

**”LAISKAMATO PYSSYY KAUEMPANA, KUN EI OTA SITÄ MUKKAAN”
– NELJÄ TAPAUSKERTOMUSTA IKÄÄNTYVIEN IHMISTEN LIIKUNTANEU-
VONNASTA**

Lotta Lumiala

Liikuntapedagogiikan
pro gradu –tutkielma
Kevät 2006
Liikuntatieteiden laitos
Jyväskylän yliopisto

TIIVISTELMÄ

Lumiala, Lotta. ”Laiskamato pyssyy kauempana kun ei ota sitä mukkaan.” Neljä tapauskertomusta ikääntyvien ihmisten liikuntaneuvonnasta. Jyväskylän yliopisto. Liikuntapedagogiikan pro gradu –tutkielma. 2006. 149.

Tutkimuksessa tarkasteltiin ikääntyvien henkilökohtaisen liikuntaneuvonnan tarpeita ja toteutumista kolmen fyysisesti passiivisen sekä yhden entuudestaan aktiivisen, mutta liikkumiseensa erityistä tukea kaipaavan ikääntyvän arjessa. Tutkimuksessa keskityttiin ennen kaikkea liikunnan harrastamisen esteisiin ja motiiveihin, sekä koehenkilöiden koettuun pätevyyteen liikunnan harrastamisen osalta. Tutkimus oli otteeltaan laadullinen toimintatutkimus, jonka sisällä tarkasteltiin neljää erillistä tapausta. Vuosien 1905-39 välillä syntyneet koehenkilöt poimittiin tutkimukseen Jyväskylässä pitkälinjaista tutkimusta edustavan ”Ikivihreät” -projektin joukosta. Kriteereinä valinnalle toimi ikääntyvien fyysinen inaktiivisuus tai koettu tarve henkilökohtaiselle liikuntaneuvonnalle.

Tutkimuksen aineisto kerättiin tammi- maaliskuussa 2005. Aineiston hankintavaiheessa jokaisen koehenkilön kanssa toteutettiin kymmenen henkilökohtaista tapaamista käsittänyt liikuntaneuvontajakso, jonka puitteissa toteutettiin alkukysely liikunnan ja terveyden osalta, toimintakykytestit, sekä loppuhaastattelu. Tämän lisäksi aineistona käytettiin tutkijan omia päiväkirjamerkintöjä tapaamisten aikana toteutetusta liikunnasta, sekä siihen liittyvistä tutkijan havainnoista ja kokemuksista. Fenomenologis-hermeneuttisen tutkimuksen analysoinnissa käytettiin laadullisen tutkimuksen menetelmistä teemoittelua.

Liikuntaneuvontajakson pääasiallisena tavoitteena oli tukea ikääntyvän itsenäistä liikkumiskykyä ja elämänlaatua sekä luoda edellytyksiä käyttäytymisen muutoksille. Henkilökohtainen liikuntaneuvonta sisälsi jokaisen koehenkilön kohdalla kyseiselle neuvonnalle oleellista tiedonpuutteen ja henkilökohtaisen epävarmuuden vähentämistä sekä liikkumaan rohkaisemista.

Tutkimus osoitti henkilökohtaisella liikuntaneuvonnalla olevan vaikutusmahdollisuuksia niin ikääntyvän fyysiseen aktiivisuuteen, hänen kokemuksiinsa esteisiin kuin hänen koettuun pätevyyteensä. Koska koehenkilöiden kokemat esteet liikkumiselle liittyivät usein tiedon ja tuen puuttumiseen, onnistuttiin näitä esteitä madaltamaan jakamalla ikääntyvälle tietoa liikunnasta ja rohkaisemalla häntä liikkumaan. Vahvistunut pätevyyden tunne näkyi koehenkilöissä vahvistuvana yrittämisenä ja ilona itsensä ylittämisestä. Muutama heistä löysi itselleen harrastuksen, johon ei ollut aikaisemmin uskonut pystyvänsä. Liikuntaneuvontajakson aikana kolme koehenkilöä neljästä oli edennyt transteoreettisen käyttäytymisen muutosvaihemallin mukaisesti esiharkintavaiheesta harkintavaiheeseen, harkintavaiheesta valmistautumisvaiheeseen tai esiharkintavaiheesta toimintavaiheeseen.

Avainsanat: liikuntaneuvonta, ikääntyvät, koettu pätevyys

TIIVISTELMÄ

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	5
2.1 Fyysinen ikääntyminen.....	7
2.2 Psykkinen ikääntyminen.....	10
2.3 Ikääntyminen ja sosiaalinen osallistuminen.....	12
3 IKÄÄNTYMINEN JA SAIRAUDET.....	15
4 IKÄÄNTYMINEN JA TOIMINTAKYKY.....	18
5 IKÄÄNTYMINEN JA LIIKUNTA.....	25
5.1 Liikunnan hyödyt ikääntyvälle ihmiselle.....	25
5.1.1 Liikunnan vaikutukset fyysiseen hyvinvointiin.....	26
5.1.2 Liikunnan vaikutukset psyykkiseen hyvinvointiin.....	29
5.1.3 Liikunnan vaikutukset sosiaaliseen osallistumiseen.....	30
6 LIIKUNNAN TOTEUTUMINEN IKÄÄNTYVILLÄ IHMISILLÄ.....	35
6.1 Ikääntyvien ihmisten liikuntamotiivit sekä liikunnanharrastusta tukevat tekijät.....	38
6.2 Ikääntyvien ihmisten koetut esteet liikunnan harrastamiseen.....	41
7 LIIKUNTANEUVONTA OSANA IKÄÄNTYVIEN IHMISTEN LIIKUNNAN EDISTÄMISTÄ.....	45
7.1 Liikuntaneuvonnan kanavat.....	45
7.2 Henkilökohtaisen liikuntaneuvonnan tavoitteet.....	47
7.3 Liikuntaneuvonta käyttäytymisen muutosvaiheissa.....	49
8 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	54
8.1 Tutkimuksen menetelmät ja tutkimusaineisto.....	55
8.2 Aineiston analyysi ja tulkinta.....	58
8.3 Tutkimuksen luotettavuus.....	60
9 TULOKSET: NELJÄ KEHYSKERTOMUSTA.....	64
9.1 Arka intoilija.....	64
9.1.1 Lähtötilanne.....	64
9.1.2 Toiminnan kuvaus.....	65
9.2 Sosiaalinen motivoituja.....	73
9.2.1 Lähtötilanne.....	73
9.2.2 Toiminnan kuvaus.....	74
9.3 Viriili tarinaseppo.....	84
9.3.1 Lähtötilanne.....	84
9.3.2 Toiminnan kuvaus.....	85
9.4 Spontaani kyseenalaistaja.....	91
9.4.1 Lähtötilanne.....	91
9.4.2 Toiminnan kuvaus.....	93
9.5 Toiminnan yhteisarviointi.....	103
10 POHDINTA.....	108
LÄHTEET.....	119
LIITTEET.....	127
Liite 1 Liikunta- ja terveystutkimus.....	127
Liite 2 Toimintakykytestit.....	130
Liite 3 Loppuhaastattelu.....	132

Liite 4 Esimerkkiohjelma: kuntosali 1/2	135
Liite 5 Esimerkkiohjelma: kuntosali 2/2	136
Liite 6 Esimerkkiohjelma: kuminauha-jumppa	138
Liite 7 Esimerkkiohjelma: vireyttävä ja voimistava kotivoimistelu.....	142

1 JOHDANTO

Väestörakennettamme muuttaa lähivuosina kasvava ikääntyvien ihmisten joukko, mikä asettaa omat haasteensa myös terveydenhuoltopalveluille. Ruuskasen (1997) mukaan väestön ikärakenteen vanheneminen on kasvattanut liikunnallisen kuntoutuksen merkitystä etenkin preventiivisessä, sairauksia ehkäisevässä mielessä. Useiden sairauksien samanlainen esiintyminen liittyy kiinteästi heikentyneeseen toimintakykyyn ja avuntarpeeseen (Laukkanen 2003), mikä viittaa myös fyysisen aktiivisuuden vähenemiseen sairauksien ilmaantuessa. Lukuisat tutkimukset osoittavat ikääntyvien ihmisten kokemien liikunnan harrastamisen esteiden lisääntyvän juuri sairauksien ja oireiden myötä (Alén, Kukkonen-Harjula & Kallinen 1997; Dunlap & Barry 1999; Grossman & Stewart 2003; Hirvensalo, Rasinaho, Rantanen & Heikkinen 2003; Hirvensalo, Heikkinen, Lintunen & Rantanen 2005; Rasinaho, Hirvensalo, Leinonen, Lintunen & Rantanen painossa).

Sairaudet ja oireet ovat luonnollinen osa ikääntymistä, johon yksilön passivoitumisen ei kuitenkaan tarvitsisi liittyä. Koska lievät toiminnanvajaudet pahenevat nopeasti (Strandberg, Tilvis & Lehtonen 2001), tulisi ikääntyvien ihmisten toimintakyvyn ylläpitoon kiinnittää huomiota jo ennen toiminnanvajausten ilmaantumista. Verbruggen ja Jetten (1994) toiminnan vajausten kehittymistä kuvaavassa mallissa yksilö- ja ympäristötekijät joko nopeuttavat tai hidastavat toiminnanvajausten kehittymistä. Ulkopuolisen tuen ja ohjauksen puuttuminen, yksilön fyysiset ja psyykkiset elinolosuhteet sekä terveydenhuoltohenkilökunnan varoittelut ovat yleisiä ikääntyvän ihmisen toiminnan vajausten kehittymistä nopeuttavia tekijöitä. Ulkopuolisella neuvonnalla ja ohjauksella voidaan kuitenkin edesauttaa ikääntyvän fyysisen aktiivisuuden säilyttämistä ja tätä kautta toimintakykyistä vanhenemistä.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ikääntyvien ihmisten henkilökohtaista liikuntaneuvontaa ja sen yksilötason vaikutusmahdollisuuksia neljän erillisen liikuntaneuvontatapauksen kautta. Liikuntaneuvonnan vaikutusten ja tarpeellisuuden arviointi tapahtuu tutkimuksessani sekä minun, että tutkittavien kokemusten ja ajatusten pohjalta. Tarkastelen tutkimuksessa koehenkilöideni kokemia motiiveja ja esteitä liikunnan harrastamiseen. Koska yksilön kokonaisvaltainen hyvinvointi riippuu suurelta osin hänen kyvystään selvittää

arkipäiväisestä elämästään itsenäisesti (Meusel 1995), keskityn tutkimuksessani myös koehenkilöideni koettuun pätevyyteen, sekä sen merkitykseen ikääntyvän fyysisen aktiivisuuden kannalta. Pyrin kuvaamaan ikääntyvän ihmisen liikuntaneuvontaa tapahtumana niin, että lukijalle avautuu mahdollisuus tutustua siihen aineistoni kautta. Nostan tutkimuksessani ikääntyvän yksilön yhteiskunnallisia seikkoja merkityksellisempään asemaan. Ikääntyvällä ihmisellä tulisi olla mahdollisuus oman toimintakykynsä ylläpitoon ja näin menestyksekkääseen vanhenemiseen. Liikunta voi tukea tätä onnistunutta vanhenemista tarjoamalla virikkeitä, haasteita, tavoitteita, onnistumisen elämyksiä, mielekästä ajankäyttöä, sosiaalisia kontakteja, yhteistoimintaa sekä yhteisöllisyyden kokemista (Vuori 2005).

2 MITÄ ON IKÄÄNTYMINEN?

Ihmisen ikääntymiseen liittyy biologisia ja fysiologisia muutoksia, jotka hidastavat elimistön suoritus- ja sopeutumiskykyä, sekä heikentävät vastustuskykyä. Niiden ilmenemiseen vaikuttavat ennen kaikkea perinnölliset tekijät sekä elämän kuluessa solu- ja molekyyllitasolla kertyvät vauriot ja kuluminen. (Vuori 2005.) Ikääntymiseen liittyvät muutokset ihmisen psyykkisissä ja sosiaalisissa toiminnoissa eivät ole fyysisten ja havaintomotoristen muutosten tavoin sidoksissa yksilön biologiseen vanhenemiseen, vaan niiden taustalla vaikuttavat vahvasti sekä yhteiskunnassa vallitsevat arvot ja normit että eri ikäryhmien konkreettiset toimintamahdollisuudet. Jopa perherakenteet ja elin – ja asuinolosuhteet luovat reunaehdoja iäkkäiden ihmisten sosiaalisille verkoille ja sosiaaliselle osallistumiselle, vaikuttaen näin myös yksilön psyykkiseen ja sosiaaliseen vanhenemiseen. (Heikkinen 1997). Myös yksilön sosioekonominen asema, henkilökohtainen terveystyytyminen sekä konkreettiset hoitomahdollisuudet vaikuttavat niin fyysisen, psyykkisen kuin sosiaalisen ikääntymisen etenemiseen (Fried, Ferrucci, Darer, Williamson & Anderson 2004).

2.1 Fyysinen ikääntyminen

Yksilön ikääntymiselle on tunnusomaista eri elinten ja elinjärjestelmien rakenteen ja toiminnan vähittäinen heikkeneminen. Fyysisen suorituskyvyn näkökulmasta oleellisia ominaisuuksia ovat rakenteellinen lujuus ja notkeus, voima, kestävyys sekä havaintomotorinen taito. Näihin vaikuttavia elinjärjestelmiä ovat tuki- ja liikuntaelimestö, lihakset, sydän ja verenkierto sekä keskushermosto. (Suominen 1997.)

Luusto toimii oleellisessa tehtävässä elimistön tukipilarina. Vanhenemiseen liittyvän fysiologisen luun menetyksen (osteopenian) ja luun patologisen haurastumisen (osteoporoosin) yhteydessä luun muodostus ei ehdi täysin korvaamaan menetetyn luukudoksen määrää. Seurauksena on luun määrän väheneminen ja rakenteen heikkeneminen, joita saattaa ilmetä jo 35-40 vuoden iästä alkaen. Viidenkymmenen ikävuoden jälkeen muutokset ovat selkeämpiä erityisesti vaihdevuosi-ikäisillä naisilla, joille hohkaluun lisääntynyt hajoaminen on tyyppillistä. Naiset menettävätkin elämänsä aikana keskimäärin 50 % keskivartalon ja mui-

den pienempien luiden sisäosien hohkaluuaineksestaan sekä 30 % pitkien luiden varsiosien ja muiden luiden pintaosien kuoriluuaineksestaan, kun vastaavat luvut miehillä ovat 30 % ja 20 %. Sekä kuori- että hohkaluiden funktiot ovat raajoissa enimmäkseen mekaanisia, kun taas keskivartalossa molemmilla luutyypeillä on myös tärkeä aineenvaihdunnallinen rooli. (Suominen 2003.) Vanhenemiseen liittyvän fysiologisen luun menetyksen ja patologisen luun haurastumisen välinen raja on kuitenkin epäselvä ja sopimusvarainen (Suominen 1997).

Ikääntyminen tuo mukanaan nivelten jäykistymistä. Rustokudoksen haurastuessa vähenee myös rustonalaisen luun kimmoisuus. (Leirisalo-Repo 2001.) Luuston ja rustokudoksen heikkeneminen selkärangassa lyhentää sen pituutta ja aiheuttaa ryhtimuutoksia, jotka puolestaan rajoittavat selkärangan liikkuvuutta. Myös niska-hartiaseudun vaivoihin liittyy usein liikkuvuutta heikentäviä kaularangan ryhtimuutoksia sekä hartiaseudun lihasten tukitoiminnan heikentymistä. Lihäsjäykkyyskin lisääntyy ikääntymisen myötä lihaksen venytyksen sietokyvyn samalla heikentyessä. Eri nivelten notkeuteen vaikuttavat luisten rakenteiden, rustokudosten ja lihasten ohella myös nivelkapseli, nivelsiteet, jänteet sekä iho, joiden kaikkien toimintaa ikääntyminen heikentää. Varsinaisia liikkumisvaikeuksia aiheuttavat ennen kaikkea nilkan, polven sekä lonkan liikerajoitukset. (Suni 2005.)

Liikuntaelimistön toiminnan kannalta oleellinen lihasmassa vähenee keski-ikästä alkaen aiheuttaen lihasvoiman vähenemistä 65. ikävuoden jälkeen 1-2 % vuodessa. Tämä lihasmassan väheneminen johtuu sekä lihassäikeiden lukumäärän laskusta, että niiden koon pienenemisestä. (Lehtonen 2001; Sipilä & Rantanen 2003.) Osa voiman heikkenemisestä liittyy myös erilaisiin sairauksiin sekä fyysisen aktiivisuuden muutoksiin. Vaihdevuosiin liittyvien hormonaalisten muutosten takia naisten lihasvoima heikkenee viidenkymmenen ikävuoden tienoilla luultavasti enemmän ja nopeammin kuin miesten. (Sipilä & Rantanen 2003.) Ikääntymisen mukana menetetty lihasmassa, sekä samanaikainen rasvakudoksen määrän lisääntyminen johtaa saman kuorman liikuttamiseen aiempaa pienemmällä lihasmassalla (Suni 2005). Samalla lihasvoiman heikkenemisen myötä myös kyky tehdä lihasvoimaa vaativaa työtä huononee. Mitä heikompi lihas on, sitä hitaammin se kykenee tuottamaan ulkoisen vastuksen voittamiseksi tarvittavan lihassupistuksen. (Lehtonen 2001.) Kuudenkymmenenviiden ikävuoden jälkeen nopeusvoima vähenee noin 10-30 % enemmän kuin maksimivoima (Korhonen 2003).

Lihasmassaa menetettäessä huononee lihasten kyky käyttää happea, joka näkyy fyysisessä suorituksessa maksimaalisen hapenkulutuksen heikkenemisenä (Suni 2005; Kallinen 2003.) Maksimaalisen hapenkulutuksen arvo kertoo, kuinka monta litraa mitattavan elimistö kykenee kuluttamaan happea minuutissa. Maksimaalisen hapenottokyvyn lasku alkaa noin 30 vuoden iässä. (Kallinen 2003.) Terveellä henkilöllä, jonka fyysinen aktiivisuus ei muutu, alenee hapenottokyky noin 10 % kymmenessä vuodessa. Hapenottokyky laskee siten noin 50 % kahdenkymmenen ja kahdeksankymmenen ikävuoden välillä. Tästä puolet johtuu perifeeristen kudosten vähentyneestä hapenkäytöstä, sydänverenkierron toiminnan laskun selittäessä loput. (Lehtonen 2001; Lehtonen & Tilvis 2001.) Hapenottokyvyn lasku johtaa samanaikaisesti kestävyuden laskuun, mikä näkyy pitkäkestoisessa fyysisessä suorituksessa normaalia nopeampana hengästymisenä ja väsymisenä (Suominen 1997).

Ikääntymiseen liittyvä syketason lasku johtuu ikään liittyvien, sydäntä säätelevien mekanismien muutoksista (Lehtonen & Tilvis 2001; Kallinen 2003). Syketiheyden jäädessä alhaisemmalle tasolle, pyritään vasemman kammion laajenemisella turvaamaan sydämen minuuttitilavuuden säilyminen pitkäkestoisessa fyysisessä kuormituksessa. Sydämessä voidaankin nähdä ikääntyessä sekä kammioiden laajenemista että kammioiden seinämien paksunemista. (Kallinen 2003.) Myös verenkiertoelimistön säätelyjärjestelmien heikkeneminen toimii merkittävässä asemassa fyysisessä ikääntymisprosessissa johtaen usein verenpaineen äkillisiin vaihteluihin. Verisuonten seinämien rakenteen muutos johtaa puolestaan ihmisen ikääntyessä verisuonten, mukaan lukien aortan, seinämien jäykistymiseen. (Lehtonen & Tilvis 2001.) Ikääntymiseen liittyvä laskimoseinämien veltostuminen johtaa veren kasaantumiseen alaraajojen laskimoihin sekä sydämen oikean eteisen täyttymisen hidastumiseen. Tämä kammioiden täyttymisen heikentyminen saattaa osaltaan alentaa sydämen minuuttitilavuutta. (Kallinen 2003.)

Havaintomotoriikka heikentyy ikääntymisen seurauksena vaikeuttaen niin kehon hallintaa kuin yksilön kokemaa varmuutta liikkumisestaan (Suominen 1997). Yhtenä vanhenemiseen liittyvien muutosten peruspiirteenä onkin pidetty juuri havaintomotorisen nopeuden alenemista, joka on nähtävissä yksilön konkreettisessa suoriutumisessa sekä yksinkertaisista että ennen kaikkea monimutkaisista tehtävistä. Myös kehon asennon ylläpitoon liittyvän elinjärjestelmän kaikissa osissa on todettu vanhenemiseen liittyviä muutoksia. (Era 1997.) Kehon asennon hallinta on prosessi, joka perustuu kehon useiden säätelyjärjestelmien yh-

teistoimintaan, ottaen samalla huomioon sekä suoritettavan toiminnan että ympäristön vaatimukset. Tasapainon hallintaa voidaan pitää motorisena taitona, jonka kehon hermojärjestelmä vähitellen oppii. Tasapainon hallinta on parhaimmillaan aikuisiässä ja heikkenee sitten iän lisääntymisen mukana 50-60 vuoden iästä alkaen. (Pajala, Sihvonen & Era 2003.)

Ihmisen ikääntyessä asentokontrollijärjestelmää heikentävät muun muassa näön tarkkuuden aleneminen, asentotuntoon liittyvän proprioseptisen järjestelmän toiminnan heikkeneminen sekä sisäkorvan toiminnan ja rakenteen muuttuminen. Yksi huonon tasapainon aiheuttamista seuraamuksista ikääntyneillä on kaatumistapaturmien riskin kasvu. (Era 1997; Pajala, Sihvonen & Era 2003.) Tasapainoa heikentävät osaltaan alaraajojen voiman väheneminen sekä voimantuottonopeuden aleneminen erityisesti äkillisissä, horjuntaa aiheuttavissa tilanteissa (Pajala, Sihvonen & Era 2003).

Tavallisimmin päivittäisiä toimintoja rajoittavat fyysisessä ikääntymisessä yleisen voimattomuuden ohella nivelkivut ja muut tukielinvaivat sekä alentuneeseen sydän- ja hengityselimistön suorituskykyyn viittaavat oireet (Tilvis 2001). Iäkkäiden henkilöiden itsensä mielestä myös tasapainoon liittyvät ongelmat ovat yleisiä arkielämää haittaavia rajoitteita (Pajala, Sihvonen & Era 2003). Fyysisen toimintakyvyn ja elinvoimaisuuden heikkenemistä selitetään kuitenkin liian usein vain biologisesta vanhenemisestä johtuvaksi ilmiöksi, vaikka tämä fyysisen kestävyuden heikkeneminen heijastaa myös yksilön koettua pätevyyttä sekä heikentyvää uskoa omiin kykyihin (Bandura 1997, 204).

2.2 Psyykkinen ikääntyminen

Aivojen paino vähenee normaalin vanhenemisen kuluessa 10-15 % vaikuttaen samalla yksilön psyykkiseen toimintaan. Tähän toimintaan vaikuttavat myös keskushermoston solut, jotka eivät kuoltuaan voi uusiutua. Solujen rappeutuminen aiheutuu neuronien fysiologisista muutoksista. Monien aivonosien neuronit kutistuvat vanhuudessa ja vähentävät muihin soluihin olevien yhteyksien lukumäärää. (Stuart-Hamilton 1996, 20, 35-36.)

Psyykkisen toiminnan keskeisiä alueita ovat kognitiiviset eli tiedon käsittelyssä tarvittavat toiminnot, kuten havainto- ja muistitoiminnot, oppiminen, kielelliset toiminnot sekä ajatte-

lu, ongelmanratkaisu ja päätöksenteko. Yksilön omat käsitykset, tiedot ja arviot edellä mainituista toiminnoista kuuluvat osaksi psyykkistä toimintaa. Myös mielenterveys toimii yhtenä tärkeänä psyykkisen toimintakyvyn edellytyksenä. (Ruoppila & Suutama 2003.)

Ikääntyminen vaikuttaa yksilön kognitiivisiin toimintoihin hyvin moninaisesti. Osa näistä toiminnoista heikkenee tai ei muutu lainkaan, kun taas toiset kognitiiviset toiminnot saattavat ikääntymisen seurauksena jopa parantua entisestään. Tutkimusten perusteella ikääntyminen heikentää ainakin osin kognitiivisen tiedonkäsittelyn nopeutta ja joustavuutta sekä psykomotorista kyvykkyyttä. Toisaalta kognitiiviset taidot saattavat heikentyä vain käytön puutteesta tai älyllisten toimintojen tehostomasta käytöstä johtuen. (Bandura 1997, 199.)

Kognitiivisten toimintojen heikentyminen voi olla vanhenemisen ohella seurausta useista erilaisista sairauksista. Yleisimpiä näistä ovat keskushermoston sairaudet, aivojen verenkiertoa vaikeuttavat sydän- ja verisuonisairaudet, diabetes sekä mielialaongelmat. Tällaisten sairauksien ennaltaehkäisyllä ja oikealla hoidolla ylläpidetään psyykkistä toimintakykyä tai ainakin hidastetaan kognitiivisten toimintojen heikentymistä. (Ruoppila & Suutama 2003.) Vähäinen kognitiivisen toimintakyvyn heikentyminen ei kuitenkaan välttämättä vaikuta mitenkään päivittäisistä tiedonkäsittelytehtävistä selviytymiseen, sillä näissä tehtävissä tarvitaan harvoin äärimmäisen korkeita kognitiivisia toimintoja (Bandura 1997, 199).

Ensimmäisenä vanhenemismuutokset ilmenevät yleensä niin sanotussa joustavassa älykkydessä eli uuden oppimista ja suoritusnopeutta vaativissa tehtävissä, kuten ratkaisujen löytämisessä uudelleenlaisiin ongelmiin. Sen sijaan kiteytynyttä älykkyyttä vaativissa toiminnoissa, kuten kielitaidossa, havaitaan merkittäviä vanhenemismuutoksia yleensä vasta 70 ikävuoden jälkeen. (Ruoppila & Suutama 2003.) Kiteytynyt älykkyys mittaa henkilön elin-aikanaan hankkiman ja oppiman tiedon määrää ja tämä älykkyys pysyy yksilön ikääntyessä suurilta osin ennallaan (Stuart-Hamilton 1996, 44.), saattaen älykkyysasuorituksien osalta jopa parantua (Kuusinen 2003). Toisaalta monia iäkkäitä erityisesti vaivaava näön ja kuulon heikkeneminen vaikeuttaa melko varmasti osaltaan yksilön kielellisiä kykyjä, jotka myös lasketaan osaksi kiteytynyttä älykkyyttä (Stuart-Hamilton 1996, 128). Yksilöiden väliset ikämuutosten erot ovat kuitenkin suuria ja yleistysten tekeminen voi olla varomattomaa. Eniten yksilöiden välisiä eroja selittävät koulutus, elämäntavat sekä yksilön oma aktiivisuus kykyjensä käyttämisen osalta. (Kuusinen 2003.)

Iän mukanaan tuomat muistin muutokset vaihtelevat yksilöstä riippuen. Niin sanottu primääri lyhytkestoinen muisti sekä pitkäkestoisesta muistista semanttinen asiamuisti ja toimintatapamuisti muuttuvat vain vähän normaalin vanhenemisen seurauksena. Lyhytkestoinen työmuisti sekä pitkäkestoinen tapahtumamuisti heikkenevät sen sijaan jo melko varhaisesta aikuisuudesta alkaen. (Ruoppila & Suutama 2003.) Joustavan älykkyyden ja muistikykyjen samanaikaisen heikkenemisen onkin nähty heijastavan juuri hermoston toiminnan heikkenemistä. Toisaalta, muistialueet, jotka eivät heikkene ovat hyvin vahvasti osakiteytyntä älykkyyttä; tietojen, strategioiden ynnä muiden tuntemusta. (Stuart-Hamilton 1996, 105.) Muistin lievä heikkeneminen ei yleensä kuitenkaan merkittävästi heikennä päivittäisen elämän vaatimaa kognitiivista toimintakykyä, koska muistin joustovara on huomattava. (Ruoppila & Suutama 2003; Vuori 2005.)

Viisautta on perinteisesti luonnehdittu kehittyneeksi ymmärrykseksi, terävyydeksi sekä vankaksi arvostelukyvyksi. Koska iän ja kokemuksen mukanaan tuoma arvostelukyky ja viisaus ovat huomattavasti tiedon mekaanista käsittelyä vaikeammin mitattavissa, jätetään nämä ikääntymisen myötä useimmiten paranevat kognitiiviset toiminnot ikääntymisen seurauksia tutkittaessa turhankin vähälle huomiolle. Ikääntyvien viisaus ja kyky edistää yleistä elämänlaatua tulisi kuitenkin ottaa yhteiskunnassa nykyistä paremmin huomioon. Usein ikääntyvät korostavat kuitenkin itse muistin merkitystä arvioidessaan omaa älyllistä kyvykkyyttään. (Bandura 1997, 199, 201.) Muistihäiriöt voivat aiheuttaa myös masennusta. Masennuksella eli Depressiolla tarkoitetaan oireyhtymää, jonka keskeiset oireet ovat mielialan lasku, eli voimakas alakuloisuus sekä tarmon ja toimeliaisuuden puute. Masentuneisuuden riskiryhmiin kuuluvat esimerkiksi huonon taloudellisen tilanteen, heikentyneen terveyden ja toimintakyvyn omaavat, samoin kuin yksinäiset, äskettäin menetyksiä kokeneet iäkkäät ihmiset. (Kivelä 2001.)

2.3 Ikääntyminen ja sosiaalinen osallistuminen

Ihmiset saavat persoonallisuutensa varhaisaikuisuudessa. Varhaisaikuisuuden jälkeiset muutokset persoonallisuudessa ovat lähinnä tunteiden ja asenteiden voimakkuuden vähenemistä tai kasvua. (Stuart-Hamilton 1996, 152.) Sosiaalisuuden kannalta merkittävään asemaan nousee ikääntyvän henkilön oma aktiivisuus sosiaaliseen osallistumiseen. Keski-

iässä omaksuttu aktiivisuusmalli sekä muotoutuneen aktiivisuustason säilyttäminen takaavat korkean tyytyväisyystason myös ihmisen ikääntyessä. (Jyrkämä 2003.) Koetulla sosiaalisella pätevyydellä on nähty olevan yhteyttä yksilön saamaan sosiaaliseen tukeen. Yksilön kokiessa itsensä sosiaalisesti päteväksi, kykenee hän myös helpommin rakentamaan sosiaalista tukea antavia ihmissuhteita. Toisaalta yksilön saadessa osakseen sosiaalista tukea, vahvistuu samalla myös hänen käsitys omista sosiaalisista kyvyistään. (Bandura 1997, 206.) Aktiivisuuden säilyttämistä on perusteltua pitää parhaana takeena onnistuneelle vanhenemiselle. Hyvän vanhenemisprosessin tärkeänä piirteenä pidetään myös yksilön aktiivisuuden ja henkilökohtaisten tarpeidensa tasapainoa. (Jyrkämä 2003.)

Ikääntymisen sosiaaliseen aspektiin kuuluu oleellisena osana sopeutuminen erilaisiin roolimenetyksiin, joista keskeisimpänä voidaan pitää työroolin menetystä yksilön siirtyessä eläkkeelle (Jyrkämä 2003). Myös ystävien ja aviopuolisoiden kuolemat kuuluvat myöhäisten ikävuosien sosiaalisia suhteita mullistaviin muutoksiin. (Bandura 1997, 205). Sekä Jyrkämän (2003) että Banduran (1997, 205) mukaan näissä roolien menetyksissä olisi parasta, jos yksilö kykenisi korvaamaan menetyksensä uusilla rooleilla. Erilaisten roolien menettämisen lisäksi monet kadottavat ikääntyessään myös henkilökohtaisia resurssejaan sekä mahdollisuuksiaan päästä mukaan erinäisiin haastaviin tehtäviin ja harrastuksiin. Mitä enemmän ympäristö asettaa rajoituksia ikääntyvilleen, sitä odotettavampaa on myös ikääntyvän väestön sosiokognitiivisen toimintakyvyn heikentyminen. Ikääntyviltä vaaditaankin vahvaa koettua pätevyyttä jotta he pystyisivät säilyttämään elämänsä tuottavana sellaisissa kulttuureissa, joissa ikääntyviltä ei liioin odoteta mitään tai heitä ei arvosteta. (Bandura 1997, 208.) Kuitenkin erilaisista rooleista ja tehtävistä irtaantuminen tulisi nähdä osaltaan myös luonnollisena, biologisperusteisena, kaiken kaikkiaan normaalina osana elämäntulkua (Jyrkämä 2003).

Sosiaalisten reservien väheneminen johtaa terveyden tasapainon horjumiseen (Strandberg ym. 2001). Kuitenkin myös fyysisen terveyden heikkeneminen voi vähentää henkilön käyntejä esimerkiksi kaupassa ja kirjastossa hänen itse sitä haluamattaan. Tällainen lisääntyvä sosiaalinen eristäytyminen heikentää Stuart-Hamiltonin (1996, 128) mukaan luultavasti keskustelutaitoja. Lisäksi häiriöt kuulossa ja näössä ovat yleisiä aiheuttaen vaikeuksia sekä sosiaalisessa vuorovaikutuksessa että kodin ulkopuolisten asioiden hoitamisessa (Heikkinen, Kauppinen & Laukkanen 2003). Banduran (1997, 206) mukaan ikääntymisen

nähdään kuitenkin liian stereotyyppisesti johtavan sosiaaliseen riippuvuuteen. Suurin osa ikääntyvistä selviää huomattavan itsenäisesti päivittäisten asioiden hoitamisesta. Sosiaalinen riippuvuus tulisi lisäksi muistaa erottaa yksilön toiminnallisiin rajoituksiin liittyvästä avun tarpeesta, jota voidaan pitää oleellisena juuri yksilön autonomian säilymistä ajatellen. Tällainen osittainen riippuvuus mahdollistaakin ikääntyvän itsenäisen ajankäytön muiden häntä kiinnostavien harrasteiden parissa. (Bandura 1997, 206.)

3 IKÄÄNTYMINEN JA SAIRAUDET

Kasvukauden päätyttyä alkavien fysiologisten vanhenemismuutosten lisäksi vanhenemiseen vaikuttavat kasautuvasti sekä erilaiset patologiset prosessit ja sairaudet kuin elintavat ja ympäristötekijätkin (Suominen 1997). Ikääntymiseen liittyy usein kroonisia sairauksia, jotka eivät sinällään ole kuolemaan johtavia. Keski-ikänsä jälkeen näistä kroonisista sairauksista yleisimpiä ovat nivelrikko, verenpaine, krooninen nenän sivuontelon tulehdus, tinnitys, kuulovaikeudet, heinänuha ilman diagnosoitua astmaa, krooniset selkäkiput, suonikohjut, harmaakahi, migreeni sekä näkövaikeudet. Ikääntymiseen liittyvistä kuolleisuutta lisäävistä sairauksista yleisimpiä ovat iskeeminen sydänsairaus, diabetes sekä 75 vuotta täytäneiden osalta ateroskleroosi eli valtimoahtaumatauti. (Verbrugge & Jette 1994.) Liikkumisen vaikeutumisen kannalta tavallisimpia ovat nivelvaivoja, selkäkipua ja alaraajojen heikkoutta aiheuttavat tuki- ja liikuntaelinsairaudet (Tilvis 2001). Vanhusväestön tärkeimmät toimintarajoitteisuuden syyt ovat kahdeksastakymmenestä 85. ikävuoteen saakka tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä sydänsairaudet, ja sitä iäkkäämmillä dementoivat sairaudet (Valvanne 2001; Tilvis 2001). Vanhuuteen usein liitettävällä dementialla tarkoitetaan älyllisten toimintojen laaja-alaista heikkenemistä, joka on seurausta keskushermoston surkastumisesta eli atrofiasta. Taudin tunnettavuudesta huolimatta vain 5-6 prosentille kaikista iäkkäistä ihmisistä kehittyä dementiaoireita ja monet heistäkin ovat kuollessaan vain lievästi dementoituneita. (Stuart-Hamilton 1996, 154, 191.)

Ikivihreät-projektin puitteissa vertailtiin vuosina 1988 ja 1996 65-69- vuotiaiden sairastavuutta. Tällöin selvästi yleisimmäksi sairausryhmäksi ilmeni sydän- ja verisuonisairaudet, joita tutkituista sairasti 39 – 46 %. Seuraavaksi yleisimpiä olivat tuki- ja liikuntaelinsairaudet, joita sairastavien osuus oli 29 – 43 %. Tutkittavat sairastivat keskimäärin yhtä tai kahta pitkäaikaissairautta ja käyttivät yhtä tai kahta lääkärin määräämää lääkettä. (Laukkanen, Leinonen, Sakari-Rantala & Heikkinen 1999.) Samaisessa Ikivihreät – projektissa ilmeni 75-vuotiaassa väestössä lääkärintarkastuksen perusteella keskimäärin yli kaksi sairautta alkumittaustilanteessa. Kymmenvuotisen seurannan aikana sairauksien määrä kasvoi tästä merkittävästi: naisilla oli 85 vuoden iässä keskimäärin 3.8 sairautta ja samanimikaisillä miehillä kolme sairautta. Kahdeksankymmentävuotiaiden seuruuryhmässä vastaavat sairauksi-

en määrät olivat yhdeksänkymmenen vuoden iässä miehillä 3,4 ja naisilla neljä. (Heikkinen ym. 2003, 48.) Naisten ja miesten sairastavuudessa on havaittavissa eroja. Miesten kuolleisuus on suurempaa varhemmissa ikävaiheissa, kun taas naisilla ilmenee enemmän toimintakykyä haittaavia tuki- ja liikuntaelinsairauksia sekä diabetesta. (Heikkinen ym. 2003, 53.) Ikivihreät tutkimuksen aikoihin vuosina 1988 ja 1996 naisilla näytti kuitenkin olevan yleistymässä krooninen keuhkosairaus ja miehillä naisilla yleisempänä pidetty sokeritauti (Laukkanen ym. 1999).

Useiden sairauksien samanaikainen esiintyminen liittyy kiinteästi heikentyneeseen toimintakykyyn ja avuntarpeeseen. Dementoivat sairaudet, aivohalvaus, nivelrikko, lonkkamurtuma, vaikeat sydänsairaudet, näön heikkeneminen ja masennussairaus ovat toimintakykyyn voimakkaasti vaikuttavina sairauksina usein tärkeimpiä laitoshoidon tarvetta aiheuttavia tautitiloja. (Laukkanen 2003.) Vain harva kahdeksänkymmentävuotias selviytyy ilman patologisia löydöksiä lääketieteellisestä tutkimuksesta ja usean sairauden samanaikainen esiintyminen on hyvin tavallista (Heikkinen, Kauppinen & Laukkanen 2003, 47).

Terveys 2000-tutkimuksen aineiston perusteella sydän- ja verisuonisairaudet ovat vähentyneet huomattavasti vuosien 1978-2001 välillä. Tätä suotuisaa kehitystä ovat edesauttaneet sepelvaltimotaudin ja sen vaaratekijöiden väheneminen, kohonneen verenpaineen diagnostiikan ja hoidon paraneminen, sekä sydämen vajaatoiminnan diagnostiikan ja lääkityksen muuttuminen. Myös tuki- ja liikuntaelinongelmat ovat kliinisen tutkimuksen perusteella yleisesti ottaen vähentyneet, vaikka itse ilmoitetut selkävaivat - naisilla myös niskavaivat ja miehillä polvivaivat - ovat ennallaan tai yleistyneet iäkkäässä väestössä. (Sihvonen, Martelin, Koskinen, Sainio & Aromaa 2003.)

Lääketiede on onnistunut löytämään parannus- ja helpotuskeinoja moniin hengenvaarallisiin ja kroonisiin sairauksiin. Verbruggen ja Jetten (1994) mukaan monen vanhuksen kohdalla lääkitys on lisännyt elinaikaa toimintakyvyttömällä elinvuosilla. Toisaalta suomalaisen väestön osalta 65-vuotiaiden toimintakykyiset elinvuodet ovat selvästi lisääntyneet kuluneen kahdenkymmenen vuoden aikana, jopa enemmän kuin elinaika. Vain pitkäaikaisairaana elettyjen vuosien määrä on iäkkäillä lisääntynyt enemmän kuin terveenä vietetyn elinajan odote. Tämä voi liittyä joka tapauksessa muun muassa diagnosoinnin ja hoitokäytäntöjen muutoksiin sekä väestön terveystietoisuuden kohenemiseen. (Sihvonen ym. 2003.)

