormitusta myöhemmissä vaiheissa. Segmentoinnin avulla luotiin ehdotelmia segmenteistä, joiden avulla neuvoloiden strategisella ja käytännön tasolla voitaisiin muotoilla palveluja asiakkaille sopivammiksi.

Tämän tutkimuksen perusteella äitien segmentointi kannattaisi toteuttaa neuvoloissa käyttäytymisen perusteella eli todellisen, tapahtuneen käyttäytymisen tai asenteen perusteella. Tällöin palvelun suunnittelu tarpeita vastaavaksi on toimivinta ja käsittää todella kullekin segmentille olennaiset tekijät. Äideillä on erilaisia tavoitteita ja haasteita liikkumisen suhteen, jolloin



yleisneuvonnan antaminen liikunnasta ei edistä äitien aktiivisuuden lisäämistä tai ylläpitoa tehokkaasti. Iällä tai lasten lukumäärällä ei näyttänyt tämän tutkimuksen tapauksessa olevan merkitystä suhteessa fyysiseen aktiivisuuteen.

Toinen tutkimuskysymys oli: *Millaisia segmenttejä äitien joukossa esiintyy?* Tässä tutkimuksessa segmenttejä voitiin muodostaa kaiken kaikkiaan kolme, jotka ovat aktiiviset, aktiiviseksi pyrkivät ja passiiviset äidit. Aktiivisten segmentti koostuu äideistä, jotka ovat olleet aktiivisia aina ja joille liikunta herättää positiivisia mielikuvia. Näiden äitien tavoitteena on ylläpitää aktiivisuutta. Liikkumiseen heitä motivoi erityisesti liikunnan kautta saatu fyysinen ja psyykinen hyvä oli, sekä terveys. Aktiiviseksi pyrkivien segmentti koostuu äideistä, jotka ovat olleet melko aktiivisia ennen raskautta ja raskausaikana, mutta lasten jälkeen aktiivisuus on selvästi vähentynyt. Näiden äitien tavoitteena on parantaa aktiivisuutta. Liikkumiseen heitä motivoi erityisesti matalan kynnyksen mahdollisuudet, helppous ja kustannukset. Passiivisten segmentti koostuu äideistä, jotka eivät ole olleet liikunnallisia missään elämänvaiheessa ja äideistä, jotka ovat olleet aktiivisia ennen raskauksia, mutta lasten saamisen jälkeen liikkuminen on loppunut lähes kokonaan. Näiden äitien tavoitteena on parantaa aktiivisuutta ja saada liikkuminen rutiiniksi. Liikkumiseen heitä motivoi pakko ja oman ajan saaminen.

Kolmas tutkimuskysymys oli: *Millaisia tarpeita äideillä on neuvolapalveluiden suhteen?* Segmenttien tarpeet eroavat toisistaan tietyiltä osin, mutta ne ovat myös samankaltaisia synnytyksen jälkeisen liikuntaneuvonnan suhteen. Synnytyksen jälkeen koetaan erittäin suurta tarvetta neuvonnan jatkumiselle lastenneuvolan puolelle, sillä äidit ovat kehonsa kanssa uudessa tilanteessa, johon ei koeta saavan ollenkaan tukea. Vatsalihasten erkauman ja lantionpohjalihaksiston kunnan vaikutuksesta liikkumiseen ja sen aloittamiseen tarvitaan erityisesti lisää ajankohtaista tietoa neuvoloiden puolelta. Yksityiskohtaisemmin jaoteltuna aktiivisilla neuvonnan tarve on erityisesti raskauden jälkeen, aktiiviseksi pyrkivillä raskausaikana ja raskauden jälkeen sekä passiivisilla erityisesti raskausaikana. Ylipäätään liikuntaneuvonnalle neuvoloissa on tarvetta, sillä neuvonnan saamisessa oli puutteita tai sitä ei juurikaan ole ollut. Tarvetta on myös keskustelevalle ja monipuolisemmalle neuvonnalle.

Tutkimusongelmana tämä tutkimus pyrki selvittämään: *Miten palvelumarkkinointia voidaan hyödyntää neuvolapalveluiden kehittämisessä?* Äitien toiveiden selvittäminen eli asiakkaan asettaminen suunnittelun keskiöön ja hänen tarpeidensa huomiointi ovat tämän tutkimuksen perusteella lähtökohta onnistuneelle ja äitejä hyödyttävälle palvelulle. Identifioimalla asiakkaiden tarpeita ja toimimalla yhteistyössä asiakkaiden kanssa voidaan kehittää neuvolapalveluita tehokkaammiksi. Neuvolapalveluiden mieltäminen pidempiaikaiseksi, vuorovaikutteiseksi prosessiksi palveluntarjoajan näkökulmasta kehittäisi liikuntaneuvonnan palvelukonseptia. Yhtenäisen, yksityiskohtaisen linjauksen laatiminen neuvonnan sisällöstä ja sen toteuttamisesta sopiminen neuvolajärjestelmän kaikilla tasoilla yhtenäistäisi

tarjottavaa palvelua ja varmistaisi sen vastaavuuden äitien tarpeisiin. Liikuntaneuvontapalvelu tulisi nähdä ensimmäisestä käynnistä alkavana, läpi raskauden jatkuvana prosessina, joka jatkuu vielä jonkin aikaa synnytyksen jälkeen – mutta aiempaa pienemmässä roolissa. Erityistä huomiota neuvolapalveluiden toimituksessa tulee kiinnittää siihen osallistuvien henkilöiden toimintaan ja vuorovaikutukseen, jotta asiakkaat voivat kokea olonsa huomioiduiksi ja kuulluiksi.