Liian vähäiselle huomiolle on jäänyt ikääntyvää väestöä koskeva terveyden edistäminen sekä sairauksien ehkäisy samoin kuin kuntoutuksen kehittäminen lukuun ottamatta sotainvalideja ja rintamaveteraaneja (Heikkinen ym. 2003, 47).

4 IKÄÄNTYMINEN JA TOIMINTAKYKY

Toimintakyvystä puhuttaessa on kyse laajasti hyvinvointiin liittyvästä käsitteestä, josta sairaudet ovat vain osa (Laukkanen 2003). Toimintakyky on moniulotteinen käsite, jonka määrittely on usein tehty tarkasteltavien asiasisältöjen kautta ilman yleisesti hyväksyttyä käsitteistöä. Yleinen on ollut jako fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn, joiden sisällä voidaan edelleen tarkastella käsitteellisesti rajatumpia asioita. (Suutama, Ruoppila & Laukkanen 1999; Heikkinen 1997.)

Yksilön identiteetti, ympäristön määrittelemät normit ja historialliseen aikaan liittyvä kulttuuri muodostavat kontekstin, jossa yksilö arvioi omaa toimintaansa. Hän voi verrata toimintakykyään ikätovereihinsa tai omaan aikaisempaan toimintaansa. Myös moraaliset painotukset ja arvot luovat oman merkityksensä toiminnalle ja sen arvioimiselle. (Laukkanen 2003; Heikkinen 1997.) Toimintakykyä voidaan pitää dynaamisena käsitteenä ympäristön ja yksilön toimintakyvyn muuttuessa ajan mukana. Tästä toimivat esimerkkinä vanhat ihmiset, joiden toimintakyvyn tason voidaan havaita vaihtelevan jopa päivittäin (Heikkinen 1997.)

Yksilön selviytyminen päivittäisistä toiminnoista omassa asuinympäristössä on eräs tapa kartoittaa toimintakykyä (ADL eli activities of daily living) (Heikkinen 1997). Koska ADL-toiminnoissa ilmenevien toiminnanvajavuuksien nähdään olevan voimakkaasti yhteydessä kuolleisuuteen, käytetään näissä toiminnoissa selviytymistä ilmentämään myös mahdollisten terveyspalvelujen sekä pitkäaikaisen huolenpidon tarvetta. (Lamarca, Ferrer, Andersen, Liestol, Keiding & Alonso 2003; Fried ym. 2004). Päivittäisistä perustoiminnoista ja henkilökohtaisesta hygieniasta, kuten peseytymisestä ja WC:ssä käynnistä selviytymisessä arvioidaan lähinnä fyysistä toimintakykyä (Laukkanen 2003). Fyysiseen toimintakykyyn vaikuttavat keskeisimpinä tekijöinä motorinen kunto eli liikehallintakyky, sekä tuki- ja liikuntaelimestön kunto. Myös kehon koostumus vaikuttaa osaltaan liikuntaelimestön toimintakykyyn (Sunni 2005). Toimintakykyä kuvattaessa liikuntakyky nähdään erillisenä ulottuvuutena, joka käsittää esimerkiksi vuoteesta tai tuolilta nousun sekä portaissa ja ulkona liikkumisen. (Laukkanen 2003.) Ikääntymisen myötä alentuva lihasvoima voi muo-

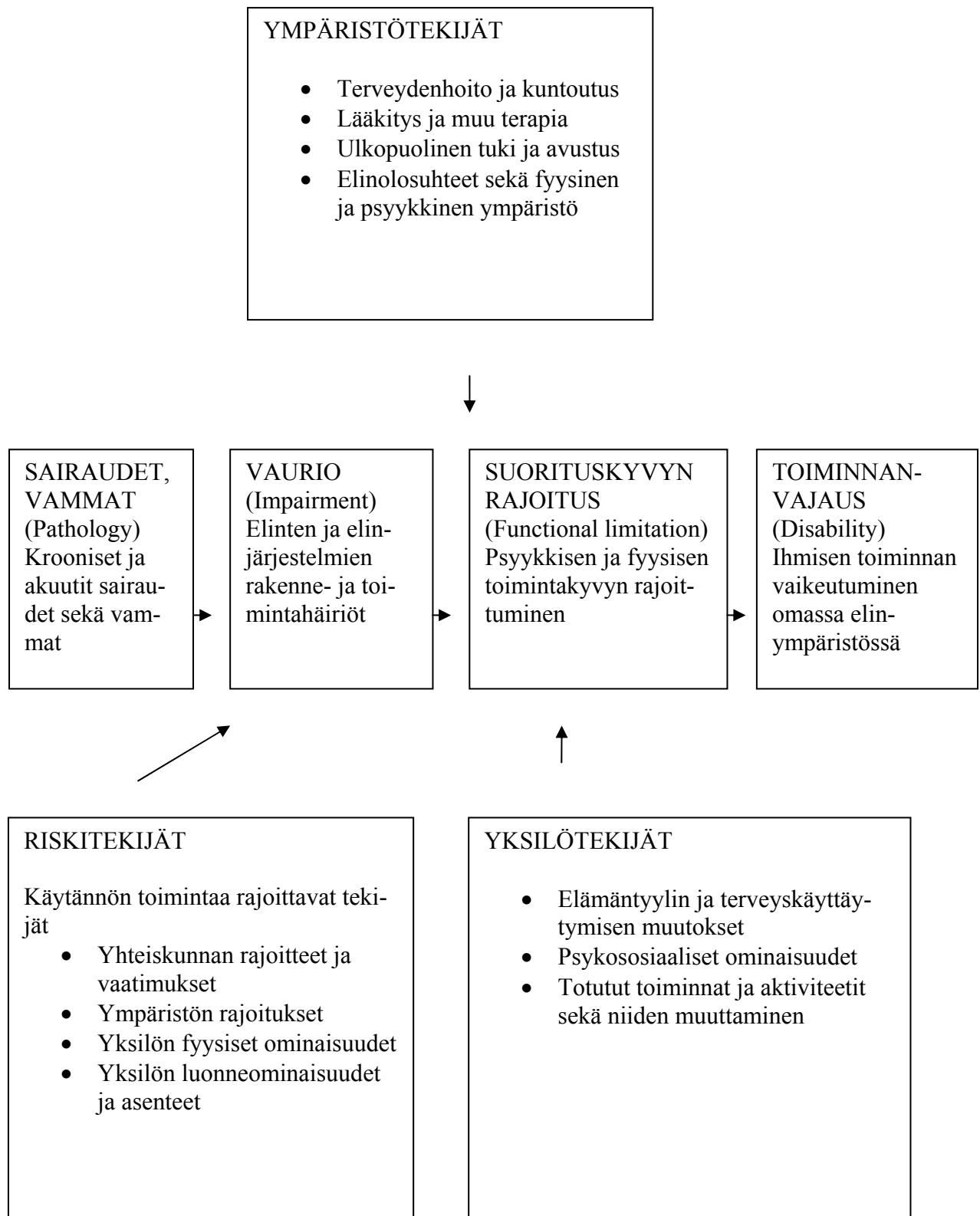
dostua riittämättömäksi, jotta henkilö kykenisi nousemaan istuma-asennosta yksin seisaalleen. Nivelten liikkuvuuden väheneminen voi puolestaan estää pukeutumisen tai pääsyn kylpyammeeseen. (Lehtonen 2001.) Päivittäisten perustoimintojen on havaittu vaikeutuvan seuraavassa järjestyksessä: kävely, kylpeminen, sängystä ja tuolista siirtyminen, pukeutuminen, WC:ssä käyminen ja syöminen (Valvanne 2001).

IADL – toimintoihin, eli niin sanottuihin välineellisiin toimintoihin, (instrumental activities of daily living, higher functioning) katsotaan sisältyvän muun muassa asioiden hoitamisen, ruoanlaiton sekä kodin ulkopuolisen toiminnan, joista selviytyminen edellyttää edellä mainittujen lisäksi myös psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. IADL-toimintojen osalta vaikeudet ja avuntarve ilmenevät ensin ennen kaikkea raskaissa kotitöissä kuten siivoamisessa sekä ulkona ja portaissa liikkumisessa. (Laukkanen 2003.) Kun ADL-toimintojen voidaan katsoa olevan välttämättömiä hengissä säilymisen kannalta mahdollistavat IADL -toiminnot puolestaan yksilön itsenäisen kotona asumisen (Verbrugge & Jette 1994).

IADL -toimintoja monimutkaisemmilla, vaativilla ja laajoilla toiminnoilla tarkoitetaan sosiaalista osallistumista vaativaa toimintaan (Laukkanen 2003). Vanhenemiseen ja rappeuttaviin pitkäaikaissairauksiin liittyvä toimintakyvyn asteittainen heikentyminen ilmenee ensin juuri näiden vaativien päivittäisten AADL-toimintojen (advanced activities of daily living) karsiutumisenä. Tällöin muun muassa juhlien järjestäminen, yhteiskunnallinen harrastustoiminta sekä aktiiviset liikuntaharrastukset jäävät yksilön toiminnassa taka-alalle. (Valvanne 2001.)

Ihmisen toimintakyvyn ja sen osatekijöiden nähdään sisältävän eri tasoja, jotka vaikuttavat toisiinsa ja joihin erilaiset ihmisen sisäiset ja ulkoiset tekijät vaikuttavat (Sakari-Rantala 2003, 8). Toimintakyvyn käsitteessä korostuvat edellä mainittuihin toimintoihin liittyvät toiminnanvajaudet, joiden esiintyvyys kasvaa iän mukana (Heikkinen 1997, 8). Toiminnanvajauksien ja haittojen kehittymisestä käytetään nykyisin yleisimmin viitekehyksenä Verbruggen ja Jetten (1994) esittämää sosiaalilääketieteellistä toiminnanvajauden mallia. Tämän toiminnanvajausten kehittymismallin pohjana on sosiologi Nagin malli vuodelta 1976, jossa vaurion (impairment) katsottiin johtavan suorituskyvyn rajoituksen (functional limitation) kautta toiminnanvajauteen (disability). Verbruggen ja Jetten (1994) malli kuvaa

kroonisten ja äkillisten sairauksien vaikutusta eri elinjärjestelmien rakenteeseen ja toimintaan, fyysisiin ja psyykkisiin toimintoihin sekä päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen (kuvio 1.). Mallissa yksilö- ja ympäristötekijät (elintavat, hoidot, ulkopuolinen tuki) joko nopeuttavat tai hidastavat toiminnanvajauden kehitystä. (Verbrugge & Jette 1994.)



Kuvio 1. Toiminnanvajausten kehittymismalli Verbruggea ja Jetteä (1994) mukailten

Merkittävä osa fyysisistä ja havaintomotorisista toiminnanvajauksista liittyy aistien heikkenemiseen, sekä tuki- ja liikuntaelimestön sairauksiin ja vaurioihin. Liikkumisen vaikeudet ja aistitoimintojen ongelmat ovat yleisiä jo 65-69-vuotiailla henkilöillä ja vanhimmissa ikäryhmissä niitä raportoi suunnilleen joka toinen. (Heikkinen 1997, 8.) Keskimäärin puolet ikääntyvien ihmisten toiminnanvajauksista kehittyi kroonisiksi tiloiksi, jotka etenevät entisestään taustalta löytyvien moninaisten sairauksien ja vammojen, sekä ikääntymiseen liittyvän yleisen heikkouden vahvistamina (Fried ym. 2004). Toimintakyvyn häiriön havaitseminen voi johtaa toisaalta aikaisemmin toteamattoman hoitoa kaipaavan sairauden toteamiseen (Tilvis 2001). Puolet toiminnanvajauksista on akuutisti ilmeneviä, ja ne saattavat liittyä esimerkiksi lonkkamurtumasta tai sydänkohtauksesta toipumiseen (Fried ym. 2004). Tällaiset vammoista johtuvat toimintakyvyn häiriöt ovat yleisiä ja niiden sairastavuutta ja kuolleisuutta lisäävä vaikutus yksilötasolla on hyvin tunnettu. Vanhuksen joutuminen vuodepotilaaksi laukaisee usein kierteen, jonka murtaminen kuntoutuksen keinoin on vaikeaa. (Tilvis 2001.) Naiset ovat miehiä alttiimpia toimintakyvyn laskulle (Lehtonen 2001.). Myös monisairaus on ikääntyvillä naisilla yleisempää kuin samanikäisillä miehillä (Rasinaho ym. painossa). Alentunut voima-painosuhte aiheuttaa naisilla toimintakyvyn laskua keskimäärin kymmenen vuotta aikaisemmin kuin saman ikäisillä miehillä (Lehtonen 2001).

Seurantatutkimukset ovat osoittaneet vanhusten lievän toimintakyvyn häiriön pahenevan nopeasti. Keskeisessä toimintakykyisyyteen keskittyvien interventioiden kohderyhmässä tulisikin olla sellaiset ikääntyvät ihmiset, joilla on alkavia toimintakyvyn häiriöitä. (Strandberg ym. 2001.) Ikivihreät -projektin vuosien 1988-1996 seuranta-aikana ilmeni vaikeuksista päivittäisistä toiminnoista selviytyvien osuuden pienenemistä kaikissa tutkimusta koskevissa ryhmissä. Tutkimusjoukkoon kuuluivat 1904-13 ja 1914-23 syntyneet jyvaskyläläiset, joista otettiin kaksi 800 henkilön satunnaisotosta. Tutkimuksen kahdeksan vuoden seuruaikana vaikeutui ennen kaikkea koehenkilöiden selviytyminen varpaankynsien leikkaamisessa sekä ulkona liikkumisessa. Asioiden hoitamisessa muutokset olivat vanhemmassa ikäryhmässä suurimmat raskaissa taloustöissä, julkisten kulkuneuvojen käytössä sekä lääkkeiden annostelussa ja otossa, vaikka raskaista taloustöistä selviytyvien osuudet vähenivät myös nuoremmassa ikäryhmässä. (Sakari-Rantala, Laukkanen & Heikkinen 1999.) Yhdeksänkymmenen vuoden iässä ADL-toiminnoista selviytyi rajoituksitta enää noin 4 % koehenkilöistä (Heikkinen ym. 2003, 51).

Hieman Ikivihreät –tutkimuksen tuloksista poikkeavia olivat kuitenkin Lamarcan ja kumppaneiden (2003) vastaavanlaisen kahdeksanvuotisen tutkimustyön tulokset. Heidän tutkimuksessaan keskityttiin ennen kaikkea toiminnanvajauksien ja kuolleisuuden välisiin yhteyksiin, huomioiden samalla mahdolliset muutokset yksilön toimintakyvyssä. Lamarcan ja kumppaneiden tutkimusryhmään kuului 1294 yli 65-vuotiasta barcelonalaista, joiden kohdalla tutkittiin yhdeksää päivittäin tarvittavaa perustoimintoa, sekä koehenkilöiden selviytymistä näistä toiminnoista. Tutkimuksen ADL-toimintoihin sisältyivät kävely, portaiden nousu ja laskeutuminen, kylpeminen, WC:ssä käynti, hiusten harjaus, parran leikkaus, pukeutuminen, istuminen, ulos meneminen sekä syöminen. Yksilö määriteltiin riippuvaiseksi hänen selviytyessä yhdestä tai useammasta tutkimuksen ADL-toiminnosta vain avustettuna. Naisista 42 % ja miehistä 30 % määriteltiin ulkopuolisesta avusta riippuvaiseksi jo tutkimuksen alussa. Naisten heikompiosaisuus näkyi tuloksissa läpi tutkimusajan. Kahdeksan vuoden seurannan jälkeen ulkopuolista apua päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen tarvitsi jo 60 % naisista ja 49 % miehistä. Vaikka suurin osa riippuvaisiksi määritellyistä henkilöistä säilyi ulkopuolisesta avusta riippuvaisina vielä tutkimuksen lopussa, ilmeni tutkimuksen aikana myös aiemmin riippuvaiseksi määritellyjen henkilöiden paluita itsenäiseen toimintaan. 8 % aiemmin riippuvaisiksi määritellyistä naisista ja jopa 29 % vastaavista mieshenkilöistä onnistui parantamaan toimintakykyään tutkimuksen aikana niin, että he pystyivät jatkamaan itsenäisesti päivittäisiä toimintojaan. (Lamarca ym. 2003.)

Kun yksilölle ilmaantuu vaikeuksia omien asioidensa hoitamisessa, kuten kaupassa käynnissä sekä raha-asioiden hoitamisessa, puhutaan sosiaalilääketieteessä kriisikynnyksestä. Kun päivittäiset perustoiminnot eivät enää suju, on kotona asuminen uhattuna. (Laukkanen 2003.) Lamarcan ja kumppaneiden (2003) tutkimus antoi vahvistusta myös toimintakyvyn rajoitteiden ja kuolleisuuden väliselle yhteydelle. Tutkittaessa samoja ikäryhmiä, nähtiin kuolleisuuden riski korkeampana toiminnanvajauksista kärsivillä ja ulkoista apua tarvitsevilla kuin mitä se oli saman ikäryhmän itsenäisesti toimivilla henkilöillä. (Lamarca ym. 2003.)

Toiminnanvajauksen kehittymistä voidaan pitää tietyllä lailla sosiaalisena prosessina. Yksilön toimintakyvyn heikentyessä tai hävitessä nousee tavoitteeksi uusien toimintatapojen löytäminen, jotta yksilö voisi suoriutua häneltä edellytetyistä sosiaalisesta roolista (Verbrugge & Jette 1994). Toimintakykyä tarkastellessa elämänlaadun kannalta oleellinen ky-

symys liittyy kompensatiokeinojen käyttöön ja henkilökohtaisiin tavoitteisiin (Laukkanen 2003; Valvanne 2001). Kompensaatiolla tarkoitetaan prosessin tapaan etenevää yksilön ja ympäristön sopeutumista heikentyneen toimintakyvyn vaatimiin muutoksiin. Toiminnanrajoitteiden tai -vajauden aiheuttamia haittoja yksilö voi kompensoida joko tiedostamattomasti tai tietoisesti. (Laukkanen 2003.) Toiminnanrajoitteista kärsivä henkilö voi muuttaa omaa toimintaansa selviytyäkseen tietystä tehtävästä muun muassa lisäten ponnisteluja tai käyttäen tehtävän suorittamiseen totuttua enemmän aikaa. Hän voi myös joko vähentää tai kokonaan välttää vaikeutuneiden tehtävien suorittamista. Myös apuvälineillä, avustajalla tai ympäristön muuttamisella voidaan usein ratkaisevasti helpottaa päivittäisistä toiminnoista selviytymistä. (Bandura 1997, 210; Laukkanen 2003; Tilvis 2001.) Vaikka liikunta-alan asiantuntijat ovat usein kiinnostuneita eri elinjärjestelmien tason toimintakyvystä ja määrittelevät liikuntaharjoittelun tavoitteet tätä kautta, liittyvät iäkkäiden ihmisten omat tavoitteet usein arkisen toimimisen ja liikkumisen säilyttämiseen tai helpottumiseen sekä parempaan jaksamiseen (Sakari-Rantala 2003, 8).

5 IKÄÄNTYMINEN JA LIIKUNTA

5.1 Liikunnan hyödyt ikääntyvälle ihmiselle

Onnistunutta ja aktiivista vanhenemista kuvaavat sairauksien ja niistä aiheutuvien haittojen pieni todennäköisyys, hyvä havainto- ja käsityskyky, fyysinen toimintakyky sekä aktiivinen ote elämään (Vuori 2005). Yksilön kokonaisvaltainen hyvinvointi riippuu suurelta osin hänen kyvystään selvitä arkipäiväisestä elämästään itsenäisesti (Meusel 1995). Terveyttä ja hyvinvoinnin tasoa voidaan osaltaan ylläpitää ja edistää liikunnan tuomien terveyshyötyjen avulla. Liikunta voi edistää fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista terveyttä ja toimintakykyä elämänkaaren kaikissa vaiheissa. Ikääntyvillä ihmisillä säännöllinen fyysinen aktiivisuus auttaa ennen kaikkea säilyttämään toimintakykyä sekä edistämään itsenäistä selviytymistä (Vuori & Miettinen 2000; Suni 2005; Vuori 2005), mutta se tuo samalla myös sisältöä elämään. (Vuori & Miettinen 2000.)

Tutkittaessa ikääntyvien ihmisten terveyskäyttäytymistä tupakoinnin, alkoholin käytön, epäterveellisen ruokavalion, ylipainon sekä fyysisen inaktiivisuuden osalta, havaittiin liikunnan puutteen vaikuttavan jopa voimakkaimmin toimintakyvyn heikkenemiseen (Sulander 2005, 51). Banduran (1997, 204) mukaan fyysisestä inaktiivisuudesta koitua toimintakyvyn aleneminen on seurausta monien biologisten toimintojen heikentymisestä. Näiden biologisten toimintojen heikentyminen johtaa negatiivisiin muutoksiin sekä solujen rakenteessa että niiden aineenvaihdunnassa. Muun muassa lihaskudoksen menettäminen, sydän – ja verenkiertoelimistön kunnon heikkeneminen sekä vastustuskyvyn aleneminen ovat yhteydessä fyysisen inaktiivisuuden mukanaan tuomaan biologisten toimintojen heikentymiseen. (Bandura 1997, 204.) Liikunnan avulla on mahdollista vähentää myös tavanomaisen normaalin vanhenemisen aiheuttamien muutosten astetta ja seurauksia, edistää onnistunutta vanhenemista ja vähentää tai kokonaan ehkäistä sairauksista johtuvaa vanhenemista (Vuori 2005; Lehtonen & Tilvis 2001). Liikuntaelimistön toimintakyvyn ylläpitämiseen ja parantamiseen ei edes ole olemassa muuta ”lääkettä” kuin liike ja liikkuminen (Sunni 2005).

5.1.1 Liikunnan vaikutukset fyysiseen hyvinvointiin

Koska normaaliin ikääntymiseen liittyy erilaisia sairauksia, ei ikääntyneillä ihmisillä liikunnan harrastamisen ensisijaisena tavoitteena ole näiden sairauksien ennaltaehkäisy, vaan niiden seurausten ehkäisy ja hallinta (Ikääntyneiden ihmisten ohjatun terveystoiminnan laatusuosituksen 2004, 29). Fyysinen aktiivisuus laskee tehokkaasti sekä verenpainetta, että veren kolesterolitasoa lisäten samalla yksilön terveitä elinvuosia (Grossman & Stewart 2003). Lisääntyneen fyysisen aktiivisuuden on nähty vähentävän myös kuolleisuutta ja sepelvaltimotautiin sairastuvuutta (Lehtonen 2001). Jopa kevyt fyysinen aktiivisuus on yhteydessä sydän- ja verenkiertoelimistön sairauksien vähäisempään esiintyvyyteen. Vanhempien potilaiden kohdalla jopa tunnin viikoittainen kävely voidaan nähdä terveyden kannalta merkittäväksi tekijäksi. Sydän- ja verenkiertoelimistölle koituvien hyötyjen lisäksi säännöllisen fyysisen aktiivisuuden on nähty parantavan myös fyysistä toimintakykyä sekä vähentävän joidenkin kroonisten sairauksien oireita. (Grossman & Stewart 2003; Hickey, Benedict & Wolf 1995.) Vanhempien, jo kroonisesti sairaiden, osalta toimintakykyä ja itsenäistä selviytymistä voidaan ylläpitää venyttelyä, tasapainoharjoituksia sekä monipuolisia nivelten liikkuvuusharjoituksia sisältävällä liikuntaohjelmalla (Hickey ym. 1995).

Menopausin aikana ja joitain vuosia sen jälkeen liikunnalla ei voida merkittävästi estää naisten luumassan menetystä. Myöhemmin liikunta ylläpitää sekä naisten että miesten luumassan määrää ja jopa hieman lisää sitä. (Vuori 2005.) Liikunnasta aiheutuvat luun mineraalitiheyden muutokset ovat jääneet iäkkäitä ihmisiä koskevissa liikuntainterventioissa keskimäärin 1-2 % vuositasolle, mikä ei lyhyellä aikavälillä vaikuta olennaisesti luun lujuuteen ja murtumarisktiin (Suominen 2003). Niinpä iäkkäillä ihmisillä liikunta enemmänkin ylläpitää kuin lisää luun massaa ja lujuutta, mikä kuitenkin on varsin tärkeätä luukadon ehkäisemiseksi (Kannus 2005). Liikunnan merkittävänä etuna näyttää olevan kuitenkin luun massan jakautuminen luun lujuuden kannalta edullisesti sinne, missä siitä on eniten hyötyä. (Vuori 2005.) Koska liikunta vaikuttaa myönteisesti vain kuormitetuissa luissa ja luun osissa, tulisi liikunnan olla koko luustoa monipuolisesti kuormittavaa. Eri-tyistä huomiota tulee kuitenkin kiinnittää painoa kannatteleviin liikuntamuotoihin, jotta kuormitusta saadaan riittävästi sinne, missä vakavimmat murtumat esiintyvät. Maksimaali-

sen luustohyödyn saamiseksi liikuntaharjoittelun tulisi olla säännöllistä, pitkäaikaista ja rasittavuudeltaan asteittain nousevaa. (Kannus 2005.)

Asianmukainen liikunta on käytännössä ainoa tapa ylläpitää nivelten liikelaajuutta. Nivelttä tukevien pehmeiden sidekudosten, ligamenttien, jänteiden ja lihasten vahvistaminen on paras tapa ylläpitää ja parantaa vanhenevien nivelten toimintakykyä. Nivelten kohtuullista, jaksottaista kuormittamista voidaan pitää välttämättömänä myös ruston normaalin aineenvaihduksen ja sidekudossäikeiden tarkoituksenmukaisen järjestäytymisen kannalta. (Suominen 1997.)

Fyysisellä harjoittelulla voidaan ennaltaehkäistä lihassäikeiden pienenemistä ja ylläpitää näin fyysistä voimatasoa normaalia pidempään tai parantaa lihasvoimaa jopa entisestään. (Lehtonen 2001.) Spesifisti harjoiteltaessa voidaan maksimivoiman ohella kehittää myös nopeusvoimaominaisuuksia, jolla tarkoitetaan kykyä reagoida ärsykkeeseen ja tuottaa tietty yksittäinen tai jatkuva liikesuoritus mahdollisimman lyhyessä ajassa. Nopeusvoimaa kehittävä harjoitteluohjelmat sisältävät pienemmillä kuormilla ja suuremmilla nopeuksilla toteutettavia liikkeitä. (Korhonen 2003.)

Raajojen ja vartalon lihakset ovat alttiita fyysisen harjoittelun vaikutuksille vielä hyvin korkeassakin iässä (Era 1997). Jo muutaman kuukauden pituisen, viikoittaisen, lihaskudosta lisäävän kuntosaliharjoittelun seurauksena iäkkäiden naisten ja miesten lihasvoima lisääntyy 10-30 % (Sipilä & Rantanen 2003). Ensimmäisten viikkojen aikana voiman kasvu perustuu hermostollisiin tekijöihin ja myöhemmin myös lihasten massa lisääntyy (Vuori 2005). Itsenäisen liikkumiskyvyn rajalla oleville ihmisille 10-30 % voiman lisäyksellä voi olla suuri merkitys. Lihasvoiman puute saattaa muodostua rajoittavaksi tekijäksi erityisesti liikunnallisesti passiivisilla ylipainoisilla henkilöillä, joilla on useita sairauksia. Tiettyyn liikkeeseen, esimerkiksi portaalle nousemiseen, tarvittavan lihasvoiman määrä riippuu henkilön painosta ja samalla tehtävän työn suuruudesta sekä motorisesta taidosta. (Sipilä & Rantanen 2003.)

Fyysinen voimataso vaikuttaa oleellisesti myös yksilön tasapainoon sekä asennon ylläpitokykyyn. Heikko lihasvoima onkin todettu yhdeksi keskeisistä kaatumistapaturmien riskitekijöistä ikääntyneillä. (Era 1997; Sipilä & Rantanen 2003.) Tilastokeskuksen vuoden 2003

tietojen mukaan 75 vuotta täyttäneistä naisista noin 80 % ilmoittaa kaatuneensa tai liukastuneensa kotona viimeisen vuoden aikana. Kohtalokkaimpia seurauksia näistä kaatumisista ovat lonkkamurtumat. (Sulander 2005.) Sekä maksimivoiman että voimantuottonopeuden harjoittaminen on tuottanut positiivisia tuloksia yksilön asennonhallintakyvyn kannalta. Parempia tuloksia ovat kuitenkin antaneet sellaiset yksilöllisesti rakennetut ohjelmat, jotka ovat sisältäneet sekä lihasvoiman parantamiseen pyrkiviä harjoitteita, että erityisesti tasapainotaitoja harjoittavia osioita. (Pajala ym. 2003.) Hyviä tuloksia on saatu myös ohjelmilla, joissa on harjoitettu nimenomaan tasapainon säilyttämistä vaativia toimintoja. Niissä harjoitus on kohdistunut useiden aistien toimintaan, sekä lihasten reflektoriseen ja tahdonalaiseen säätelyyn. (Vuori 2005.) Spesifillä tasapainoharjoittelulla on todettu olevan siirtovaikutuksia myös toiminnallisista tasapainotehtävistä suoriutumiseen, kuten istumasta seisomaan nousuun sekä siirtymiseen sängystä tuolille. (Pajala ym. 2003.)

Lukuisat fyysisesti aktiivisten ja vähemmän aktiivisten henkilöiden väliset vertailut ovat osoittaneet aktiivisten henkilöiden havaintomotorisen nopeuden olevan myös inaktiivisia henkilöitä suurempi (Strandberg ym. 2001; Era 1997). Näistä vertailuista ei luonnollisesti kuitenkaan voida sanoa, aiheutuuko aktiivisempien henkilöiden parempi havaintomotorinen suoriutuvuus itse fyysisestä aktiivisuudesta, vai onko kyse valikoitumisilmiöstä. Havaintomotorisilta valmiuksiltaan paremmassa asemassa olevat henkilöt saattavat valita fyysisesti aktiivisia harrastuksia lapsuusiästä alkaen kömpelöitä henkilöitä helpommin ja jatkaa niitä läpi elämän. (Era 1997.) Havaintomotoriikan kannalta liikunnan suotuisat vaikutukset voivat välittyä myös fyysisen aktiivisuuden aikaansaamien fysiologisten muutosten kautta. Harjoittelun kautta parantuva hengitys- ja verenkiertoelimistön toiminta, alhaisempi verenpaine, korkeampi vireystaso sekä hermojärjestelmän tarkentuva toiminta saattavat osaltaan selittää liikuntaharjoittelun ja havaintomotorisen nopeuden välistä yhteyttä. (Pajala ym. 2003.)

Hapenottokyky laskee harjoitelleellakin henkilöllä vähintään 1 % vuodessa. Ikääntyvien kestävyysharjoittelu kuitenkin parantaa suorituskykyä ja hapenkäyttöä, jotka voivat olla lopulta paremmat kuin nuorella liikkumattomalla henkilöllä. (Lehtonen 2001.) Kestävyysharjoittelu lisää iäkkäiden maksimaalista hapenkulutusta suhteellisesti yhtä paljon kuin nuorempienkin, eli 10-30 % (Vuori 2005). Kestävyysharjoittelun myötä tehostuu niin sydämen toiminta kuin ääreiskudosten hapenkäyttökin. (Lehtonen 2001.) Vuosia jatkuva

säännöllinen ja kuormittava liikunta hidastaa esimerkiksi sydämen ja suurten verisuonien jäykistymistä, mutta viikkojen tai muutamien kuukausien pituisilla harjoitusohjelmilla sydämen rakenteellisiin ominaisuuksiin ei voida merkittävästi vaikuttaa (Vuori 2005).

Aerobisen kunnan lasku saattaakin vähentyneen lihasvoiman tavoin muodostua esteeksi päivittäisille toiminnoille, kuten portaissa kävelyllä (Kallinen 2003). Ikivihreät - tutkimusaineiston ikääntyvistä ihmisistä vähintään 2-3 kertaa viikossa kävelyä harrastavilla ilmeni myös vähemmän vaikeuksia 2 km:n kävelyssä ja/tai portaiden nousussa (Hirvensalo 2002, 51, 53-56). Fyysisesti aktiivisilla hapenkulutuksen lähtötaso on korkeammalla, kuin fyysisesti inaktiivisilla. Samalla heidän aerobinen kapasiteettinsa pysyy korkeammalla kuin päivittäisissä toiminnoissa vaadittu hapenkulutuksen taso. (Kallinen 2003.) Kestävyysharjoittelulla voidaan siirtää hapenottokyvyn kehittymisen kautta myös itsenäisenä selviytymisen kynnyksiä 10-20 vuotta eteenpäin. Ikääntymiseen liittyvää maksimaalisen syketa-son laskua harjoittelu ei kuitenkaan estä. (Lehtonen 2001.)

5.1.2 Liikunnan vaikutukset psyykkiseen hyvinvointiin

Fyysinen aktiivisuus lisää myös ihmisen psyykkistä hyvinvointia. Vaikka toimintakyvyn ylläpitäminen tai kohentuminen edellyttää säännöllistä liikuntaa, voi jo vähäisellä liikunnalla olla positiivista vaikutusta elämänlaatuun. (Sulander 2005.) Liikunta lisää veren ja hapen kulkua lukuksiin elimiin ja elinjärjestelmiin kiihdyttäen näin muun muassa keskushermoston ja hormonituotannon toimintaa. Tämä elinjärjestelmien toiminnan kiihtyminen voi jo sinällään saada aikaan ilon ja onnistumisen tunteita. (Meusel 1995.) Liikunnan on tutkimusten perusteella todettu vähentäneen kielteisistä tunteista yleisimmin ärty- mystä tai vihaisuutta, alakuloisuutta ja haluttomuutta. Myönteisistä tunteista on useimmin havaittu virkeyden, energisyyden sekä yleisen mielihyvän voimistumista. Ikääntyvien ihmisten osalta liikunnan aikaansaamaan suotuisaan mielialaan vaikuttavat kuitenkin vahvasti myös yksilön fyysinen kunto ja toimintakyky. (Nupponen 2005.) Näin ollen liikkumiskykyä ylläpitävät liikuntaohjelmat edistävät todennäköisesti myös iäkkäiden psyykkistä hyvinvointia (Vuori 2005).

Menestyksekkääseen vanhenemiseen kuuluu olemassa olevien taitojen ja kykyjen hyväksikäyttö sekä näiden taitojen kehittämisessä, että niiden menestyksen estämisessä. Koska ikääntyessä liikuntaan liittyy usein suorituksen yliarviointia, itseluottamuksen horjumista, pelkoa sekä loukkaantumisia, toimii menestyksekkäs liikuntakerta yksilön kannalta ennen kaikkea psyykkisenä voittona. (Meusel 1995.) Liikunta voi tukea onnistunutta vanhenemistä tarjoamalla virikkeitä, haasteita, tavoitteita, onnistumisen elämyksiä, mielekästä ajankäyttöä, sosiaalisia kontakteja, yhteistoimintaa sekä yhteisöllisyyden kokemista (Vuori 2005).

Fyysisen harjoittelun on todettu kohentavan myös älyllistä toimintakykyä, mikäli aikaisempi viriketaso on ollut matala (Strandberg ym. 2001). Kognitiivista toimintakykyä voidaan ylläpitää ja jopa kehittää uusien asioiden opiskelun sekä erilaisten harrastusaktiviteettien avulla. Tällaisiksi harrastusaktiviteeteiksi soveltuvat niin kulttuuriset ja taideharrastukset, käden taitoja kehittävät harrastukset kuin myös erilaiset liikunnalliset aktiviteetit hyötyliikunnasta kävelylenkkeilyyn ja sauvakävelyyn. (Ruoppila & Suutama 2003.) Fyysinen liikunta yhdistettynä kognitiivisia kykyjä vaativiin harrastuksiin luo näin ollen hyvän pohjan aktiiviselle ikääntymiselle (Sulander 2005).

5.1.3 Liikunnan vaikutukset sosiaaliseen osallistumiseen

Sosiaalisen aktiivisuuden katsotaan estävän eristyneisyyden ja vieraantuneisuuden tunteen syntyä sekä ylläpitävän sosiaalista verkostoa ja sen antamaa tukea (Strandberg ym. 2001). Sakari-Rantalan (2003, 56) mukaan sosiaaliset tekijät ovat tärkeitä juuri liikuntaharrastuksen aloittamisen ja jatkumisen kannalta. Liikuntaharrastusten tuomat mahdollisuudet sosiaalisiin kontakteihin ja sosiaalisen yhteenkuuluvuuden tuntemuksiin ovat Ruoppilaa ja Suutamaa (2003) mukaillen tärkeä tekijä iäkkäiden ihmisten elämänlaadun kannalta. Iäkkään henkilön laaja, sosiaalisiin vuorovaikutustaitoihin perustuva sosiaalinen verkko voi toimia myöhemmin olennaisena resurssina, mikäli yksilö menettää esimerkiksi ulkona liikumisen edellytyksiään ja tarvitsee apua asioiden hoitamisessa ja toimittamisessa kodin ulkopuolella (Ruoppila & Suutama 2003). Sosiaalisen aktiivisuuden säilymistä voidaan tukea muun muassa ryhmäliikunnan avulla (Meusel 1995).

5.2 Ikääntyvien ihmisten liikunnan laatu

Liikuntaohjelman tulisi terveyshyötyjen maksimoimisen kannalta sisältää tasapainoisesti niin voimaa, kestävyyttä, liikkuvuutta kuin tasapainoa kehittäviä lajeja ja harjoitteita (Grossman & Stewart 2003; Lehtonen 2001; Meusel 1995; Kannus 2005). Tällainen liikunta on usein mahdollista tekemällä normaaleja toimintoja kuten kävelemällä mahdollisimman paljon, nousemalla portaita sekä toistamalla nousuja niin tuolista kuin vuoteesta (Lehtonen 2001; Strandberg ym. 2001). Nämä ovat kaikki toimintoja, joiden heikentyminen johtaa nopeasti ulkopuolisen avun tarpeeseen. (Strandberg ym. 2001.) Myös piha-, puutarha-, metsä- ja lumityöt toimivat hyvinä kuntoilumuotoina. Kaikilla näillä toiminnoilla voidaan vaikuttaa sekä tärkeimpien lihasryhmien lihasvoiman että kestävyuden säilymiseen ja paranemiseen. (Lehtonen 2001.) Toimintakykyä edistävä liikunta on usein toistuvaa, säännöllisesti jatkuvaa sekä kuormittavuudeltaan ja määrältään sopivaa ja riittävää (Ikääntyvien ihmisten ohjatun terveystoiminnan laatusuosituksen 2004, 13).

Aerobista liikuntaa tulisi ohjelmaan sisältyä vähintään kolme kertaa viikossa 20-30 minuuttia kerrallaan. Aerobiseen harjoitteluun soveltuvat kaikki suuria lihasryhmiä harjoittavat lajit, joita voidaan jatkaa pitkiä aikoja. Iäkkäille sopivia liikuntalajeja ovat muun muassa kävely, hölkkä, uinti ja hiihto, jolloin suorituksen raskautta voi jokainen säädellä kuntonsa mukaan. (Lehtonen 2001; Vuori 2005.) Täsmäliikuntana myös tanssi, naisvoimistelu, koti- sekä ryhmävoimistelu ylläpitävät ja parantavat kestävyuden lisäksi myös iäkkäiden ihmisten luuston kuntoa, lihasvoimaa ja tasapainoa (Kannus 2005; Vuori 2005). Jo monipuolinen ja voimakas lihasten toiminta ylläpitää luuston vahvuutta, perinteisen nopeita iskuja ja törmäyksiä sisältävän luuliikunnan ollessa ikääntyville ihmisille ja vanhuksille usein liian vaativaa (Vuori 2005).

Muita tasapainoa kehittäviä harjoitteita kuten kävelyä eri suuntiin, käännoiksi sekä varpailta kävelyä tulisi tehdä useana päivänä viikossa. Myös liikkuvuutta tulisi harjoittaa päivittäin, vaikka vain lyhyinä tuokioina. Venyttävät liikkeet on syytä tehdä rauhallisesti ja ylläpitää venytystä useita kymmeniä sekunteja. (Vuori 2005.) Aloittelijoiden osalta loukkaantumisen riskiä voidaan minimoida aloittamalla harjoittelu juuri tasapaino- ja liikkuvuusharjoitteilla lisäten ohjelmaan myöhemmin myös voima- ja kestävyysharjoittelua (Dunlap & Barry 1999). Myös useilla kestävyysliikunnan muodoilla on liikkuvuutta edis-

tävää vaikutusta varsinkin, jos ne tehdään korostetun laajoja liikeratoja käyttäen ja niiden alkuun ja erityisesti loppuun liitetään venyttelyä (Vuori 2005).

Puhtaasti lihaskuntoa tulisi harjoittaa vähintään kaksi kertaa viikossa, jolloin keskityttäisiin 8-12 lihasryhmän toistokuormitukseen (Lehtonen 2001; Vuori 2005). Lihaskadon hidastamiseksi sekä lihasvoiman ja lihasten normaalin aineenvaihdunnan ylläpitämiseksi tulisi harjoittelu kohdistaa tärkeimpien lihasryhmien kuten yläraajojen, hartianseudun, rintakehän, selän, reisien ja säärien vahvistamiseen. Koska kaikkien näiden lihasryhmien harjoittaminen kerralla johtaisi väsymiseen ja kyllästymiseen, kannattaa eri lihasten harjoittelu jakaa eri ajoille samana päivänä tai täysin eri päiville. (Vuori 2005.) Jos toiminnallinen kapasiteetti on alhainen, useat 5-10 minuuttia kestävät harjoitukset päivittäin ovat suositeltavia. (Lehtonen 2001.) Myös kuntosaliharjoittelu on iäkkäiden toimintakykyä parantava ja turvallinen harjoittelumuoto (Kannus 2005).

Ikääntyvien ihmisten liikunnan tulisi tarjota virikkeitä ja elämyksiä sekä tuntua mielekkäältä (Strandberg ym. 2001). Psykkisen hyvinvoinnin kannalta harjoitettavan liikunnan tulisi tuntua harjoittelijasta sekä kiinnostavalta että motivoivalta ja sen tulisi tarjota myös miellyttäviä kokemuksia. Tällöin harjoittelu jatkuu todennäköisesti pitkään ja voi muodostua osaksi arkielämää. (Sakari-Rantala 2003, 56.) Jatkuva säännöllinen fyysinen harjoittelu on mahdollista ja turvallisakin korkeaan ikään saakka. Aktiivikuntoilijan suoritustaso pysyy ikääntymisestä huolimatta paljon korkeammalla kuin liikkumattoman. Jos fyysinen harjoitus tuntuu mukavalta eikä aiheuta vaivoja, voi iäkäskin henkilö pitää liikuntaharrastuksensa urheilullisena. (Lehtonen 2001.)

Huomioitavat tekijät ikääntyvien liikunnassa

Ikääntyvien ihmisten liikunnassa ja sen järjestämisessä nousevat liikunnan käyttäjälähtöisyys ja saavutettavuus merkittävään asemaan. Käyttäjälähtöisyyteen sisältyvät selkeät toimintakäytännöt, kattava tiedotus, palvelun sisältökuvaus sekä vuorovaikutus asiakkaiden kanssa. Liikuntapaikkojen ja kokoontuvien liikuntaryhmien tulisi olla myös helposti saavutettavissa, jolloin toiminta olisi tarkkaan harkittua sekä liikkumapaikkojen, avustajien ja apuvälineiden että myös aikataulujen osalta. (Ikääntyvien ihmisten ohjatun terveystuokunnan laatusuositukses 2004, 17.)

Ikääntyvien ihmisten liikuntaharjoittelun tulisi myös olla aina yksilöllistä ottaen huomioon mahdolliset sairaudet ja rajoitukset sekä liikuntaan liittyvät riskit (Lehtonen 2001, 339). Tämän yksilöllisyyden tulisi näkyä myös ryhmäliikunnan järjestämisessä, jolloin ryhmiä tulisi tarjota selvästi erilaisille asiakasryhmille. Ottaessaan huomioon osallistujien toiveet ja toimintakykyrajoitukset tunteja suunnitellessaan, valmistautuu ohjaaja jo etukäteen eriyttämään tunnin sisältöjä toimintakyvyltään erilaisille osallistujille. (Ikääntyneiden ihmisten ohjatun terveystoiminnan laatusuosituksen 2004, 17.) Myös harjoituksen intensiteetti tulisi näin ollen olla yksilöllinen iäkkäiden ihmisten maksimisykkeen vaihdellessa suuresti. Esimerkiksi 80-vuotiailla maksimisyke voi olla välillä 110-180. Iäkkäillä ihmisillä on lisäksi käytössään usein sykenopeuteen vaikuttavia lääkkeitä. Jos henkilö pystyy puhumaan rasituksen aikana, ei kuormitus ole liian kova. Tärkeintä on kuitenkin henkilön oma tuntemus rasituksesta, joka ei saisi aiheuttaa epämukavaa ahdistuksen tunnetta tai rintakipua. (Lehtonen 2001.)

Varsinkin liian nopeasti aloitettu harjoittelu saattaa aiheuttaa liikkujalle epämiellyttäviä tuntemuksia ja jopa kipua. Tästä syystä ikääntyville ihmisille tulisi kertoa, ettei tämä kipu ole merkki heidän iästään ja heikkoudestaan ja että sen tulisi hävitä harjoittelua sovellettaessa ja kevennettäessä. Myös liikunnan helpottumista harjoittelun myötä tulisi korostaa. (Ewing Garber & Blissmer 2002.) Tuki- ja liikuntaelinoireista kärsivillä liikuntaohjelman tulisi olla hyvin suunniteltu ja ohjattu ja sen tulisi keskittyä ennen kaikkea oireiden lievittämiseen ja ikääntyvän sosiaaliseen tukemiseen (Damush, Perkins, Mikesky, Roberts & O'Dea 2005).

Juuri iäkkäiden ihmisten yksilöllisyydestä johtuen tulisi etenkin ryhmäliikunnan olla toiminnaltaan joustavaa. Sopivan liikuntaryhmän löytäminen jokaiselle halukkaalle sekä ryhmästä toiseen siirtyminen esimerkiksi terveydentilan, toimintakyvyn tai asuinpaikan muuttuessa, on osa tätä liikuntatoiminnan joustavuutta ja saumattomuutta. Ikääntyvien ihmisten osalta korvaamattomaan asemaan nousee myös liikunnan turvallisuus. Turvallisuutta ohjattuun terveystoimintaan tuo tieto siitä, kuinka tarpeettomia riskejä voidaan välttää. Ryhmän yleisen turvallisuuden huomiointi sekä yleisiä liikuntafysiologisia periaatteita noudattava liikuntaharjoittelu varmistavat myös liikunnanohjauksen turvallisuuden. (Ikääntyneiden ihmisten ohjatun terveystoiminnan laatusuosituksen 2004, 19.)

Myös palvelujen järjestäjien asenteen tulee olla tasa-arvoinen kaikkia ikääntyneitä ihmisiä kohtaan. Asiakkaiden toiveiden huomiointi liikuntaryhmiä suunniteltaessa ja toteutettaessa on tärkeä osa liikuntatoiminnan ja –palvelun eettisyyttä, samoin kuin palvelun ja ohjauksen hyvä laatu. Järjestettävän liikuntatoiminnan laatu edellyttää ennen kaikkea toiminnan jatkuvaa arviointia sekä ennalta asetettujen laatukriteereiden että kerättävän palautteen avulla. (Ikääntyneiden ihmisten ohjatun terveystoiminnan laatusuosituksien 2004, 22-23.)

6 LIIKUNNAN TOTEUTUMINEN IKÄÄNTYVILLÄ IHMISILLÄ

Tutkimusten perusteella ikääntyvien ihmisten toimintakyky eläkkeelle siirryttäessä on nykyään parempi kuin muutama vuosikymmen sitten (Bandura 1997, 208; Sulander 2005, 55). Vaikka fyysinen aktiivisuus vähenee ikääntymisen myötä, voi toimintakykyisempi eläkkeelle siirtyminen olla osaltaan seurausta liikuntaan käytettävän ajan lisääntymisestä. Ikääntyvien ihmisten ajankäyttöä on viimeisenä kahtena vuosikymmenenä leimannut vapaa-ajan lisääntyminen palkkatyöhön käytetyn ajan lyhennyttyä. Varsinkin miehistä varhaiseläkkeelle siirtyneet käyttävät vapaa-aikansa juuri aktiivisiin harrastuksiin kuten naapuripuun ja liikuntaan. (Huovinen & Piekkola 2002, 53.) Kysyttäessä eläkeikäisiltä ovatko he viimeisen vuoden aikana muuttaneet terveyteen liittyviä tottumuksiaan, keskimäärin noin neljännes vastaajista ilmoittaa lisänneensä juuri liikuntaa (Sulander 2005).

Nuorina ja keski-ikäisinä kilpa- tai kuntoliikuntaa harrastaneilla liikuntaharrastus jatkuu usein aktiivisena myöhäiseenkin ikään (Hirvensalo ym. 2003; Hirvensalo 2002, 76; Grossman & Stewart 2003). Tutkimusten perusteella ihmiset säilyttävät ikääntyessään mielenkiintonsa liikuntaan, vaikka heillä olisikin tiettyjä virhekäsityksiä liikunnasta. Ennen kaikkea fyysisen aktiivisuuden käsite herättää helposti ikääntyvien keskuudessa sekaannusta. (Grossman & Stewart 2003.) Spainin ja Franksin (2004) määritelmän mukaan fyysisellä aktiivisuudella tarkoitetaan sellaista luurankolihas- ja supistusten aikaansaamaa kehon liikehdintää, mikä lisää oleellisesti yksilön energian kulutusta. Ikääntyvien ihmisten keskuudessa päivittäisten askareiden uskotaan usein yltävän tehokkuudeltaan fyysisestä aktiivisuudesta koituviin hyötyihin ja oman hyvävointisuuden uskotaan viestittävän riittävästä fyysisestä aktiivisuudesta. Toisinaan fyysistä aktiivisuutta pidetään jopa enemmän henkilökohtaisena ominaisuutena kuin vaihtelevana käyttäytymisenä ja näin ollen henkilö saattaa pitää itseään fyysisesti aktiivisena aktiivisuuden tason laskiessa samalla asteittain. (Grossman & Stewart 2003.)

Aiempaa aktiivisemmasta eläkeiästä huolimatta liikunnan harrastaminen näyttää vähenevän yksilön ikääntymisen myötä. Jyväskylässä toteutetun Ikivihreät- projektin vuosien 1988-1996 pitkittäistutkimuksesta ilmeni liikuntaharrastamisen useuden ja intensiteetin

väheneen kaikissa sukupuoli- ja ikäryhmissä. Kahdeksanvuotisen seurannan jälkeen 65-74-vuotiaista sekä 75-84-vuotiaista yhä useampi liikkui vain päivittäisiä askareita tehdesään. Varsinkin hikoiluun ja hengästymiseen asti liikkuvien määrä pieneni huomattavasti. (Hirvensalo 2002, 51; Hirvensalo ym. 1998.)

Ikivihreät tutkimuksen koehenkilöt kuvasivat kumpanakin ajankohtana harrastustaan useimmiten kevyeksi kävelyksi tai ulkoiluksi (Hirvensalo 2002, 51, 53-56). Suomen väestöä koskevan Terveys 2000- tutkimuksen mukaan vuonna 2003 kävelyä, ikääntyvien ihmisten eniten suosimaa liikuntamuotoa harrastikin 67 % 65-79 vuotiaista ja noin 60 % 80-85 vuotiaista miehistä. Tässä tutkimuksessa kävelyn tuli kestää vähintään puoli tuntia kerrallaan, vähintään neljä kertaa viikossa. Naisilla vastaavat luvut olivat 65 % ja 52 %. Iäkäiden ihmisten eniten harrastamia liikuntamuotoja olivat vuonna 2003 kävelyn jälkeen kotivoimistelu ja uinti sekä varsinkin nuorimpien ryhmien miehillä lisäksi pyöräily ja hiihto. (Vuori 2005.)

Kansanterveyslaitoksen vuoden 2003 tulokset vastaavat Terveys 2000- tutkimuksen tuloksia. Tutkittaessa 65-84-vuotiaita suomalaisia, havaittiin aktiivisiksi kävelylenkkeilyn harrastajiksi 66 % miehistä ja 63 % naisista. Muuta liikuntaa kuin kävelyä harrasti vähintään kaksi kertaa viikossa 49 % miehistä ja 45 % naisista. Tutkimuksen mukaan noin 4 % sekä miehistä että naisista ei kyennyt harrastamaan liikuntaa ollenkaan. (Sulander, Helakorpi, Nissinen & Uutela 2004, 10-11.)

Vaikka liikunnan harrastaminen pääsääntöisesti väheni molemmilla Ikivihreiden kymmenvuotisikäryhmillä ja sukupuolilla, lisääntyi toiseksi suosituin liikuntamuoto kotivoimistelu nuoremman miesryhmän keskuudessa muiden ryhmien kotivoimistelun pysyessä lähes ennallaan. Myös ohjatuissa liikuntaryhmissä käyminen pysyi kahdeksanvuotisen seurannan aikana ennallaan. Uinnin, hiihdon, pyöräilyn ja tanssin harrastus väheni kaikilla ikäryhmillä ja molemmilla sukupuolilla. (Hirvensalo 2002, 51, 53-56.)

Ikivihreiden aineiston perusteella miehet harrastivat naisia monipuolisemmin eri liikuntamuotoja. Väheneemisestään huolimatta uinti, hiihto ja pyöräily pysyivät suosittuina miesten lajeina. Miehet liikkuivat lisäksi naisia useammin ja intensiivisemmin alkumittauksessa vuonna 1988, mutta seurantatutkimuksessa vuonna 1996 oli ero tasoittunut vanhemman

ikäryhmän osalta (Hirvensalo 2002, 51, 54). Vaikka Ikivihreät - tutkimusaineisto osoittaa liikunnanharrastamisen vähenevän ikääntymisen myötä, on ikääntyvien ihmisten liikuntaan osallistuminen tulosten perusteella yleisempää, kuin aiemmissa suomalaisissa tutkimuksissa (Hirvensalo ym. 1998).

Vertailtaessa Ikivihreät- projektin sisällä kahta 65-69- vuotiasta kohorttia vuosina 1988 ja 1996, huomattiin myöhemmän naiskohortin harrastavan liikuntaa aiempaa ikäkohorttiaan enemmän. Ikääntyville naisille oli myöhäisemmässä kohortissa yleisempää niin kävelylenkkeily, hiihto, ohjattu liikunta kuin muutkin liikuntalajit. Myöhempi mieskohortti harrasti vain kävelylenkkeilyä aiempaa kohorttia enemmän. Yleisimmät liikuntaharrastukset olivat molempina vuosina myös näissä kohorteissa kävelylenkkeily ja kotivoimistelu. Myös hyötyliikunnan harrastus oli varsin yleistä 65- 69- vuotiaiden keskuudessa molempi- na tutkimusvuosina. Marjastusta ja sienestystä harrasti yli puolet niin naisista kuin miehistä, miehistä yli puolen harrastaessa lisäksi kalastusta (Lampinen & Hirvensalo 1999.)

Kingin ja kumppaneiden (1992) USA:n väestöä koskevan tutkimuksen mukaan fyysinen aktiivisuus vähenee iän mukana romahtaen entisestään 50. ikävuoden jälkeen. Yhä harvemmat USA:n ikääntyvistä ihmisistä saavat vapaa-ajan liikuntaa enää 80 vuoden ikäisinä. Myös Suomessa yli 80-vuotiaista jopa 40 % liikkuu vain päivittäisiä askareita tehdessään (Hirvensalo ym. 2003). Karvisen (2000, 106) tutkimuksen mukaan suuri osa vanhainkotien asukkaista pitää kuitenkin liikkumista ja ruumiillista ponnistelua itselleen tärkeinä asioina ja heillä on pyrkimys säilyttää fyysinen aktiivisuutensa myös vanhainkodissa. Karvisen tutkimuksessa vanhainkodissa asuvat naiset harrastivat kävelyä ja kotivoimistelua lähipiirissä, kuten kotona asuvillekin iäkkäille ihmisille on tyypillistä. Vanhainkodin miesasukkaat suuntasivat puolestaan toimintansa enemmän oman huoneen ja osaston ulkopuolelle aivan kuten kotonaan asuvat ikääntyvät miehet, jotka harrastavat enemmän kodin ulkopuolella. (Karvinen 2000, 106.)

Ikääntyvillä ihmisillä on useimmiten tietoa fyysisestä aktiivisuudesta koituvista hyödyistä. Useimmiten tämä tieto kohdistuu ennen kaikkea passiivisesta elämäntyylistä koituviin riskeihin eikä niinkään itse fyysisestä aktiivisuudesta koituviin hyötyihin. (Grossman & Stewart 2003.)

6.1 Ikääntyvien ihmisten liikuntamotiivit sekä liikunnanharrastusta tukevat tekijät

Tutkimusten mukaan iäkkäiden liikunnan harrastukseen vaikuttavat edullisesti ennen kaikkea hyväksi koettu terveys, pitkä koulutus ja aikaisempi liikunnan harrastus (Hirvensalo ym. 2003; Vuori 2005). Grossmanin ja Stewartin (2003) tutkiessa 75-vuotiaiden ja vanhempien motiiveja liikunnan harrastamiseen, ilmeni sekä itsenäisen toimintakyvyn säilyttäminen, että terveen elämän jatkaminen perheen ja suvun kanssa merkittäviksi liikuntaan motivoiviksi tekijöiksi. Pitkäikäisyyttä tärkeämmäksi tavoitteeksi nousi useimmilla koehenkilöillä jäljellä olevan elämän laatu. Samassa ikäryhmässä liikuntamotivaatiota lisäsivät lisäksi terveyttä ja ulkonäköä koskevat tekijät. Koehenkilöt pitivät liikuntaa tärkeänä muun muassa painonhallinnan ja ryhdin säilyttämisen kannalta.

Terveydelliset tekijät nousivat myös Rasinahon ja kumppaneiden (painossa) tutkimuksessa huomattaviksi liikuntaan motivoiviksi tekijöiksi. Mitä enemmän koehenkilöillä oli liikuntatarajotteita, sitä tärkeämpänä he pitivät liikunnan vaikutusta sairauksien ja oireiden hoidossa. Terveet ja vähäisistä terveydellisistä vaivoista kärsivät koehenkilöt korostivat puolestaan liikunnan merkitystä sairauksien ennaltaehkäisyssä. (Rasinaho ym. painossa) Terveyden ylläpitäminen mainittiin myös Ikivihreät tutkimusryhmässä tärkeimmäksi liikunnan harrastamiseen motivoivaksi tekijäksi (Hirvensalo 2002, 57).

Tärkeitä liikuntaan kannustavia tekijöitä ovat tutkimusten mukaan myös liikunnasta saattava hyvä olo, seurassa oleminen, elämän tarkoitukselliseksi kokeminen sekä muut liikuntaan liitettävät psyykkiset tekijät (Vuori 2005; Rasinaho ym. painossa). Ikivihreiden tutkimusryhmässä nähtiin juuri liikunnan sosiaalisuus toiseksi tärkeimpänä harrastukseen motivoijana (Hirvensalo 2002, 57). Sosiaalisuutta korosti myös Karvisen (2000, 106) vanhainkotien liikuntaa käsittelevä tutkimus, jossa tutkitun vanhainkodin asukkaat kokivat liikunnallisen toiminnan tarjoavan heille mahdollisuuden olla yhteydessä muiden asukkaiden kanssa ja tuntea näin kuuluvansa vanhainkodin yhteisöön. Rasinahon ja kumppaneiden (painossa) tutkimuksessa psyykkisinä liikuntaan motivoivina tekijöinä korostuivat muun muassa liikunnan mukanaan tuoma mahdollisuus itsensä ilmaisuun sekä koetun pätevyyden vahvistuminen.

Vaikka liikunnan on nähty vahvistavan yksilön pätevyyden tunnetta, tarvitaan tietyn asteista pätevyyden tunnetta jo liikuntaan motivoitumiseen. Pätevyyden tunne kuvaa henkilön itse arvelemaa suoriutumiskykyä tiettyjen asioiden tekemisestä sekä tietyissä tilanteissa toimimisesta (Hirvensalo, Rasinaho, Rantanen & Heikkinen. 2003; King ym 1992). Koetun pätevyyden on nähty vaikuttavan yksilön taitoon käyttää hyväkseen omia fyysisiä ominaisuuksiaan (Bandura 1997, 205). Pätevyyden tunteella on nähty näin ollen yhteyksiä myös liikunnan harrastamisen toteutumiseen. Vahvan pätevyyden tunteen sekä yksilön luottamuksen omiin kykyihinsä on nähty lisäävän ainakin miesten osalta tehokkaan liikunnan omaksumista osaksi omia elintapoja. Pätevyyden kokemukset ovat lisäksi vahvistaneet kohtalaiseen fyysiseen aktiivisuuteen sitoutumista sekä liikunnan säilyttämistä osana totuttuja elintapoja niin miehillä kuin naisilla. (King ym. 1992.) Yksilön koettu pätevyys voi vaihdella suuresti eri liikuntalajien osalta johtuen sekä aiemmista kokemuksista, että lajin herättämistä tunteista (Marcus & Forsyth 2003, 47). Mahdollisuus valita itselle sopivin liikuntamuoto lisää näin ollen myös harrastamisaktiivisuutta (Hirvensalo ym. 2003).

Omaan pätevyyden kokemiseen vaikuttaa Banduran (1997, 209) mukaan oleellisesti se, mihin yksilö itseään vertaa. Jos ikääntyvä henkilö ei koe toimintakykynsä erityisesti heikentyneen ja hän välttää lisäksi vertaamasta itseään nuorempiin kohortteihin, voi hän saavuttaa ajan myötä kestäväen pätevyyden tunteen myönteisen itsearviointinsa kautta. Myös säilyttämällä tai parantamalla omaa fyysistä asemaansa muiden ikäistensä joukossa, voi yksilö säilyttää käsityksen itsestään aktiivisena ja toimintakykyisenä jopa toimintakykynsä hiljalleen heikentyessä. (Bandura 1997, 209.)

Damushin ja kumppaneiden (2005) tutkiessa polven nivelkulumasta kärsivien potilaiden motivoitumista liikuntaan, nousi koehenkilöiden vastauksista esiin neljä sekä liikuntaan osallistumiseen, että harrastuksen jatkamiseen motivoivaa tekijää. Näitä olivat mahdollisuus järjestettyyn liikuntaan, sosiaalinen tukiverkosto, kannustuspalkkiot (kuten taloudelliset hyvitykset ja kulkuyhteyksien järjestäminen) sekä kehitysodotukset (kuten vireystilan ja terveyden paraneminen). Koetun pätevyyden kautta kumpuavat positiiviset harjoituskokemukset puolestaan vaikuttivat tutkimuksen mukaan ainoastaan liikuntaharrastuksen jatkamiseen.

Ikääntyvä ihminen saattaa kokea sosiaalisen ympäristön siinä ilmenevine asenteineen vaikuttavan suuresti hänen liikuntaan motivoitumiseensa. Sosiaalista tukea ikääntyvä ihminen voikin tuntea sekä välineellisesti, jolloin häntä esimerkiksi tarjoudutaan kuljettamaan liikuntaharrastustensa pariin, että emotionaalisesi hänen saadessaan rohkaisua ja tukea taustajoukoiltaan. (Ewing Garber & Blissmer 2002; Marcus & Forsyth 2003, 48.) Myös arviointi voi toimia sosiaalisena tukena yksilön saadessa palautetta ja rohkaisua oppimastaan liikuntasuorituksesta (Marcus & Forsyth 2003, 48).

Lähes jokainen (n=83) Grossmanin ja Stewartin (2003) tutkimuksen 75-vuotiaasta ja sitä vanhemmasta koehenkilöstä tunki perheen ja ystävien kannustuksen tärkeäksi liikuntaharrastusta tukevaksi tekijäksi. Koska yli 80-vuotiailla oli itsellään enää hyvin vähän fyysisesti aktiivisia ystäviä, nousi heidän kohdallaan merkittävään rooliin omien lasten sekä lastenlasten tuki samoin kuin kutsut perheen yhteisiin aktiviteetteihin. Samansuuntaisia tuloksia antaa myös Damushin ja kumppaneiden (2005) polvikulumapotilailla sekä inaktiivisilla ikääntyvillä ihmisillä teetetty tutkimus, jonka mukaan ystäviltä, sukulaisilta ja lääkäriltä saatu tuki auttoi niin liikuntaharrastuksen aloittamisessa, kuin sen jatkamisessa.

Ulkopuolisen tuen merkitystä korostavat myös Ikivihreät- projektin tulokset, joiden mukaan juuri terveydenhuoltohenkilökunnalta saatu neuvonta ja kehoitus liikunnan harrastamiseen tukevat perheeltä saatavan kannustuksen lisäksi ikääntyvien ihmisten liikuntaharrastusta (Hirvensalo ym. 2003). Sosiaalinen tuki voikin olla Marcusin ja Forsythen (2003, 48) mukaan myös informatiivista, jolloin yksilön käyttäytymisen muutoksia pyritään tukemaan yksilölle oleellisen tiedon kautta. Kuitenkin vain 23 % terveydenhuollon piirissä olleista 580:stä Ikivihreiden koehenkilöistä muisti saaneensa edellisen vuoden aikana liikuntaan kohdistuvia suosituksia terveyden huollon yhteydessä. Tutkimusten mukaan jo entuudestaan aktiiviset potilaat muistavat myös terveydenhuoltohenkilökunnan suositukset ja ohjeistukset inaktiivisia henkilöitä paremmin. (Hirvensalo 2005.) Kansanterveyslaitoksen tulosten mukaan liikuntatottumusten muuttamiseen terveydenhuoltohenkilökunnan kehotuksesta vaikuttaa myös asiakkaan ikä. Kun 65-69-vuotiaista oli liikunnan määrää lisännyt terveydenhuoltohenkilökunnan ohjeiden mukaisesti 15 % tutkituista, oli vastaava luku 80-84-vuotiaiden kohdalla 11 %. (Sulander ym. 2004, 98.)

Dunlapin ja Barryn (1999) mukaan kuitenkin jopa 75 % yksinkertaista liikuntaneuvontaa saaneista potilaista myös muuttaa fyysistä aktiivisuuttaan ohjeiden suuntaisesti. Koska kevyellä fyysisellä kuormituksella on käytännössä hyvin vähäiset terveydelliset riskit, voidaan potilaan loukkaantumispelko poistaa korostamalla liikunnan vaikutuksia toiminta- ja liikkumiskyvyn paranemisen kannalta. Tuen ja kannustuksen onnistumiseksi terveydenhuollon ammattilaisten tulisi lähteä liikkeelle yksilön henkilökohtaisten tavoitteiden tunnistamisesta, mikä auttaa myös yksilölle sopivien suositusten laatimisessa.

Koska usein juuri ikääntyvän ihmisen ympäristö muodostaa suurimman esteen liikkumiselle, tulisi myös ulkoisia olosuhteita muovata liikkumisen kannalta suotuisiksi. Dunlapin ja Barryn (1999) mukaan ikääntyvien ihmisten itsenäistä liikkumista voidaan tukea muun muassa parantamalla liikuntatilojen ja -alueiden valaistusta, merkitsemällä portaat motivoivan selkeästi, parantamalla pyörätuolilla ja rollaattorilla liikkumisen mahdollisuuksia sekä lähettämällä ikääntyville ihmisille sopivia liikuntaharjoitteita sisältäviä TV-ohjelmia.

Hyvin merkittävänä tekijänä motivoitumisen kannalta voidaan pitää yksilön henkilökohtaista asennetta liikuntaa kohtaan. Liikuntaan osallistumiseen vaikuttaa ennen kaikkea se, kuinka hyödyllisenä yksilö liikuntaan osallistumistaan pitää, sekä se, millaisia tunteita liikunnan harrastaminen hänessä herättää (Ewing Garber & Blissmer 2002; Marcus & Forsyth 2003, 49). Myös Ikivihreät- tutkimusryhmässä mainittiin liikunnasta pitäminen yhtenä tärkeimpänä syynä harrastaa liikuntaa (Hirvensalo 2002, 57). Suurin osa Grossmanin ja Stewartin (2003) tutkimuksen koehenkilöistä koki liikuntaharrastustaan tukevana tekijänä myös nykypäivän kulttuurin, joka toi oman, aikaisempaa vahvemman, tukensa ikääntyvien ihmisten aktiiviselle elämäntyylille. Suurin positiivinen vaikutus iäkkään henkilön liikuntaharrastukseen on kuitenkin ystävillä. (Hirvensalo ym. 2003.) Ystävät, samoin kuin perhe, tietävät usein tarkalleen mitä taktiikkaa motivointiin tulisi ikääntyvän läheisensä kohdalla käyttää (Dunlap & Barry 1999).

6.2 Ikääntyvien ihmisten koetut esteet liikunnan harrastamiseen

Huono terveydentila, ajan puute, ikääntyminen sekä fyysinen ympäristö ilmiöineen muodostuvat usein 75-vuotiailla ja sitä vanhemmilla henkilöillä liikunnan harrastamisen esteik-

si (Hirvensalo ym. 2003; Grossman & Stewart 2003). Grossmanin ja Stewartin tutkimuksessa (2003) terveydentilan osalta liikuntaan osallistumista rajoittivat 33 koehenkilöllä useimmiten selkä- ja polvivaivat, sekä erilaiset jalanseudun ongelmat. Myös sairaaloiden pitkät leikkausjonot voivat vaikuttaa kivun pitkittyessä liikkumiskykyyn ja liikunnan harrastukseen (Hirvensalo ym. 2003). Koettua kipua voidaanakin pitää hyvin yleisenä inaktiivisuuden aiheuttajana (Dunlap & Barry 1999).

Myös Rasinahon ja kumppaneiden (painossa) tutkimuksessa koetut esteet liikunnan harrastamiseen lisääntyivät koehenkilöiden sairauksien ja oireiden myötä. Ennen kaikkea huono terveydentila koettiin sitä ratkaisevampana tekijänä, mitä useammista liikuntaa rajoittavista oireista ja sairauksista koehenkilö kärsi. Monivaivaisuus lisäsi myös pelon, negatiivisten kokemusten sekä sosiaalisten esteiden, kuten liikuntakumppanin puuttumisen ja sopimattoman ympäristön merkitystä liikuntaa jarruttavina tekijöinä.

Vaikka ikääntyvillä ihmisillä luulisi olevan työikäisiä enemmän aikaa erilaisille harrastuksille, saattavat monet käydä töissä hyvinkin myöhäiseen ikään saakka tai yksinkertaisesti kerätä itselleen uusia vastuutehtäviä ja hoitajanrooleja (Ewing Garber & Blissmer 2002). Nupposen ja Sunin (2005) mukaan hankaluudet ajan järjestämisessä liikuntaan ovatkin yleisiä esteitä. Moni muutosta yrittävä huomaa mahdottomaksi irtautua tutuista iltatoimista tai ei kestä siitä syntyvää epäsopua. Ajan puutteen osalta havaittiin myös Grossmanin ja Stewartin (2003) koeryhmässä niin sanottu vitkastelu sekä muiden velvollisuuksien, kuten kotitöiden, asettaminen etusijalle merkittäviksi liikuntaharrastusta jarruttaviksi tekijöiksi. Ikääntyminen koettiin esteenä ennen kaikkea vauhdin hidastumisen, voimien vähenemisen sekä kestävyuden ja keuhkokapasiteetin heikkenemisen myötä. (Grossman & Stewart 2003.)

Suurin osa Grossmanin ja Stewartin (2003) koehenkilöistä koki ympäristön ja sääolosuhteet liikunnan harrastamistaan rajoittaviksi tekijöiksi. Suomessa ikääntyvien ihmisten ulkona liikkumista rajoittaa ennen kaikkea pitkä, pimeä ja liukas talvi (Hirvensalo ym. 2003). Pohjoisen ilmastosta ja sen luomasta liikkumisympäristön turvattomuudesta johtuen monet ikääntyvät ihmiset saattavatkin viettää vuosittain jopa kuusi kuukautta ilman säännöllistä liikuntaa (Dunlap & Barry 1999). Vaikka liikuntainnostusta löytyisikin, voi liikunnan esteeksi nousta myös yksilön omien tai hänen asuinkuntansa resurssien puutteellisuus.

Matka- ja osallistumiskulut, välineiden puute, tai suorituspaikan ja ohjatun ryhmän outous voivat katkaista hyvät aikomukset. (Nupponen & Suni 2005; Dunlap & Barry 1999; Ewing Garber & Blissmer 2002.)

Sekä Dunlapin ja Barryn (1999) että Rasinahon ja kumppaneiden (painossa) mukaan ympäristö ulkoisine tekijöineen saattaa muodostaa voimakkaimmin koetun esteen liikuntaan osallistumiselle. Jo lääkäriltä saatavat ohjeet saatetaan kokea esteinä liikunnan harrastamiseen. Ylimalkainen ohje liikunnan tai muiden ruumiillisten ponnistelujen välttämiseksi iän tai sairauden perusteella johtaa usein passivoitumisen ja toimintakyvyn heikkenemisen myötä juuri yleisesti koettuun yleiskunnan huononemiseen ja oireilun lisääntymiseen. (Alén ym. 2005.) Esteeksi saattaa nousta myös välinpitämättömästi liikuntaan suhtautuva vanhainkodin hoitohenkilökunta. Karvisen (2000, 73, 78) tutkiessa liikuntaa vanhainkodissa, ilmeni hoitohenkilökunnan yleiseksi ongelmaksi fyysistä aktiivisuutta tukevien toimintojen ja vakiintuneiden rutiinien yhteensovittaminen joko omassa työssä tai työtehtävien kokonaisuudessa. Vanhukset koettiin usein myös liian huonokuntoisiksi, jotta he olisivat ylipäänsä pystyneet liikkumaan monipuolisesti. (Karvinen 2000, 73, 78.)

Hirvensalon ja kumppaneiden (2005) tutkiessa Ikivihreät -projektissa mukana olleiden ikääntyvien ihmisten terveydenhoitohenkilökunnalta saamaa liikuntaneuvontaa, ilmeni sekä vähäisen että ristiriitaisen ja negatiivisen neuvonnan olevan huomattavan yleistä. Tutkituista 34 % ei muistanut saaneensa terveydenhuollon puolelta minkäänlaista neuvontaa, kun taas toinen 34 % oli saanut sekä liikuntasuosituksia että varoitteluja liikunnan riskeistä. Jopa 9 % tutkituista muisti saaneensa terveydenhoidon puolelta ainoastaan varoitteluja liikunnan välttämiseksi. Huomattavaa on, kuinka neuvonnan ristiriitaisuus johtaa useimmiten liikunnan suosimisen sijaan fyysisen aktiivisuuden vähenemiseen ikääntyvien ihmisten varoessa hiljalleen jopa arkisista askareistaan koituvaa kevyttä fyysistä ponnistelua. (Hirvensalo ym. 2005.)

Liikunnan riskien ylikorostaminen saattaa kuulua myös osaksi omaisten suojelevaa, liikuntakielteistä asennetta (Hirvensalo ym. 2005; Ewing Garber & Blissmer 2002). Huolestuneet aviopuoliset ja nuoremmat perheenjäsenet saattavat jopa voimistaa terveydenhoitohenkilökunnalta saatuja varoituksia liikunnan harrastamisesta (Hirvensalo ym. 2005). Tällöin pinttynyt käsitys siitä, millainen käytös on vanhoille ihmisille sopivaa, saattavat

estää täysin ikääntyvän ihmisen liikunnan harrastamisen (Hirvensalo ym. 2003). Osa ikääntyvistä ihmisistä ei pidäkään liikunnan harrastamistaan sosiaalisesti hyväksyttävänä, mikä saattaa rajoittaa heidän osallistumistaan ryhmäliikuntaan. Monien naisten kohdalla liikuntaa koskevien tietojen ja taitojen puutteen ovat aiheuttaneet heidän jo nuoruudessaan saamansa neuvot fyysisten ponnistelujen kuulumisesta vain miehille. (Dunlap & Barry 1999; Ewing Garber & Blissmer 2002.) Koska useilta ikääntyviltä naisilta saattaa puuttua täysin kokemukset säännöllisestä liikunnasta, on liikunnallisen elämäntyylin omaksuminen heidän osaltaan epätodennäköistä ilman merkittävää ulkopuolista apua (Ewing Garber & Blissmer 2002). Jo tästä syystä tulisi terveydenhuollon ammattilaisten kiinnittää huomiota antamansa liikuntaneuvonnan sisältöön välttääkseen ikääntyvien ihmisten fyysisen aktiivisuuden tukahtumisen (Hirvensalo ym. 2005).

Myös läheisen kuoleman, eläkkeelle siirtymisen sekä paikkakunnalta muuton mukanaan tuoma sosiaalinen eristäytyminen voi muodostua säännöllisen liikuntaharrastuksen esteeksi ikääntyvän henkilön ollessa esimerkiksi täysin ulkopuolisten kyytien varassa. Jatkuva sosiaalinen eristäytyminen lisää helposti myös yksilön inaktiivisuutta, mikä puolestaan rajoittaa sekä kykyä, että mahdollisuuksia sosiaaliin vuorovaikutustilanteisiin. (Ewing Garber & Blissmer 2002).

Toisinaan jo ihmisen omat mieltymykset, tiedot ja uskomukset muodostavat esteen liikunnan harrastamiselle. Vaikka oma terveydentila mietityttäisi, voi ahdas käsitys liikunnasta, epämiellyttävät aikaisemmat kokemukset tai kokemusten puute jarruttaa liikunnan aloittamista. (Nupponen & Suni 2005.) Pelkkä motivaation puute saattaa muodostua merkittäväksi esteeksi liikuntaan osallistumiselle jopa aktiivisuutta rajoittaneiden sairauksien, kuten diabeteksen, anemian, masennuksen tai dementian, hoidon jälkeen (Dunlap & Barry 1999) Ikivihreiden inaktiivisista seurantaryhmäläisistä jopa 28 % ilmoitti kiinnostuksen puutteen tärkeimmäksi liikuntaharrastustaan jarruttavaksi tekijäksi (Hirvensalo 1998). Myös pelot, kuten kaatumisen pelko samoin kuin tiedon puute harrastusmahdollisuuksista ja liikunnan hyödyistä vähentää harrastamisen todennäköisyyttä ihmisen ikääntyessä (Hirvensalo ym. 2003; Dunlap & Barry 1999; Ewing Garber & Blissmer 2002).

7 LIIKUNTANEUVONTA OSANA IKÄÄNTYVIEN IHMISTEN LIIKUNNAN EDISTÄMISTÄ

7.1 Liikuntaneuvonnan kanavat

Missään ikäryhmässä ei koeta liikuntaa yhtä vaaralliseksi kuin ikääntyvien ihmisten keskuudessa. Vaikka terveyden ammattilaiset suosittelevat liikuntaa ikääntyville ihmisille, kehoitetaan heitä niin liikuntaa koskevissa julkaisuissa, videoissa kuin välineissäkin keskustelemaan lääkärin kanssa ennen harjoittelun aloittamista. (Ewing Garber & Blissmer 2002.) Jatkuva yhteydenpito lääkäriin ja terveydenhuoltohenkilökuntaan on vaihtoehtona monien kohdalla mahdoton. Kaikki ikääntyvät ihmiset, siinä missä muutkaan, eivät myöskään tahdo tai taloudellisista syistä kykene liittymään jäseniksi liikuntasaleille. Osa ei ehkä edes löydä yleisestä liikuntatarjonnasta tarpeitaan vastaavaa vaihtoehtoa. Tästä syystä tulisi tarjolla olla myös muita reittejä tarjota liikuntaneuvontaa, jonka avulla ikääntyviä yksilöitä voitaisiin auttaa korvaamaan inaktiivisia arkiaskareitaan aktiivisella, toimintakykyä ylläpitävällä ja parantavalla toiminnalla. (Marcus & Forsyth 2003, 7-8.)