## 5.2 Teorettiset johtopäätökset

Bernhard (2006) on todennut, että kaupallisen markkinoinnin käytännöt ovat terveydenhuollon alalla alihyödynnetty resurssi, jota voitaisiin käyttää tehokkaammin apuna haluttujen tavoitteiden toteuttamiseksi. Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että neuvolan liikuntaneuvontapalvelun tarkempi kohdentaminen on tarpeen vastataksaan siellä asioivien äitien tarpeisiin. Neuvoloiden toteuttama liikuntaneuvonta ei ole ollut yhtenäistä, johdonmukaista tai jatkuvuudeltaan sekä äitiys- että lastenneuvolan kattavaa palvelua. Neuvonta on pääsääntöisesti toteutettu neuvolan lähtökohdista, jolloin olennaisiksi tekijöiksi neuvonnan suunnittelussa nousevat asiakaslähtöisyys ja palvelumuotoilu asiakkaiden lähtökohdista. Asiakkaiden näkeminen kumppaneina ja aktiivinen kanssakäyminen ovat avaintekijöitä siihen, että asiakkailta saadaan oma panostuksensa palvelun kehittämiseen (Alam 2013).

Tarve terveystalvelujen kustomoinnille on suuri palvelun henkilökohtaisen luonteen vuoksi (Crié & Chebat 2013). Tämän tutkimuksen perustella palvelumuotoilun ja segmentoinnin avulla voidaan selkeyttää neuvontapalvelua prosessina ja kokonaisuutena. Palvelumuotoilun keinoin pystytään kartoittamaan palvelun tarpeita ja luomaan asiakkaista profiilikuvauksia, joiden pohjalta voidaan luoda ehdotelmia segmenteistä. Tällä tavalla palvelun vastaavuus asiakkaiden tarpeisiin on parempaa ja käyttäytymisen muutos tai toivotun käytöksen ylläpitäminen on todennäköisempää. Myös Dibb ja Simkin (2001) näkevät segmentoinnin mahdollisuutena saada yksityiskohtaista asiakasanalyysiä, jonka avulla toiminta voidaan muokata paremmin vastaamaan asiakkaiden käyttäytymiseen. Jotta asiakaslähtöisyyden näkökulmaa voidaan toteuttaa ja kaupallisen markkinoinnin keinoja hyödyntää, tarvitaan tarpeiden identifiointia, aktiivista yhteistyötä asiakkaiden kanssa ja heiltä oppimista. Tämän tutkimuksen tulokset tukevat myös Edvardssonin ja Olssonin (1996) näkemyksiä siitä, että palvelun käsitettä tulisi lähestyä asiakkaan näkökulmasta.

Tuunanen ym. (2016) ovat todenneet, että palveluiden tuottajien ja eri toimintatahojen välisen tiedonkulun ja yhteistyön on oltava sujuvaa. Edellytyksenä sujuvuudelle on toimijoiden verkostoituminen, keskinäinen tiedonsiirto, kattava potilastietojärjestelmä, yhteiset tavoitteet, yhdessä sovitut käytännöt ja työtavat sekä riittävät henkilöstöresurssit. Segmentoinnin

tuottamien profiilien avulla keskinäinen tiedonkulku sekä yhteiset tavoitteet ja käytänteet olisivat helpommin sovittavissa, sillä tällöin jokaisella neuvolahenkilökunnan osapuolella olisi käsitys tietyn asiakasryhmän tarpeista ja toiveista. Lisäksi yhteiset toimintatavat ja neuvonnan sisältö voitaisiin segmentoinnin tulosten perusteella määritellä yhtenäisemmäksi, jolloin vaihtelevuus eri neuvoloiden ja terveydenhoitajien välillä todennäköisesti vähenisi.

Monien äitien kohdalla kiinnostusta liikkumiseen periaatteessa on, mutta he ovat epävarmoja siitä, miten palautunut heidän kehonsa on raskaudesta ja synnytyksestä sekä kuinka heidän tulisi lähteä liikkumisessa liikkeelle. Bernhardtin (2006) mukaan neuvolan asiakkaat ovat yhä aktiivisempia ja halukkaampia osallistumaan palvelun toimitukseen ja vuorovaikuttamaan palveluntoimittajan kanssa - niin oli myös tämän tutkimuksen kohdalla. Myös Russell-Bennett ym. (2013) ovat todenneet, että vuorovaikutus asiakkaan ja palveluntarjoajan välillä ovat ratkaisevia asiakkaan tyytyväisyyden kannalta ja niillä on merkityksellinen rooli käyttäytymismuutoksen ylläpitämisessä. Tutkimuksen tulokset osoittavat, että neuvoloissa on syytä kiinnittää huomiota asiakkaan mahdollisuuksiin osallistua neuvontaprosessin suunnitteluun sekä pohtia asiakkaan kanssa yhdessä hänen tarpeisiinsa parhaiten vastaavia ratkaisuja - tarvittaessa myös muita terveydenhuoltoalan asiantuntijoita hyödyntäen. Tulokset osoittavat, että äidit kokevat liikkumiseen liittyvät tekijät, tavoitteet liikkumisen suhteen ja liikkumisen merkityksen hyvin eri tavoin omassa elämäntilanteessaan, joka osaltaan kertoo palveluajattelun ja segmentointinäkökulman lisääntyvästä tarpeesta sosiaali- ja terveydenhuoltoalan palvelujen keskuudessa.

Tämä tutkimus on yhtenä palveluajattelua käsittelevänä osana lisää sosiaalisen markkinoinnin kentällä, sillä palveluajattelusta laajemmassa mittakaavassa on puutetta sosiaalisen markkinoinnin alalla (Russell-Bennett ym. 2013). On olemassa vain vähän sosiaalisen markkinoinnin tutkimuksia, joissa hyödynnetään segmentointia - siitä huolimatta, että sen avulla voidaan saada selville yksityiskohtaisia tuloksia käyttäytymisestä ja preferensseistä (Kitunen ym. 2016), kuten tämänkin tutkimuksen tapauksessa huomattiin. Tämä tutkimus tukee käsitystä siitä, että segmentoinnin avulla voidaan saada yksityiskohtaista tietoa ihmisten toiveista ja tarpeista, joiden avulla voidaan mahdollisesti kehittää kohdennetumpaa palvelua asiakkaille.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella neuvolatoiminta kaipaa enemmän palvelu- ja asiakaslähtöistä ajattelua: asiakkaiden yksilöllistä huomiointia, asiakkaiden tarpeiden kartoitusta ja vuorovaikutteisuutta asiakkaan ja palveluntarjoajan välillä. Neuvolahenkilökunnalla ei näytä olevan ajantasaista tietoa siitä, millaisia tarpeita heidän asiakkailtaan on, milloin he neuvontaa tarvitsisivat ja millaista neuvontaa olisi hyödyllistä antaa minkäkin tyyppiselle asiakkaalle. Liikuntaneuvontapalvelun tarkastelu sosiaalisen markkinointimixin

lähtökohdista auttaisi neuvontapalvelun suunnittelua ja toteuttamista siten, että käyttäytymismuutoksen omaksumiseen vaikuttavat aspektit olisivat kaikki huomioitu. Liikuntaneuvontapalvelun arviointi tarjotun käyttäytymistarjouksen, käyttäytymisen muutosten kustannusten, liikuntapaikkojen saatavuuden ja neuvolan toiminnan kautta voi toimia tämän tutkimuksen segmenttiehdotelmien rinnalla tukena tehokkaammassa kohdentamisprosessissa. Palvelujen markkinoinnin lähestymistavoilla voidaan auttaa terveydenhuoltoa tarjoamaan tehokkaampia, saavutettavampia ja tyydyttävämpiä palveluita (Danaher 2016). Segmentointinäkökulma puolestaan voi lisätä selvyyttä suunnitteluprosessiin alleviivaamalla tietyn asiakasryhmän vaatimuksia. (Dibb & Simkin 2001.)

### 5.3 Liikkeenjohdolliset johtopäätökset

Tutkimuksessa esiin nousseiden teemojen ja luokittelun avulla löydettiin kolme ehdotelmää erilaisista segmenteistä, joita terveydenhuolto ja neuvolat voivat hyödyntää palvelukehityksessään. Äideillä ovat erilaiset tarpeet ja toiveet liikuntaneuvonnan suhteen, heidän omasta aktiivisuustasostaan riippuen. Jokainen segmentti koostuu äideistä, jotka jakavat yhteiset, muista segmenteistä olennaisesti eroavat tarpeet. Kuten tutkimuskysymyksiin käsitellyistä vastauksista voidaan huomata, tämän tutkimuksen perusteella äitien segmentointi kannattaisi toteuttaa neuvoloissa käyttäytymisen perusteella eli todellisen, tapahtuneen käyttäytymisen tai asenteen perusteella. Tällöin neuvonnan suunnittelu tarpeita vastaavaksi on toimivinta ja käsittää kullekin segmentille olennaiset tekijät.

Liikuntaneuvontapalvelun kehittämisessä olisi neuvoloissa tärkeää määrittää, millaisen ihmisen kanssa ollaan tekemisissä ja millaisia tarpeita tai toiveita asiakkailta on. Palvelua ei voi lähteä kehittämään palveluntarjoajan näkökulmista, vaan tarvitaan kartoitusta todellisesta tilanteesta neuvonnan suhteen. Tämän tutkimuksen perusteella äideille tärkeää on yksilöllisen tilanteen huomiointi, liikunnasta keskusteleminen omaan tilanteeseen sopivalla tavalla, neuvonnan vuorovaikutteisuus sekä neuvonnan jatkuminen myös lapsen saamisen jälkeen. Neuvolahenkilökunnan tietämyksen taso liikunnan suhteen näyttää olevan erityisesti paljon liikkuvien suhteen riittämättömällä tasolla. Äitien aktiivisuuden ylläpitäminen tai parantaminen on haastavaa, mikäli he eivät saa neuvolasta riittävästi tietoa tarpeisiinsa ja mikäli heitä ei ohjata eteenpäin liikunnan ammattilaisille. Tarvetta liikuntaneuvonnalle on, sillä tällä hetkellä äidit kokevat saaneensa ohjeistusta puutteellisesti tai eivät ollenkaan. Lisäksi vuorovaikutuksen laadussa ja tyyliässä on ollut selkeää vaihtelevuutta henkilöstä riippuen. Erityisesti näiden syiden takia palvelun kehittäminen ja toiminnan tarkastelu uudelleen olisi erittäin tärkeää neuvoloissa.

Suunniteltaessa liikuntaneuvontaa tulisi jokainen segmentti huomioida omana kokonaisuutenaan, sillä jokaisella segmentillä on oma markkinointimixinsä: aktiivisilla oma tuote, hinta, jakelu ja markkinointiviestintä, aktiiviseksi pyrkivillä oma ja niin edelleen. Aktiivisten segmentillä tuote eli käyttäytymistarjous johon koitetaan houkutella, on aktiivisuuden ylläpito. Tälle segmentille ei tarvitse juurikaan markkinoida, sillä heidän oma motivaation tasonsa ja käsityksensä hyödyistä on jo korkealla tasolla. He tarvitsevat tukea ja neuvoja lähinnä, kun niitä pyytävät. Aktiiviseksi pyrkivien tuote on aktiivisuuden parantaminen. Tälle segmentille tarvitsee markkinoida ja huomioida heidän käytöksensä kanssa kilpailevat tekijät, joita ovat muun muassa aikataulutukset ja kustannukset. He tarvitsevat myös tietoa liikuntamahdollisuuksista ja enemmän neuvoja ja tukea läpi raskausajan. Kilpailevien tekijöiden vaikutuksen vähentäminen on avainosassa erityisesti vähän liikkuvien äitien kohdalla, jotta aktiivisuutta saataisiin parannettua. Passiivisten segmentin tuote on aktiivisuuden parantaminen ja liikunnan säännöllistäminen. Tämä segmentti tarvitsee kaikista eniten markkinointia ja tietoa liikkumisesta - erityisesti sellaisista tekijöistä, jotka motivoivat ja houkuttelevat heitä aloittamaan liikkumisen.