Yhtenä liikuntaneuvonnan luonnollisena kanavana toimii oma lääkäri sekä muut terveydenhuollon ammattilaiset (King 2000; Alén ym. 1997). Liikuntaneuvonnan ja tuen liittäminen osaksi terveydenhuollon rutiinia mahdollistaa ajan kuluessa hyvin suuren väestönsosan jatkuvan tiedottamisen. Terveydenhuollon piirissä annettava liikuntaneuvonta herättää lisäksi potilaiden keskuudessa usein halun toimia lääkärin ohjeiden mukaisesti. (King 2000.) Neuvonta voi saada alkunsa joko asiakkaan itsensä esittämästä kysymyksestä tai terveydenhuollon työntekijän havaitsemasta neuvonnan tarpeesta terveystarkastuksen, kontrollikäynnin tai sairausvastaanoton yhteydessä. Hoitava lääkäri tai fysioterapeutti voi käyttää liikuntaneuvontaa asiakkaan omatoimisen kuntoutuksen varmistamiseksi, kun taas terveydenhoitaja tai työterveyshoitaja saattaa tarttua aiheeseen keskusteltaessa asiakkaan jaksamisesta, stressistä tai yleisestä terveydentilasta. (Nupponen & Suni 2005.)

Vaikka terveydenhuollon kautta annettavalla liikuntaneuvonnalla on käytännössä vahva vaikutus potilaiden terveyskäyttäytymiseen, rajoittaa käytännön liikuntaneuvontaa usein

ajan puute ja hoitohenkilökunnan vähäiset tiedot liikunnan, liikuntaneuvonnan sekä terveyskäyttäytymisen muuttamisen osalta. (King 2000.) Myös yhteisten käytäntöjen puute voi haitata työntekijöiden syventymistä neuvontaan sekä hämmentää asiakkaita aiheuttaen neuvontaprosessien katkeamista kesken (Nupponen & Suni 2005). Terveystoimen ammattilaisten lisäksi myös sosiaalialan työntekijöille tarvittaisiin kannustimia ja koulutusta, jotta he osaisivat neuvoa ja ohjata iäkkäitä ihmisiä positiiviseen itsensä hoitamiseen. Sosiaali- ja terveystoimen henkilöstö on yhtä lailla avainasemassa iäkkäiden henkilöiden liikunnan tukemisessa ja näin ollen liikuntaneuvontaa tulisikin tehostaa kaikessa asiakastyössä ja vanhustenhuollon palveluyksiköissä. (Hirvensalo ym. 2003.) Vaikka terveyttä koskevaa ohjausta ja neuvontaa voidaan pitää terveydenhuollon ammattilaisten perinteisenä työmuotona, kuuluu se sosiaali- ja terveystoimen henkilöstön ohella myös liikunnan ammattilaisille heidän opastaessaan muun muassa aloittelevia aikuisia liikkujia, kuntoutujia tai työky-toimintoihin osallistuvia (Nupponen & Suni 2005).

Näiden lisäksi kaivattaisiin terveyden ja liikunnan ammattilaisia, jotka toisivat liikuntaneuvonnan lähelle ikääntyvien ihmisten arkiympäristöä. Liikuntaohjelmien ja –neuvonnan tarjoaminen joko ikääntyvän ihmisen omassa kodissa tai kodin läheisyydessä saattaa vähentää monia yksilön kokemia esteitä liikunnan harrastamiseen ja toimia täten kiinnostavana vaihtoehtona perinteisille harjoitusohjelmille. Harjoittelemalla kotona yksilön omaa elämäntyyliä kunnioittaen voidaan poistaa muun muassa ajan ja turvallisuuden puutteesta sekä kulkuetäisyydestä johtuvia liikunnan harrastamisen esteitä. (Ewing Garber & Blissmer 2002.) Kotiympäristöön sijoittuvat liikuntaohjelmat tarjoavat lisäksi arkiselle liikunnalle käytännöllisiä vaihtoehtoja kuten pihan ja puutarhan hoitoa (Marcus & Forsyth 2003, 9).

Myös puhelimen välityksellä annettava liikuntaneuvonta on osoittautunut tehokkaaksi neuvontamenetelmäksi kaikissa väestöryhmissä. Puhelimen välityksellä on onnistuttu edistämään niin kestävyys – kuin voimalajien harrastamista, lisäämään liikunnan tehokkuutta sekä ohjaamaan asiakkaita niin ryhmäliikunnan kuin yksin toteutettavan kotivoimistelun pariin. (King 2000.) Myös automatisoidut, tietokoneen välityksellä ohjattavat puhelinneuvonnot voivat toimia osissa tapauksista varten otettavina liikuntaneuvonnan kanavina herättäessään asiakkaiden sisäistä motivaatiota tietoisien itsearviointien kautta. Näissä liikuntaneuvonnan ohjelmissa asiakas kuuntelee nauhoitettua puhetta tehden numeronäppäimien ja nauhoitteen ohjeiden avulla valintoja tulevien liikuntaohjeistuksien osalta. Pu-

helimeen yhdistetty tietokone tallentaa jokaisen käyttäjän osalta käydyt puhelut tiedostoonsa myöhempää liikuntaneuvontaa varten. (King ym. 2002) Puhelin, ja muut vastaavat viestintäkanavat mahdollistavat liikuntaneuvonnan joustavuuden ja mutkattomuuden sekä terveyden ammattilaisen että asiakkaan kannalta toisin kuin ryhmässä toimitettava neuvonta. (King 2000.)

Kingin ja kumppaneiden (2002) myöhempien tutkimusten perusteella liikuntaneuvojana toimivalta henkilöltä saatava, sekä puhelimen välityksellä että henkilökohtaisten tapaamisten muodossa toteutettu, yksilöllinen ohjaus saattaa kuitenkin johtaa liikuntaohjelman noudattamiseen ohjaajan ja näin ulkoisen motivaation johdattamana. He rinnastavat tutkimuksessaan ulkoisen motivaation heräämisen sosiaalisen oppimisen teoriaan. Tällöin fyysisen aktiivisuuden jatkaminen liikuntaneuvojan tapaamisten jälkeen saattaa olla hyvinkin hankalaa. Kuitenkin liikuntaneuvontaohjelmat, joissa sosiaalisen arvioinnin sekä neuvontaan sisältyvän kontrolloinnin asema on hyvin vähäinen, saattavat edistää sisäisen motivaation heräämistä. Sisäinen motivaatio saa usein liikunnan harrastamisen jatkumaan vielä neuvojan yhteydenottojen vähentyessä. (King, Friedman, Marcus, Castro, Forsyth, Napolitano & Pinto 2002.)

7.2 Henkilökohtaisen liikuntaneuvonnan tavoitteet

Henkilökohtaisella ohjauksella ja neuvonnalla on erityinen osuus terveysliikunnan edistämisessä. Terveysneuvonnassa hyödynnetään sitä kiinnostusta terveyteen ja liikuntaan, jota asiakkaassa tai potilaassa on herännyt julkisen terveysvalistuksen tai opinto-, työ- ja vertaiskokemusten ansiosta. (Nupponen & Suni 2005.) Neuvonnan, ohjauksen ja opastuksen kautta pyritään vähentämään tiedon puutetta liikunnan hyödyistä ja merkityksestä, sekä liikuntamahdollisuuksista. Tavoitteena on myös vähentää epävarmuutta sopivasta liikunnasta ja sen toteuttamistavoista, sekä rohkaista ikääntyvää ihmistä liikuntaan (Vuori 2005). Yksilöllisen liikuntaneuvonnan kautta pyritään luomaan edellytyksiä käyttäytymisen muutokselle sekä kehittämään näin iäkkäälle henkilölle sopiva yksilöllinen liikuntaohjelma (Hirvensalo ym. 2003). Liikuntaneuvonnan kautta pyritään lisäksi tukemaan iäkkäiden ihmisten itsenäistä liikkumiskykyä ja elämänlaatua (Rantanen & Sakari-Rantala 2003).

Neuvovan ammattihenkilön tehtävänä on sovittaa tietoa fyysisen aktiivisuuden terveys-
hyödyistä ja liikunnan vaihtoehtoisista toteutustavoista kunkin asiakkaan yksilöllisiin tar-
peisiin ja ajankohtaiseen elämäntilanteeseen mahdollisimman käyttökelpoisessa muodossa.
Tällöin liikunnalle pyritään löytämään sija asiakkaan omien pyrkimysten välineenä niin,
että hän voi havaita edistyvänsä kohti tavoitteitaan melko lyhyessä ajassa. (Nupponen &
Suni 2005.) Liikuntaneuvojan ja asiakkaan välinen sopimus rakentuu yhdessä asetetuista
tavoitteista, joiden saavuttamiseen molemmat pyrkivät. Tavoitteiden asettamiseen kuuluu
oleellisesti tavoitteiden selkeys, pitkän tähtäimen tavoitteet ja niitä edeltävät välitavoitteet,
sekä prosessin aikainen palautteenanto. (Marcus & Forsyth 2003, 117.) Myös Nupponen ja
Suni (2005) määrittelevät taitavan liikuntaneuvonnan osallistuvien osapuolten, ammatti-
henkilön ja asiakkaan, keskinäiseksi neuvotteluksi. Sitä luonnehtivat tasapuolinen vuoro-
vaikutus, asiakkaan kuuleminen, vähittäinen eteneminen, asiakkaan aktiivinen osallistumi-
nen sekä keskittyminen ongelmanratkaisuun. Yksilön henkilökohtaiseen tilanteeseen sovi-
tettu toimintastrategia saattaa herättää varsinkin aiemmin liikkumattomilla innostusta lii-
kuntaan muita sosiaalis-kognitiivisia strategioita tehokkaammin (Young, King, Sheehan &
Stefanick 2002).

Liikuntaneuvonnan lähtökohtina voidaan pitää lisäksi itsesääätelykeinojen löytämistä sekä
positiivisten kokemusten esiin tuomista. Valitun liikunnan tulisi olla asiakkaalle edes jol-
lain tavoin mielekästä. Koska liikuntaan tottumattoman tai esimerkiksi pitkäaikaissairauk-
sista ja oireista kärsivän ei voi aina odottaa saavan voimakasta mielihyvää liikkumisestaan,
voi toteutetun liikuntamuodon mielekkyys nousta ratkaisevaan osaan toiminnan jatkuvuu-
den kannalta. (Nupponen & Suni 2005.) Myös pätevyyden tunteen vahvistaminen toimii
avaintekijänä käyttäytymisen muutoksille (Hirvensalo ym. 2003; King ym. 1992). Koska
alhaisen pätevyyden tunteen on huomattu olevan yhteydessä toimintakyvyn laskuun ja sai-
rastavuuteen, on tätä tunnetta tärkeä vahvistaa juuri liikuntaneuvontaan sisältyvällä tavoii-
teasettelulla, esteiden ja ongelmien poistamisella, sekä uusien ratkaisuvaihtoehtojen etsimi-
sellä. (Hirvensalo ym. 2003, 376).

Henkilökohtaisen liikuntaneuvojan kanssa kasvotusten tai puhelimen välityksellä toteutet-
tavassa liikuntaneuvonnassa tulisi korostua osallistuvan asiakkaan oma näkemys sekä hä-
nen pyrkimyksensä ja tarpeensa. Tärkeää on, että asiakkaalle muotoutuu keskustelun kulu-
essa jokin oma ongelma tai kysymys, jota neuvonnassa pyritään ratkaisemaan. (Nupponen

& Suni 2005.) Asiakkaan ajattelun ja käyttäytymisen muutokset toimivatkin neuvonnan ensisijaisina tavoitteina terveystavoitteiden jäädessä neuvonnan välillisiksi, aikaa vaativiksi tavoitteiksi. Tämän vuoksi työskentely tulisi aloittaa asiakkaan nykyisistä ajatuksista, pyrkimyksistä, sekä hänen halukkuudestaan käyttäytymismuutoksiin. Käyttäytymismuutoksen vaatimat etenemisvaiheet vievät aikaa ennen vakiintumistaan ihmisen omaksi, totunnaisiksi elämäntyylisiksi. Samanaikaisesti ei kannata suunnitella kovin monia muutoksia entisiin tottumuksiin. Ennestään vähän liikkunut asiakas ei lähde säännöllisesti liikkumaan neljää tai viittä kertaa viikossa. (Nupponen & Suni 2005.)

7.3 Liikuntaneuvonta käyttäytymisen muutosvaiheissa

Toisin kuin tupakanpolton lopettaminen tai rasvansaannin vähentäminen, joissa pyritään tietyn käyttäytymisen lopettamiseen, vaatii liikunnan harrastaminen uuden aktiivisen elämäntyylin omaksumista ja ylläpitoa. Tästä syystä liikuntaneuvonnassa tulee huomioida käyttäytymismuutoksen dynaaminen luonne sekä tähän sopivat käyttäytymisen muutosvaihemallit (Nigg & Riebe 2002).

Liikuntaneuvonta on tärkeä aloittaa asiakkaan sen hetkistä ajatuksista ja pyrkimyksistä käsin. Asiakkaan omien käsitysten kuuleminen selventää, millainen halu hänellä on käyttäytymismuutoksiin. *Virittymisen* vaiheessa ihminen alkaa vasta harkita omia tottumuksiaan. Tällöin muutosten ehdottelemisen synnyttää muutoksiin haluttomissa asiakkaissa helposti vastarintaa tai tunteen, ettei hänen todellisista tarpeistaan välitetä. (Nupponen & Suni 2005.) Terveyskäyttäytymisen tutkimisessa yleisenä pidetyssä transteoreettisessa käyttäytymisen muutosvaihemallissa varsinaista harkintavaihetta edeltääkin niin sanottu esiharkintavaihe, jolloin omassa käyttäytymisessä ei edes nähdä mitään tarvetta muutokseen lähitulevaisuudessa (Burkholder & Nigg 2002; Marcus & Forsyth 2003, 13). Haluttoman asiakkaan kanssa eteneminen kannattaa tässä vaiheessa jättää hänen omaan harkintaansa ja keskittyä sen sijaan liikunnan hyötyjen ja vaihtoehtojen esittelyyn (Nupponen & Suni 2005; Jordan & Nigg 2002). Liikuntaa koskevaa tietoisuutta on mahdollista herätellä tutustuttamalla asiakas ikääntyvien ihmisten terveyttä ja liikuntaa käsitteleviin web-sivuihin, TV-ohjelmiin sekä toisiin liikunnallisen elämäntavan omaksuneisiin ihmisiin. Esiharkintavai-

heessa ikääntyvän ihmisen huomio tulisi kiinnittää lisäksi fyysisen aktiivisuuden ja liikunnan harrastamisen moniin mahdollisuuksiin. (Jordan & Nigg 2002.)

Virittäytymisen vaihe vastaa parhaiten transteoreettisen käyttäytymisen muutosvaihemallin *harkintavaihetta*. Tässä vaiheessa yksilö on jo aloittanut oman käyttäytymisen lyhyt- ja pitkäaikaisten seurausten punnitsemisen, sekä suunnittelee liikunnan aloitusta seuraavan puolen vuoden sisällä (Burkholder & Nigg 2002; Marcus & Forsyth 2003, 13). Harkintavaiheen tärkeimpinä tavoitteina voidaan pitää sekä asiakkaan motivaation että pätevyyden tunteen vahvistamista. Tiedon lisääminen kuuluu myös harkintavaiheeseen, jolloin tiedon avulla tulisi pyrkiä ennen kaikkea koettujen esteiden minimoimiseen. Ikääntyvän ihmisen kokiessa esimerkiksi oman heikkoutensa esteenä liikunnan harrastamiseen, voidaan motivaatiota herättää kertomalla vähäisenkin säännöllisen liikunnan hyödyistä lihasten ja nivelten vahvistumiseksi. (Jordan & Nigg 2002.) Jos asiakasta huolestuttaa vaikka työpaikan säilyttäminen, voi liikunnalla olla osansa oman jaksamisen parantamisessa. Työ- ja perhevelvollisuuksien välissä tasapainoilevalle ihmiselle liikuntahetki voi olla tilaisuus rentoutua ja antaa aikaa itselleen. Kun säännöllistä harjoittelua tarvitaan kuntoutumista varten, tulisi liikunnan pakonomaisuutta lieventää hakemalla liikunnalle muitakin tavoitteita. (Nupponen & Suni 2005.)

Liikuntaharrastuksen aloittaminen on fyysisiä kykyjä useammin riippuvainen yksilön psyykkisistä valmiuksista (Marcus & Forsyth 2003, 110). Virittäytymisen vaiheessa voidaankin käyttää hyväksi myös niin sanottua motivoivaa haastattelua (motivational interviewing). Alun perin riippuvuusikäyttäytymistä varten suunnitellun motivoivan haastattelun pääperiaatteita ovat empatian osoittaminen, ristiriitaisuuden kehittyminen asiakkaan omaa käyttäytymistä ajatellen, riitatilanteiden välttäminen, vastustelun kiertäminen sekä pätevyyden kokemusten tukeminen. Myös tämän strategian tavoitteena on sovittaa toiminta asiakkaan meneillään olevaan muutosvaiheeseen ja auttaa häntä näin etenemään muutosta koskevilla tavoitteillaan. (Tappin ym. 2000.)

Muutosta seuraavan kuukauden aikana haluavan asiakkaan kanssa voidaan edetä virittäytymisen jälkeen *kokeilun* vaiheeseen (Nupponen & Suni 2005; Jordan & Nigg 2002). Transteoreettisessa käyttäytymisen muutosvaihemallissa puhutaan kokeilun sijaan *valmistautumisvaiheesta*, jolloin yksilö pyrkii löytämään toimintatapoja oman käyttäytymisensä

muuttamiseen (Burkholder & Nigg 2002). Tässä ohjaamisen aktiivisimmassa työvaiheessa konkreettinen kokeilu ja opastus ovat tärkeitä varsinkin aiemmin liikkumattomille asiakkaille sekä potilaille, joita sairaus huolestuttaa tai rajoittaa. (Nupponen & Suni 2005.) Ennen varsinaisiin liikunnallisiin ohjeisiin siirtymistä, tulisi liikuntaneuvontaa suorittavan henkilön perehtyä asiakkaan fyysisiin valmiuksiin sekä liikkumista rajoittaviin sairauksiin. Tämä voidaan toteuttaa esimerkiksi sen hetkistä terveydentilaa kartoittavan alkukyselyn avulla. (Marcus & Forsyth 2003, 109.)

Valmistautumisvaiheessa asiakkaita voidaan auttaa löytämään keinoja liittää fyysinen aktiivisuus osaksi tuttuja arkipäiväisiä toimintoja. Tällöin esimerkiksi asioiden hoitaminen kävellen autolla liikkumisen sijaan voi toimia tuottoisana päivittäisen aktiivisuuden lisäjäjänä. (Grossman & Stewart 2003.) Jotta valmistautumisvaiheesta voitaisiin jatkaa eteenpäin, tulisi asiakkaan pätevyyden tunnetta vahvistaa pienin välitavoittein, joiden saavuttaminen antaa yksilölle niin varmuutta omista kyvyistään, kuin voimia jatkaa eteenpäin. Sitoutumisen tunnetta vahvistavat lisäksi oman liikuntaan osallistumisen julkistaminen sekä lupauksesta muistuttavien asioiden, kuten lenkkikenkien, esillä pito. Myös asiakkaan opastaminen niin avun pyytämiseen kuin sen vastaanottoon, kuuluu valmistautumisvaiheessa konkreettiseksi osaksi liikuntaneuvontaa. Vaiheen tärkeimpänä tavoitteena voidaan kuitenkin pitää siirtymistä kognitiiviselta tasolta yhä enenevässä määrin kohti konkreettista toimintaa. (Jordan & Nigg 2002.)

Jordanin ja Nigg'in (2002) mukaan ensimmäiset kuusi kuukautta säännöllisen liikunnan aloittamisesta ovat kaikkein vaikeimmat. Kokeilusta *harjaantumiseen*, tai transteoreettisen käyttäytymisen muutosvaihemallin mukaisesti *toimintavaiheeseen*, siirtymisessä onkin yleisesti pulmia. Tällöin asiakas saattaa luopua jo aloittamastaan liikunnasta ja palata kokeilijaksi tai hyvin vähän liikkuvaksi. (Nupponen & Suni 2005; Burkholder & Nigg 2002.) Burkholderin ja Nigg'in (2002) mukaan yksilö luopuu toimintavaiheessa helposti tavoitteistaan, huomatessaan uuden terveemmän käyttäytymisen tuottavan hitaasti tuloksia. Liikunnan omaksumisen ja ylläpidon keskeyttämiset toimivat kuitenkin muutosprosessia ajatellen enemmän sääntönä kuin poikkeuksena. Katkoja voidaan kuitenkin välttää opettelemalla neuvonnan avulla repsahdusten ehkäisemistä ja jälkikäsitteilyä. (Nupponen & Suni 2005.) Toiminnan keskeytymistä voidaan estää myös opettamalla yksilö muuttamaan elinympäristönsä liikunnan harrastuksen kannalta suotuisaksi ja palkitsemaan itsensä väli-

tavoitteidensa saavuttamisesta, sekä vahvistamalla asiakkaan pätevyyden tunnetta entisestään (Jordan & Nigg 2002).

Käytännössä käyttäytymismuutoksen viimeisenä vaiheena voidaan pitää *rutinoitumista*. Tällöin arkielämään kytkeytynyt fyysinen aktiivisuus säilyy tottumuksena niin kauan kuin ympäristö ja päivittäiset velvollisuudet aikatauluineen ovat ennallaan. (Nupponen & Suni 2005.) Tässä transteoreettisen käyttäytymisen muutosvaihemallin *ylläpitovaiheessa* yksilö alkaa havaita uudesta terveystyöskentelystä koituvia hyötyjä. Myös tähän vaiheeseen kuuluu kuitenkin pieni repsahduksen vaara, joten yksilön täytyy tarkkailla houkutuksiaan jatkaa aikaisemmin omaksumaansa käytösmallia. (Burkholder & Nigg 2002). Mahdollisten jatkamisepäilyjen herätessä epätietoisuutta saadaan usein vähennettyä juuri liikkumaan lähtemällä. Yli kuusi kuukautta kestäneestä säännöllisestä liikunnan harrastamisesta ylläpitovaiheeseen siirtyneitä voidaan tukea pitämällä heidän itsetuntonsa korkealla ja opettamalla heidät nauttimaan uudesta muuttuneesta minästään. (Jordan & Nigg 2002.)

Transteoreettisen käyttäytymisen muutosvaihemallin etuna liikuntaneuvonnan kannalta voidaan pitää muutokseen pyrkivien väliintulojen mahdollisuutta kaikissa mallin vaiheissa (Nigg & Riebe 2002). Kaikkiin käyttäytymisen muutosvaiheisiin kuuluu oleellisesti yksilön luottamus itseensä. Liikuntaneuvojan tehtävänä on puolestaan kaikissa vaiheissa ilmaista asiakkaalleen luottamustaan tämän kykyihin onnistua niin liikunnan aloittamisessa, kuin sen jatkamisessa. Toisena neuvojan oleellisena tehtävänä on opettaa asiakkaalleen itseluottamusta, tämän taidon korostuessa asiakkaan ja liikuntaneuvojan yhteydenpidon loputtua. (Marcus & Forsyth 2003, 115.) Transteoreettiseen käyttäytymisen muutosvaihemalliin kuuluu edellisten ohella myös niin sanottu *päätösvaihe*, jolloin yksilö ei näe minäänlaista tarvetta jatkaa totuttua käyttäytymismalliaan. On kuitenkin epäselvää, voidaanko liikunnan harrastamisessa, samoin kuin hedelmien ja vihannesten kulutuksessa, puhua koskaan puhtaasti päätösvaiheesta. (Burkholder & Nigg 2002).

Edes parhaana pidetty liikuntaneuvonnan malli ei voi olla tehokas ollessaan heikosti toteutettu. Tästä syystä interventiota toteuttavan henkilökunnan laaja-alainen koulutus ja ohjaus nousevat tärkeään asemaan. (King ym. 1998.) Myös liikuntaneuvontaan osallistuvien asiakkaiden halukkuus pitää kontaktia yllä omaan liikuntaneuvonnan kanavaansa, vaikuttaa oleellisesti liikuntaohjelman omaehtoiseen toteuttamiseen sekä tätä kautta liikuntatottu-

musten pysyvyyteen. Halukkuus kontaktin pitoon saattaa kehittää sisäisen motivaation kautta lisäksi oman koetun pätevyyden sekä taitavuuden tunnetta. Koska yksilöiden tarpeet eroavat hyvinkin paljon myös liikuntaneuvonnan osalta, nousee väestön terveyden kannalta haasteeksi eri väestöryhmille parhaiten soveltuvien neuvontaohjelmien löytäminen. (King ym. 2002.)

8 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimukseni tarkoituksena on tukea neljän iäkkään henkilön liikuntaharrastusta sekä arjen fyysistä aktiivisuutta henkilökohtaisen liikuntaneuvonnan avulla. Tutkimuksessa liikuntaneuvonnan katsotaan sisältävän sosiaalisen tuen sekä liikuntaa koskevan tietotaidon tarjoamisen iäkkään ihmisen hyväksi. Liikuntaneuvontaa tarjoamalla pyrin samalla tutkimuksessani selvittämään henkilökohtaisen liikuntaneuvonnan vaikutusta koehenkilöiden fyysiseen aktiivisuuteen. Tutkimuksessani kuvaan liikuntaneuvontaprojektit, joiden kautta käsitelen seuraavanlaisia asioita:

Voidaanko henkilökohtaisen liikuntaneuvonnan avulla vaikuttaa ikääntyvien ihmisten fyysiseen aktiivisuuteen?

Voidaanko henkilökohtaisen liikuntaneuvonnan avulla poistaa ikääntyvien kokemia esteitä liikunnan harrastamiselle?

Voidaanko henkilökohtaisen liikuntaneuvonnan kautta vahvistaa ikääntyvien koettua pätevyyttä liikunnan harrastamiseen?

Voidaanko henkilökohtaista liikuntaneuvontaa pitää tarpeellisena ikääntyvien toimintakyvyn säilymisen kannalta?

Tutkimuskohteenani on kolme fyysisesti inaktiivista ikääntyvää henkilöä, Aarne, Siiri ja Raili sekä yksi liikunnallinen, mutta liikkumiseensa erityistukea tarvitseva koehenkilö, Arja. Koehenkilöiksi valittiin liikuntaneuvontaan halukkaita ikääntyviä henkilöitä, joiden muistitoiminnoissa ei ollut havaittavissa ongelmia. Koehenkilöiden inaktiivisuuden tai vähäisen liikkumisen avulla pyritään kartoittamaan liikuntaneuvonnan mahdollisuuksia sitä teoriassa toimintakyvyn säilyttämisen kannalta eniten kaipaavassa ikäihmisten kohderyhmässä. Kaikki koehenkilöt ovat vuosien 1905-39 välillä syntyneitä kaupunkilaisia, jotka poimittiin Jyväskylässä pitkälinjaista tutkimusta edustavan ”Ikivihreät”-projektin joukosta. Raportissa koehenkilöiden nimet on muutettu.

8.1 Tutkimuksen menetelmät ja tutkimusaineisto

Tutkimukseni on otteeltaan laadullinen toimintatutkimus, joka keskittyy neljään erilaiseen tapaukseen. Tutkimuksessani yhdistyy näin kvalitatiivisen tapaustutkimuksen ja toimintatutkimuksen periaatteet. Toimintatutkimusta voidaan pitää metodin sijaan tutkimusstrategisena lähestymistapana, jolle on tunnusomaista menetelmien moninaisuus, toiminnan ja tutkimuksen samanaikaisuus, sekä pyrkimys saavuttaa välitöntä, käytännöllistä hyötyä tutkimuksesta (Heikkinen 2001). Toimintatutkimuksen tarkoituksena on toisaalta tuoda esille uutta tietoa toiminnasta, mutta samalla kehittää sitä (Heikkinen & Jyrkämä 1999; Aaltola & Syrjälä 1999). Toimintatutkimusta kuvaa läheisesti myös tutkimuksen käytännönläheisyys, reflektiivisyys, muutosinterventio sekä ihmisten aktiivinen osallistuminen (Aaltola & Syrjälä 1999).

Myös toteutettaessa tapaustutkimusta, käytetään aineiston keruussa useita menetelmiä, ja tyypillisesti tavoitellaan juuri ilmiöiden kuvailemista. Olennaista on, että käsiteltävä aineisto muodostaa tavalla tai toisella kokonaisuuden, siis tapauksen. Tapaustutkimukselle on luonteenomaista, että yksittäisestä tapauksesta tai pienestä joukosta toisiinsa suhteessa olevia tapauksia tuotetaan yksityiskohtaista, intensiivistä tietoa. (Saarela-Kinnunen & Eskola 2001.) Tutkimukseni voidaan katsoa koostuvan neljästä erillisestä tapauksesta, joissa kaikissa pyrittiin toiminnan kehittämiseen. Tarkoitukseni ei ole näin ollen tilastollinen yleistäminen, vaan liikuntaneuvonnan tarpeiden ja mahdollisuuksien käytännönläheinen kuvaaminen neljän erillisen tapauksen sekä näiden tapausten aikaisen toiminnan ja kokemusten kautta.

Tutkimukseni lähestymistapa on fenomenologinen keskittyessäni tutkimaan ennen kaikkea antamani liikuntaneuvonnan sekä minussa, että koehenkilöissäni herättämiä kokemuksia. Fenomenologiassa kokemus muotoutuu merkitysten mukaan, jotka ovatkin fenomenologisen tutkimuksen varsinainen kohde. (Laine 2001.) Fenomenologista tutkimusotettani kunniottaen pyrin ymmärtämään koehenkilöideni yksilöllisiä merkitysmaailmoja, yrittämättä tehdä niiden pohjalta mitään universaaleja yleistyksiä. Vaikka tapaustutkimuksen julkilauttuna tavoitteena olisi yhden, erityisen, ainutlaatuisenkin ilmiön kuvaaminen, on taustalla toive ymmärtää inhimillistä tai ihmisyhteisöihin liittyvää toimintaa yleisemmin (Saarela-

Kinnunen & Eskola 2001.) Laineen (2001) mukaan merkitykset, joiden valossa todellisuus meille avautuu, eivät ole meissä synnynnäisesti. Näiden merkitysten lähteenä voidaan pitää yhteisöä, johon jokainen kasvaa ja kasvatetaan. Tästä johtuen kuvaamieni tapausten voidaan yksilöllisyydestään huolimatta olettaa paljastavan liikuntaneuvonnan tarpeellisuuteen ja kehittämiseen yleisestikin sovellettavaa tietoa.

Tulkinnan tarve tuo fenomenologiseen näkökulmaani hermeneuttisen ulottuvuuden. Hermeneuttinen tutkimus kohdistuu ihmisten välisen kommunikaation maailmaan, jossa pyritään ennen kaikkea tulkitsemaan ihmisten käyttämiä verbaaleja ja nonverbaaleja ilmaisuja. Nämä ilmaisut kantavat mukanaan merkityksiä, joita voidaan lähestyä vain ymmärtämällä ja tulkitsemalla. (Laine 2001.) Tässä tutkimuksessani hermeneuttisuus esiintyy tulkintoina, joita muodostan koehenkilöideni kokemusten, sekä niiden taustalla vaikuttavien merkitysten pohjalta. Toisaalta hermeneuttisuus näkyy tutkimuksessani myös liikuntaneuvontani koehenkilöissäni aikaansaamina tunteina ja kokemuksina.

Tutkimusaineisto kerättiin tammi- maaliskuussa 2005, jolloin talven hankalien olosuhteiden katsottiin vaikeuttavan monien iäkkäiden omatoimista liikkumista. Jotta toimintatutkimuksen tulokset voisivat perustua todelliseen empiiriseen maailmaan, tulisi tällaisessa aineistokeskeisessä tutkimusotteessa käyttää metodeja, jotka vievät tutkijan lähelle tutkimuskohdettaan (Kiviniemi 1999). Toteutinkin neljällä koehenkilölläni ensimmäisellä tapaamisella alkukyselyn, jonka avulla selvitettiin koehenkilön sen hetkistä terveyden ja toimintakyvyn tilaa, sekä mahdollista fyysistä aktiivisuutta (liite 1). Samalla suoritettiin toimintakykytestit, joiden avulla arvioitiin koehenkilöiden liikkumiskykyä ja tasapainoa (liite 2. Muokattu Bergin tasapainoasteikon perusteella Timonen & Koivula 2001.). Toimintakykytesteihin sisältyi liikkumiskyvyn arvioiminen tuolilta ylösnousuin, sekä tasapainon testaaminen jalat vierekkäin, puolitandem- sekä tandemassennoissa.

Alkukyselyn ja testien perusteella jokaiselle koehenkilölle laadittiin liikuntaneuvontaa koskeva suunnitelma seuraavia tapaamisia varten. Henkilökohtaista liikuntaneuvontaa koehenkilöt saivat kahden kuukauden ajan 1-2 kertaa viikossa niin, että jokaisen koehenkilön kohdalla toteutettiin kymmenen kahdenkeskistä tapaamista. Liikuntasuunnitelma muotoutui jokaisen koehenkilön kohdalla edelliskerran toiminnan, kokemusten ja koettujen tarpeiden pohjalta. Toimintatutkimusta voidaankin pitää luonteeltaan yhteisenä prosessina,

jossa tutkija osallistuu tutkittavan toimintaan ja pyrkii ratkaisemaan tietyn ongelman yhdessä hänen kanssaan (Kiviniemi 1999). Antamani liikuntaneuvonta sisälsi käytännössä tietotaidon jakamista, yhdessä kokeilemista, sekä liikuntaan kannustamista ja siinä tukemista. Tapaamisten lopuksi suoritettiin jo alkuarvioinnissa käytetyt toimintakykytestit sekä loppuhaastattelu (liite 3), jolla pyrittiin kartoittamaan koehenkilöiden kokemuksia yhteisen liikuntaneuvontajakson ajalta, sekä kyseisen liikuntaneuvonnan vaikutuksia heidän omaan fyysiseen aktiivisuuteensa. Fenomenologiselle haastattelulle luontaiseen tapaan rakensin loppuhaastattelussa esittämäni kysymykset avoimiksi ja mahdollisimman vähän koehenkilöideni vastauksia ulkoapäin ohjaaviksi (Laine 2001).

Tutkijan rooliin kuuluu tutkimuksen ongelmaan liittyvän täsmennyksen tekeminen, tutkimuksen sisällöllisen etenemisen arviointi, riittävien muistiinpanojen laatiminen analyysin tekemistä varten, sekä huolellisten analyysien ja johtopäätösten teko (Grönfors 2001). Itse pidin koko liikuntaneuvontajakson ajan päiväkirjaa, johon kirjasin jokaisen yksittäisen tapaamisen aikana toteutetun toiminnan, henkilökohtaiset havainnointini ja reflektointini sekä tapaamisten pintaan nostamat ajatukset ja kokemukset. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston keruu ja käsittely kietoutuvat yhteen tutkimuksen menetelmien ollessa kiinteästi sidoksissa nimenomaan aineistoihin ja teoreettisiin lähestymistapoihin (Hakala 2001). Päiväkirjamerkintöjeni avulla pyrin työstämään liikuntaneuvonnan tavoitteita tutkimuksen edetessä jokaisen koehenkilön kohdalla eteenpäin, suunnittelemaan tulevaa toimintaa sekä takaamaan laaja-alaisen aineiston tutkimukseni tulkintaa varten. Kvalitatiivista tutkimusprosessia voidaankin luonnehtia myös tutkijan oppimisprosessiksi, jossa koko tutkimuksen ajan pyritään kasvattamaan tutkijan tietoisuutta tarkasteltavasta ilmiöstä ja sitä ohjailevista tekijöistä. Voidaan puhua myös jatkuvasti kehittyvästä ymmärryksen spiraalista, jolloin tutkimusprosessin ja tutkimustehtävien muuntuessa myös aineistonkeruun ja tutkimusmenetelmien tulisi mukautua prosessin aikana tapahtuviin muutoksiin (Kiviniemi 1999). Kvalitatiivisen tutkimuksen sisällä puhutaan erikseen myös toimintatutkimuksen spiraalista, jossa toiminta, sen havainnointi, reflektointi ja uudelleen suunnittelu seuraavat toisiaan (Heikkinen 2001).

Kun havainnointia tarkastellaan osana osallistumista, tutkijalla voidaankin sanoa olevan eräänlainen kaksoisrooli tutkimustyössään: ihmisen rooli ja tutkijan rooli, jotka ainakin jossain määrin voidaan pitää erillään (Grönfors 2001). Pyrin itse pitämään koehenkilöideni

kanssa toteutetuissa tapaamisissa tutkijan roolini taka-alalla, jolloin havaitsin myös koehenkilöideni keskittyvän omaan tilanteeseensa ja tarpeisiinsa enemmän kuin itse tutkimukseen. Tämä helpotti sekä työtäni liikuntaneuvojana, että vastavuoroisuuden syntymistä minun ja koehenkilöideni välille. Pyrin myös fenomenologiselle tutkimukselle luontaiseen tapaan tiedostamaan tutkimuskohdetta ennakoita selittäviä teoreettisia malleja ja siirtämään niitä syrjään omien tulkintojeni teon ajaksi. Fenomenologisessa tutkimustraditiossa erilaisia teoreettisia malleja voidaan pitää jopa esteenä pyrittäessä tiedostamaan toisen ”alkuperäistä kokemuksen maailmaa”. (Laine 2001.) Tästä samaisesta syystä johtuen en pyrkinyt perustelemaan neuvontaani minkään teorian pohjalta, vaan keskityin niin koehenkilöihini, kuin heidän tarpeisiinsa mahdollisimman yksilöllisesti ja ainutkertaisesti.

8.2 Aineiston analyysi ja tulkinta

Aineiston analysointi ja muovaaminen kirjalliseen muotoon ajoitettiin suoritettun liikuntaneuvonnan jälkeiselle kesälle 2005. Aineistona käytin koehenkilöideni kertomuksia ja kokemuksia toteutetusta liikuntaneuvonnasta sekä koehenkilöilläni suoritettuja toimintakykytestejä. Osa tutkimukseni oleellista aineistoa olivat myös omat päiväkirjamerkintäni antamani liikuntaneuvonnan aikaisista tapahtumista ja kokemuksistani.

Laineen (2001) mukaan fenomenologiseen ja hermeneuttiseen tutkimukseen ei sisälly mitään teknisesti säännönmukaista aineiston käsittelytapaa. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston analysoinnin voi katsoa etenevän aineistonkeruun päätyttyä usein analyttisen ja synteettisen vaiheen kautta. Analyttisessä vaiheessa aineisto luokitellaan ja jäsennetään systemaattisesti eri tema-alueisiin, koodataan helpommin tulkittavissa oleviin osiin. (Kiviniemi 2001, 77.) Fenomenologisen ja hermeneuttisen tutkimuksen analyysivaiheessa voidaan katsoa pyrittävän aineiston merkityksien jäsentämiseen merkityskokonaisuuksiksi, sekä näiden merkityskokonaisuuksien sisällön esittämiseen tutkijan omalla kielellä. Koska pyrin omien kokemusteni lisäksi tulkitsemaan myös antamani liikuntaneuvonnan koehenkilöissäni herättämiä kokemuksia, vaati aineiston analyysi toisten kokemusten ja ilmaisujen merkitysten saavuttamista mahdollisimman autenttisina. (Laine 2001.) Tavoitteenani oli kuvata koehenkilöideni kokemuksia kielellisesti mahdollisimman puhtaasti sellaisina, kuin he niistä haastatteluissaan kertoivat.

Purin nauhoittamani haastatteluaineiston litteroiden eli tarkasti puhtaaksi kirjoittaen. Aineiston analyysitapana käytin teemoittelua, jolla nostin esiin tutkimusongelmiani valaisevia teemoja. Näin minun oli mahdollista vertailla henkilökohtaisen liikuntaneuvonnan kannalta oleellisina pitämieni teemojen esiintymistä aineistossa. Koska toteutin tutkimusaineistoni teemoittelun omien kysymysteni pohjalta, muodostui tehtäväkseni teemojen etsimisen sijaan tutkittavieni antamien merkitysten löytäminen (Moilanen & Rähkä 2001).