Huomioitavaa on, että tämän tutkimuksen perusteella äideillä ei ole tietoa raskausaikana suositelluista liikuntamääristä, liikunnasta ei ole juuri keskusteltu, keskusteluita ei ole käyty ollenkaan enää lastenneuvolaan siirryttäessä, äitien tavoitteita tai yksilöllisiä tarpeita ei ole käyty läpi eikä heidän kanssaan ole tehty liikuntasuunnitelmaa, jonka toteutumista seurattaisiin neuvolakäynneillä. Myöskään erilaisista ajankohtaisista liikuntamahdollisuuksista ei ole pystytty antamaan tietoa. Yhteenvedona voidaan sanoa, että neuvoloissa toteutuva liikuntaneuvonta ei vastaa äitiysneuvolaoppaan suosituksia, eivätkä suositukset toteudu Jyväskylän alueen neuvoloiden toiminnassa. Jollain tasolla terveydenhuollon ja neuvolajärjestelmän toiminnassa tieto ei ole kulkenut eteenpäin tai jokin porras ei ole tietoinen näistä oppaan suosituksista. Tarvetta henkilökunnan kouluttamisesta äitiysneuvolaoppaan sisällön suhteen olisi, sillä oppaan suositusten sisältö vastaa hyvin pitkälti niitä toiveita, joita äideillä on liikkumisen suhteen. Toiminnan muuttaminen asiakkaiden tarpeita ja toiveita vastaaviksi olisi siis periaatteessa yksinkertaista ja helposti yhtenäistettävissä, sillä äitiysneuvolaoppaan sisältö on tarkoitettu kaikille portaille terveydenhuollon organisaatioissa ja se informaatio on myös olemassa valmiina.

Lisäksi äitien kokema, erityisen suuri tarve liikuntaneuvonnalle synnytyksen jälkeen tulisi huomioida palvelun kehittämisessä omana osa-alueenaan. Liikuntaneuvonta synnytyksen jälkeen on olennainen tekijä äidin terveyttä, tulevia raskauksia ja terveydenhuollon kustannustehokkuutta ajatellen. Mitä enemmän äideillä on tietoa palautumisesta, liikunnasta ja omasta terveydentilastaan raskauden jälkeen, sitä paremmin he voivat pyrkiä toteuttamaan näitä ohjeistuksia omassa elämässään. Neuvonta tulisi nähdä äitien kohdalla pitkäjänteisenä prosessina, jonka avulla voidaan tarjota työkaluja äitien

kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin ylläpitoon ja aktiivisen elämäntavan välittämiseen myös lapsille.

Tässä tutkimuksessa käy ilmi, että äidit kuitenkin pitävät neuvolaa merkittävänä tiedonlähteenä ja neuvolajärjestelmää luotettavana, joten tarpeellisen tiedon saaminen neuvolasta on erityisen tärkeää tämän tilanteen säilyttämiseksi myös tulevaisuudessa. Neuvolalla on kuitenkin merkittävä rooli tiedonlähteenä ja tukena perheiden raskaus- ja vauva-aikana, sen toiminta vain tarvitsisi ajattelutavan muutosta ja asiakaslähtoisempää näkemystä. Koska neuvolaa pidetään merkittävänä ja tärkeänä, olisi hyvä, että heillä olisi enemmän tietoa äitejä mietityttävistä lantionpohjalihasten harjoittelusta ja merkityksestä sekä vatsalihasten erkaumasta. Monet äidit olivat kuulleet näistä teemoista muualta kuin neuvolasta ja etsineet sen myötä tietoa itse lisää, mutta neuvolajärjestelmä koettaisiin luotettavammaksi, jos ajankohtaisista aiheista olisi mahdollista saada tietoa ensisijaisesti terveydenhuollon puolelta.

Äitiysneuvolaoppaan suositusten mukaisesti neuvonta tulisi olla asiakaslähtöistä toimintaa, asiakkaan tavoitteista ja lähtökohdista etenevää ohjausta. Tällä hetkellä neuvolan liikuntaneuvonta näyttää olevan ylemmiltä tasoilta alaspäin ohjautuvaa eli neuvolasta annetaan kaikille samankaltainen informaatio, huomioimatta kyseessä olevan asiakkaan vaatimuksia tiedon tarpeelle tai riittävyydelle. Jotta äidit olisivat vastaanottavaisempia neuvonnan suhteen ja voisivat hyödyntää heille annettavaa liikuntaan liittyvää tietoa, tulisi heidät huomioida yksilöllisesti – koskien myös jokaista raskautta. Raskaudet eivät ole välttämättä keskenään samanlaisia, jolloin esikoisen aikana annettu neuvonta ei vastaa aina seuraavien raskauksien tarpeisiin.

## 5.4 Tutkimuksen arviointi ja jatkotutkimusehdotukset

Tutkimuksen luotettavuutta tulee arvioida jatkuvasti koko tutkimusprosessin aikana. Koska kyseessä on kvalitatiivinen tutkimus, on olennaista arvioida tutkimuksen luotettavuutta ja uskottavuutta. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta lisää tutkijan tarkat esitykset tutkimuksen toteuttamisesta ja sen eri vaiheista. On myös esitettävä, millä perusteella tutkimuksessa tehdyt tulokset on tehty ja mihin päätelmät ovat perustuneet. (Hirsjärvi ym. 2015, 231-233.) Tässä tutkimuksessa aineisto on kerätty teemahaastatteluilla ja aineiston keruu on raportoitu tutkimukseen. Aineiston keruussa on haastateltavien kanssa käyty läpi, mitä tutkimuksessa tarkoitetaan fyysisellä aktiivisuudella, jotta molemmat osapuolet puhuisivat samasta käsitteestä. Tarvittaessa myös muita käsitteitä ja kysymyksiä on selvennetty, kuitenkin haastateltavaa sen enempää johdattelematta. Aineiston analyysi ja käsittely on raportoitu tutkimukseen yksityiskohtaisesti. Analyysissä on pyritty tarkastelemaan aineistoa ilman ennako-odotuksia, jotta aineistosta ei korostuisi jonkun yksittäinen näkemys tai vastaavasti jotain jäisi huomaamatta. Tutkimuksen tavoitteena oli tarjota uutta ja

täydentävää tietoa neuvoloissa jo olemassa olevan liikuntaneuvonnan tueksi, joten esitellyt segmentit ja tutkimustulokset ovat vain ehdotelmia terveydenhuollon toiminnan avuksi.

Tutkimuksessa oli mukana kymmenen äitiä, joten pienen otoskoon vuoksi tuloksia ei voida yleistää koskemaan kaikkia äitiysneuvolapalveluita käyttäneitä äitejä. Tutkimuksen rajoitteena voidaan siis pitää sen pientä otoskokoja. Luotettavimmat tulokset saataisiin, jos noudatettaisiin kylläntymisperiaatetta. Tässä tutkimuksessa aineisto ei täysin kylläntynyt, mutta tietyt asiat alkoivat haastatteluissa kuitenkin toistua. Otokoko on tämän tutkimuksen laajuuteen nähden kuitenkin riittävä, mutta sen laajemmalle yleistettäviä tuloksia ei voida esittää, sillä haastateltavat ovat käyttäneet vain Jyväskylän alueen neuvolapalveluita.

Osa haastateltavista on ollut tutkijalle ennestään jollain tavalla tuttuja ja osa täysin tuntemattomia. Tämä on voinut mahdollisesti vaikuttaa joidenkin haastateltavien vastauksiin, sillä omaan kehoon liittyvät teemat voivat olla joillekin herkkä asia keskustella ja kertoa. Haastattelut suoritettiin kuitenkin luottamuksellisina ja niihin pyrittiin kuitenkin luomaan keskustelevalta ilmapiiri, jotta haastateltavat voisivat rentoutua ja kertoa avoimesti omasta elämästään ja kokemuksistaan. Haastateltavat valittiin huolella edustamaan teoreettisesta viitekehystä löytyneitä lähtökohtia ja heitä oli tämän tutkimuksen puitteisiin riittävästi.

Tutkija on myös itse käyttänyt Jyväskylän alueen neuvolapalveluja, mikä osaltaan tuo syvyyttä aineiston tulkintaan ja auttoi ymmärtämään äitien kokemuksia ja heidän käsittelemiään teemoja paremmin. Tässä on kuitenkin myös riskinä tutkijan omien kokemusten vaikutus tutkimuksen tuloksiin. Tutkijan omien kokemusten ja näkemysten sekoittumista ja vaikuttamista aineiston tulkintaan ja tutkimustuloksiin vältettiin parhaan mukaan, jotta tutkimuksen tulokset olisivat mahdollisimman paikkansapitäviä. Kun kyseessä on laadullinen tutkimus, tutkimustulokset ovat myös aina jollain tasolla subjektiivisia ja myös haastateltavien henkilökohtaisia kokemuksia, eivätkä täysin objektiivisia kuvauksia todellisuudesta.

Tutkimus kuitenkin vastasi sille asetettuihin tutkimuskysymyksiin ja tavoitteisiin. Haastattelujen avulla saatiin selvitettyä, millä tavalla neuvoloiden tarjoamia liikuntaneuvontapalveluita voitaisiin kohdentaa paremmin vastaamaan äitien tarpeisiin. Lisäksi äitien joukosta tunnistettiin kolme eri segmenttiä erilaisine tarpeineen. Tästä tutkimuksesta saatujen tuloksien perusteella neuvoloiden on mahdollista kohdentaa neuvontaa entistä tarkemmin niille äideille, jotka voisivat eniten hyötyä ohjauksesta ja tuesta. Lisäksi tutkimuksen avulla pystyttiin tuomaan lisää ymmärrystä äitiys- ja lastenneuvoloita koskemaan palvelututkimukseen, sillä tutkimuksen perusteella löytyi kokonaan uusi palveluketjun vaihe, synnytyksen jälkeinen lastenneuvola-aika, johon tarvittaisiin liikuntaneuvontaa.

Jatkotutkimusmahdollisuuksina tämän tutkimuksen voisi toistaa jonkin muun tai useamman kaupungin neuvoloiden toiminta-alueella, jolloin saataisiin tietoa neuvoloiden liikuntaneuvonnan tasosta Jyväskylän alueen ulkopuolella. Tällä tavalla voitaisiin saada tietoa siitä, eroavatko liikuntaneuvontakäytännöt eri kaupunkien välillä ja toteutuvatko äitiysneuvolaoppaan suositukset terveydenhuollon ammattilaisten toiminnalle muualla vai eivät. Lisäksi voisi olla mielenkiintoista selvittää neuvolahenkilöstön näkökulmaa liikuntaneuvontaprosessista ja verrata sitä äitien kokemuksiin neuvonnasta. Lisätutkimuksissa voitaisiin selvittää, kuinka neuvolahenkilöstö kokee neuvonnan antamisen, sen kattavuuden ja omat valmiutensa antaa neuvontaa äideille. Jatkotutkimusmahdollisuutena voitaisiin myös käytännössä seurata prosessina segmentoinnin ja profiilien mukaista neuvonnan kohdentamista ja sen vaikutusta äitien fyysiseen aktiivisuuteen.



## LÄHTEET

- Aittasalo, M., Raitanen, J., Kinnunen, T., Ojala, K., Kolu, P. & Luoto, R. 2012. Is intensive counseling in maternity care feasible and effective in promoting physical activity among women at risk for gestational diabetes? Secondary analysis of a cluster randomized NELLI study in Finland. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 9, 104.
- Alam, I. 2013. Customer interaction in service innovation: evidence from India. *International Journal of Emerging Markets* 8 (1), 41-64.
- Andreasen, A. 1994. "Social marketing: its definition and domain". *Journal of Public Policy and Marketing* 13 (1), 108-114.
- Aldén-Nieminen, H., Borodulin, K., Laatikainen, T., Raitanen, J. & Luoto, R. 2008. Synnyttäneisyys ja liikunta - liikkuvatko äidit riittävästi? *Suomen lääkärilehti* 63 (36), 2893-2898.
- Araújo, A. 2015. The influence of attitudes towards physical activity and sports. *Motritz: Revista de Educacao Fisica* 21 (4), 344-351.
- Arli, D., Dietrich, T., Tkaczynski, A. & Rundle-Thiele, S. 2017. Indonesian healthy living intentions: Segmentation study insights. *International Journal of Nonprofit and Voluntary Sector Marketing* 22 (2), e1574.
- Bauman, A., Reis, R., Sallis, J., Wells, J., Loos, R. & Martin, B. 2012. Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? *The Lancet* 380 (9838), 21-27, 258-271.
- Bernhardt, J. 2006. Improving health through health marketing. *Preventing Chronic Disease* 3 (3), 1-3.
- Berry, L. & Bendapudi, N. 2007. Health Care: A Fertile Field for Service Research. *Journal of Service Research* 10 (2), 111-122.
- Biemans, W., Griffin, A. & Moenaert, R. 2016. New Service Development: How the Field Developed, Its current Status and Recommendations for Moving the Field Forward. *Journal of Product Innovation Management* 33 (4), 382-398.
- Bonoma, T. & Shapiro, B. 1984. Evaluating Market Segmentation Approaches. *Industrial Marketing Management* 13, 257-268.
- Boslaugh, S., Kreuter, M., Nicholson, R. & Naleid, K. 2005. Comparing demographic, health status and psychological strategies of audience