Eskolan ja Suorannan (1998, 179) mukaan teemoittelu on suositeltava aineiston analysointitapa jonkin käytännöllisen ongelman ratkaisemisessa. Tutkimuksessani käytännölliseen asemaan nousivatkin koehenkilöideni kokemukset ja ajatukset liikunnan harrastamiseen vaikuttavista motiiveista ja esteistä, henkilökohtaisen liikuntaneuvonnan vaikutuksista, sekä liikuntaneuvontaan kohdistuvista tarpeista ikääntyvien keskuudessa. Näitä asioita nostin teemoittelun kautta esiin sekä litteroimistani haastatteluista, että päiväkirjamerkinöistäni. Varsinaista tulkintaa jouduin tekemään sellaisten haastateltavieni ilmausten kohdalla, jotka sitä vaativat ollen selvästi monitulkintaisia. (Laine 2001). Tätä työtäni pyrin helpottamaan jo haastattelujeni litterointivaiheessa kirjaamalla ylös niin haastateltavieni äänensävyjä, ilmaisutapoja kuin puheen tauotuksia. Merkitysten lopullista hahmottamista silmällä pitäen pyysin koehenkilöitäni lisäksi tarkentamaan sellaisia vastauksiaan, joiden tulkinnan uskoin tuottavan muutoin ongelmia. Tulkintojeni kautta pyrin löytämään litteroimastani aineistosta fenomenologisen tutkimukseni ja tutkimustehtäväni vaatimia merkityksiä (Laine 2001).

Analysoinnin synteettisessä vaiheessa keskeistä on löytää kantava temaattinen kokonaisrakenne. Juoni, joka kannattaa koko aineistoa (Kiviniemi 2001, 77). Omien tulkintojeni jälkeen liitin aiemmin tehdyt tutkimukset ja teoriat mukaan tutkimusanalyysiin. (Laine 2001.) Onnistunut teemoittelu vaatii teorian ja empirian vuorovaikutusta, johon pyrin juuri lomitamalla näitä osioita tutkimustekstissä toisiinsa (Eskola & Suoranta 1998, 175-176). Teoriat olin jättänyt Laineen (2001) ohjeistuksen mukaisesti hyllylle siksi aikaa kun tein omia tulkintojani tutkimusaineistosta. Lopullisessa tutkimustekstissäni toteutin tätä teorian ja empirian vuorovaikutusta nostamalla esiin koehenkilöideni haastatteluista tutkimukseni kannalta oleellisia sitaatteja, joiden pohjalta tekemääni analyysiin ja johtopäätöksiin hain vahvistusta teoria-aineistoni sisältä. Tässä synteettiseen vaiheeseen sisältyvässä raportoin-

nissa ja näin tutkimuksen varsinaisesti viimeisessä vaiheessa pyrin tarkasteltavien teemojen kokonaisvaltaiseen käsittelyyn luoden näin kokonaiskuvaa tutkittavasta ilmiöstä (Kiviniemi 2001, 77; Laine 2001). Laineen (2001) mukaan tässä synteessin vaiheessa tutkijan on myös mahdollista arvioida merkityskokonaisuuksien välisiä suhteita. Tutkimuksessani merkityskokonaisuuksien väliset suhteet esittäytyvät neljän yksittäisen liikuntaneuvontatapaukseni lopullisessa rinnastuksessa toisiinsa. Olemassa olevien toimintatapojen merkityskorkeuden ymmärtäminen toimii Laineen (2001) mukaan myös edellytyksenä toiminnan tietoiselle kehittämiselle.

Fenomenologisen tutkimuksen sisällä puhutaan niin sanotusta hermeneuttisesta kehästä, jossa tutkija käy jokaisessa tutkimuksensa vaiheessa eräänlaista vuoropuhelua aineistonsa kanssa. Tässä tutkivan dialogin kehämäisessä liikkeessä tutkijan ymmärryksen tulisi jatkuvasti korjaantua ja syventyä hänen asenteensa muuttuessa samalla avoimeksi toista kohtaan. Tämä vaatii kriittistä ja reflektiivistä asennetta, sekä etäisyyden ottamista omaan tulkintaan. (Laine 2001.) Aineiston analyysi ja tulkinta olivatkin tutkimukseni aikaa vievintä puuhaa. Sukelsin aineistoni pariin kerta toisensa jälkeen pyrkien puhdistamaan aiemmin tekemiäni tulkintoja ja löytämään sekä todennäköisin, että uskottavin tulkinta siitä, mitä tutkittavani olivat sekä toiminta- että haastattelutilanteissa tarkoittaneet.

8.3 Tutkimuksen luotettavuus

Perinteisessä sosiaalitieteellisessä tutkimuksessa on käytetty validiteetin ja reliabiliteetin käsitteitä tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa. Validiteetilla tarkoitetaan tutkimustulosten ja asioiden todellisen tilan vastaavuutta. Reliabiliteetilla puolestaan tarkoitetaan tutkimustuloksen pysyvyyttä toistettaessa tutkimus uudelleen. Näin pyritään tarttumaan siihen, onko tutkimuksen tulokseen mahdollisesti vaikuttanut jokin satunnaistekijä, ”väliin tuleva muuttuja”. (Huttunen, Kakkori & Heikkinen 1999.)

Etenkin reliabiliteetti on huonosti toimintatutkimukseen sopiva käsite, tutkimuksen ollessa itsessään väliin tuleva muuttuja, jota käytetään tarkoituksellisesti muuttamaan tilannetta. (Huttunen ym. 1999.) Myöskään tätä tutkimustani ei olisi mahdollista tai luotettavuutensa kannalta edes tarpeen toistaa uudelleen täysin samoin vaihein ja valinnoin. Kaikki toimin-

tutkimukseni neljä tapausta olivat sekä lähtökohdiltaan että tarpeiltaan hyvin heterogeenisia, jonka vuoksi myös liikuntaneuvonta ja siihen sisältyvä toiminta tuli suunnitella yksilöllisesti. Jos tutkimustani lähettäisiin nyt toteuttamaan uudestaan, olisivat myös näiden koehenkilöiden yksilölliset lähtökohdat hyvin erilaiset kuin tähän tutkimukseen lähdetäessä.

Validiteetin käsite perustuu puolestaan jo lähtökohdaltaan ajatukselle, että on olemassa erikseen tietävä subjekti (– tutkija), joka esittää väitteen ulkoisesta todellisuudesta (– objektista) (Huttunen ym. 1999). Toimintatutkimukselle luontaisen reflektiivisen käytännön näkökulmasta tutkijan lisäksi myös tutkittavat näyttäytyvät tutkimuksen tekijöinä, eikä validiteetille voida näin asettaa mitään ehdottomia, objektiivisia kehyksiä. Tutkimuksessani liikuntaneuvonnan vaikutusten ja tarpeellisuuden arviointi tapahtuikin sekä minun, että tutkittavieni kokemusten ja ajatusten pohjalta. Myös tässä toimintatutkimuksessa luotettavuus muodostuu näin reflektiivisten toimijoiden yhteisten neuvotteluiden tuloksena. (Eskola & Suoranta 1998, 224.)

Tutkija lisää laadullisen tutkimuksensa validiteettia kuvaamalla tarkasti, miten hän on aineistonsa hankkinut ja miten hän on päätenyt kyseisiin johtopäätöksiin (Moilanen & Rähä 2001). Pyrin tutkimuksessani kuvaamaan mahdollisimman tarkasti kaikki aineistonkeruuvaiheet sekä perustelemaan aineiston pohjalta tekemäni johtopäätökset. Myös tapaustutkimuksen luotettavuuteen kuuluu oleellisena tutkimusprosessin näkyväksi tekeminen. Tällöin tutkimusraportin lukija saa selville, miten tutkimuksen johtopäätöksiin on päädytty. Näin lukija voi samalla arvioida myös tutkimuksen luotettavuutta. (Moilanen & Rähä 2001; Saarela-Kinnunen & Eskola 2001.)

Tutkimukseni validiteettia vahvistaakseni toin raportoinnissani julki koehenkilöiden itse käyttämiä sanontoja ja kommentteja, varmistaen näin koehenkilöideni antamien lausuntojen merkityksiä. Uskon myös koehenkilöihin tutustumiseni ja pitkien yhteisten keskustelujemme vahvistavan osaltaan tutkimukseni validiteettia. Keskustelujemme avulla pystyin tarkistamaan jatkuvasti tutkittavieni käsitysten sekä omien tulkintojeni vastaavuutta, mikä lisää Eskolan ja Suorannan (1998, 212) mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuudelle oleellista tutkimuksen uskottavuutta. Moilanen ja Rähä (2001) painottavat, ettei tutkittavien sanoja voida pitää merkitysrakenteiden tulkinnassa sinällään tutkimustuloksina, vaan ne

ovat vihje jostakin tutkijan selvitystä kaipaavasta asiasta. Tutkija tavallaan ratkaisee arvoitusta tutkittaviensa antamien vihjeiden perusteella. Tähän pohjautuen pyrinkin selvittämään liikuntaneuvonnan tarpeellisuutta tutkittavieni puheista tekemieni tulkintojen avulla. Tässä tutkimuksessani en nähnyt tarpeellisena viedä tulkintojani enää myöskään tutkittavieni tulkittaviksi, sillä uskoin tutkittavieni olevan Eskolan ja Suorannan (1998, 212) vihjeen mukaisesti mahdollisesti sokeita omalle tilanteelleen ja kokemuksilleen.

Tutkimukseni validiteettia pyrin vahvistamaan myös tutkimustani tukevan teoria-aineiston avulla. Sekä Eskolan ja Suorannan (1998, 213) että Moilasen ja Rähän (2001) mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisääkin niin sanottu vahvistuvuus, jolla tarkoitetaan tutkijan tekemien tulkintojen saamaa tukea vastaavaa ilmiötä tarkastelleista tutkimuksista. Pyrinkin pohjaamaan aineiston analyysi- ja raportointivaiheessa sekä koehenkilöideni motiiveista, esteistä ja koetusta pätevydestä, että liikuntaneuvontamme aikaisesta toiminnasta tekemiäni tulkintoja myös aiempiin tutkimuksiin. Aiemmat tutkimukset auttoivat minua ymmärtämään koehenkilöideni liikuntaharrastuneisuuden taustalla vaikuttavia asioita ja toisaalta löytämään ratkaisuja näihin vaikuttajiin.

Toimintatutkimuksen pätevyyttä kuvaa kuitenkin myös näkemys, että sen avulla ennen kaikkea kehitetään yhteisön toimintaa. Onnistunut toimintatutkimus merkitsee siis järkevämpää uutta käytäntöä, joka osoittautuu toimivaksi. Näin ollen toimintatutkimuksessa ei pyritä teorian ja empiiristen havaintojen vastaavuuteen tai yhteensopivuuteen. (Eskola & Suoranta 1998, 225; Huttunen ym. 1999.) Käytin tutkimuksessani teorian tietoa ennen kaikkea koehenkilöideni kokemuksista tekemieni tulkintojen vahvistamiseen. Itse liikuntaneuvonnan aikaisen toiminnan suunnittelin kuitenkin tutkimuksiin syventymättä jokaisen koehenkilöni kanssa yksilöllisesti juuri heidän tarpeitaan vastaamaan.

Pyrin Eskolan ja Suorannan (1998, 17) mukaisesti tunnistamaan omat esioletukseni ja arvostukseni jo ennen liikuntaneuvonnallisen kenttätöni aloittamista. Omista lähtökohdistani koin liikuntaneuvonnan tarpeellisena ikääntyvän väestön keskuudessa ja tämä näkyi jo halussani toteuttaa tämä tutkimus. Vaikka pyrin jättämään omat esioletukseni niin sanotusti hyllylle koehenkilöideni kanssa toteuttamani toiminnan ajaksi, vaikuttivat omat näkemykseni ennen kaikkea liikuntaneuvonnan aikaisen toimintamme raportointiin ja analysointiin. Laadullisessa tutkimuksessa pyritäänkin objektiivisuuden ja subjektiivisuuden suhteessa

ennen kaikkea tutkijan oman subjektiivisuuden tunnistamiseen. Tämä laadulliselle tutkimukselle ominainen subjektiivisuus teki minusta tutkijana tutkimukseni keskeisen tutkimusvälineen saaden luotettavuuden arvioinnin koskemaan samalla koko tutkimusprosessia. (Eskola & Suoranta 1998, 17, 211.) Näin ollen aineiston analyysivaihe ja luotettavuuden arviointi eivät myöskään olleet täysin erotettavissa toisistaan (Eskola & Suoranta 1998, 209.) Pohdin tutkimukseni edetessä jatkuvasti tekemiäni ratkaisuja ja otin näin yhtä aikaa kantaa sekä aineistoanalyysini kattavuuteen, että tekemäni työn luotettavuuteen.

9 TULOKSET: NELJÄ KEHYSKERTOMUSTA

9.1 Arka intoilija

9.1.1 Lähtötilanne

Ensimmäinen koehenkilö oli tutkimusryhmän kuopus. Vuonna 1939 syntynyt Arja oli nuori eläkeläinen, vaikka eläkevuosia oli sairauksien takia kertynyt jo 18. Hän oli päässyt aikaistetulle eläkkeelle rankasta mutta tunnollisesti hoidetusta siivoojan työstä ranteissa ja kyynärpäässä havaittujen ja myöhemmin leikattujen hermopinteiden takia. Nykyään Arja koki ranteiden ja sormien käytön arkisissa askareissa hankalaksi ja kivuliaaksi, joten aviomiehen vastuulle jäivät usein muun muassa perunoiden kuorinta sekä siivous. Vasta 66-vuotias Arja oli sairastanut lisäksi jo vuosia fibromyalgiaa, johon liittyviä oireita on havaittu kaikissa sairauden 18 pisteessä. Fibromyalgia on tulehdukseton oireyhtymä, jonka tärkein oire on keholla esiintyvä laaja-alainen leposärky. Muita yleisiä oireita ovat lihasten voimattomuus, kehon kankeus, turvotuksen tunne, ahdistuneisuus, masentuneisuus, unihäiriöt, pitkäaikainen väsyneisyys sekä kuivasilmäisyys. (Isomeri 1999.) Erityistä kipua Arjan kohdalla aiheuttivat viima ja saunominen. Myöhemmin hänellä oli diagnosoitu myös korkea verenpaine sekä osteoporoosi, joiden molempien hoito olivat vaatineet säännöllistä lääkitystä. Osteoporoosi ilmeni Arjalla vahvimmillaan selkärangan alueella. Arja itse epäili osteoporoosia myös oikeassa olkanivelessään, jossa ilmennyt kipu esti olkanivelen laajat liikeradat. Olkanivelen arkuus oli saanut Arjan jättämään muun muassa lahjaksi saamansa kävelysauvat varastoon. Hän tunsikin myös vasemman polven osalta jaksottaista, määrittelemätöntä kipua. Liikkumista ajoittain rajoittavaa kipua hänelle aiheutti myös vasen vatsainenluu.

Arjan innokkuus näkyi jo hänen päätymisessään projektini koehenkilöksi. Hän oli kuullut kautta rantain eräällä yliopisto-opiskelijalla suunnitteilla olevasta henkilökohtaisen liikuntaneuvonnan kokeesta ja oli antanut Ikivihreät -projektin yhdyshenkilölle yhteystietonsa mahdollista mukaan pääsyään varten. Vaikka kyseessä oli jo entuudestaan aktiivinen liik-

kuja, päätin ottaa hänet tutkimukseeni mukaan sairaustaustan herättämän avuntarpeen takia. Arja oli erittäin innokas kävelylenkkeilijä, jonka arkirutiineihin kuului päivittäinen viiden kilometrin kävelylenkki kodin lähiympäristössä. Hän määritteli alkuhaastattelussa oman liikkumisensa teholtaan kohtalaiseksi. Arja oli löytänyt kävelyharrastuksestaan kipua lievittävän avun fibromyalgiaan, mutta kaipasi silti myös muita liikuntaharrastuksia. Vielä vieraiksi lajeiksi, mutta silti kiinnostuksensa kohteiksi Arja mainitsi kuntosaliharjoittelun sekä vesivoimistelun ja –juoksun. Vesiliikunnan hän oli kuullut lieventävän fibromyalgiasta johtuvia kipuja, mutta veden pelko ja arkuus oli estänyt häntä hakeutumasta ohjatun vesiliikunnan pariin. Hän koki olevansa itse tietämätön myös mahdollisuuksistaan harjoittaa hermopinteiden heikentämiä ranteitaan sekä käsivarsiensa lihaksia, jotka olivatkin näin ollen jääneet ilman fyysistä harjoittelua.

Toteutimme ensimmäisellä tapaamisellamme alkutestit, joiden suorittamisessa ei ilmennyt isompia ongelmia. Istumasta seisomaan nousu kävi Arjalta kuin leikiten ja viisi tuolilta nousua vei häneltä vajaat kymmenen sekuntia. Myös seisominen jalat peräkkäin olisi onnistunut häneltä iltaan saakka, mutta pysäytin kellon sovitun puolen minuutin ylityksen jälkeen. Vasemman polven heikkous heijastui kuitenkin yhden jalan tasapainotuloksiin (Oikea 30sek, vasen 14sek). Arja tunsikin tasapainoilun vasemman polven varassa oikeaa jalkaa haasteellisemmaksi. Asetimme tavoitteeksemme erilaisten liikuntamuotojen sekä kotivoimisteluliikkeiden kokeilun sekä niiden kautta mahdollisten uusien harrastusten löytämisen. Lisätavoitteeksemme asetimme Arjan käsilihasten vahvistamisen sekä tähän tarkoitukseen soveltuvien liikemallien opetteluun.

9.1.2 Toiminnan kuvaus

Liikuntaneuvontamme muodosti toimintatutkimuksen periaatteita noudattavan itsereflektiivisen kehän, jossa toiminta, havainnointi, reflektointi ja uudelleen suunnittelu seurasivat toisiaan (Heikkinen & Jyrkämä 1999). Suunnittelimme tapaamisten aikaista toimintaamme vain seuraavaan kertaan, jonka jälkeen teimme jatkosuunnitelman sekä Arjassa, että minussa heränneiden ajatusten pohjalta. Jälkeenpäin koostettuna ohjelmamme näytti seuraavalaiselta:

1. kerta: Lähtötilanteen kartoitus, toimintakykytestit ja tavoitteiden asettaminen (liite 1 ja 2)
2. kerta: Uimahallin mahdollisuuksiin tutustuminen, veteen totuttautuminen ja ohjattuun vesijumppaan osallistuminen (Karvinen 1994, 158-160, 166-169 mukaillen)
3. kerta: Kotivoimistelu; vesipullot, kuminauha ja keppi (Karvinen 1994, 136-144 mukaillen)
4. kerta: Sauvakävely, lihaskuntoliikkeet sauvojen kanssa sekä venyttelyt
5. kerta: Kuntosalilaitteisiin ja –harjoitteluun tutustuminen (liite 4)
6. kerta: Kuntosaliharjoittelun jatkaminen (liite 5)
7. kerta: Kotivoimisteluliikkeitä jaloille, selälle ja vatsalle (liite 7)
8. kerta: Sauvakävely vauhtia vaihdellen ja tekniikkaa hioen + porraskävely
9. kerta: Venyttely ja hengitys (Putkisto 1997, 25, 46-54, 71, 77, 111, 115, 137, 143 mukaillen)
10. kerta: Toimintakykytestit ja loppuhaastattelu (liite 2 ja 3)

Koska tavoitteenamme oli löytää uusia toimintakykyä ylläpitäviä liikuntamuotoja ja –harjoitteita jo tutuksi tulleen kävelyn rinnalle, oli toteuttamamme ohjelma hyvin monipuolinen. Pyrin itse ottamaan toimintaa suunnitellessani huomioon kaikki Arjan toiveet ja kiinnostuksen kohteet, samoin kuin kokeilujemme hänessä herättäneet tuntemukset. Arjan toiveet olivatkin hyvin selkeitä ja määrätietoisia, mikä auttoi osaltaan toiminnan kohdentamisessa. Itse harjoittelupaikat valitsimme Arjan mieltymysten mukaan ajatellen myös harjoittelun mahdollista jatkamista. Toteutimme näin ollen yhteiset tapaamisemme samoissa ympäristöissä, joissa Arja myös omatoimisesti liikkui. Kotivoimistelussa hyödynsimme monia kotoa löytyviä välineitä, kuten jakkaroita, sohvaa, vesipulloja ja harjanvartta. Pyrin hankkimaan Arjalle myös kirjallista ja kuvallista materiaalia niistä kotivoimisteluliikkeistä, jotka hän oli mieltänyt itselleen sopiviksi.

Motiivit

Arjan motivoiminen ja motivoituminen liikkumisesta eivät tuottaneet missään vaiheessa ongelmia, vaikkei hän osannut motiivejaan alkukyselyssä erikseen nimetä. Vaikka veden pelko oli kova, ei hän epäröinyt hetkeäkään toteuttaa pitkään mielessä kytenyttä ideaa vesivoimistelusta jo toisella yhteisellä tapaamisellamme. Fibromyalgia toimi vahvana motii-

vina vesiliikuntaan, varsinkin kun Arja oli kuullut jo aiemmin veden kipuja lieventävästä sekä lihasten ja nivelten jäykkyyttä ehkäisevästä vaikutuksesta. Vaikka monisairaus voidaan kokea omaa liikkumista rajoittavana ja pelkoa herättävänä tekijänä, voi sama asia toimia samalla myös motiivina liikuntaan. Monisairaalle ihmiselle tärkeää voikin olla itse asiassa liikunnan vaikutukset omien sairauksien ja oireiden hoidossa. (Rasinaho ym. 2005.) Kävely oli toiminut Arjan kohdalla oireita lieventävänä liikuntamuotona. Hän oli pitänyt harrastuksestaan kiinni myös vaikealta tuntuvina päivinä ja löytänyt myös tällöin helpotuksen oireisiinsa. Koska Arja tiesi jonkin verran liikunnasta, piti hän omaa liikkumistaan kuitenkin hyvin yksipuolisena ja koki kaipaavansa myös piristystä harrastuksiinsa. Vesivoimistelun kohdalla mielenkiinto voitti näin Arjan pelon.

Myös kotivoimistelun tavoite käsilihasten voimistamisesta herätti Arjassa ulospäin havaittavaa jännitystä, vaikka kyse oli jälleen hänen omasta toimintaehdotuksestaan. Selvensin Arjalle, ettei hänen tarvitsisi pelätä mitään liikkeitä leikattujen hermopinteiden takia. Kannustin häntä kokeilemaan erilaisia liikkeitä ja ennen kaikkea kuuntelemaan kehonsa viestejä sekä välttämään kivun kanssa harjoittelua. Keskityin korjaamaan Arjan tekniikkaa hänen kokeillessaan erilaisia yksinkertaisia liikkeitä puolen litran juomapulloilla, kuminauhoilla sekä kepillä opettaen häntä samalla havaitsemaan itse oikeita liikeratoja suorittamissaan liikkeissä. Arja tuntui erittäin motivoituneelta harjoittelemaan ennen kaikkea ylävartaloa avaavia liikkeitä sillä hän koki ryhtinsä painuneen viime vuosien aikana kasaan. Hän kertoi saaneensa tuokiostamme paljon materiaalia harjoitteluun varten. Kannustin häntä jatkaamaan harjoitteluaan niin kepin, kuin hänelle jättämieni vesipullojen sekä kuminauhojen kanssa. Jätin hänelle myös kirjallisessa muodossa selvennykset yhdessä suorittamistamme liikkeistä, minkä uskoin lisäävän entisestään kyseisistä liikeharjoitteista motivoitumista.

Motivaatio kävelysauvojen kaivamiseen varastosta oli hieman normaalia laimeampi. Sauvominen oli aiheuttanut aikaisemmillä kerroilla kipua olkapäässä, joten Arja oli jo päättänyt haudata idean sauvakävelyharrastuksesta. Sain kuitenkin hänet innostumaan myös sauvakokeilusta, sillä uskoin sen tekevän hyvää olkanivelten pienentyneille liikeradoille, ellei kipua ilmaantuisi. Kävely tuntuikin niin hyvälle oikeiden liikeratojen löytyessä, että koekelimme sauvakävelyä myöhemminä viikkoina vielä toistamiseen. Olin kertonut ensimmäisen lenkkimme päätteeksi niin sanotusta vauhtileikittelystä, jota ehdotin myös Arjalle virkistykseksi totuttuihin lenkkeihin. Vaikka sovimme että koekelisimme sitä seuraavalla

sauvalenkillä yhdessä, oli Arja uusista tuntemuksistaan motivoituneena kokeillut vauhdin vaihteluita jo ennen seuraavaa sauvomistamme arkisilla lenkeillään.

Arjan motivoituminen oli toimintamme aikana aina yhtä mutkatonta. Ewing Garberin ja Blissmerin (2002) mukaan liikuntaan osallistumiseen vaikuttaakin ennen kaikkea se, kuinka hyödyllisenä yksilö liikuntaan osallistumistaan pitää sekä se, millaisia tunteita liikunnan harrastaminen hänessä herättää. Suunnittelimme kaiken toimintamme Arjan kanssa yhdessä vastaamaan hänen henkilökohtaisia tarpeitaan. Toimintamme selvän hyödyllisyyden lisäksi oli Arja jo luonnostaan mitä motivoitunein ja innostunein oppimaan uutta. Arjan halu oppia uutta kuvastui hyvin hänen tuntemuksistaan loppuhaastattelua tehdessäni:

*”Mä oon monta kertaa mielenkiinnolla seuraavaa jaksoo oottanna..
se on aina monta kertaa päivän pelastanna”*
(Loppuhaastattelu / LH 8.4.2005)

Yksi Arjassa voimakkaimmin sisua ja motivaatiota herättäneistä tekijöistä oli kuntosalityöskentely. Pinnan alla kytenyt kiinnostus kuntosaliharjoitteluun oli saanut uutta pontta kylpylälomalla, jonka aikana Arja oli huomannut monien ikäistensä harrastavan kyseistä lajia. Päätimme käydä motivaation säilymisen kannalta ensimmäisellä kerralla läpi muutamia oleellisimpia ja turvallisimpia lihaskuntolaitteita suoritustekniikkoineen, sekä tehdä kyseisillä laitteilla kiertoharjoitteluun perustuvan harjoituksen. Treeni tuntui Arjasta mukavalta ja hän tunsikin sen myös itselleen tarpeelliseksi. Olimme puhuneet lihasvoimaharjoitteiden merkityksestä jo aiemmin, mutta lisäksi Arja oli tutustunut myös aiheesta käsitteleviin artikkeleihin. Arjan vahvaa innostusta hyödyntääkseni päätimme suunnata salille myös tutustumiskäyntiämme seuraavalla tapaamisella, jolloin suoritustekniikat ja laitteet olivat vielä tuoreessa muistissa. Kerroin salitapaamisen lomassa vaihtoehtoisista, kotona suoritettavista liikkeistä, joista Arja myös innostui yhden pitkän ja tehokkaan tapaamisen verran. Hän sanoi, ettei ollut koskaan kuvitellut pystyvänsä hyötymään sillä tavalla jakkaroista, hyllyissä lojuvista tiiliskivi-kirjoista saati sitten sohvasta kuntoiluvälineenä. Uusien asioiden opetteluun mukanaan tuoma innostus poiki arkirutiinien lomaan myös lisää liikuntaa:

”Kyllä on lisääntynnä.. (fyysinen aktiivisuus) Ja semmonen innostus siihen että tota.. pystyy tekemäänkin”

(LH 8.4.2005)

Oma roolini Arjan henkilökohtaisena liikuntaneuvojana muodostui ennen kaikkea liikuntamuotojen esittelystä, opastamisesta sekä sosiaalisen tuen tarjoamisesta. Sosiaalista tukeani annoin Arjalle sekä emotionaalisesti koehenkilöäni rohkaisten ja tukien sekä rohkaisua ja palautetta sisältävän arviointini kautta (Marcus & Forsyth 2003, 48.) Vaikka Arjalla itsellään oli jo vahva motivaatio erilaisten liikuntamuotojen kokeiluun, myönsi hän motiivoinnin ja kannustuksen rakentaneen lisää uskoa omaan tekemiseen. Tuttu kävelyharrastus oli ja pysyi mukana arjen rutiineissa, mutta lisäksi Arja tuntui kiinnostuneen toimintamme jälkeen myös itselleen aiemmin vieraalta tuntuneista liikuntamuodoista. Kysyessäni mahdollisista lajikokemuksista, joita hän uskoisi hyödyntävänsä lähitulevaisuudessa, tuli vastaus nopeasti sen kummempia pohtimatta:

”Se punttisali, se on kyllä semmonen että.. sitä ku mä en oo aikasemmin harrastanna. Se ainakin tulee mieleen.”

(LH 8.4.2005)

Esteet

Vaikka Arjan oli hyvin vaikeaa määritellä lähtötilanteen kartoituksessa mitään esteitä liikuntaharrastamiselleen, heijastuivat ne hänen puheestaan niin toiminnan aikana kuin loppuhaastattelua tehdessä.

”Yleensäkin kaikki sairaudet, niin kuin omallakin kohalla kun ei ite uskaltanna sillä lailla kaikkee tehdä, kun ei oo kukaan neuvonna. Se on vaan aina ite pitännä kantapään kautta opetella. Ei se tietoo niin ite perille.”

(LH 8.4.2005)

Itse liikkumisen kannalta Arja ei ollut kokenut minkäänlaisia esteitä. Omat vaivat mahdollistivat kävelylenkkeilyn, jota hän piti tärkeänä arkirutiininaan. Rajoitteita arkiliikuntansa monipuolistamiseen Arja kuitenkin koki. Verbruggen ja Jetten (1994) mukaan yksilön luonneominaisuudet ja asenteet voivat muodostua käytännön toimintaa rajoittaviksi tekijöiksi. Näin oli mitä ilmeisimmin tilanne Arjan kohdalla. Hän tiesi paljon liikunnasta ja

varsinkin hänelle itselleen sopivista liikuntamuodoista, mutta ei ollut uskaltanut omatoimisesti kokeilla mitään uutta. Arja seurasi aktiivisesti liikuntaa käsitteleviä TV-ohjelmia ja luki aikakausi- ja päivälehdistä tarkkaan aihetta käsittelevät artikkelit. Hän oli kuitenkin ilmeisen arka kokeilemaan uusia asioita ilman ulkopuolisen ohjausta, muttei toisaalta mielenkiinnostaan huolimatta hakeutunut myöskään ohjaukseen. Vaikka kiinnostus liikunnan suhteen olikin monipuolista, kuului liikunnallisiin harrastuksiin ainoastaan kävelylenkkeily. Kaikkein eniten epätietoisuutta Arjassa herätti hermopinteiden aristamat ranteet, sekä niiden kannalta suositeltavat liikkeet ja toiminta.

”..Niin no mä oon just ajatellu niinku.. esimerkiks tuolla punttisalilla niinku noita käsi tommosia juttuja, että mä en niinku pysty niitä tekemään, mut kyllähän mä pystyn näköjään. Eikä oo haittaakaan ollu!”

(LH 8.4.2005)

Rasinahon ja kumppaneiden (2005) tutkimukset tukevat ajatusta, jonka mukaan monisairaus lisää yksilön kokemia esteitä liikunnan harrastamiseen lisäten samalla myös pelon merkitystä liikuntaa rajoittavana tekijänä. Arja itse pelkäsi omatoimisessa liikkumisessaan eniten vääriä liikesuorituksia, joilla uskoi saavansa aikaan enemmän haittaa kuin hyötyä. Koska hän ei ollut saanut lääkäriltään hermopinteiden osalta minkäänlaisia kuntoutus- tai toimintaohjeita, ei hän edes tiennyt oliko hänen soveliasta harjoittaa käsien lihaksiaan ja niveliään millään lailla. Kannustin Arjaa kuuntelemaan oman kehonsa tuntemuksia ja jatkamaan harjoitteluaan niin kepin, kuin hänelle jättämieni vesipullojen sekä kuminauhojen kanssa. Hoitavan lääkärin antama liikuntaneuvonta oli Arjalle täysin tuntematon käsite. Hän itse paheksui sairaalasta saamaansa hoitoa ja neuvontaa, mikä ei ollut käsittänyt lopulta lainkaan ranteiden kuntoutusta ja voimistamista. Loppuhaastattelua tehdessäni kysyin Arjalta lääkärin antamasta liikuntaneuvonnasta myös yleisesti ottaen.

”Eikä lääkäreiltä, ei.. sieltä ei tuu ku pillerit vaan!”

(LH 8.4.2005)

Fibromyalgian hoidon osalta esteenä ei ollut missään vaiheessa ollut tiedon puute. Yksi oleellinen este omien koettujen tarpeiden kannalta oli Arjan vuosikymmeniä kantanut vedenpelko. Motivaatio uinnin ja vesivoimistelun kokeiluun fibromyalgia - kipujen lievittäjänä oli kuitenkin pelkoakin kovempi. Koska itse säikähdin hieman Arjan pelokasta ja ar-

kaa käytöstä altailla, kysyin uintireissumme herättämistä tunnelmista vielä loppuhaastattelun lomassa.

”Entäs se, kun me käytiin siellä uimassa ja vesivoimistelussa, että tuntuko se sitten semmoselle vähän epämukavalle?”

”Ei.. se varmaan vaan se vesi ei oikein..”

”Niin se jännitti?”

”Niin”

”Siitä ei jääny kuitenkaan mitään pelkoa?”

”Eei! Ei, ei kyllä mä meinaan ens talvena mennä sinne ja sinne kuntosalille.”

(LH 8.4.2005)

Koettu pätevyys

Pätevyyden ja oman kyvykkyyden tunne voimistui toimintamme aikana Arjan kokiessa niin sanottuja ”ahaa-elämyksiä” monen uuden liikuntamuodon kohdalla.

”Uusia semmosia vinkkejä on tullu, mitä minä en oo aikasemmin huomannu, että minä voin tehdä.. Kyllähän mä oon liikkunu, mut noi kaikki liikkeet, et ossaan tehdä oikein niitä.”

(LH 8.4.2005)

Toimintamme aikaisten keskustelujen perusteella Arja yllättyi positiivisesti muun muassa mahdollisuudesta harjoittaa ylävartalon lihaksiaan vesi- ja kotivoimistelun avulla. Lämpimien vesipullojen nostelusta oli puolestaan löytynyt käsivarsien voimistamisen lisäksi apu sormien ja ranteiden kiputiloihin. Myös sauvakävelytekniikan sisäistäminen sai aikaan onnistumisen elämyksiä, kun ennen kipua tuottanut sauvominen tuntuikin nyt nautinnolliselta. Käsitykseni mukaan Arjan pätevyiden tunnetta vahvisti kuitenkin eniten avartavana kokemuksena ilmennyt kuntosaliharjoittelu, jonka merkitystä hän korosti loppuhaastattelumme lomassa useaan otteeseen.

”Tuo on just toi punttisali.. Mä en oo.. mä oon ajatellu että mää en voi, pysty siihen, mut kyl lähän mä pystyn määrätyissä tota.. omien rajojen sisällä tekemään.”

(LH 8.4.2005)

Arja tunnisti toisella salivierailullamme jo monet kuntosalilaitteet edellisviikon harjoittelun perusteella, eikä vierastanut enää painojen lisäämistä laitteisiin. Arjan suoritustekniikka oli alusta alkaen yllättävän hyvä. Oikeita liikeratoja oli löytynyt jo pullojen ja kuminauhojen kanssa harjoitellessa. Myös aiemmin huomattavissa ollut hartioiden jännittäminen oli toiseen kuntosalikertaan mennessä lähes täysin kadonnut. Tiedustelin vielä haastatteluni yhteydessä oliko Arja kokenut toimintamme aikana hankalalta tuntuja asioita tai liikkeitä, jotka olisivat ehkä saattaneet vaikuttaa myös hänen omaan innostumiseensa. Arjan mukaan, kuten itsekin asian koin, olimme edenneet ilman toimintaamme hidastavia ongelmia.

”Eihän mulla oo ollu (hankalalta tuntuja liikkeitä), mut jos joku on ollu semmonen vähän vaikeempi liike, mitä ei oo pystynyt, niin sithän me on jätetty pois se ja koitettu löytää sellanen sopiva”

(LH 8.4.2005)

Vaikka liikunnan on nähty vahvistavan yksilön pätevyyden tunnetta, tarvitaan niin Hirvensalon ja kumppaneiden (2003) kuin Kingin ja kumppaneidenkin (1992) mukaan tietyn asteista pätevyyden tunnetta jo liikunnasta motivoitumiseen. Arja piti selvästi itseään jo entuudestaan liikunnallisena ja uskoi omiin kykyihinsä vahvasti – kun vain joku olisi mukana tukena ja turvana. Hän kertoi usein liikunnallisesti inaktiivisista tuttavistaan ja läheisistään ja oli onnellinen onnistuessaan pitämään itsensä liikkeellä. Arja ei jaksanut uskoa erilaisiin pillereihin ja kuureihin varsinkaan, kun oli liikunnan avulla onnistunut jättämään oman säännöllisen lääkityksensä pois. Lääkkeisiin hän kertoi turvautuvansa nykyään vain äärimmäisessä hädässä, sillä yleensä jo kävelylenkki helpotti oloa. Oma aktiivinen liikuntaharrastus - vaikka vain kävelylenkkeily- sai Arjan tuntemaan selvästi itsensä ikäänsä nähden hyvinvoivaksi ja näin ollen varmasti myös kykeneväksi. Huomasin myös kannustukseni vahvistavan Arjan koettua pätevyyttä hänen havainnoidessaan omia kykyjään yhä paremmin. Liikuntaneuvontajaksomme päätyttyä olikin suhteellisen odotettavaa, ettei kävelylenkkeily tulisi jäämään enää Arjan ainoaksi liikuntaharrastukseksi.

9.2 Sosiaalinen motivoituja

9.2.1 Lähtötilanne

Vuonna 1909 syntynyt Siiri oli korkeasta iästään huolimatta tutkimusryhmäni todellinen energia-pakkaus. Pirteä ja hyvin sosiaalinen Siiri ei tarvinnut liikkumiseen lainkaan apuvälineitä, mutta sairauksia hänellä oli kuitenkin jo taustalla jonkin verran. Sydämen ja verenkiertoelimistön kunto oli heikentynyt iän myötä ja käytössä hänellä oli nykyään sydämen tahdistin. Muita Siirin arkipäivään vaikuttavia sairauksia olivat korkea verenpaine, astma, sormen nivelissä ilmenevä lievä reuma sekä tuoreimpana diagnosoituna iskias selän oikean puoleisessa lohossa. Myös vasen nilkka oli jäänyt muutamia vuosia sitten oven väliin, eikä ollut vielääkään vahvuudeltaan tai liikelaajuuksiltaan oikean nilkan veroinen. Iskias sekä muut sairaudet olivat tuottaneet Siirille oireita päivittäin ja arkinen liikkuminen oli pienentynyt samalla minimiin. Hankalimmaksi hän oli kokenut iskiaksen, josta johtuvat kivut olivat vaikeuttaneet ennen kaikkea aamuisia ylösnousuja. Myös palvelukodin henkilökunnan varoittelut ja estelyt olivat saaneet Siirin vähentämään päivittäisiä askareitaan ja liikkumistaan. Käytössä hänellä on säännöllinen lääkitys sydämeen, astmaan sekä huimaukseen. Siiri itse oli aloittanut myös Canvert-tippahoidon iskiakseen ystävänsä kannustamana, jonka hän olikin tuntenut vähentävän hiukan kipuja.

Liikunnan harrastamiseen Siiri ilmoitti alkuhaastattelussamme asioilla käynnin noin joka toinen viikko. Palvelukodissa hän tunsikin oman toimintakykynsä ylläpidon olevan minimissään henkilökunnan tuodessa kaiken hänen eteensä valmiina. Siiri kertoi käyneensä ennen palvelukodin viikoittaisessa voimisteluryhmässä, mutta lopettaneensa fysioterapeutin ja lääkärin varoitteluiden jälkeen. Hän oli myös aiemmin kävellyt portaat toisen kerroksen asuntoonsa, muttei nykyään enää jaksanut kävelyn hitauden takia. Syömästä tullessa myös täyden vatsan tunne toimi nykyään motivoijana hissien käyttöön. Ainoaksi fyysisesti jo kovaakin ponnistelua vaativaksi harrastukseksi Siiri paljasti salaa toteuttamansa mattojen pesutuokiot. Palvelukodin henkilökunta oli tämän harrastuksen kyllä kieltänyt, mutta se ei ole rouvaa estänyt vaan ainoastaan hillinnyt. Siiri olisi halunnut pitää toimintakyvystään enemmän huolta, mutta tunsikin palvelukodin henkilökunnan paikalleen painostavaksi, ymmärtäen silti heidän tarkoituksensa.