- segmentation to promote physical activity. *Health Education Research* 20, 430-438.
- Caspersen, C., Powell, K. & Christenson, G. 1985. Physical Activity, Exercise, and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health-Related Research. *Public Health Reports* 100 (2), 126-131.
- Chinn, D., White, M., Harland, J., Drinkwater, C. & Raybould, S. 1999. Barriers to physical activity and socioeconomic position: implications for health promotion. *Journal of Epidemiology and Community Health* 53, 191-192.
- Cri , D. & Chebat, J-C. 2013. Health marketing: Toward an integrative perspective. *Journal of Business Research* 66, 123-126.
- Danaher, T. & Gallan, A. 2016. Service research in Health Care: Positively Impacting Lives. *Journal of Service Research* 19 (4), 433-437.
- Dharod, J., Drewette-Card, R. & Crawford, D. 2011. Development of the Oxford-Hills Healthy Moms Project Using a Social Marketing Process: A Community-Based Physical Activity and Nutrition Intervention for Low-Socioeconomic-Status Mother in Rural Area in Maine. *Health Promotion Practice* 12 (2), 312-321.
- Dibb, S. 1988. "Market segmentation: strategies for success". *Marketing Intelligence & Planning* 16 (7), 394-406.
- Dibb, S. & Simkin, L. 2001. "Market Segmentation Diagnosing and Treating the Barriers". *Industrial Marketing Management* 30 (8), 609-625.
- Droege, H., Hildebrand, D. & Heras Forcada, M. 2009. Innovation in services: present findings, and future pathways. *Journal of Service Management* 20 (2), 131-155.
- Edvardsson, B. & Olsson, J. 1996. Key concepts for new service development. *The Service Industries Journal* 16 (2), 140-164.
- Eriksson, P. & Kovalainen, A. *Qualitative methods in business research*. London: SAGE. E-kirja.
- Eyler, A., Matson-Koffman, D., Vest, J., Evenson, K., Sanderson, B. & Thompson, J. 2002. Environmental, policy, and cultural factors related to physical activity in a diverse sample of women: The women's Cardiovascular Health Network Project - Summary and discussion. *Women and Health* 36, 123-134.
- Goldstein, S., Johnston, R., Duffy, J. & Rao, J. 2001. The service concept: the missing link in service design research? *Journal of Operations Management* 20, 121-134.

- Gordon, R. 2012. Re-thinking and re-tooling the social marketing mix. *Australasian Marketing Journal* 20, 122-126.
- Gordon, R., McDermott, L., Stead, M. & Angus, K. 2006. The effectiveness of social marketing interventions for health improvement: What's the evidence? *Public Health* 120 (12), 1133-9.
- Grier, S. & Bryant, C. 2005. Social Marketing in Public Health. *Annual Review of Public Health* 26, 319-339.
- Hesketh, K., Goodfellow, L., Ekelund, U., McMinn, A., Godfrey, K., Inskip, H., Cooper, C., Harvey, N. & van Sluijs, E. 2014. Activity Levels in Mothers and Their Prescholl Children. *Pediatrics* 133 (4), e973-e980.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2015. Tutki ja kirjoita. 20. painos. Helsinki: Tammi.
- Humpel, N., Owen, N. & Leslie, E. 2002. Environmental factors associated with adults' participation in physical activity: a review. *American Journal of Preventative Medicine* 22 (3), 188-199.
- Hopwood, T. & Merritt, R. 2011. Big Pocket Guide to social marketing. National Social Marketing Center.
- Jones, S., Rees, L., Hall, D. & Tang, A. 2005. Using market segmentation theory to select target markets for sun protection campaigns. *Proceedings for ANZMAC Conference: Social, Not-for-Profit and Political Marketing*.
- Kinnunen, T. & Luoto, R. 2004. Raskaus, painonhallinta ja krooniset taudit. *Suomalainen lääkärilehti* 59, 4734-4735.
- Kitunen, A., Rundle-Thiele, S., Kubacki, K. & Dietrich, T. 2016. Generating consumer insights into physical activity patterns for three different segments. *Journal of Strategic Marketing*.
- Kivimäki, S. & Tuunanen, K. 2014. Liikuntaneuvonnan tila kunnissa. Kettingistä ketjuihin – kohtaamisia kentällä. *Liikunnan ja kansanterveyden julkaisu* 282.
- Klemetti, R., & Hakulinen-Viitanen, T. (toim.) (2013). Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. THL. Opas 29, 2013. Helsinki: THL.
- Kolu, P., Raitanen, J., Rissanen, P. & Luoto, R. 2013. Cost-Effectiveness of Lifestyle Counselling as Primary Prevention of Gestational Mellitus: Findings from a Cluster-Randomised Trial. *PloS ONE* 8 (2), e56392.

- Kotler, P. & Zaltman, G. 1971. Social Marketing: An Approach to Planned Social Change. *Journal of Marketing* 35, 3-12.
- Kubacki, K., Ronto, R., Lahtinen, V., Pang, B. & Rundle-Thiele, S. 2017. "Social marketing interventions aiming to increase physical activity among adults: A systematic review". *Health Education* 117 (1), 66-89.
- Lee, N. & Kotler, P. 2016. *Social marketing: changing behaviors for good*. Thousand Oaks, California: SAGE.
- Lefebvre, R. & Flora, J. 1988. Social Marketing and Public Health Intervention. *Health Marketing Quarterly* 15 (3), 299-315.
- Liikuntapiirakka. 2017. Viikottaisen terveystiikuntasuosituksen kuvallinen muoto. UKK-intituutti. Viitattu 26.7.2017. <http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka>
- Luca, N., Hibbert, S. & McDonald, R. 2016. Towards a service-dominant approach to social marketing. *Marketing Theory* 16 (2), 194-218.
- Luca, N. & Suggs, L. 2013. Theory and Model Use in Social Marketing Health Interventions. *Journal of Health Communication* 18 (1), 20-40.
- Mailey, E. & Hsu, W-W. 2017. Is a general or specific exercise recommendations more effective for promoting physical activity among postpartum mother? *Journal of Health Psychology*, 1-15.
- Mailey, E., Huberty, J., Dinkel, D. & McAuley, E. 2014. Physical activity barriers and facilitators among working mothers and fathers. *BMC Public Health* 14 (1), 657.
- Marcus, B., Selby, V., Niaura, R. & Rossi, J. 1992. Self-Efficacy and the Stages of Exercise Behavior Change. *Research Quarterly for Exercise and Sport* 63 (1), 60-66.
- McColl-Kennedy, J., Snyder, H., Elg, M., Witell, L., Helkkula, A., Hogan, S. & Anderson, L. 2017. "The changing role of the health care customer: review, synthesis and research agenda." *Journal of Service Management* 28 (1), 2-33.
- McKinsey Global Institute. 2014. How the world could better fight obesity. Viitattu 3.12.2017. <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/how-the-world-could-better-fight-obesity>
- Newton, J., Newton, F., Turk, T. & Ewing, M. 2013. "Ethical evaluation of audience segmentation in social marketing". *European Journal of Marketing* 47 (9), 1421-1438.

- Norcross, J., Krebs, P. & Prochaska, J. 2011. Stages of change. *Journal of Clinical Psychology* 67 (2), 143-154.
- Pelkonen, M., Hakulinen, T. & Perälä, M. 2005. Äitiys- ja lastenneuvolatutkimus: Analyysi Suomessa vuosina 1990-2003 tehdyistä tutkimuksista. *Hoitotiede* 17 (1), 43-53.
- Polley, B., Wing, R. & Sims, C. 2002. Randomized controlled trial to prevent excessive weight gain in pregnant women. *International Journal of Obesity* 26, 1494-1502.
- Prochaska, J. & DiClemente, C. 1983. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51, 390-395.
- Prochaska, J. & Norcross, J. 2007. *Systems of psychotherapy - a transtheoretical analysis*. Los Angeles: Thomson Brooks.
- Prochaska, J. & Velicer, W. 1997. The Transtheoretical Model of Behavior Change. *American Journal of Health Promotion* 12 (1), 60.
- Rundle-Thiele, S., Kubacki, K., Tkaczynski, A. & Parkinson, J. 2015. "Using two-step cluster analysis to identify homogenous physical activity groups". *Marketing Intelligence & Planning* 33 (4), 522-537.
- Russell-Bennett, R., Wood, M. & Previte, J. 2016. *A Services Approach to Social Marketing*. Teoksessa Campbell, C & Ma, J. *Looking Forward, Looking Back: Drawing on the Past to Shape the Future of Marketing*. *Developments in Marketing Science: Proceedings of the Academy of Marketing Science*. Springer: Cham.
- Russell-Bennett, R., Wood, M. & Previte, J. 2013. "Fresh ideas: services thinking for social marketing". *Journal of Social Marketing* 3 (3), 223-238.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. *KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 26.10.2017.  
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>
- Saaranen-Kauppinen, A., Rovio, E. & Parikka, L. 2013. "Mähän ajattelin, että lapsen voi viedä vauvapakettiin" - Perheenäitien arjen jännitteet liikuntasuhdetta rakentamassa. *Liikunta & Tiede* 50 (6), 40-46.
- Saco, R. & Goncalves, A. 2008. *Service Design: An Appraisal*. *Design Management Review* 19 (1), 10-19.

- Scharff, D., Homan, S., Kreuter, M. & Brennan, L. 1999. Factors Associated with Physical Activity in Women Across the Life Span: Implications for Program Development. *Women & Health* 29 (2), 115-134.
- Shephard, R. 1995. Physical Activity, Fitness and Health: The Current Consensus. *QUEST* 47, 288-303.
- Slater, M. & Flora, J. 1991. Health lifestyles: Audience segmentation analysis for public health interventions. *Health Education & Behavior* 18 (2), 221-233.
- Slater, M. 1996. Theory and method in health audience segmentation. *Journal of Health Communication* 1, 267-283.
- Slater, M. 1995. Choosing audience segmentation strategies and methods for health communication. In Maibach, E. & Parrott, R. (Eds.), *Designing health messages: Approaches from communication theory and public health practice*, 186-198. Newbury Park, CA: Sage.
- Smith, A., Fischbacher, M. & Wilson, A. 2007. New Service Development: From Panoramas to Precision. *European Management Journal* 25 (5), 370-383.
- Smith, W. 1956. Product Differentiation and Market Segmentation as Alternative Marketing Strategies. *Journal of Marketing* 21 (1).
- Stevens, E. & Dimitriadis, S. 2005. Managing the new service development process: towards a systemic model. *European Journal of Marketing* 39 (1-2), 175-198.
- Syson, F. & Perks, H. 2004. New service development: a network perspective. *Journal of Services Marketing* 18 (4), 255-266.
- Terveydenhuoltolaki. 1326/2010. Viitattu 8.8.2017.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Thackeray, R. & Brown, K. 2005. Social Marketing's Unique Contributions to Health Promotion Practice. *Health Promotion Practice* 6 (4), 365-368.
- Tuomivaara, T. 2005. Tieteellisen tutkimuksen perusteet. Viitattu 26.10.2017.  
<http://www.mv.helsinki.fi/home/ttuomiva/Y125luku6.pdf>
- Tuunanen, K., Puurunen, A., Malvela, M. & Kivimäki, S. 2016. Laatu liikuntaneuvontaan. *Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja* 313.
- Valtion liikuntaneuvosto. 2014. Valtion liikuntaneuvosto: "Vähäisen fyysisen aktiivisuuden ja liikunnan polarisaation" -teema huomioitava strategisen tutkimuksen määrärahoja jaettaessa. Lausunnot ja kannanotot. Viitattu 15.6.2016.