Siirin kohdalla toiminnan vajavuutena voitiin nähdä hänen kävelykykynsä heikentyminen, mikä oli seurausta fyysisistä toimintakykyä kivun kautta huonontaneesta iskiaksesta. Toiminnan vajavuuden kehittymiseen vaikuttivat Verbruggen ja Jetten (1994) mallin mukaisesti niin ympäristö- kuin yksilötekijät. Ympäristön osalta Siirin kävelykykyä heikensivät liikkumattomuuden kautta sekä lääkäreiden epävarmat diagnoosit, selkeiden kuntoutusohjeiden puuttuminen, että palvelukodin henkilökunnan asenteet asukkaiden omatoimista liikkumista kohtaan. Yksilötekijöinä Siirin liikkumista rajoitti puolestaan valmiuksien puuttuminen oman elämäntyylin muuttamiseen. Konkreettisinta näiden valmiuksien kannalta olisi ollut yksilön oma sisäinen motivaatio toiminta – ja liikkumiskyvystään huolehtimiseen. Ulkona vallitsevat sääolosuhteet sekä koetun pätevyyden heikentyminen toimivat puolestaan mielestäni Siirin kohdalla toiminnan vajavuuden kehittymisen riskitekijöinä.

Toteutimme ensimmäisellä tapaamisellamme alkutestit, joista ainoastaan seisominen yhdellä jalalla tuotti ongelmia vahvemman jalan kannatella Siiriä 8 sekunnin ajan. Istumasta seisomaan nousuun Siiri ei kaivannut lainkaan tukea, vaan suoritti tarvittavat viisi ylösnousua rauhallisen huolellisesti 22 sekuntiin. Myös seisominen peräkkäisin jaloin onnistui puolen minuutin ajan, jonka jälkeen pysäytinkin jo kellon. Koska Siiri ei osannut antaa mitään erityistoiveita toteuttamamme liikunnan suhteen, päätimme miettiä aina yhdessä seuraavan tapaamisemme ohjelmaa. Ennen kaikkea hän toivoi kuitenkin meidän toteuttavan liikuntatuokiomme hänen asunnossaan. Vaikka Siiri vieroksui kävelemään lähtemistä, päätimme pitää silti myös ajatuksen kävelylenkistä ehkä jopa sauvojen kanssa elossa. Päätimme pitää ulkona vallitsevaa säätä silmällä ja lähteä ulkoilemaan jos siltä tuntuisi.

9.2.2 Toiminnan kuvaus

Siirin kohdalla päätimme moneen otteeseen lähteä kävelylenkille ilman ollessa useimmiten mitä mahtavin. Siirin peruttua saapuessani muutamaan otteeseen aiemmat suunnitelmamme, opin jo varaamaan myös muuta toimintaa tapaamisemme ajaksi. Huomasin vasta toimintamme puolivälin jälkeen, että kävelylenkkeihin myöntyessään Siiri olikin pyrkinyt päättämään asian vain minun mielikseni. Todellisuudessa kävely ei häntä kiinnostanut

enempää kuin oli pakko. Kymmenen yhteistä tapaamistamme koostui loppujen lopuksi seuraavanlaisesta toiminnasta:

1. kerta: Lähtötilanteen kartoitus, toimintakykytestit ja tavoitteiden asettaminen + nilkkojen voimistelu (liite 1 ja 2)
2. kerta: Tuolijumppa + venyttelyt (Karvinen 1994, 154-157, 174-175 mukaillen)
3. kerta: Tuolijumppa, voimisteluliikkeet vesipulloilla + venyttelyt (Karvinen 1994, 136-144, 154-157, 174-175 mukaillen)
4. kerta: Tuolijumppa, tasapainoharjoitteet tuolia ja hyppynarua hyväksi käyttäen + venyttelyt (Karvinen 1994, 223, 227-228, 154-157, 174-175 mukaillen)
5. kerta: Kuminauhajumppa, tasapainoharjoitteet matolla + venyttelyt (liite 6)
6. kerta: Kuminauhajumppa, selkärangan kierto- ja kiertoliikkeet + venyttelyt (liite 6)
7. kerta: Tuolijumppa, tasapainoharjoitteet tuolia, mattoa ja kirjoja hyväksi käyttäen + venyttelyt (Karvinen 1994, 223, 218-228, 154-157, 174-175 mukaillen)
8. kerta: Tuolijumppa, tasapainoharjoitteet tuolia, hyppynarua ja kirjoja hyväksi käyttäen + venyttelyt (Karvinen 1994, 223, 218-228, 154-157, 174-175 mukaillen)
9. kerta: Jumppa kehoa lämmittäen, tasapainoharjoitteet palloa, hernepusssia ja vannetta hyväksi käyttäen + venyttelyt
10. kerta: Toimintakykytestit ja loppuhaastattelu (liite 2 ja 3)

Vaikka Siiri ei innostunut yhteisen liikuntaneuvontajaksomme aikana kertaakaan ulkona liikkumisesta, innostui hän sisällä toteutetuista voimisteluistamme sitäkin enemmän. Yhteisinä tavoitteinamme näin Siirin selkäkipujen lievittämisen liikkuvuutta harjoittamalla, sekä hänen rohkeutensa ja koetun pätevyytensä vahvistamisen tasapainoa kehittämällä. Siiri itse piti ennen kaikkea mielekkäistä ja haastavista tehtävistämme, joiden avulla aika kului rattoisasti. Koska niin voimistelu- kuin venytysliikkeetkin unohtuivat Siirin mukaan helposti, kertailimme opittuja liikkeitä suoritustekniikoinen useaan otteeseen. Pysin lisäksi antamaan Siirille myös kuvallisia ohjeita suorittamistamme liikkeistä hänen mahdollista omaa harjoitteluaan varten. Tasapainotehtävien osalta pyrin aina keksimään jotain uutta ja virkistävää, jolloin huomasin myös Siirin kehittävän tasapainoaan lähes huomaamattaan. Välillä palasimme tutuksi tulleisiin tasapainotehtäviin, jotka sujuivat uusien ja vaikeampien jälkeen aina vain helpommin.

Motiivit

Ristiriita Siirin sanojen ja eleiden välillä oli ilmeinen heti ensitapaamisestamme lähtien hänen selittäessään laiskuudesta ja haluttomuudesta, ja tiedustellen silti silmät loistaen samaan hengen vetoon mitä meillä olisi luvassa. Vaikka Siiri ei itse korostanut missään vaiheessa liikunnan sosiaalista merkitystä, huomasin hänen nauttivan kovasti yhdessä tekemisestä. Jokainen tapaamisemme alkoi yhtä kankeasti Siirin liikkumismotivaation herätyksessä hitaasti, kunnes huomasin joka kerta hetken ahertelumme jälkeen Siirin lähes puhkuvan intoa. Monet liikkeet olivat Siirille täysin uusia ja hän ihmetteli, kuinka ei ollut sellaisista koskaan ennen tiennyt.

”Tää on niinku sillä lailla piristäny minua, et mä oon niinku saanu semmosen ajatuksen.. mulle on tullu niinku sellanen innostus rueta tekemään näitä liikkeitä, mitä on neuvottu.. ja mä olen katsonut sen että.. se on edistystä ollu mulle.”

(Loppuhaastattelu / LH 6.4.2005)

Monien kotivoimisteluliikkeiden osalta Siiri löysi osan motivaatiostaan käyttämieni mielikuvien avulla; kulmasoutu muistutti sahausliikettä kun taas vipunoston alkuasento oli aivan kuin olisi laskenut vesipulloa pöydälle. Tapaamisiin sisältynyt alkukankeus johtui suurimmalta osin Siirin kokemista selkäkivuista tapaamistemme välisenä aikana. Kokeilimme jokaisella tapaamisellamme yhdessä erilaisia liikkeitä, joista saattaisi olla apua selkäkipujen kannalta. Kannustin Siiriä liikuttelemaan ja kiertämään rankaansa päivittäin, venyttämään ahkerasti sekä tunnustelemaan, mitkä liikkeet tuntuivat juuri hänen selkensä kannalta parhailta. Usein kipu hälveni myös toimintamme aikana joko selkälihasten lämpenemisestä tai Siirin innostumisesta ja säryn unohtamisesta johtuen.

”Niin, no joka tapauksessa ni.. mä oon koittanu niinku nytkin ni mä oon koittanut.. sitten aina tällä tavalla tehdä tässäki, jos mä esimerkiks niinku luenki taikka tossa, niin sit mä oon yrittäny niinku käänellä ja venyttellä tässä..”

(LH 6.4.2005)

Vaikka selkäsärky vaivasi Siiriä muutamaan otteeseen vielä projektimme edetessä, oli hän selvästikin löytänyt itselleen mieluisat liikkeet, joiden avulla selkä tuntui aiempaa paremmalta. Loppuhaastattelun yhteydessä ilmeni, kuinka Siiri oli pitänyt hanakasti kiinni muun

muassa sängyssä toteutettavista venytyksistä, selän kierroista sekä ilman polkemisesta. Hän kertoi jo toimintamme puolivälissä, kuinka vuoteesta nousut vaativat nykyään hänen mielestään lähes poikkeuksetta hitaita, asteittain herätteleviä liikkeitä. Vaikka Siiri jaksoi useaan otteeseen mainostaa laiskuuttaan, uskon Siirin motivaation olleen näiden liikkeiden kohdalla hänen laiskuuttaan voimakkaampaa.

”Mä teen niitä nyt yksinkin.. iltasin tai jopa aamulla, enkä mä sängystäkään nouse ylös ennen ennenkö mä teen niitä liikkeitä.”

(LH 6.4.2005)

Motivaation säilymisen kannalta Siirin olikin tärkeää havaita itse harjoittelunsa tulokset. Koska Iskias-kivut olivat rajoittaneet moneen otteeseen Siirin asioiden hoitoa sekä muita arkisia askareita, olivat myös harjoitetun liikunnan tulokset hänelle hyvin ilmeisiä. Monet arkiset askareet hoituiivatkin nykyään kotona ilman jo tutuksi käyneitä kipuja. Kysymykseen liikuntaneuvonnan hyödyllisyydestä hän kiteytti itse saamaansa hyödyn seuraavanlaisesti:

”Tämä on hyödyllistä ainakin että minun selkäni on parantunut (naurua)! Se on ehkä suurin juttu..”

(LH 6.4.2005)

”Niin että, kyllä mä oon tytöillekin kertonu, kuinka mä olen nyt alkanu tekemään tätä, että.. ja että mä olen huomannu, että mulle on ollu apua siitä.”

(LH 6.4.2005)

Siiri mainitsi toimintamme ohessa, kuinka hänen tuli nykyään harjoiteltua tasapainoliikkeitä myös omalla ajallaan. Hän kertoi saaneensa Ikivihreät- projektin mittausten aikaan kehuja juuri tasapainostaan ja motivoituikin tehtävistämme, jotka osoittautuivat hänen omaksi yllätykseksen nyt huomattavan haasteellisiksi. Kannustaessani hän väitti minun liioitelleen hänen nykyisiä kykyjään, jotka eivät Siirin itsensä mukaan olleet enää entisen veroisia. Kotonaan hän oli kuitenkin nyt kävellyt pitkin maton kuviorajoja ja harjoitellut näin tasapainonsa säilyttämistä. Oman toimintakykynsä ja sen ylläpidon Siiri koki tärkeänä kokonaisvaltaisen hyvinvointinsa kannalta.

”..Ja kun ne (palvelukodin hoitajat) sanoo, et miks minä en hälyytä, jos jotakin tarviin, niin minä - niinku sinäkin sanoit-. niin minä ajattelen, että kuinka se on mielenterveydelle tärkeää, että tekee ja yrittää tehdä mitä suinkin pystyy.”

(LH 6.4.2005)

Vaikka Siiri lähti mielellään mukaan projektiin, tunsikin kuitenkin liikuntaan motivoivien tekijöiden nimeämisen aluksi vaikeaksi. Johdatteluni kautta hän uskoi lopulta hakevansa liikkumiseltaan virkistäytymistä. Sekä Vuori (2005) että Rasinaho kumppaneineen (2005) korostavat niin liikunnasta saatavan hyvän olon, kuin muidenkin psyykkisten tekijöiden merkitystä liikuntaan kannustavina tekijöinä. Vaikka Siiri ei valittanutkaan aikansa käyvän koskaan pitkäksi, tunsikin päivensä etenevän hyvin rutiininomaisesti jo palvelukodin aikataulusta johtuen. Tästä syystä liikunnan mukanaan tuomalle virkistäytymiselle oli Siirin ajatuksissa jopa kysyntää. Karvisen (2000, 112) mukaan arkiaskareet ja liikunta tarjoavatkin luontevalla tavalla vanhainkotien asukkaille juuri osallistumisen, harjaantumisen ja mielenvirkistymisen mahdollisuuksia.

Sitä kestääkö Siirin motivaatio liikunnan harrastamiseen vielä projektimme jälkeenkin en saanut loppuhaastattelussamme selville. Vaikka Siiri oli selvästikin lisännyt arkirutiineihinsa muutamia yhdessä opettelemistamme liikkeitä, uskon sosiaalisen tuen ja kannustuksen olleen hänen kohdallaan ilmeisen tärkeää. Ikivihreiden tutkimusryhmässä nähtiin juuri liikunnan sosiaalisuus toiseksi tärkeimpänä harrastukseen motivoijana (Hirvensalo 2002, 57). Koska Siirin arkeen ei kuitenkaan kuulunut vastaavia sosiaalisia tilanteita eikä hän ollut myöskään valmis sellaisiin hakeutumaan, jäin miettimään mikä häntä projektimme jälkeen tulisi motivoimaan harjoitteiden ja kotivoimistelun jatkamiseen. Siiri mainitsi usean suorittamamme liikkeen kohdalla juuri sen itselleen tärkeäksi, mutta oli seuraavaan kertaan mennessä unohtanut liikkeen suoritusta edes suunnitelleensa. Näin kävi muun muassa pohjevenytyksen kohdalla. Aina siirtäessä toista jalkaa taakse pohjevenytystä varten, mumi Siiri hiljaa, kuinka hänen tulisikin tehdä näitä venytyksiä ehkäistäkseen suonenvetoja. Loppuhaastattelussa kysyin Siiriltä aikoiko tämä tehdä yhdessä opettelemiamme liikkeitä vielä liikuntaneuvontajaksomme loputtua.

”Ainaki toistaseks teen (naurua).. en kyllä tiedä kuinka kauan, mutta ainaki toistaseks.”

(LH 6.4.2005)

Esteet

Siiri esitti omissa puheissaan liikkumisensa esteeksi useimmiten laiskuuden ja yleisen hallittomuuden. Hän oli käynyt aikaisemmin vuosia erilaisissa liikunta- ja voimisteluryhmissä, ja nauttinut tällöin suuresti liikunnan harrastamisesta. Kuten itsekin aavistelin, oli oma toiminen arkiliikunnasta huolehtiminen Siirille kuitenkin huomattavasti ryhmäliikuntaan osallistumista vaikeampaa.

”Niinku sanottu, ku minä en yksin ole aikaisemmin ni.. en mä tee., vaikka mä tiedän niitä liikkeitä, koska mä niin monta vuotta kävin jumpassa.. mutta tota.. en mä yksin tee” (LH 6.4.2005)

Pelkkä motivaation puute saattaakin Dunlapin ja Barryn (1999) mukaan muodostua merkittäväksi esteeksi liikuntaan osallistumiselle jopa aktiivisuutta rajoittaneiden sairauksien hoidon jälkeen. Näin oli myös Siirin kohdalla. Edes vuosia aiemmin leikattu sydän ei ollut saanut häntä kiinnostumaan toimintakykynsä säilyttämisestä. Vaikka voimistelu oli aiemmista harrastusvuosista johtuen yleisesti ottaen Siirille tuttua, vetosi hän laiskuutensa lisäksi myös tiedon puutteeseensa. Monet itselle hyvältä tuntuvat liikkeet tuntuivat olevan kadoksissa, mikä saattoi vähentää osaltaan myös muistissa olleiden voimisteluliikkeiden omatoimista suorittamista.

”Niin enhän minä muistanu tollasia kaikkee, mitkä olis ollu hyviä.. ja kuinka paljon näissä oli sellaisia, mitä ei olla reumassa taikka täälläkään tehty.” (LH 6.4.2005)

Tiedon puute ulottui sopivien voimisteluliikkeiden lisäksi myös Siirin omiin vaivoihin. Selkä oli vihoitellut pitkään ilman selkeää diagnoosia, eikä vaivan selviäminenkään ollut johtanut selkää kuntouttaviin neuvoihin hoitavan lääkärin osalta. Ohjeiden sijaan lääkäri oli kuitenkin antanut Siirille muutamia rajoitteita, joita noudattaakseen hän lopetti myös palvelukodin voimistelupiirissä käymisen.

”Ajattele nyt sentään, kun mitään ei ollu sen ihmeempää, kun eihän oma lääkärikään, koska hän ei tienny mikä se oikein niinku on , niin ensi alkuun, mutta sitten hän totesi, että se on..mikä se nyt on.. Iskias..mutta ensi alkuun hän sanoi että siellä voi olla kulumia, kun mulla on niin korkea ikä jo.” (LH 6.4.2005)

*”Mähän en käyny sillo kun selkä oli kipee, kun mä en saanu kauan istua.. no mä en taas keh-
taa sit niinku lähtee kesken pois..” (LH 6.4.2005)*

Hoitavan lääkärin neuvot olivat johtaneet liikunnan väliaikaiseen lopettamiseen myös muutama vuosi aiemmin. Siirin sydän oli leikattu reilut neljä vuotta aiemmin, jolloin hänelle oli laitettu tahdistin. Myös tuolloin Siiri oli osallistunut aktiivisesti erilaisiin ryhmäliikuntatuokioihin, mutta pysyi vielä leikkauksesta toivuttuaankin liikuntatoiminnan ulkopuolella lääkärinsä varoitteluista johtuen. Varoittelet saivat Siirin kohdalla aikaan sen, ettei hän osannut enää soveltaa liikuntatuokioiden toimintaa itselleen sopivaksi, vaan näki toiminnan vain haitalliseksi itselleen.

”Sen jälkeen kun minulle tämä tahdistin laitettiin, niin minultahan kiellettiin, että mä en sais tehdä mitään tällasta (nostaa kättään ylöspäin)..niin se oli niinku se mitä mä ajattelin että mä en voi niinku tehdä. Mutta senhän mä sanoin heti alkuun, et ne on multa kielletty.. ja ne mitä me tehtiin, niin ei ne ole millään lailla pahentanu tilannetta.”

(LH 6.4.2005)

”Ja silloin sinä sitten lakkasit käymästä siinä ryhmässä, kun se lääkäri kielsi näitä käden nostoja?”

”Niin, mä lopetin sen jälkeen..”

(LH 6.4.2005)

Siirin kohdalla liikunnan ja päivittäisen aktiivisuuden merkittävinä rajoittajina olivat toimineet lääkäreiden sekä palvelukodin henkilökunnan ylimalkaiset ja vääristävät ohjeet liikunnan ja arkisen aktiivisuuden rajoittamiseen. Kuten yleistä, oli myös Siiri ottanut ohjeet kirjaimellisesti lopettaen saman tien kaiken muun paitsi pakollisen liikkumisensa. Hirvensalon ja kumppaneiden (2005) mukaan terveydenhuollon ammattilaisten tulisikin kiinnittää huomiota antamansa liikuntaneuvonnan sisältöön välttääkseen ikääntyvien fyysisen aktiivisuuden tukahtumisen. Ylimalkainen ohje liikunnan tai muiden ruumiillisten ponnistelujen välttämiseksi iän tai sairauden perusteella johtaa usein passivoitumisen ja toimintakyvyn heikkenemisen myötä juuri yleisesti koettuun yleiskunnan huononemiseen ja oireilun lisääntymiseen. (Alén ym. 1997; Hirvensalo ym. 2005; Verbrugge & Jette 1994) Vastaavassa oravan pyörässä eli myös Siiri. Hän ei tavannut enää entisiä voimistelukavereitaan, sillä oli lopettanut itse liikuntaryhmissä käymisen. Selän oireilun lisääntyttyä ja yleiskunnan samalla laskiessa tuntui harrastuksen uudelleen aloittaminen päivä päivältä vain vaikeammalta tehtävältä.

Siiri oli tuntenut vaivojensa kuitenkin toimineen liikuntaa rajoittavina tekijöinä jo ilman ulkopuolisten varoitteluja. Ulkona kävely oli lisännyt selän vihoittelua niin, että Siiri oli päättänyt tätä nykyä kävellä vain palvelukodin ulkopuolisia asioita hoitaakseen. Arkiliikunnan vähentyessä oli Siiri huomannut myös fyysisen kuntonsa laskeneen. Vaikka kunto tuntui huononevan, ei ajatus yhteisestä kävelylenkistä motivoinut Siiriä projektimme aikana. Hän oli saanut vuosia sitten ohjausta myös sauvakävelyyn, mutta pelkäsi nyt 95-vuoden iässä virheellisen tekniikan saavan vain vaurioita aikaan. Liikkumisen vaikeutumisen kannalta tavallisimpina voidaankin pitää juuri vastaavia selkä- ja nivelvaivoja sekä alaraajojen heikkoutta aiheuttavia tuki- ja liikuntaelinsairauksia (Tilvis 2001). Omien henkilökohtaisten vaivojensa lisäksi myös ympäristö tuntui muodostavan omat rajoitteensa Siirin fyysiselle aktiivisuudelle.

”Niin ku mä oon sanonu sitä että, koska mul on kunto menny alas, mä tunnen sen, kun minä en ole tänä talvena enää paljon missään liikkunu tuon selän takia ja sitten ne liukkaat kelit.. ku johtajakin niistä aina muistutti, että jos teillä ei ole tarkeeta menoa, niin älkää lähtekö.”
(LH 6.4.2005)

Palvelukodin henkeen kuului Siirin kertoman mukaan juuri itsenäisen toiminnan ja aktiivisuuden rajoittaminen. Hän tunsi palvelukodin laiskistavan ihmisiä entisestään kaiken tuottaessa valmiina heidän eteensä. Jos jotain sattui tarvitsemaan, oli avun hälyttäminen jopa toivottua. Karvisen (2000, 77, 100) tutkiessa vanhainkodeissa tarjottavaa liikuntaa ilmeni liikunnan intiimiys usein haasteeksi hoitohenkilökunnalle. Henkilökunta koki arkuutta voimistellessaan kahden kesken asukkaan kanssa hänen huoneessaan ja koki usein muun hoidon olevan fyysistä aktivointia tärkeämpää. Karvisen tutkimuksessa vanhusten avustamisen omatoimisuuteen uskottiin usein vievän myös liikaa aikaa muilta töiltä. Liikunta-neuvonta ja henkilökohtainen liikunnanohjaus ei kuulunut myöskään Siirin palvelukodin normaaliin toimintaan. Ohjeiden ja avustuksen sijaan Siiri koki itseään enemmänkin pidettävän aloillaan. Palvelukodin perushoitoon ei yksinkertaisesti kuulunut fyysisen aktiivisuuden edistäminen, kuten oli myös Karvisen (2000, 109) tutkimassa vanhainkodissa.

Siirin ympäristössä oli havaittavissa yleisten varoittelujen lisäksi myös tietyn asteinen sosiaalisen tuen puute. Vaikka rouva oli itse hyvin innoissaan uudesta liikuntakipinästä, ei-

vät sukulaiset tuntuneet kuitenkin täysin innostuneen ajatuksesta. Ennen kaikkea kyseessä taisi olla suvun puolelta heijastuva uskon puute isomummun kykyihin.

”..Niin kun meillä se Kristiina sanoo sitä, kun hän äidille puhuu sitä, kuinka mummu tekee liikuntaliikkeitä.. niin se sano et, äiti sanoo siihen et ”Älä nyt puhu, sinä aina puolustat mummua kauheesti, et älä nyt tommosia, et tuskin mummu on ruvennu itse siellä mitään tekemään.”

(LH 6.4.2005)

Ilokseni sain kuitenkin huomata Siirin viis veisaavan sukulaistensa ajatuksista, joille hän itse jaksoi vain nauraa. Pääasia oli, että hän itse teki sitä mistä sattui tykkäämään. Usein hän tunsikin ajan lentävän kuin siivillä ja päivät täyttyivät sukulaisia ja muita tuttavita tavatessa, lääkärissä käydessä sekä pöydälle kasaantuvia lehtiä ja kirjoja lukiessa. Nämä olivat usein kuitenkin myös hänen itsensä mielestä vain tekosyitä. Koska aika ei tuntunut koskaan käyvän pitkäksi, oli Siirin helppoa säilyttää laiskuutensa liikunnan harrastamisen suhteen.

Koettu pätevyys

Siiri oli selvästi menettänyt itseluottamustaan jatkuvien ja ehkä liiallisten varoittelevien ansiosta. Enemmän kuin omia tuntemuksiaan peilaten, määrittelikin hän yllätyksekseni omaa pätevyyttään vahvasti minun sanojeni ja mielipiteideni perusteella. Vaikka hän osallistui lopulta yhteiseen projektiimme intoa puhkuen, tunsikin useaan otteeseen epävarmuutta mahdollisuuksistaan ja kyvyistään. Kovin huolissaan hän tuntui olevan siitä, oliko hän minun mielestäni tarpeeksi taitava liikkeiden suorittaja ja etten minä vaan turhautuisi hänen seurassaan.

”Niin kun sä sanoit aina minulle, että mä en saa ajatella että mitenkä sä ajattelet.. niin kun mä sanoin vissiin muutaman kerran, että kun ”En minä osaa” ja ”Pystynkö mä siihen?”.. ja sillä tavalla, että.. mutta kai se oli jotain alkujännitystä.”

(LH 6.4.2005)

Pyrin koko toimintamme ajan kannustamaan ja rohkaisemaan Siiriä selventäen lisäksi, etten ollut häntä arvostelemassa ja mittaamassa vaan hänen henkilökohtaisia tarpeitaan kuuntelemassa. Kerroin myös, etten ollut hänen taitavuuttaan vailla, vaan että toivoin mei-

dän yhdessä löytävän sellaisia liikkumistapoja ja liikkeitä, joista saattaisi olla hyötyä sekä hänen iskias-kipujensa, että yleisen toimintakykynsä kannalta. Meidän molempien iloksi saimmekin huomata löytäneemme Siirille sopivia voimisteluliikkeitä, jotka tuntuivat auttavan myös alati vihlovaan selkään. Liikkeiden löytymistäkin tärkeämpää oli kuitenkin Siirin kokema kyky oman kehonsa huoltamiseen.

”Ehkä nämä on ollu kaikki (hyödyllisiä), että mä oon saanu paikoilleen ton iskiaksen ja osaan niinku.. siinäpä se onkin juuri, että nyt mä niinku osaan juuri niitä niinku pääs jäsen-tää, niinku aamullakin”

(LH 6.4.2005)

Vaikka Siiri tuntui aluksi hyvin epävarmalta omista taidoistaan, oli hänellä kuitenkin tasapainokyvyistään suhteellisen tarkka näkemys. Tästä syystä Siirille oli pettymys nähdä oman tasapainonsa heikentyneen Ikivihreät- mittausten ajoilta. Kehuessani häntä ensimmäistä kertaa tasapainoa harjoitellessamme, tiuskaisi hän takaisin suoritustensa olevan todella surkeita. Siiri ei yksinkertaisesti kokenut pärjäävänsä omien odotustensa mukaisesti. Yrittämästä luopumisen sijaan tämä itseltä saatu palaute sai Siirin kuitenkin vain yrittää entistäkin hanakammin. Tasapainon harjoittamiseen keskityimme monella tapaamisella ja huomasin Siirin viihtyvän antamieni haasteellisten tehtävien parissa ajantajun samalla unohtaen. Pikku hiljaa suoritukset paranivat ja Siiri vastasi hämmästykseni kertoen harjoittaneensa tasapainoa myös omalla ajallaan. Kaikkein tärkeimmän palautteen hän sai kehuistani huolimatta parantuneiden suoritustensa kautta, mutta koki lisäksi oppineensa yhdessä toimiessamme paljon erilaisia tasapainon harjoitusmahdollisuuksia. Vaikka Siirin oli muuten vaikeaa motivoitua kotivoimisteluliikkeiden omatoimisesta suorittamisesta, oli hän jostain kumman syystä saanut kipinän tasapainonsa harjoittamiseen. Käsittelimme koettua pätevyyttä ja sen muuttumista myös loppuhaastattelussamme.

”Sellainen luottamus itseän, onko se muuttunut?”

”On. niin mä yritän.. et totta kai mä olen saanu luottamusta ja sitten tietoo justiin” (LH 6.4.2005)

9.3 Viriili tarinaseppo

9.3.1 Lähtötilanne

Projektini ainoa miespuolinen koehenkilö oli lähes 100-vuotias herrasmies. Suurta syntymäpäiväänsä odottava vuonna 1905 syntynyt Aarne oli asunut palvelukodissa jo muutamia vuosia. Aarne oli korkeasta iästään huolimatta säästynyt ilman erityisiä sairauksia ja pitkäaikaisia oireita. Hän oli ollut aikaisemmin ahkera ja innokas kävelijä, mutta käytti tätä nykyä liikkumisensa apuna rollaattoria. Pidemmillä kävelymatkoilla Aarne tarvitsi rollaattorinsa lisäksi myös hoitajan apua. Kunto miehellä oli laskenut viimeisten vuosien aikana eikä Aarnen tullut käytyä ulkona kuin noin kerran kuukaudessa asioita hoitaessaan. Ulkona liikkumista kohtaan Aarnella oli havaittavissa jo eräänlaista pelkoa ja karttamista. Hoitohenkilökunta ei miestä mielellään ulos edes päästänyt ja näin ollen piti Aarne itsekin ulos lähtöä huonona ideana.

Ensimmäinen tapaamisemme sai minut huomaamaan, kuinka Aarne odotti toiminnaltamme ennen kaikkea sosiaalista seuraa ja ajanvietettä. Hän ei osannut nimetä mitään erityisiä esteitä liikunnan harrastamiselle, muttei tuntenut minkään myöskään motivoivan häntä liikkumaan. Yhteisen projektimme alkaessa Aarnen arkeen ei kuulunut minkäänlaista liikuntaa. Hän oleili suurimmaksi osaksi huoneessaan, jonne hänelle toimitettiin myös ruoat. Koska suurin osa Aarnen arjesta kului yksin omassa huoneessaan vain ristisanatehtävät seuranaan, motivoi mahdollisuus sosiaaliseen kontaktiin Aarnea osallistumaan tutkimukseen. Hän pyrki alusta saakka herättämään keskustelua kaikesta muusta paitsi liikunnasta, vaikka tiesi hyvin tutkimuksen ja läsnäoloni tarkoituksen. Mietin jo hetken Aarnen soveltuvuutta tutkimukseen, kunnes päätin kokeilla mahdollisuuksiani vaikuttaa Aarnen liikuntakäyttäytymiseen - vaikka vain jutustelun ohella.

Toteutimme ensimmäisellä tapaamisellamme alkutestit, jotka sujuivat Aarnen epävakaasta tasapainosta ja käytössä olevasta rollaattorista huolimatta yllättävän hyvin. Aarne pystyi yhä suorittamaan tuoilta ylös nousut itsenäisesti polvista tukea pitäen. Viisi tuoilta nousua vei häneltä vajaa puoli minuuttia. Myös tasapainon säilyttäminen onnistui vajaan puolen minuutin ajan jalat vierekkäin ja lisäksi myös jalat peräkkäin muutamia sekunteja. Yhdellä

jalalla seisominen tuntui kuitenkin Aarnesta mahdottomalta idealta, joten päätimme jättää sen pois testeistämme. Aarne valitti testiemme lomassa, kuinka keho sai nykyään liian vähän liikettä. Kysyin olisiko hän kiinnostunut ulkoilemaan yhdessä, mutta ulos lähtö ei tuntunut enää Aarnesta houkuttelevalta idealta. Päätimme näin ollen keskittyä tapaamistemme aikana kehon liikutteluun, nivelten liikelaajuuksien säilyttämiseen ja parantamiseen sekä kiristävien lihasten venyttelyyn. Erityishuomiota päätimme kiinnittää Aarnen jäykistyviin sorminiveliin, joiden toimintakykyä hän tarvitsi päivittäin runoja kirjoitellessaan ja ristinähtäviä ratkoessaan

9.3.2 Toiminnan kuvaus

Tuolit toimivat tapaamistemme pääasiallisina voimisteluvälineinä toteuttaessamme tapaa-misiimme sisältyvän liikunnan poikkeuksetta Aarnen omassa huoneessa. Tuoli toimi luon-nollisena voimistelualustana myös seisomisen tuottaessa Aarnelle nykyään vaikeuksia. Vaikka Aarne käytti rollaattoria liikkumisensa tukena, tuntui jaloilla olo iästä johtuen jo raskaalta ja epämiellyttävältä. Seisomistakin kuitenkin harjoittelimme muutamaa ottee-seen tasapainon harjoittamisen lomassa. Tuolijumpan lisäksi rutiineiksi muodostuivat myös venyttelyt, joiden merkitystä pyrin korostamaan Aarnelle läpi toimintamme. Kymmenen yhteistä tapaamistamme kulutimme seuraavanlaisesti:

1. kerta: Lähtötilanteen kartoitus, toimintakykytestit ja tavoitteiden asettaminen (liite 1 ja 2)
2. kerta: Tuolijumppa + venyttely (Karvinen 1994, 154-157, 174-175 mukaillen)
3. kerta: Tuolijumppa + venyttely (Karvinen 1994, 154-157, 174-175 mukaillen)
4. kerta: Tuolijumppa, käsien vahvistaminen vesipulloilla + venyttely (Karvinen 1994, 174-175, 136-144 mukaillen)
5. kerta: Tuolijumppa, tasapainoharjoitukset + venyttely (Karvinen 1994, 174-175, 234-236 mukaillen)
6. kerta: Tuolijumppa, käsien vahvistaminen vesipulloilla + venyttely (Karvinen 1994, 136-144, 174-175 mukaillen)
7. kerta: Tuolijumppa, koordinaatio- ja tasapainoharjoitteet + venyttely (Karvinen 1994, 174-175, 234-236 mukaillen)

8. kerta: Tuolijumppa, koordinaatioharjoitteet, käsien vahvistaminen kuminauhoilla + venyttely (Karvinen 1994, 136-144, 174-175, 234-236 mukailten)
9. kerta: Tuolijumppa, tasapainoharjoitukset + venyttely (Karvinen 1994, 174-175, 234-236 mukailten)
10. kerta: Toimintakykytestit ja loppuhaastattelu (liite 3 ja 4)

Pyrimme opettelemaan alusta saakka liikkeitä, joita tulisimme toteuttamaan jokaisella tapaamisellamme. Pyörittelimme nilkkoja ja ranteita, nostelimme jalkoja, kiersimme rankaa, avasimme rintakehää ja kurotimme käsillä ylöspäin. Näitä liikkeitä Aarne alkoi hiljalleen muistaa ja huomasi myös itse niveltensä liikeratojen laajenevan. Joinain päivinä Aarne saattoi tuntua tavanomaista virkeämmältä. Tällaisina päivinä kokeilimme myös vaikeampia tuoliliikkeitä kuten askel-potkuja, sivunäpötyksiä sekä pikajuoksua varpaillaan. Harjoittelimme virkeimpinä päivinä lisäksi koordinaatiota ja ajatustyötä vaativia liikkeitä kuten jalkojen nostoja ristiin toisen polven päälle sekä kurotuksia vastakkaisen puolen nilkkaan. Jotta touhumme ei olisi alkanut maistua puulta, kokeilimme muutaman tapaamisemme lomassa myös ylävartalon lihasten vahvistamista täytettyjen vesipullojen ja kuminauhojen avulla. Sekä vesipullojen nostelu, että kuminauhojen venytys tuntui Aarnen lihaksissa jo muutaman toiston jälkeen, joten toteutimme näitä voimaliikkeitä vain pieninä välipaloina muun voimistelumme lomassa. Aarnen tasapaino oli heikentynyt huomattavasti muutamien vuosien aikana, mikä olikin johtanut apuvälineen sekä ajoittaisen avustajan tarpeeseen. Jotta itsenäinen liikkuminen ylipäänsä enää onnistuisi, keskityimme hetkittäin myös tasapainon harjoittamiseen niin tuolilla istuen, kuin seisten tuoliin tukien.

Motiivit

Kuten toimintamme alusta saakka oli havaittavissa, toimivat yhteiset tapaamisemme Aarnen ajatuksissa ennen kaikkea sosiaalisina vuorovaikutustilanteina. Aarne tahtoi kovasti jakaa elämäkokemuksiaan, näyttää vanhoja valokuviaan, sekä lukea minulle vuosien varrella kirjoittamiaan runoja. Tapaamisemme venyivät usein tuntienkin mittaisiksi, joista aktiivinen toiminta ja liikuntaneuvonta veivät vain osan. Vaikka Aarne innostui toimintamme sosiaalisesta luonteesta, oli hän selvästi motivoitunut myös jutustelumme lomassa saamastaan liikunnasta.

”Mieluisia juttuhetkiä ja toimintahetkiä.. mieluisia hetkiä.. Saanu jotain nautintoa kehollekin ja itelle ajatuksiin”

(Loppuhaastattelu / LH 7.4.2005)

Liikunnan sosiaalisuus voidaankin nähdä monissa tutkimuksissa yhtenä tärkeimpänä motiivina harrastaa liikuntaa (mm. Hirvensalo 2002, 57; Karvinen 2000, 106; Rasinaho ym. 2005; Vuori 2005). Liikunnasta motivoituminen ei ollut kuitenkaan Aarnen kohdalla ollut edes ajatuksena ajankohtainen. Hän eli palvelukodin yhteisössä monien kaltaistensa ikään-tyvien joukossa, eikä omasta toimintakyvystä huolehtimiseen tai liikunnan harrastamiseen kannustaminen kuuluneet palvelukodin arkeen. Parkatin ja Talvitien (1997) mukaan hoitotyö on vastaavissa palvelu- ja vanhainkodeissa useimmiten asiakkaan auttamista ja hoitamista sekä lääkkeiden jakamista, eikä niinkään iäkkään ihmisen jäljellä olevien resurssien tukemista. Aarnen ympäristössä ei liioin korostettu liikunnan ja toimintakyvyn merkitystä, eikä se siksi ollut myöskään Aarnen itsensä päällimmäisenä mielenkiinnon kohteena. Ikääntyvä ihminen saattaakin kokea sosiaalisen ympäristön siinä ilmenevine asenteineen vaikuttavan suuresti liikuntaan motivoitumiseensa (Ewing Garber & Blissmer 2002; Marcus & Forsyth 2003, 48). Aarne innostui ennako-oletuksistani huolimatta kuitenkin suunnittelemistani harjoitteista ja uuden oppimisesta kerta toisensa jälkeen, vaikkei hän vielä alkahaastattelussa osannutkaan nimetä liikunnan harrastamiselleen mitään erityisiä motiiveja. Aarnen kertoman mukaan yhteiset liikuntatuokiomme saivat hänet muistamaan paremmin, miltä liikunta ylipäänsä oli tuntunut.

”Se on hyvää ajatusten nuorentaminen.. sillä lailla, että tulee ikääntyneenäkin muistoja.. tekee mieli liikuttaa kehoa enemmän kuin yksin ollessa, yksin ajatellen.”

(LH 7.4.2005)

Ehkä liikunta oli Aarnen kohdalla jäänyt jopa unohduksiin, omasta aktiivisesta liikunnan harrastamisesta kun oli kulunut jo useita vuosia. Aarnen omalla ajallaan liikkuminen ja nivelten liikuttaminen säilyi myös toimintamme aikana vähäisenä ja siksi hän kokikin yhteiset jumppatuokiomme hyvin tärkeiksi. Erityisen motivoivaksi tekijäksi hän tunsikin oman liikkumisensa kannalta ulkopuolisen ohjauksen ja kannustuksen sekä yhdessä tekemisen.

”Itse on liian laiska yksinään lähtee liikkeelle, mut ku toinen vetää niin se on jo eri asia.”

”Jäsenten liikuttelu on tullu aina vaan esille enemmän ja enemmän.. Tämä toiminta, mitä me ollaan yhdessä tehty, se virittää ja kannustaa enemmän liikuntaan.”