[http://www.liikuntaneuvosto.fi/tata\\_mielta/lausunnot\\_ja\\_kannanotot/arkisto/valtion\\_liikuntaneuvosto\\_vahaisen\\_fyysisen\\_aktiivisuuden\\_ja\\_liikunnan\\_polariisaation\\_-\\_teema\\_huomioitava\\_strategisen\\_tutkimuksen\\_maararahoja\\_jaettaessa.638.news](http://www.liikuntaneuvosto.fi/tata_mielta/lausunnot_ja_kannanotot/arkisto/valtion_liikuntaneuvosto_vahaisen_fyysisen_aktiivisuuden_ja_liikunnan_polariisaation_-_teema_huomioitava_strategisen_tutkimuksen_maararahoja_jaettaessa.638.news)

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

Wells, V., Chang, S., Oliveria-Castro, J. & Pallister, J. 2010. "Market segmentation in behavioral perspective". *Journal of organizational behavior management* 30 (2), 176-198.

WHO. 2010. *Global Recommendations on physical activity for health*. Geneve, Sveitsi: WHO.

WHO. 2015. Health topics: physical activity. Viitattu 3.12.2017. [http://www.who.int/topics/physical\\_activity/en/](http://www.who.int/topics/physical_activity/en/)

Zainuddin, N., Previte, J. & Russell-Benneett, R. 2011. A social marketing approach to value creation in a well-women's health service. *Journal of Marketing Management* 27 (3-4), 361-385.

Öberg, C. 2010. Customer roles in innovations. *International Journal of Innovation Management* 14 (6), 989-1011.

## LIITTEET

### Liite 1 Teemahaastattelurunko

#### 1) Perhe ja elämäntilanne

- Kerro omin sanoin itsestäsi, perheestäsi ja elämäntilanteestasi
  - Ikä
  - Lasten määrä
  - Minkä alueen neuvolassa asiakkaana?
  - Millainen raskaus?
  - Millaista arki raskauden jälkeen?
  - Miten liikunnallinen lähipiirisi on?

#### 2) Fyysinen aktiivisuus eri elämänvaiheissa

- Mitä ajatuksia sinulle herättää sana "liikunta"?
- Millainen on ollut aikaisempi liikuntataustasi?
  - Millainen on ollut keskimäärin tavallinen viikkosi liikunnan/liikuntakertojen suhteen ennen raskautta?
  - Miten aktiivinen olit ennen raskautta, asteikolla 1-10?
- Miten raskaus vaikutti liikkumiseesi?
  - Miten aktiivinen olit raskauden aikana, asteikolla 1-10?
- Miten perhearke lapsen saamisen jälkeen on vaikuttanut liikkumiseesi?
  - Miten aktiivinen olet ollut raskauden jälkeen, asteikolla 1-10?
  - Millainen on tässä elämäntilanteessa keskimäärin tavallinen viikkosi liikunnan/liikuntakertojen suhteen?
    - Onko sinulla jotain säännöllistä harrastusta?
    - Millaista arkiliikuntaa päiviisi kuuluu?
- Miten olet kokenut (mahdolliset) muutokset liikkumisessasi?

#### 3) Liikkumiseen vaikuttavat tekijät

- Millaiset asiat edistävät liikkumistasi?
- Millaiset asiat rajoittavat liikkumistasi?
- Millaiset asiat ovat sinulle tärkeitä liikkumiseen liittyviä tekijöitä?
- Millaisia liikkumismahdollisuuksia ympäristössäsi on?
- Millaiseksi liikkujaksi koet itsesi?
- Millainen on tyytyväisyytesi liikkumiseesi?
- Mitä liikunta merkitsee sinulle?
  - Mitä se antaa sinulle?
  - Mitä se vaatii?
  - Kuinka tärkeäksi koet liikkumisen?



#### 4) Neuvolan toiminta

- Oletko saanut tietoa liikunnasta raskausaikana ja sen jälkeen?
- Mistä olet saanut tietoa?
- Millaisia suosituksia sait neuvolasta?
  - Miten olet kokenut neuvolasta saadut suositukset/ ohjeistukset?
  - Miten suositusten/ neuvojen toteuttaminen on sujunut?
- Millaisena koet ohjeistusten merkityksen itsellesi?
- Miten mielestäsi yksilölliset tarpeesi pystyttiin ottamaan huomioon?

#### 5) Tavoitteet liikkumiselle

- Millaisia tavoitteita sinulla on liikkumisen suhteen?
- Koetko saavasi tukea tavoitteidesi saavuttamisessa?
- Miten arvioisit mahdollisuuksiasi saavuttaa tavoitteesi?
- Miten tai millaisilla keinoilla tavoitteidesi saavuttamista voidaan mielestäsi edistää tai tukea ympäristön toimesta?

#### 6) Kehitysehdotukset & toiveet

- Millaisena koet liikunnan teemana äitien keskuudessa?
  - Millaista koet äitien liikunnallisen aktiivisuuden olevan?
- Millaisena koet liikkumisesi suhteessa muihin äiteihin?
- Miten koet neuvolan liikuntaneuvonnan vastanneen tarpeisiisi?
  - Millaisia odotuksia sinulla oli neuvontaa kohtaan?
  - Oliko neuvonnan sisältö sinulle relevanttia?
  - Millaista tietoa olisit toivonut saavasi neuvolasta?
  - Miten koet neuvonnan vuorovaikutteisuuden?
    - Miten tärkeänä koet sen?
- Mitä toiveita sinulla on liikuntaneuvonnalle neuvoloissa?
  - Millaista tietoa neuvonnan tulisi sisältää, jotta se vastaisi tarpeisiisi?
    - Millaista tietoa liikunnasta olisi mielestäsi tärkeä saada neuvolassa?
    - Milloin/missä vaiheessa mielessäsi neuvontaa tulisi saada?
  - Miten neuvonta tulisi mielestäsi toteuttaa?
    - Missä?
    - Kenen toimesta?
  - Millaisena koet oman roolisi neuvontaprosessissa?