(LH 7.4.2005)

Terveystieteiden tutkimuskeskuksesta saatu neuvonta ja kehoitus liikunnan harrastamiseen tukevat Hirvensalon ja kumppaneiden (2003) mukaan perheeltä saatavan kannustuksen lisäksi ikääntyvien liikuntaharrastusta. Aarnen kohdalla yhteydenpito jäljellä olevaan perheeseen oli hyvin vähäistä, eikä myöskään hoitohenkilökunta kehottanut häntä liikkumaan. Neuvontani ja kannustukseni olivat Aarnen kohdalla näin ollen sosiaalisen tuen kannalta ainutlaatuisia. Uskon aktiivisen neuvontani palauttaneen monia tuttuja liikemalleja Aarnen mieleen yhteisten voimisteluhetkiemme kautta. Vaikka Aarne ei itsenäisesti motivoitunutkaan liikunnasta, kysyin häneltä haastattelumme lomassa mikä, jos jokin, saisi hänet liikkumaan myös itsenäisesti ja omalla ajallaan. Aarnen vastauksessa korostui terveyden ja toimintakyvyn säilyttäminen, jota hän ei ollut itse aikaisemmin puheessaan painottanut.

”Ei ku pyrkimys vaa jäsenten kunnossa oloon.. Se kannustaa edelleen, että yrittää saada voimia jäsenille.”

(LH 7.4.2005)

Esteet

Luulin alusta saakka Aarnen pitävän korkeaa ikäänsä esteenä liikunnan harrastamiselleen, vaikkei hän ollutkaan osannut kokemiaan esteitä aiemmin minulle eritellä. Kysyessäni loppuhaastattelussa Aarnelta uudelleen hänen kokemistaan esteistä, oli vastaus hyvin yksiselitteisesti *”Pelkkä laiskuus.”*

Aarnen laiskuus oli mielestäni rinnastettavissa kiinnostuksen puutteeseen, joka ilmeni myös Ikivihreiden seurantatutkimuksissa yhdeksi tärkeimmistä liikuntaharrastusta jarruttavista tekijöistä (Hirvensalo 1998). Vaikka Aarne tunnistikin laiskuutensa voiman, tunsin hän itsensä kyvyttömäksi taistelemaan sitä vastaan.

”Kyllä minä haluaisin laiskuuden poistaa.. Kun on laiska mieli niin ei mitään yritä.”

(LH 7.4.2005)

Ikä sinällään ei muodostunut Aarnen ajatuksissa esteeksi liikunnan harrastamiselle, mutta toimintakyvyn lasku heikensi ilmeisesti Aarnen koettua pätevyyttä liikkumiseen. Grossmanin ja Stewartin (2003) mukaan ikääntyminen koetaankin esteenä juuri vauhdin hidastumisen, voimien vähenemisen sekä keuhkokapasiteetin heikkenemisen myötä. Aarnella tuntui olevan huoli myös mahdollisten kävelyseuralaistensa jaksamisesta.

”Se on niin hiljasta tämä liike, ettei pysty oikein kettää kulettaa mukana..”
(LH 7.4.2005)

Koska Aarne motivoitui ennen kaikkea ulkopuolisesta tuesta ja ohjauksesta, muodostui liikunnan harrastamisen esteeksi osaltaan myös vastaavan ohjauksen ja neuvonnan puuttuminen. Palvelukodin liikuntaryhmät eivät Aarnen hitaan liikkumisen vuoksi kuuluneet enää osaksi miehen arkea, vaan hän olisi kaivannut henkilökohtaista ohjausta. Parkatin ja Talvitien (1997) mukaan vanhustenhuollon hoitokäytännöt ovat kuitenkin vielä varsin yksipuolisia ja passivoivia, eivätkä anna asiakkaalle mahdollisuuksia jäljellä olevien voimavarojen käyttöön. Työajan pirstoutumisesta ja sen aiheuttamasta kiireen tunteesta johtuen hoitotyöntekijöillä on lisäksi vain vähän mahdollisuuksia rauhalliseen yhdessäoloon vanhusien kanssa. Aarnen tapauksessa olisivat pienetkin voimisteluhetket saattaneet olla pidemmän päälle ratkaisevia toimintakyvyn säilyttämisen kannalta. Tällainen toiminta ei palvelukodin käytäntöihin kuitenkaan kuulunut. Lyhyetkin viikoittaiset liikuntatuokiomme lisäsivät näin ollen huomattavasti Aarnen fyysistä aktiivisuutta.

”..Tulee liikuntaa enemmän kuin aikaisemmin, normaalisti, kun ei oo liikuntaohjaajaa olu..”
(LH 7.4.2005)

Koettu pätevyys

Lähtiessäni ensimmäistä kertaa tapaamaan Aarnea olin kuullut hyvin iäkkästä miehestä, jolla saattaisi kaverin löytyessä olla vielä kovinkin kävelyhaluja jäljellä. Saamani tieto oli peruja vajaan vuoden takaisesta Ikivihreät –projektin haastattelusta, jonka jälkeen oli tapahtunut ilmeisen paljon niin Aarnen toimintakyvyssä, kuin hänen koetussa pätevyyydessään. Oman liikkumiskyvyn heikentyminen oli johtanut toimintamahdollisuuksien vähen-

tymiseen, mikä puolestaan vähensi myös Aarnen omaa aktivoitumista. Aiemmin aktiiviseksi liikkujaksi kuvailtu mies kulutti tätä nykyä aikaansa suhteellisen passiivisesti.

”Ei oo oikeestaan muuta ku tyhjänä oloa.. ei oikein muuta ku näitä ristisanatehtäviä ja muuta ajatustoimintaa.”

(LH 7.4.2005)

Aarnen ulkoiluhalu oli houkutteluistani huolimatta kadonnut. Hän rinnasti myös itse kävelyhalunsa nykyiseen toimintakykyynsä, jonka madaltuminen selvästikin masensi miestä. Aarne kertoi vanhasta kävelyharrastuksestaan vielä viimeiselläkin tapaamisellamme, mikä sai myös minut tarttumaan aiheeseen viimeistä kertaa. Olimme viettäneet kaiken yhteisen aikamme neljän seinän sisällä ja tahdoin siksi varmistaa etten ollut jättänyt jotain Aarnen toivetta täysin huomioimatta.

”Tahtoisitteko käydä enää nykyään lenkkeilemässä, ulkona kävelemässä?”

”No hyvin vähä.. Ei mulla oikeestaan oo enempää kävelyhalua.. hyvä kun kävelykyky olisi. En oikein välitä”

(LH 7.4.2005)

Aarnen puheet saivat minut huomaamaan, kuinka kävelylenkkeily oli Aarnelle enää vain lämmin muisto. Kannustuksestani ja tuen tarjoamisesta huolimatta en saanut Aarnea lähemmään enää edes pihaan haukkaamaan raitista ilmaa. Vaikka Aarne ei enää uskonutkaan kykenevänsä kävelylenkkeilyyn, oli hän ilmeisesti tuntenut pärjäävänsä yhteisissä voimisteluisammme. Saamansa liikuntaneuvonnan vaikutuksista hän kertoi loppuhaastattelussamme seuraavanlaisesti:

”Sillä tavalla on vaikuttanna, että tulee enemmän yritettyä yksinkin ollessa.. laiskuus on jäänyt vähä sivummalle. Se on nii, jotta laiskamato pyssyy kauempana kun ei ota sitä mukkaan.”

(LH 7.4.2005)

Arvostin itse hyvin paljon Aarnen kasvanutta halua yrittää, minkä uskoin heijastavan osaltaan myös hänen vahvistunutta pätevyyden tunnettaan. Vaikka yhteinen harjoittelumme oli lopulta kovin vähäistä - maksimissaan kuusikymmentä minuuttia viikossa - olin huomannut ennen kaikkea Aarnen käsien liikelaajuuksien suurentuneen ja liikkeiden koordinoimisen helpottuneen. Harjoitus oli tehnyt Aarnesta mestarin myös tuolijumppaamme kuulu-

neissa marsseissa astuen jalat vuorotellen auki ja kiinni sekä molempien jalkojen eriaikaisissa varvas-kanta- näpäytyksissä. Harjoittelumme ansiosta olimme jopa päässeet nopeutamaan molemmissa liikkeissä tempoa hyvinkin pitkälle ennen jommankumman meistä tipahtamista kelkasta. Eniten vaikeuksia tuottivat toimintamme loppumetreillä nousut tuolistista, joihin tarvittiin nyt - toisin kuin alkutesteissä – tukea pöydän kulmasta. Hyvää voimistelumme tuntui kuitenkin tekevän niin Aarnen koetulle pätevyydelle, kuin vireystasolekin. Miehen kasvoilla olikin lähtiessäni usein leveä hymy, jota hänen loppuhaastattelusamme käyttämät sanat hyvin selittivät:

”Tyytyväisyys kasvaa, kun tässä liikutellaan.”

(LH 7.4.2005)

9.4 Spontaani kyseenalaistaja

9.4.1 Lähtötilanne

Raili oli tutkimushenkilöistäni ainoa liikuntaa tietoisesti karttanut henkilö. Hän kysyi jo puhelimesta oliko hän joutunut liikuntaprojektin kutsun kohteeksi, koska oli Ikivihreiden tutkimuksissa myöntänyt rehellisesti oman passiivisuutensa. Yllätyksekseni Raili suostui kuitenkin tapaamaan minut, muttei siinä vaiheessa luvannut vielä osallistuvansa. Vaikka Raili selvästikin vierasti jo pelkkää ajatusta liikunnan harrastamisesta, lähti hän tavattamme kuitenkin mielenkiinnolla koittamaan mitä annettavaa minulla hänelle olisi liikunta-neuvonnan saralla.

Vuonna 1936 syntyneellä Raililla ei ollut mitään lääkärin toteamia pitkäaikaissairauksia. Hän kärsi ainoastaan ajoittaisista polvi- ja selkävaivoista, joiden syytä hän ei ollut kuitenkaan ryhtynyt selvittämään. Hän kertoi loukanneensa toisen polvensa jo vuosia sitten, mutta jättäneensä lääkärissä käynnin silti väliin koittaen parantaa polveaan levon avulla. Selkäkivut sen sijaan ilmenivät useimmiten nukkuessa sekä aamuisin ylösnoustessa. Ainoaksi Railin mieltä vaivaavaksi asiaksi osoittautui vuosien varrella kertynyt ylipaino, jonka vaikutuksia hän pelkäsi suvussa esiintyvän diabeteksen takia. Painoan hän oli pudottanut

muutamaan otteeseen kevyemmän ruokavalion avulla, mutta painolla oli ollut paha tapautulla nopeasti takaisin.

Railin tuttavat liikkuvat aktiivisesti kannustaen häntä liittymään seuraan. Keskustassa asuttava Raili oli rajoittanut kuitenkin liikuntansa tietoisesti lähikaupalla ja asioilla käyntiin. Ystävien kanssa kokeiltu kävely oli tuntunut Railin kertoman perusteella hankalalta jo ystävien lennokkaan lenkkeilyvauhdin takia. Taustalla Raililla oli vankka mielipide siitä, että hän oli kävellyt jo tarpeeksi elämänsä aikana matkaoppaana. Raili oli nykyisestä inaktiivisuudestaan huolimatta harrastanut nuorena tennistä, luistelua ja ratsastusta, jotka jäivät kuitenkin varhaisaikuisuudessa pianonsoiton varjoon. Hän oli silti yhä fanaattinen penkkiurheilija, joka ei kuitenkaan itse tahtonut eläkeläisenä laittaa rahaa liikuntaan tai lähteä omaa lähiympäristöään kauemmaksi liikkumaan.

Railin negatiivisesta alkuasenteesta huolimatta keskustelumme alkoi hiljalleen poikia toinen toistaan voimakkaampia motiiveja liikunnan harrastamisen aloittamiseen. Pudotettu paino oli palannut toistamiseen takaisin ja hän ilmaisi kiinnostuneensa nyt liikunnasta painon pudotuksen ja säätelyn apukeinona. Myös oman toimintakyvyn säilyttäminen nousi keskusteluissamme Railin tavoitteeksi varsinkin, kun aamuiset ylösnousut sekä pää alas-päin toteutettava tukan pesu olivat alkaneet tuntua aina vaan hankalammilta. Omien sanojensa mukaan hän toivoi ennen kaikkea pysyvänsä mahdollisimman pitkään omatoimisena. Raili ei tuntenut varsinaisia esteitä liikunnan harrastamiselleen. Liikunta ei vaan yksinkertaisesti kuulunut hänen varsinaisiin mielenkiinnon kohteisiinsa. Toteutimme lähtötilannetta selvittäessämme alkutestit, jotka osoittautuivat Railille hyvin helpoiksi. Viisi istumasta seisomaan nousua vei vajaat yhdeksän sekuntia ja seisominen niin vierekkäisin kuin peräkkäisin jaloin olisi onnistunut vaikka iltaan saakka. Ainoastaan seisominen yhdellä jalalla vaati Raililta muita tehtäviä enemmän keskittymistä ja tasapainonsa hän pystyi tässä tehtävässä säilyttämään 14 sekunnin ajan.

Liikuntamotiivien löydyttyä Raili yllätti minut jälleen kertomalla kokeilua vailla olevista kiinnostuksen kohteistaan. Vaikka hän oli painottanut vahvaa oman kiinnostuksen puutetta liikunnan harrastamista kohtaan, oli hänellä kuitenkin uteliaisuutta joitain liikuntalajeja kohtaan. Häntä kiinnosti kovasti vesivoimistelun ja uinnin kokeileminen, sauvakävely syrjässä ihmisten katseilta, sekä luistelu läheisellä jäällä. Vesivoimistelua tai – juoksua hän

kertoi voivansa harrastaa jopa ryhmässä, muttei innostunut muuten ryhmäliikuntaan osallistumisesta. Hän toivoikin saavansa tietoa asuinpaikkansa lähellä olevista vesijumppa- tai vesijuoksumahdollisuuksista. Myös kuntosaliharjoittelu herätti Railin mielenkiinnon. Varsinaisia liikuntarajoitteita Raililla ei ollut lainkaan. Ylipaino sai luonnollisestikin kestävyystyyppisen liikunnan tuntumaan raskaalta ja ajoittaiset selkä- ja polvikivut tuntuivat rajoittavan joidenkin yksittäisten liikkeiden suorittamista. Asetimme yhteisiksi tavoitteiksemme erilaisten liikuntalajien kokeilun ja varsinkin Railin mielenkiinnon kohteisiin tutustumisen. Koska Raililla oli selvästi uteliaisuutta hyvinkin monipuolista liikuntaa kohtaan, uskoin liikunnan harrastamisen hänen kohdallaan riippuvan ennen kaikkea sopivan liikuntamuodon löytymisestä. Erityistavoitteeksemme asetimme Railin selkäkipuihin puuttumisen ja mahdollisten kivunlievityskeinojen löytämisen.

9.4.2 Toiminnan kuvaus

Raili tahtoi pitää alusta saakka toimintamme hyvin spontaanina. Jätimme jokaisen tapaamisen päätteeksi seuraavan kerran ohjelman avoimeksi. Suunnittelin järjestelmällisesti toimintaa jokaisen tapaamisen ajaksi, mutta lopullisen päätöksemme teimme Railin tunteusten ja toiveiden perusteella. Uskoin saavuttavamme parhaita tuloksia toimiessamme Railin innostuksen mukaan. Kun Raililla ei toisinaan ollut toiveita toteuttamamme liikunnan suhteen, pyrin tällöin käyttämään hyväkseni toimintamme aikaisista keskusteluista nousseita teemoja. Tällaisilla tapaamisilla keskityimme muun muassa selän liikkuvuuden parantamiseen, selkäkipujen lieventämiseen sekä ensimmäisen tapaamisen jälkeen satutetun polven kuntouttamiseen. Jälkeenpäin nähtynä käytimme kymmenen yhteistä tapaamistamme seuraavanlaisesti:

1. kerta: Lähtötilanteen kartoitus, toimintakykytestit ja tavoitteiden asettaminen (liite 1 ja 2)
2. kerta: Kävely + venyttelyt
3. kerta: Sauvakävely, polven liikkuvuutta ylläpitävät kotivoimisteluliikkeet + venyttelyt
4. kerta: Sauvakävely, kotivoimistelu kuminauhoilla + venyttelyt (liite 6)

5. kerta: Kotivoimistelu tarrapainoja ja keppiä avuksi käyttäen + venyttelyt (Karvinen 1994, 136-144 mukailten)
6. kerta: Läheisen palvelutalon kuntosalille tutustuminen, aiemmin tehtyjen kotivoimisteluliikkeiden tarkentaminen + venyttely
7. kerta: Kuntosaliharjoittelu (salin laitteet läpi)
8. kerta: Kuntosaliharjoittelu (salin laitteet läpi)
9. kerta: Sauvakävely + venyttelyt
10. kerta: Toimintakykytestit ja loppuhaastattelu (liite 2 ja 3)

Railin kohdalla liikuntaneuvojan roolini oli kaikkein monipuolisin. Railin innostus ja toimintahalu kasvoivat silmännähtävästi toimintamme aikana. Liikuimme viikoittain yhdessä, mutta tapaamistemme väliin ajoittui myös Railin omia liikuntasuorituksia niin lenkkipolulla, kuntosalilla kuin vesivoimistelun parissa. Yhteisten tapaamistemme aikana keskityimme näin ollen sekä sen kertaiseen liikuntaan, että Railin itsenäisten liikuntakertojen herättämiin kysymyksiin ja kokemuksiin. Raili kyseenalaisti toimintamme lomassa monia liikunnan hyötyjä ja osasikin vaatia toiminnalle ja toteuttamillemme liikkeille aina perusteluja. Liikuntaneuvojana sain näin ollen keskittyä tavanomaisen tuen, ohjauksen ja kannustuksen lisäksi myös konkreettiseen tiedon lisäämiseen. Tämän perusteluja vaativan rouvan kanssa sain miettiä lisäksi tarkkaan myös oman työni vakuuttavuutta.

Motiivit

Railin skeptisestä alkuasenteesta johtuen pyrin kuuntelemaan ja havainnoimaan Railin kohdalla hyvin tarkasti hänen tuntemuksiaan ja toiveitaan. Huomasin toimintamme aikana Railin motivaation heräävän voimakkaimmin hänen tiedostaessaan eri liikuntamuotojen ja liikkeiden tarkoituksia sekä ymmärtäessään, miksi jotkin liikkeet olisivat tärkeitä juuri hänelle itselleen. Minulta ei oltu liioin kaivattu perusteluja ehdotuksilleni ja ohjeilleni ennen Railin kanssa aloittamaani liikuntaneuvontaa. Kummastusta ja vastahakoisuutta Railissa herätti muun muassa hänen itsekin mainitsemansa rintalihaksen venyttäminen, johon hän ei nähnyt mitään perustetta. Rintalihakset eivät tuntuneet hänestä kireiltä eikä myöskään hänen ryhdissään ollut mitään moittimista. Olin moneen otteeseen aiemmin kehunut juuri hänen ryhtiään ja nyt kannustin häntä venyttelyn avulla myös säilyttämään sen. Muistutin iän mukanaan tuomasta lihaskireydestä ja liikelaajuuksien pienenemisestä, mutta jätin rintalihasten venyttämisen hänen oman harkintansa varaan.

” Se perustelu ja kans asian tarkoituksenmukaisuuden tietäminen, niin se tekee mielekkääks koko homman.. niinkun se rintalihasten venyttäminenkin tuntui hyvin omituiselta, mutta kyl- lähän sinä sen hyvin perustelit.”

(Loppuhaastattelu / LH 6.4.2005)

Perustelut saivat Railin miettimään kerta toisensa jälkeen omaa toimintakykyään. Vaikka hän innostui projektimme aikana myös hänelle järjestämästäni vesivoimistelumahdollisuudesta, olisi hän kaivannut samankaltaista motivointia myös saamansa ryhmäliikunnan puitteissa.

”Esimerkiksi eilen juuri, kun mä olin siellä vesijumpassa, niin en mä siellä mitään sanonu sille ohjaajalle, mutta..musta tuntu, että jos se ois etukäteen sanonu, että mihinkä lihaksiin ne liikkeet kohdistuu, niin ois ollu paljon mielekkäämpää tehdä ne harjoitukset siellä.”

(LH 6.4.2005)

Railin osin yllättävänkin liikuntamotivaation herätti pitkälti liikuntaa koskevan tiedon lisääntyminen niin hänen omien kysymystensä, kuin minun perustelluksi vaaditun ohjauksen johdosta. Liikuntamotivaation heräämiseen vaikuttava sosiaalinen tuki onkin Marcuksen ja Forsythen (2003, 48) mukaan useiden henkilöiden kohdalla juuri informatiivista, jolloin yksilön käyttäytymisen muutoksia pyritään tukemaan yksilölle oleellisen tiedon kautta. Näin toimi pääasiallisesti sosiaalinen tukeni myös Railin kohdalla hakiessamme yhteisille liikuntahetkillemme merkitystä Railin oman terveydellisen tilanteen ja henkilökohtaisten tarpeiden pohjalta. Uuden oppiminen heijastui myös Railin omissa sanoissa hänen kuvaillessaan oman liikuntaan asennoitumisensa muutosta:

”..Ehkä homma on alkanu kiinnostaa enemmän kuin ennen, koska tässä nyt on oppinut uusia asioita liikunnasta, että.. vaikka se ei tarkota, että mä niin tavattoman aktiiviseks oisin tullu, mutta kyllä se toisella tavalla kiinnostaa kun ennen.”

(LH 6.4.2005)

Sosiaalista tukea ikääntyvä voi tuntea myös välineellisesti, jolloin häntä esimerkiksi tarjoudutaan kuljettamaan liikuntaharrastustensa pariin (Ewing Garber & Blissmer 2002; Marcus & Forsyth 2003, 48). Välineellinen tuki järjestäessäni Railille liikuntapaikkoja niin läheisen palvelutalon vesiliikuntaryhmästä kuin kuntosalilta vaikutti myös osaltaan Railin

liikuntaan sitoutumiseen. Vaikka moni liikuntamuoto kiinnostikin Railia ajatuksen tasolla, ei henkilökohtainen motivaatio saanut häntä kuitenkaan hakeutumaan ohjatun liikunnan pariin.

”..Enpä ois sitä vesijumppapaikkaakaan mennä varmasti itse tilaamaan, vaikka mua on kiinnostanutkin, kun mä tiesin et se on täynnä ni.. en ees mennä yrittämään. Se että sä menet yrittämään.. kiitos sun yrittäjyytes, että olen siellä nytten.”
(LH 6.4.2005)

Raili ilmaisi jo toimintamme alussa kiinnostuksensa sauvakävelyyn, mutta uskoi samaan hengenvetoon, ettei tulisi myöskään sitä yksin kokeilemaan. Jättäessäni sauvat ensimmäisen yhteisen sauvakävelymme päätteeksi Railin ovenpieltä vasten nojaamaan, oli rouva seuraavaan tapaamiseemme mennessä käynyt kuitenkin jo toistamiseen yksin sauvomassa. Myös sauvakävelyn kohdalla Railin toimintaan oli vaikuttanut mitä ilmeisimmin kannustuksen ohella samainen välineellinen tuki, mikä sai hänet osallistumaan myös vesivoimisteluun ja kuntosaliharjoitteluunkin.

Vaikka Raili ei toimintamme alkaessa havainnut liikunnan harrastamiseensa mitään tarvetta, mainitsi hän loppuhaastattelussa terveyden säilyttämisen mahdollisena motiivina myös omalla kohdallaan. Terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen voidaan nähdä yhtenä ikääntyvien henkilöiden yleisimmistä ja merkittävimmistä motiiveista harrastaa liikuntaa (Grossman & Stewart 2003; Hirvensalo 2002, 57; Rasinaho ym. painossa). Railin kohdalla henkilökohtainen terveydentila ei ollut antanut kuitenkaan vielä varoittavia merkkejä elintavoista, eikä hän ollut tästä syystä nähnyt tarvetta liikunnan aloittamiseen. Liikunta ei kiinnostanut häntä toiminnanrajoitteiden ennaltaehkäisemisessä vaan ainoastaan jo olemassa olevien vaivojen hoitomuotona.

”..Se nyt on ihan selvää, et jos mä oisin mennä niin huonoon kuntoon, että alkaa oikein todella olla ongelmia sen liikkumisen kanssa, niin sittenhän mä oisin hakeutunut jonnekin hakemaan apua.. Mutta kun tässä on nyt kuitenkin pystynyt tulemaan itsenäisesti toimeen.. vaikka nyt on kyllä ruvennu huolestuttaa juuri tämä selän oikaiseminenkin”
(LH 6.4.2005)

Railille ei ollut selvää kuinka ja mistä hän olisi apua lähtenyt hakemaan jos hänen vaivansa olisivat todella alkaneet rajoittaa päivittäistä elämää. Polvet ja selkä olivat kyllä tuottaneet kipua jo pidemmän aikaa, mutta Raili oli selvästi oppinut jo elämään näiden vaivojensa kanssa. Terveiden kannalta Railia huolestutti ainoastaan vuosien varrella kertynyt ylipaino, mihin hän toivoi osaltaan löytävänsä ratkaisun projektimme lomassa. Yhteiset liikuntatuokiomme toivat kuitenkin esiin myös motiivin, jota Raili ei ollut osannut aiemmin edes tiedostaa:

”Minä koen mielekkääks semmoset voimisteluliikkeet, joissa tulee vähän jotain rasitusta, mutta sitten semmoset voimisteluliikkeet ilman mitään välineitä niin.. en tiedä onko niistä sillä tavalla hyötyä.. Pitää vähän niinku rasittaa sen liikkeenkin, että tuntuu että siitä saa jotain irti.. että jos tuntuu liian helpolta, niin ei se niinku houkuttele sitten tekemäänkään sitä.”
(LH 6.4.2005)

Railin motivaatio todella kasvoi hänen tuntiessaan lihaksissaan tekemänsä työn. Toiveidensa mukaisen haasteen ja vastuksen hän löysikin kuntosalilta. Raili kyseenalaisti kuntosaliharjoittelun vaikutukset niin painonhallintaan, tasapainon kehittymiseen kuin lihastasapainon paranemiseen. Hän jopa pelkäsi kuntosaliharjoittelun aloittamisen johtavan bodarin omaiseen ulkomuotoon, mutta ihastui silti lajin mukanaan tuomaan lihasrasitukseen. Raili kertoi motivoituneensa lihaskuntoharjoittelun myötä myös venyttelystä, joka tuntui saluurakan jälkeen yllättävän tarpeelliselta. Kotona harjoittelemamme keppijumppa ei ollut tuntunut missään vaiheessa niin raskaalta, että Raili olisi sen perusteella luottanut neuvooni venyttelyn tarpeellisuudesta. Uutena kokemuksena mukaan tullut saliharjoittelu tuntui hänestä kuitenkin jo niin paljon raskaammalta, ettei hän tahtonut jäädä venyttelemättä odottamaan seuraavan päivän tuntemuksia. Loppuhaastattelussa kysyin Raililta mitä projektimme aikana oppimaansa hän uskoi tulevansa hyödyntämään myös tulevaisuudessa:

”No ainakin ne venytykset.. se oli minulle aivan uutta.. ainahan niistä urheilijoiden venytyksistä oli kuullut.. ei mulla ollu koskaan mitään tarkkaa tietoa mihinkä semmosia sitten edes tarvitaan, mutta nyt mä uskon sen et kyllä niitä tarvitaan.”
(LH 6.4.2005)

Esteet

Raili ei alun perin osannut nimetä liikkumiselleen varsinaisia esteitä, sillä kiinnostuksen puutettaan hän ei ollut mieltänyt mahdolliseksi esteeksi. Toimintamme aikaiset keskustelut toivat kuitenkin esiin lukuisia syitä hänen aiemmalle harrastamattomuudelle. Railin hieman ahdas käsitys liikunnasta sai hänet muun muassa rinnastamaan liikunnan urheiluun. Hän kertoi minulle toimintamme alkumetreillä, kuinka hänen lentopalloilijaserkkunsa oli aikoinaan loukannut itsensä moneenkin otteeseen juuri urheilun takia ja kuinka tämä oli saanut myös hänet suhtautumaan urheiluun skeptisesti. Hän oli ollut kyllä ikänsä fanaattinen penkkiurheilija, muttei osannut kuvitella itseään urheilemassa. Kerroin Railille etten ollut suositellut hänelle missään vaiheessa urheilua vaan liikuntaa. Yhteiset liikuntatuokiot aloitettuamme, ilmaisi Raili uskonpuutettaan myös venyttelyä kohtaan. Opastaessani ensimmäistä kertaa Railia liikunnan jälkeisten venyttelyjen suorittamisessa, muistutti hän minua vuosien takaisesta pohjerevähdyksestään, jonka hän yhdisti venyttelyyn. Hänen mielikuvissaan pohjelihas oli revähtänyt juuri siksi että sitä oli venytetty.

Epämieluisat kokemukset sekä muiden kertomat, että rouvan omat, olivat jarruttaneet Railin liikunnan aloittamista. Nupposen ja Sunin (2005) mukaan ahdas käsitys liikunnasta samoin kuin kokemusten puute voivat muodostua liikunnan harrastamisen esteiksi, vaikka oma terveydentila yksilöä mietityttäisikin. Vaikka Raililla ei ollut ennen projektiamme kokemuksia ryhmäliikunnan toteutumisesta, oli hän muodostanut myös tästä asiasta jo omat käsityksensä:

”En mä oo koskaan halunnu mennä semmoseen joukolla huijattuihin juttuihin, ei mua sillai ole kiinnostanu.. mut toi vesijumppa nyt, kun se on vedessä tapahtuva, niin se kiinnosti.”
(LH 6.4.2005)

Railin kiinnostus vesiliikuntaa kohtaan oli niin vahva, että hän suostui sitä kokeilemaan jopa ryhmässä. Kaupungin uimahalli oli Railin mielestä kuitenkin liian kaukana, jotta hän jaksaisi sinne kävellä ja vielä voimistella vedessä samalla kertaa. Toisekseen uimahallin kertamaksu oli Railille aivan liian korkea ja jos hän menisikin paikan päälle linja-autolla, nousisivat kustannukset yhä korkeammiksi. Yhteisen projektimme puitteissa löysimme onneksi Railille sopivan vaihtoehdon läheisen palvelutalon vesivoimisteluryhmistä. Matka palvelutalolle taittui muutamassa minuutissa eikä kertamaksukaan yltänyt yleiseen uima-

hallin hintatasoon. Välimatka muodostui ongelmaksi myös muutamien muiden Railia kiinnostaneiden liikuntalajien kohdalla, kun taas osaa Railin kiinnostuksen kohteista ei ollut edes mahdollista huomioida talvipakkasten aikaan:

”Ainuut on nämä jutut, jotka ois kiinnostanu, mutta ne on sit niin hankalien matkojen päässä, niinku se keilaaminen.. ja sit se melominen, kun eihän nyt talvella mistään melomisesta tule mitään.. niin nämä lajit, jotka ois todella kiinnostanut, niin tähän vuodenaikaan ei todella sopinut sit ohjelmaan.”

(LH 6.4.2005)

Ikääntyvän omasta innostuksesta huolimatta voivat sekä omat että asuinkunnan resurssit katkaista hyvät aikomukset, kuten oli selvästi käynyt Railin niin keilausta kuin vesiliikuntaa koskevan innostuksen suhteen (Nupponen & Suni 2005; Dunlap & Barry 1999; Ewing Garber & Blissmer 2002). Raili odotti kuitenkin kuumeisesti seitsemänkymmentävuotissyntymäpäiväänsä, jonka jälkeen muun muassa kaupungin uintimaksut tulisivat pieneneväksi. Vaikka Railin puheissa korostui liikuntaharrastusten hintavuus ja kulkuyhteyksien hankaluus, myönsi hän myös oman aktiivisuutensa ja oma-aloitteisuutensa olleen kovin puutteellista.

”Se on yleensäkin varmaan vaan se kynnys lähteä, lähteä yleensä liikkeelle.. No nyt kun on ollut tietty motiivi tällaisen projektin puitteissa, kun on lähdetty sinne aloittamaan ja kokeilemaan niin.. tuli lähdeyks jopa kuntosalille, mut ei oma-aloitteisesti.. että tuskin oisin lähteny sinne”

(LH 6.4.2005)

Raili kärsi kokemusten niukkuuden lisäksi myös tiedon puutteesta harrastusmahdollisuuksien ja liikunnan hyötyjen suhteen, mikä vähentää tutkimusten perusteella harrastamisen todennäköisyyttä ihmisen ikääntyessä (Hirvensalo ym. 2003; Dunlap & Barry 1999; Ewing Garber & Blissmer 2002). Vaikka Raili havaitsi oman kuntonsa heikentymisen, ei hän osannut etsiä ongelmiinsa ratkaisua liikunnasta. Hän näki vaivansa omaa toimintaansa rajoittavina tekijöinä, muttei ollut ottanut toisaalta ajatusta vaivojensa voittamisesta edes huomioon. Raili näki itsensä jopa tyypillisenä ikääntyvänä henkilönä uskoessaan toimintakyvyn heikkenemisen kuuluvan ikääntymiseen ilman mahdollisia varotoimenpiteitä.

”Se varmaan käy monelle sama, mitä minullekin oli tässä käymässä, että sitä on vaan ja mennä sinnittelee päivästä toiseen, vaikka huomaa ihan selvästi että kunto heikkenee tietyillä alueilla.”

(LH 6.4.2005)

Koettu pätevyys

Kuten todettua Raili tunsi kyllä fyysisen toimintakykynsä heikentyneen, mutta ei huomioinut kuitenkaan mahdollisuuttaan vaikuttaa toimintakykynsä. Hän sinnitteli vaivojensa kanssa eikä sairaalapelosta kärsivänä tahtonut kaikkia vaivojaan edes selvittää.

”Toinen polvi mul on huono.. jo ennen tätä loukkaantumista.. ja toinenkin polvi tota.. jotain rustoja siitä on mennä rikki, joten mä joudun varomaan, että mihinkään kykyasentoihin mä en mene!”

(LH 6.4.2005)

Raili oli kaatunut omatoimisella ostosreissullaan heti alkuhaastattelumme jälkeen viivästyttäen jälleen tuttuun tapaansa lääkärillä käyntiä. Vihdoin polven tarkastettuaan oli hän saanut luvan jatkaa liikuntaprojektiamme, mutta luisteluideasta meidän tuli lääkärin mukaan luopua. Raili oli saanut polvensa kuntouttamista varten myös ohjeen nivelsiteiden vahvistamisesta polvea vuoroin ojentaen ja koukistaen. Toin hänelle liikkeitä varten lainaan lääkärin suosittelemat tarrapainot, joilla hän yllätyksekseni innostui kuntouttamaan polveaan.

Huomattavaa oli, kuinka Raili ei valitteluistaan huolimatta osoittanut itsesääliä minkään vaivansa kohdalla. Kipua jo pitkään tuottaneet asennot ja liikkeet hän oli yksinkertaisesti jättänyt pois päiväohjelmastaan. Vaikka hän selvisi arkiaskareistaan ilman kivuliasta kyykimistä, kärsi hän selkävaivoistaan yhä päivittäin. Hän tiesi hyvin selkänsä olleen aiemmin parempi nöyrtyen silti nykyään myös näiden kipujensa edessä.

”Ja toinen juttu on sit tää selkä.. että se on just semmonen että se väsyttää.. mutta tänä aamuna mä juuri esmerkiks tiskasin tuossa.. ja hyvä että mä kymmenen minuuttia siinä seisoin, et hyvä et mä sain ne tiskit loppuun siinä, kun piti taas mennä sänkyyn pitkälleen.. et se niinku rasittuu se selkä niin et mä en jaksa niinku seisoa.”

(LH 6.4.2005)

Heikentyvään toimintakykyynsä tottuminen ei estänyt Railia kuitenkaan innostumasta liikunnasta yhteisen projektimme puitteissa. Ikääntyvä tarvitseekin useiden tutkimusten mukaan tietyn asteista pätevyyden tunnetta jo liikunnasta motivoitumiseen (Hirvensalo ym. 2003; King ym. 1992). Railin kohdalla ongelmana ei ollut missään vaiheessa omiin kykyihin tai liikunnan positiivisiin vaikutuksiin uskominen.

”Olen yleensäkin utelias kokeilemaan kaikkea uutta.. niin että en mä ole omasta mielestäni ole sillai asennoitunu ettenkö mä johonkin hommaan pystyis. Kyllä mä yleensä kokeilen aina ensteks, ennenkö mä sanon ettei tästä tuu mitään... ei vaan oo tullu kaikkee kokeiltua.”
(LH 6.4.2005)

Koetun pätevyyden kautta kumpuavat positiiviset harjoituskokemukset vaikuttivat Railin liikuntaharrastuksen jatkamiseen. Hän sisällytti päiväohjelmaansa heti sellaiset liikkeet, joiden hän tunsi vaikuttavan positiivisesti omaan toimintakykyynsä. Kingin ja kumppaneiden (1992) mukaan pätevyyden kokemukset ovat vahvistaneet kohtalaiseen fyysiseen aktiivisuuteen sitoutumista sekä liikunnan säilyttämistä osana totuttuja elintapoja niin miehillä kuin naisilla. Railin puheessa korostui vahvasti juuri liikuntaan sitoutuminen hänen löytäessään omia tarpeitaan palvelevat voimisteluliikkeet.

”Kaikkein hienoin juttu oli juuri nää selkälihaksiin kohdistuvat jutut ja sit, sitten tää selän rullaus, elikkä oppia oikasemaan itsensä vähän toisella tavalla. Ja se on iso asia, koska se vaikuttaa ihan jokapäiväiseen elämään.. Ei mul ois tullu mieleenkään keksiä tämmöstä tai lähtee pyytää mistään apua.”
(LH 6.4.2005)

Raili oli liikkeen sisäistettyään harjoittanut selän rullauksia päivittäin sekä soveltanut niitä muun muassa aiemmin hankaluuksia tuottaneeseen tukan pesuun päätä vadissa liuottaen. Tässä toimenpiteessä selkä oli antanut aiemmin kivun tuntemuksia seisomaan noustessa. Rullaukset eivät kuitenkaan tuntuneet yhtä mukavilta istuen, jolloin neuvoni tarkoituksena oli hakea selän lisäksi venytystä sitä kaipaaville takareisille. Raili tunsi tässä liikkeessä vatsansa olevan epämukavasti tiellä samoin kuin muissakin istuma-asennossa suoritettavissa liikkeissä. Loppuhaastattelussamme kysyin Raililta, oliko jokin toiminnassamme tuntunut hänestä hankalalta. Vaikka etsimme epämukavilta tuntuville liikkeille poikkeuksetta miellyttävämmät vaihtoehdot, jäivät hankalien liikkeiden herättämät negatiiviset kokemukset elävästi Railin mieleen saaden hänet myös vertaamaan itseään muihin.

”..No ainakin se jos pitää lattialla istua ja taivuttaa itsensä kaksin kerroin ja ottaa polvien alta kiinni ni.. hyvin epämiellyttävää.. Se on tämä minun oma ylipainoni, mikä tekee sen epämiellyttäväks, ei siinä muuta vikaa ole.. minussahan se vika.. laihalta se käy helpommin.”
(LH 6.4.2005)

Marcusin ja Forsythen (2003, 47) mukaan yksilön koettu pätevyys voi vaihdella suuresti eri liikuntalajien osalta johtuen sekä aiemmista kokemuksista että lajin herättämistä tunteista. Vaikka Raili oli joutunut projektimme puitteissa huomaamaan oman liikkuvuutensa rajallisuuden, oli hän selvästi löytänyt myös itseään miellyttäviä liikkumismuotoja. Raili aristi projektimme loppupuolella vielä hengityksen tihentymistä ja sykkeen nousemista, jotka tuntuivat hänestä kokemuksina ikäviltä. Vaikka kuntosaliharjoittelu sai aikaan näistä molempia, kiehtoi Railia silti silmännähtävästi omien voimien karttumisen. Fyysisesti suhteellisen passiivista elämää viettänyt Raili ilmaisi projektimme lopussa, kuinka hän ei aivan passiiviseksi tulisi uudelleen heittäytymään nyt omat kykynsä havaittuaan.

”Nyt kun.. en ole liikuntaa aikuisiällä harrastanut juuri ollenkaan muuten kuin kävelen tietysti normaalisti, mutta.. kyllä nyt kun tässä on kaikenlaista kokeiltu, niin saattaa käydä niin, että.. tota kuminauhajumppaa, siitä tiettyjä liikkeitä otan ohjelmaan.. ja toistaiseks aion jatkaa myös sitä kuntosalihommaa, joka on mulle ihan uutta..Ja saattaa olla että mä otan tänä kesänä pyörän esille.. mä en oo kolmeen vuoteen ajanu pyörällä metriäkään.”
(LH 6.4.2005)

Raili oli omatoimisesti huomannut, kuinka liikunta oli alkanut vaikuttaa positiivisesti omaan toimintakykyyn ja tätä kautta myös koettuun pätevyYTEEN. Polkupyörä oli todellakin lojunut varastossa jo useita vuosia pyöräilyn tunnuttua jo ajatuksena raskaalta. Raskailta olivat tuntuneet myös monet kotityöt, joiden helpottuminen oli selvästi vahvistanut Railin koetun pätevyYDEN ohella myös hänen luottamustaan liikunnan positiivisiin vaikutuksiin.

*”Semmonen homma, mitä mä oon oikein erityisesti viime vuosina vihannu, on toi imuroiminen kotona. Mä väsyn siinä ihan.. ihan viidessä minuutissa..
Nyt viime aikoina se on mennä kuin leikki vaan! Ihme kyllä.. Ehkä noi kaikki voimanponnistukset ja muut tuolla.. niin tämä imurointihan on pientä vielä
kun vertaa niihin viidenkymmenen kilon painoihin siellä jalkaprässissä!”*
(LH 6.4.2005)

9.5 Toiminnan yhteisarviointi

Kaikkia tutkimukseni neljää liikuntaneuvontatapausta yhdisti kyseiselle neuvonnalle oleellinen tiedonpuutteen ja henkilökohtaisen epävarmuuden vähentäminen sekä liikkumaan rohkaiseminen (Vuori 2005). Eriävistä lähtökohdistaan ja motivaatiostaan huolimatta kaipaivat kaikki tutkimukseni koehenkilöt niin liikuntaan rohkaisua kuin oman koetun pätevyyden vahvistamista. Koin antamani liikuntaneuvonnan kohentaneen pätevyyden tunnetta jokaisen kohdalla. Osassa heistä tämä näkyi vahvistuvana yrittämisenä ja ilona itsensä ylittämisestä. Muutama heistä löysi itselleen jopa harrastuksen, johon ei ollut aikaisemmin uskonut pystyvänsä. Pätevyyden tunteen vahvistaminen toimii useiden lähteiden mukaan avaintekijänä käyttäytymisen muutoksille (Hirvensalo ym. 2003; King, ym. 1992).

Antamaani liikuntaneuvontaan sisältyvä tiedon jakaminen sisälsi niin liikuntaa koskevaa perustietoa, olemassa olevan tiedon vahvistamista kuin liikuntaa koskevien virheellisten käsitysten oikaisemista. Pyrin luomaan Hirvensalon ja kumppaneiden (2003) ohjeiden mukaisesti edellytyksiä käyttäytymisen muutoksille. Myös Rantasen ja Sakari-Rantalan (2003) tärkeänä pitämä itsenäisen liikkumiskyvyn ja elämänlaadun tukeminen kuului vaihtelevassa määrin koehenkilöideni kanssa toteuttamaani liikuntaneuvontaan. Koska koehenkilöiden kokemat esteet liikkumiselle liittyivät usein tiedon ja tuen puuttumiseen, onnistuttiin näitä esteitä poistamaan juuri tämän tyyppisellä liikuntaneuvonnalla. Koettujen esteiden madaltuessa lisääntyi myös koehenkilöiden fyysinen aktiivisuus joko omatoimisen liikunnan aloittamisena tai jo olemassa olevan aktiivisuuden monipuolistamisena. Koehenkilöt kokivat liikuntaneuvonnan hyvin tarpeelliseksi, vaikka se oli heille kaikille uutta. Koska neuvonta oli myös minulle uutta, olin asettanut vastaavanlaisen toiminnan tarpeellisuuden yhdeksi tutkimuskysymyksekseni. Koehenkilöideni ajatuksista nousi useaan otteeseen esiin liikuntaneuvonnan merkitys juuri liikkumaan rohkaistumisessa.

”Mä uskon, että joku kun kannustas niin ehkä ihminen.. että paremmin liikkuis. Että mä ihan toivoisin, että monet tämmöstä [liikuntaneuvontaa] sais.”

(Arja 8.4.2005)

Henkilökohtaisessa liikuntaneuvonnassa nähtiin merkityksellisenä myös sen yksityisyys. Koska koehenkilöt kokivat itsekkin tiedon ja taidon puutteen rajoittavan liikuntaansa, arvos-

tivat he yksilöllisesti saamaansa apua ja neuvontaa. Yksilöllisellä opastuksella tuntui olevan vaikutusta myös yksilön koettuun pätevyYTEEN.

Tämä on niinku sillai yksityistä, toisin kuin se [ryhmäliikunta].. niin tässä sinä pystyt niinku katsoo, että pystynkö mä tekee ja teenkö mä ton. ..et tämä tällä tavalla, kun on yksityisesti, niin se ottaa varmasti se asiakas niin paremmin..yksityisesti vastaan.. ja tulee henkilökohtaisesti paremmin esille kaikki ne liikkeet ja kaikki..”

(Siiri 6.4.2005)

Vaikka monen ikääntyvän toiveissa varmasti olisi aktiivinen ja toimintakykyinen vanheneminen, saattaa heiltä puuttua valmiudet muuttaa omaa elämäntyyliään. Heikentyvä toimintakyky hyväksytään muutta mutkitta ja vaivojen kanssa opitaan elämään. Liikuntaneuvonta nähtiinkin toimintakykyisen vanhenemisen mahdollistajana, vaikka harvinaisuusluontoisena etuna.

”Eipä siitä tiedoteta mitenkään, että ihminen voisi niinku ennaltaehkäisevässä merkityksessä hakeutua johonkin tällöisen liikuntaneuvonnan pariin.. vai pitääkö sitä odottaa, että on niin huonossa kunnossa, ettei ole enää paljon mitään tehtävissä?”

(Raili 6.4.2005)

Tarve liikuntaneuvonnalle oli kuitenkin hyvin erilainen kullakin koehenkilöllä. Suunnitelimmekin yksilöllisesti jokaisen kanssa neuvontajaksomme toiminnan. Konkreettisten tarpeiden lisäksi liikuntaneuvontaan, sen tavoitteisiin ja etenemiseen vaikutti myös kunkin koehenkilön sen hetkinen asennoituminen liikuntaa kohtaan samoin kuin halu ja valmius oman käyttäytymisen muuttamiseen.

Arja

Nuorin koehenkilöni Arja oli toimintaa aloittaessamme transteoreettisen käyttäytymisen muutosvaihemallin harkintavaiheessa suunnitellessaan liikuntansa monipuolistamista, vaikka toisaalta jo vuosia kestänyt kävelyharrastus kuvasti tämän harrastuksen kautta hyvin myös ylläpitovaihetta (Burkholder & Nigg 2002; Marcus & Forsyth 2003, 13). Hänen kanssaan tavoitteemme koskivatkin tiedon lisäämisen ohella ennen kaikkea opastusta erilaisiin liikuntamuotoihin. Myös kotivoimistelu, sekä varsinkin käsilihas- vahvistaminen, kuuluivat ohjelmaamme, josta kehkeytyi lopulta suhteellisen monipuolinen.

Arjan lähtötaso oli toimintakykytestien mukaan hyvä, parantuen vielä hieman lopputesteihin mennessä. Kun peräkkäisin jaloin seisominen oli ennen onnistunut juuri puolen minuutin ajan, pysyi Arja lopputesteissä tässä asennossa vielä pitkälti kellon pysäyttämisen jälkeen. Yhdellä jalalla seisomisessa parannusta oli havaittavissa ennen kaikkea heikomman, eli vasemman jalan osalta. Kun alkutesteissä Arjan onnistui säilyttää tasapainonsa vasemalla jalalla vajaan viidentoista sekunnin ajan, oli lopputulos harjoittelun jälkeen jo lähempänä puolta minuuttia. Toimintamme aikana Arja oli edennyt mielestäni transteoreettisen muutosvaihemallin osalta harkintavaiheesta valmistautumisvaiheeseen hänen julkistaessa ääneen aikomuksensa jatkaa niin hyödylliseksi kokemaansa kuntosalilla käyntiä kuin lenkkeilyä sauvojen kanssa (Jordan & Nigg 2002). Arja kertoi lisäksi hakeutuvansa myös vesivoimistelun pariin heti syksyllä uusien ryhmien alkaessa.

Siiri

Liikuntaneuvonnan lähtötilanteessa koin Siirin olevan transteoreettisen käyttäytymisen muutosvaihemallin esiharkintavaiheessa, jolloin omassa käyttäytymisessä ei edes nähdä mitään tarvetta muutokseen lähitulevaisuudessa (Burkholder & Nigg 2002; Marcus & Forsyth 2003, 13). Siiri kertoi laiskuudestaan ja motivaation puuttumisesta, eikä tuntunut olevan lainkaan huolissaan omasta terveydentilastaan. Hän oli selvästikin luonut itselleen asenteen, joka neuvoi häntä toimintakyvyn heiketessä pysymään paikoillaan ja etsimään liikkumisen tilalle muita, vaihtoehtoisia ajanviettotapoja. Vaikka Siirin kävelykyky oli heikentynyt, onnistuivat alkutestien tuoilta ylösnousut ja seisominen peräkkäisin jaloin hyvin ilman tukea.

Siirin kohdalla toimintamme ei muotoutunut kovinkaan monipuoliseksi, vaikka hän itse tuntui olevan toimintaamme hyvin tyytyväinen. Emme poistuneet projektimme aikana kertaakaan palvelukodin asunnolta, emmekä näin ollen tutustuneet lainkaan turvallisiin ulkoi-
lureitteihin tai muuhun palvelukodin ulkopuoliseen tarjontaan. Siirin mainitseman virkistytymisen lisäksi pyrimme toimintamme aikana löytämään myös selkää kuntouttavia, arkipäivän rutiineihin sopivia liikemalleja. Toimintamme lomassa Siirin selkä saikin usein voimistavaa ja liikkuvuutta parantavaa harjoitusta hänen itse sitä huomaamattaan. Koska Siiri liitti toimintamme aikana muutamia yksittäisiä kotivoimisteluliikkeitä päivärutiinei-

hinsa, koin hänen siirtyneen hiljalleen muutosvaihemallin harkintavaiheeseen hänen huomattessaan, ettei ollutkaan liian heikko liikunnan harrastamiseen. Toimintakykytesteihin yhteiset viikkomme eivät kuitenkaan olennaisesti vaikuttaneet. Ainoastaan tuolilta ylös nousut sujuivat lopputesteissä reilut viisi sekuntia aiempaa nopeammin.

Aarne

Aarnen halu ohjattuun liikuntaan oli ilmeinen, vaikkakin päällimmäisenä motiivina toimi tilanteen sosiaalisuus. Konkreettista liikkumista kuitenkin vaikeuttivat niin toimintakyvyn heikentymisen myötä kasvanut epävarmuus, kuin Aarnen haluttomuus ulkona liikkumiseen. Kehon liikuttelua, nivelten liikelaajuuksien säilyttämistä ja parantamista, sekä kiristävien lihasten venyttelyä koskeviin tavoitteisiimme onnistuimme kuitenkin vastaamaan myös kotona voimistellen. Toistaessamme useita voimisteluliikkeistä jokaisella tapaamisellamme, alkoivat nivelet meidän molempien iloksi hiljalleen löytää yhä laajempia liikera-toja.

Vaikka pyrin Jordanin ja Niggin (2002) ohjeistuksen mukaisesti sekä vahvistamaan Aarnen motivaatiota ja koettua pätevyyttä että minimoimaan hänen kokemiaan esteitä liikunnan harrastamiseen, en kokenut hänen edenneen transteoreettisessa muutosvaihemallissa toimintamme aikana. Esiharkintavaiheelle soveltuvaan tapaan pyrin kiinnittämään Aarnen huomion ennen kaikkea hänen mahdollisuuksiinsa harrastaa liikuntaa arkirutiiniensa lomassa (Jordan & Nigg 2002). Liikunnan tarpeellisuutta, tai sen merkitystä omalle terveydelleen, Aarne ei missään vaiheessa kieltänyt, vaan mainitsi jopa jokaisen voimistelutuokiomme päätteeksi kehonsa kiittävän. Hän tuntui kuitenkin pitävän liikuntaa tässä elämän vaiheessaan enemmänkin sosiaalisen vuorovaikutuksen välineenä, eikä pitänyt itsenäistä liikuntaa mukana päiväohjelmassaan. Koska hoitajilla ei mitään ilmeisimmin ollut aikaa yksilöllisten liikuntatuokioiden ohjaukseen, uskon Aarnen liikunnan tyrehtyneen yhteisen toimintamme loputtua. Oli se sitten sattumaa tai tulosta kymmenen viikkoa kestäneestä tuolivoimistelusta, parani Aarnen seisominen peräkkäisin jaloin huomattavasti alkutesteihin nähden. Muuten hänen tuloksensa pysyivät ennallaan, eikä alkutesteissä väliin jätettyä seisomista yhdellä jalalla kokeiltu myöskään lopputesteissä.

Raili

Railin kohdalla liikuntaneuvonnan vaikutukset olivat huomattavia. Hän oli lähtötilanteessa mielestäni transteoreettisen muutosvaihemallin esiharkintavaiheessa, vaikka Raili asiaa kysyttäessä näki osin tarvetta oman käyttäytymisensä muutokseen. Nupponen ja Suni (2005) korostavat tiedon ja kokemusten puutetta liikuntaa jarruttavana tekijänä myös silloin, kun oma terveydentila kuitenkin mietityttää yksilöä. Näin koin tilanteen olevan Railin kohdalla. Emme asettaneet yhteiselle jaksollemme mitään huimia tavoitteita, vaan päätimme kokeilla liikuntamuotoja sen hetkisen kiinnostuksen johdattelemina. Ainoastaan selkäkipuihin pyrimme löytämään lievennystä ja sen löysimmekin selän rullauksista.

Kymmenen viikon aikana aiemmin fyysisesti passiivisena pitäytynyt Raili kokeili montaa itselleen vierasta liikuntamuotoa, löytäen myös itselleen mieluisan ja motivoivan kuntosaliharjoittelun, jonka pariin hän pian suuntasi myös yhteisten tapaamistemme ulkopuolella. Raili eteni toimintamme aikana kovaa vauhtia kohti toimintavaihetta, hänen siirtyessään kognitiiviselta tasolta yhä enemmissä määrin kohti konkreettista toimintaa (Jordan & Nigg 2002). Liikunnan hyötyjen esittelynä alkanut neuvonta vaihtui hiljalleen yhteisiin kokeiluihin ja lopulta Railin oma-aloitteisiin liikuntatuokioihin. Testeissä näkyvintä oli Railin parantunut tulos yhdellä jalalla seisomisessa. Kun hän alkutesteissä seiso i yhdellä jalalla 14 sekunnin ajan, onnistui häneltä lopputesteissä jo puolen minuutin tasapainoilu.

10 POHDINTA

Kaikkia tutkimukseni neljää liikuntaneuvontatapausta yhdisti koehenkilöiden saaman henkilökohtaisen liikuntaneuvonnan näkeminen harvinaislaatuisena etuna. Vaikka etsimäni koehenkilöt olivat yhtä lukuun ottamatta fyysisesti passiivisia, olivat he ilmeisen innostuneita mahdollisuudesta saada osakseen henkilökohtaista liikuntaneuvontaa. Tämä sai minut miettimään, kuinka usein fyysinen passiivisuus oli ikääntyvän oma valinta ja kuinka usein se oli jotain, mihin yksilö elämäntilanteensa tai ympäristönsä vaikutuksesta ajautui tietämättä mahdollisuuksistaan pitää yllä toimintakykyään. Vaikka jokainen koehenkilöni lähti tutkimukseeni mukaan vapaasta tahdostaan, eivät he välttämättä osanneet ennalta määritellä omaa tarvettaan kyseiselle toiminnalle. Liikunnan tarpeellisuus myönnettiin yleisesti, silti epäselvää tuntui olevan mitä ja millaista liikunta omalla kohdalla voisi olla. Tehtäväkseni muodostui näiden tarpeiden kartoitus, sekä niihin vastaaminen ikääntyvän omassa elinympäristössä ja elämäntilanteessa.

Toteuttamani tutkimus osoitti liikuntaneuvonnan vaikuttavan ikääntyvien ihmisten fyysiseen aktiivisuuteen niin tietojen ja taitojen lisääntymisen kuin ennen kaikkea henkilökohtaisen neuvonnan tarjoaman henkisen tuen kautta. Jokaisen koehenkilön kohdalla fyysinen aktiivisuus lisääntyi koetun pätevyyden vahvistuessa. Toisten kohdalla tämä näkyi yhteisten tapaamistemme mukanaan tuomana fyysisenä aktiivisuutena, toisten lisätessä aktiivisuuttaan myös toimintamme ulkopuolisella ajalla. Ulkopuolinen tuki ja kannustus rohkaisivat koehenkilöitä kokeilemaan itselleen vieraita liikkeitä ja liikuntamuotoja. Toisten kohdalla henkilökohtaisena liikuntaneuvojana tarjoamani tuki ja rohkaisu saivat heidät myös palaamaan sellaisten entuudestaan tuttujen harrastusten pariin, jotka ikääntymisen mukanaan tuoma epävarmuus oli saanut heidät unohtamaan. Toteutettua liikuntaa merkityksellisempää ikääntyvän fyysisen aktiivisuuden herättelyn kannalta tuntui olevan se, kuinka liikunta toteutettiin, kuinka ikääntyvän tarpeita kunnioitettiin ja kuinka häntä ohjattiin ja opastettiin.

Kymmenen yhteistä tapaamista henkilökohtaisen liikuntaneuvonnan merkeissä oli jaksona lyhyt, jotta toimintakykytesteissä olisi tapahtunut mitään merkittäviä muutoksia. Toiminta-

kyvyn konkreettinen kehittäminen ei ollut myöskään tutkimukseni tavoitteena, vaikka raportoin koehenkilöiden alku- ja lopputestien tuloksia. Testien tarkoituksena oli ennen kaikkea kartoittaa koehenkilöiden sen hetkistä toimintakykyä, mutta toimia myös motivoijana liikkumisen aloittamisessa. Tutkimukseni kannalta merkityksettömät lopputestien tulokset ilahduttivat koehenkilöitä itseään, sillä suurimmassa osassa tuloksia oli tapahtunut paranemista, eivätkä kenenkään tulokset olleet kymmenen viikkoa kestäneen jakson aikana heikentyneet. Fyysisten testien tuloksia merkityksellisempiä olivat kuitenkin koehenkilöiden asenteissa tapahtuneet muutokset. Vaikka liikunta ei olisikaan jatkunut neuvontajaksonne päätyttyä arjen rutiinina, oli koehenkilöistä jokainen muuttanut suhtautumistaan liikuntaan. Fyysistä aktiivisuutta ei pidetty enää harvoille tarkoitettuna etuoikeutena, vaan koehenkilöt tiesivät myös itse pystyvänsä vaikuttamaan liikunnan avulla omaan toimintakykyynsä. Kymmenen viikkoa kestäneen neuvontajakson aikana kolme koehenkilöä neljästä oli mielestäni edennyt transteoreettisen muutosvaihemallin mukaisesti joko esiharkintavaiheesta harkintavaiheeseen, harkintavaiheesta valmistautumisvaiheeseen, tai jopa esiharkintavaiheesta toimintavaiheeseen.

Koska jo liikunnasta motivoitumiseen tarvitaan tietyn asteista pätevyuden tunnetta (Hirvensalo ym. 2003; King ym. 1992), oli koeryhmä tältä osin luonnollisesti valikoitunutta. Vaikka oma liikunnan harrastaminen oli saattanut tuntua kaukaiselta ajatukselta, ei se ollut koehenkilöistä yhdellekään ajatuksena mahdoton. Kiinnostus tarjoamaani liikuntaneuvontaa kohtaa johtui myös osin sen vieraudesta koehenkilöille. Niin perustellulta kuin liikuntaneuvonta ikääntyvän arjessa heistä tuntuikin, ei vastaavaa mahdollisuutta ollut kenellekään heistä aiemmin tarjottu. Koin onnistuneeni sekä motivoimaan koehenkilöitäni liikkumaan että vastaamaan heidän henkilökohtaisiin tarpeisiinsa. Tutkimukseeni suostumisensa kautta koehenkilöt kuitenkin mahdollistivat tämän onnistumiseni, ilmaisten jo näin omaa motivoituneisuuttaan. Oleellisinta liikuntaneuvonnan onnistumisen kannalta onkin ikääntyvän oma halukkuus vastaavanlaiselle neuvonnalle, sekä sen kokeminen itselleen hyödylliseksi. Tämä ei kuitenkaan edellytä yksilön omaa hakeutumista liikunnan tai liikuntaneuvonnan pariin, sillä ikääntyvän oma usko liikuntamahdollisuuksiinsa saattaa estää häntä toimimasta oma-aloitteisesti. Myös koettujen esteiden nimeäminen oli tämän tutkimuksen koehenkilöille huomattavan vaikeaa. Silti keskustelut ja yhteinen toiminta paljastivat heidän arjestaan monia esteiksi muodostuneita seikkoja, joita he itse eivät olleet sellaisiksi osanneet kuitenkaan mieltää.

Vaikka tutkimukseeni osallistui ainoastaan neljä koehenkilöä, esiintyi jo heidän puheissaan lähes kaikkia kirjallisuudessa esiintyviä ikääntyvien liikuntaa rajoittavia tekijöitä. Koehenkilöt ilmoittivat liikunnan harrastamisensa esteiksi usein henkilökohtaisia tekijöitä, kuten epävarmuuden (mm. Nupponen & Suni 2005), laiskuuden (mm. Dunlap & Barry 1999), toimintakyvyn heikkenemisen (mm. Hirvensalo ym. 2003; Grossman & Stewart 2003) tai tiedon puutteen (mm. Hirvensalo ym. 2003; Dunlap & Barry 1999; Ewing Garber & Blissmer 2002). Yleisinä ilmenivät myös ulkoiset ja ympäristötekijät, kuten liukkaat kelit (Grossman & Stewart 2003; Hirvensalo ym. 2003), hoitohenkilökunnan tai läheisten varoittelut (mm. Alén ym. 1997; Hirvensalo ym. 2005) sekä ohjauksen ja neuvonnan puuttuminen (mm. Ewing Garber & Blissmer 2002). Vaikken kyennyt henkilökohtaisen liikuntaneuvonnan avulla suoranaisesti poistamaan yksilön laiskuutta, hidastamaan hänen toimintakykynsä heikentymistä tai tekemään teiden pinnoista nykyistä turvallisempia, koin yksilön rohkaisemisen ja hänen koetun pätevyytensä vahvistamisen vaikuttavan välillisesti kaikkiin koehenkilöideni kokemiin esteisiin. Uuden asennoitumisen kautta, tietoa ja taitoja kartuttaen useat esteet osoittautuivat ylitettäviksi ja toiset taas aiempaa merkityksettömämmiksi. Kohtasin kuitenkin myös esteitä, joita en onnistunut liikuntaneuvontani avulla poistamaan, näistä tärkeimpänä liukkaat kelit.

Kaikkia tutkimukseni neljää koehenkilöä yhdisti ikääntymiseen liittyvien vaivojen ja sairauksien ilmaantuminen, sekä toimintakyvyn asteittainen heikkeneminen Verbruggen ja Jettin (1994) mallin mukaisesti. Rasinahon ja kumppaneiden (painossa) mukaan sairauksien ja oireiden myötä myös koetut esteet liikunnan harrastamiseen lisääntyvät, ja näin tuntui olevan myös koehenkilöideni kohdalla. Vaikka kiinnostus liikuntaan ei olisikaan sairauksien myötä vähentynyt, vaikuttivat sairaudet ja oireet selvästi toimintakyvyn heikkenemisen kautta koehenkilöiden koettuun pätevyYTEEN. Liikkumista vaikeuttivat Tilviksen (2001) tavallisina pitämät nivelvaivat, selkäkivut sekä alaraajojen heikkoutta aiheuttavat tuki- ja liikuntaelinsairaudet, mutta myös vanhusväestön toiseksi tärkeimmät toimintarajoitteisuuden syyt, sydän- ja verenkiertoelimistön sairaudet (Valvanne 2001).

Oman toimintakyvyn heiketessä, ja jo ennen sitä, oleellisinta toimintakyvyn laskua jarruttaessa olisi fyysisen aktiivisuuden säilyttäminen. Vanhusten lievät toimintakyvyn häiriöt pahenevat kuitenkin yleensä nopeasti (Strandberg ym. 2001), mikä viestii fyysisen passiivisuuden lisääntymisestä toimintakyvyn laskiessa. Oireiden ja sairauksien ilmaantuminen

oli saanut myös koehenkilöt vähentämään arjen fyysistä aktiivisuuttaan oireilevan kehonosan tai toimintakykynsä kustannuksella, mikä oli yleistä myös Verbruggen ja Jetten (1994) toiminnanvajausten kehittymismallissa. Toiminnanvajausten kehittymistä nopeuttivat lisäksi samat ympäristötekijät, jotka koehenkilöt olivat tunteneet esteiksi omalle liikunnan harrastamiselleen. Ulkopuolisen tuen ja ohjauksen puuttuminen sekä varoittelut vaikuttivat fyysisen aktiivisuuden vähenemisen kautta toiminnan vajausten kehittymiseen ainakin palvelukodissa asuvien koehenkilöiden osalta. Sairauksiensa suhteen koin koehenkilöiden luottavan vahvasti sanaani heille soveltuvasta liikunnasta. Epävarmuus liikunnan järkevyydestä ja omista mahdollisuuksista oli saanut jokaisen heistä toimimaan toiminnanvajausten kehittymistä edesauttavasti. Lähtiessäni ulkopuolisena liikuntaneuvojana jarruttamaan näiden toiminnanvajausten kehittymistä, sain huomata selvänä pitämieni mahdollisuuksien olleen koehenkilöilleni itselleen jo unohdettuja, tai alun perin mahdottomia. Vaikka esteiden nimeäminen tuntui tutkimuksen alussa heistä hankalalta, löytyi liikuntaa rajoittavia esteitä lopulta jokaisen heistä arjesta. Yhteisen toimintamme kautta ennen kaikkea koehenkilöiden kokemat oireet ja sairaudet alkoivat kuitenkin menettää merkitystään liikuntaa rajoittavana tekijänä lähes jokaisen kohdalla.

Yhä kotonaan asuvat koehenkilöt erosivat palvelukodissa asuvista koehenkilöistä IADL-toiminnoista selviytymisensä suhteen. Kyky asioiden hoitamiseen, ruoanlaittoon sekä kodin ulkopuoliseen toimintaan mahdollistivat heille itsenäisen kotona asumisen (Laukkanen 2003; Verbrugge & Jette 1994). Koska vaikeudet ja avuntarve ilmenevät ensin ennen kaikkea raskaissa kotitöissä kuten siivoamisessa sekä ulkona ja portaissa liikkumisessa (Laukkanen 2003), pyrin kannustamaan yhä kotonaan asuvia koehenkilöitäni fyysisestä kunnostaan huolehtimiseen. Heidän kanssaan liikuntamme keskittyi fyysisen kestävyuden ja voimatason kehittämiseen. Palvelukodissa asuvien koehenkilöideni kanssa toimintamme käsiteli enemmän tasapainon ja nivelten liikelaajuuksien kehittämistä, jotta he pystyisivät myös jatkossa selviytymään itse päivittäisistä perustoiminnoistaan. Valvanteen (2001) mukaan kävely, kylpeminen, sängystä ja tuolista siirtyminen sekä pukeutuminen vaikeutuvat ADL-toiminnoista yleensä ensimmäisinä, jonka vuoksi perustelin koehenkilöille ohjaamiani liikkeitä näiden taitojen mahdollisimman pitkäaikaisella säilyttämisellä. Taitojen yhteys arkielämään tuntui motivoivan koehenkilöitä harjoittamaan niin voimaa, kestävyyttä, tasapainoa kuin nivelten liikelaajuuksia asuivat he sitten palvelukodissa tai yhä kotonaan.

Antamani liikuntaneuvonnan herättämä kiinnostus ja sen tarpeellisuuden korostaminen koehenkilöiden keskuudessa sai minut pohtimaan niin henkilökohtaisen liikuntaneuvonnan yhteiskunnallista toteutumista ikääntyvän väestönosan keskuudessa kuin sen tarpeellisuutta käytännössä. Ruuskasen (1997) mukaan väestön ikärakenteen vanheneminen on kasvattanut liikunnallisen kuntoutuksen merkitystä etenkin preventiivisessä, sairauksia ehkäisevässä mielessä. Terveyden- ja vanhustenhoitopalveluiden preventiivinen ote tuntuu kuitenkin vaihtelevan riippuen niin palvelusta kuin sitä antavasta terveyden ja hoitotyön ammattilaisesta. Koehenkilöistä yksikään ei muistanut saaneensa terveydenhuollon puolelta liikuntaa koskevaa neuvontaa, vaikka käyttivät kyseisiä palveluja. Hoitoa ja lääkkeitä ikääntymisen mukanaan tuomiin vaikeuksiin kyllä oli tarjolla, mutta liikunnasta ei missään vaiheessa puhuttu. Verbruggen ja Jetten (1994) mukaan monen vanhuksen kohdalla lääkitys onkin lisännyt elinaikaa toimintakyvyttömillä elinvuosilla. Havaitsin itse koehenkilöissä halua juuri lääkkeettömien ratkaisujen etsimiseen, mikä lisäsi asteittain heidän kiinnostumistaan tarjoamastani liikuntaneuvonnasta.

King (2000) muistuttaa, kuinka liikuntaneuvonnan liittäminen osaksi terveydenhuollon rutiinia mahdollistaisi ajan kuluessa hyvin suuren väestönosan saavuttamisen. Suurelta osin liikunnallisen kuntoutuksen ja liikuntaneuvonnan tarjoamiseen vaikuttavat kuitenkin hoitohenkilökunnan saama koulutus sekä heille määrätyt työtehtävät. Käytännön liikuntaneuvontaa saattaa Kingin (2000) mukaan yksinkertaisimmillaan rajoittaa hoitohenkilökunnan vähäiset tiedot liikunnasta, liikuntaneuvonnasta sekä terveystietämisen muuttamisesta. Silti terveyden- ja vanhustenhuollolla olisi nykyjärjestelmässä parhaat mahdollisuudet ulottaa liikuntaneuvontaa ikääntyvälle väestönosalle. Suurin osa ikääntyvistä ihmisistä käyttää yleisiä terveydenhuoltopalveluja. Terveydenhuollon piiriin hakeutuminen on aina merkki hoidon tai muun avun tarpeesta. Monien ikääntymiseen liittyvien sairauksien ja oireiden kohdalla terveystietämisen muutoksilla päästäisiin usein vähintään yhtä hyvin tuloksiin kuin lääkityksellä ja sairaalahoidolla, usein jopa parempiin. Tästä syystä liikunnan merkitystä niin terveyden säilyttämisessä kuin sairauksien ja oireiden ehkäisyssä ja hoidossa ei tulisi väheksyä.

Vaikka liikunnan merkitys tiedostetaan jo vahvasti, tuntuu ongelmana olevan yhä tiedon välitys sitä tarvitseville. Jos liikuntaneuvontaa koskevaa tietoa ja ohjeistusta ei saada ulotettua sille osalle hoitohenkilökuntaa, joka tekee käytännön kenttätöitä ikääntyvien ihmis-

ten parissa joko terveyden- tai vanhustenhuollossa, ei myöskään ikääntyvien henkilöiden voida olettaa hyötyvän tutkijoiden saamista tuloksista koskien liikunnan hyödyllisyyttä ja tarpeellisuutta. Käytännön liikuntaneuvontaa vaikeuttaa uskoakseni myös vastuun ja työtehtävien epäselvyys. Vastuu liikuntaneuvonnan jakamisesta koskee koko hoitohenkilökuntaa, eikä kuitenkaan heistä ketään. Vastuun jakaminen voi pahimmillaan johtaa vastuun siirtoon ilman lopullista tehtävän hoitajaa. Liikuntaneuvonta ei tunnu nykyisellään kuuluvan hoitohenkilökunnan pääasiallisiin työtehtäviin. Ajan ja resurssien ollessa tiukoilla, karsitaan hoidettavista tehtävistä uskoakseni tarkasti määrittelemättömiä työtehtäviä, joihin myös liikuntaneuvonnan voidaan monissa terveyden ja hoitoalan ammateissa katsoa lukeutuvan.

Terveydenhuollon puolelta saatavan liikuntaneuvonnan puuttumisen sain todeta lähes jokaisen koehenkilön kohdalla heidän pyytäessään ohjeita heille yksilöllisesti soveltuvan liikunnan ja fyysisen kuntoutuksen suhteen. Pehdyin itse tutkimukseni aikana minulle entuudestaan vieraisiin sairauksiin ja oireyhtymiin, joista kuntoutumiseen pyrin sovelta-
maan omaa liikunta-alan tietämystäni sekä kokemuksiani. Liikuntaneuvontaa antaessani ja liikuntasuorituksia henkilökohtaisesti opastaessani, rohkaisin koehenkilöitä kuuntelemaan omia tunteita ja uskomaan omiin kykyihinsä. Huomattavan yleinen este liikunnan harrastamiseen oli koehenkilöiden keskuudessa juuri tiedon ja kokemuksen puute, jotka tuntuivat estävän heitä edes kokeilemasta. Oma-aloitteinen osallistuminen liikuntaryhmiin ei yleisesti ottaen tuntunut houkuttelevalta, vaan liikunnan aloittamiseen kaivattiin henkilökohtaista apua ja ohjausta. Tämä kuvasti mielestäni hyvin henkilökohtaisen liikuntaneuvonnan käytännön tarvetta ikääntyvien ihmisten keskuudessa. Epäselvää heistä jokaiselle oli, mistä henkilökohtaista liikuntaneuvontaa olisi edes voinut kysyä.

Palvelukodissa asuvien koehenkilöiden kohdalla fyysisen aktiivisuuden vähäisyys oli ilmeistä. Jo palvelukodissa asuminen viesti minulle henkilökohtaisen ohjauksen ja avustuksen tarpeesta liikuntaa harjoitettaessa. Silti hoitajilla ei tuntunut olevan aikaa tai valmiuksia henkilökohtaiseen ohjaukseen. Banduran (1997, 206) mukaan erilaisten palvelu- ja vanhainkotien asukkaat elävät liian usein rutiinien täyttämää ja tarkasti kontrolloitua elämää, mikä johtuu kyseisten laitosten pyrkimyksestä säilyttää toimintansa tehokkuus ja taloudellisuus. Tämä näkyi myös kahden palvelukodissa asuvan koehenkilön arjessa. Päivät rakentuivat ruokailujen, peseytymisten ja hoitajien käyntien ympärille kaikella ollen aina tarkka

aikataulunsa. Ulkopuolinen liikunnanohjaaja vieraili palvelukodissa viikoittain ohjaten kodin asukkaille ryhmäliikuntaa. Molemmat palvelukodissa asuvista koehenkilöistä tunsivat kuitenkin kynnyksen ryhmäliikuntaan osallistumiseen olevan heille liian korkea johtuen joko huonoksi koetusta fyysisestä kunnosta tai ylipäänsä korkeasta iästä.

Henkilökohtaista ohjausta palvelukodissa asuvat koehenkilöt olisivat kyllä kaivanneet, mutta sellaista ei heille ollut tarjolla. Liikunta tuntui olevan jotain, mistä asukkaita pikemminkin varoiteltiin. Tiet olivat liian liukkaita ulkona liikkumiseen ja kotityöt liian raskaita itse hoidettaviksi. Tässä tunsin henkilökunnan työnkuvan ja palvelukodin asukkaiden hyvinvoinnin välistä ristiriitaa. Jos henkilökunta työskenteli palvelukodin asukkaita ja heidän hyvinvointiaan varten, mikseivät he keskittyneet varoittelevien sijaan opastamaan asukkaitaan turvallisessa liikkumisessa ja toimintakykyä ylläpitävissä arkiaskareissa? Jos tämä ei kuulunut hoitohenkilökunnan työn kuvaan, oliko mahdollista, että he työskentelivät sekä yhteiskunnan että yksilön edun vastaisesti?

Karvisen (2000, 73) tutkimuksessa fyysistä aktiivisuutta tukevien toimintojen ja vakiintuneiden rutiinien yhteensovittaminen oli muodostunut hoitohenkilökunnan yleiseksi ongelmaksi työtehtävien kokonaisuudessa. Onko hoitohenkilökunnan työ todella niin kaava- maista, ettei ikääntyvää ihmistä ja hänen tarpeitaan ole mahdollista huomioida yksilöllisesti? Jos rutiineihin kuuluu esimerkiksi huoneen siistinä pito, tavaroiden järjestely ja roskien haku, eikö ikääntyvä asukas saisi hoitaa näitä tehtäviään itse jos tuntee siihen pystyvänsä? Tätä pohdimme erään koehenkilöni kanssa hänen käydessä muun muassa palvelukodin henkilökunnalta salaa mattopyykillä. Toimintakyvyn merkitystä ja yksilön hyvinvointia laiminlöi mielestäni myös Karvisen (2000, 78) tutkimuksessa ilmennyt hoitohenkilökunnan asenne, jonka mukaan vanhukset koettiin usein myös liian huonokuntoisiksi, jotta he olisivat ylipäänsä pystyneet liikkumaan monipuolisesti. Tätä ei kuitenkaan ollut kysytty ikääntyviltä asukkailta itseltään, eikä halukkuutta liikuntaan tiedusteltu myöskään tutkimukseni koehenkilöiltä. Palvelukodissa asuvat koehenkilöni myönsivät toimintakykynsä romahtaneen palvelukotiin muutettuaan, sillä mitään ei enää tarvinnut, saati edes saanut tehdä itse. Varoittelevat olivat tehneet tehtävänsä, enkä tarjoamastani avusta ja ohjauksesta huolimatta saanut kumpaakaan palvelukodissa asuvista koehenkilöistäni ulos harjoittelemaan liukkaalla tiellä liikkumista. Molemmat heistä olivat tottuneet jo vuosia kestäneeseen varovaisuuteen ja ulkona liikkumisen välttelyyn. Heidän kanssaan keskityimme kuitenkin

tasapainon harjoittamiseen, sillä uskoin tämän madaltavan kynnystä myös ulkona liikkumiseen.

Sulanderin (2005) mukaan väestön ikääntymistä ja sen vaikutusta yhteiskuntaan käsittävä keskustelu sisältää pääasiallisesti negatiivisen latauksen. Puhutaan tulevasta taakasta, uhkakuvista ja eläkepommista. (Sulander 2005.) Mielestäni tämän kaltaiset puheet johtuvat osin vääristyneestä asenteesta, joka ohjaa kulutuskansaa arvostamaan ennen kaikkea väestönsä tuottavuutta elinkeinoelämän kannalta. Väheksyttynä ja huonosti hoidettuna tämä väestön osamme saattaa Sulanderin (2005) sanojen mukaisesti muodostua niin työmarkkinoiden kuin terveydenhuollonkin uhkakuvaksi. Myös palvelukodin hoitohenkilökunnan suhtautuminen ikääntyviin asukkaisiinsa tuntui tukevan näkemystä ikääntyvistä enemmänkin terveydenhuollollisena taakkana kuin elinvoimaisena väestönosana, jonka aktiivisuutta tulisi tukea.

Terveyttä koskeva ohjaus ja neuvonta kuuluvat Nupposen ja Sunin (2005) mukaan, sosiaali- ja terveystoimen henkilöstön ohella, myös liikunnan ammattilaisille heidän opastaessaan muun muassa aloittelevia aikuisia liikkujia, kuntoutujia tai tyky -toimintoihin osallistuvia. Uskoakseni tämä liikunnan ammattilaisten antama neuvonta saavuttaa vain marginaalisen ryhmän aikuisia ja ikääntyviä ihmisiä, jotka osaavat hakeutua neuvonnan piiriin joko itsenäisesti tai työnantajansa ohjeesta. Tämän jo valmiiksi aktiivisen ja liikunnan merkityksen tiedostavan kohderyhmän saavuttamista ei voidakaan pitää mielestäni terveydenhuollollisena ongelmana. Haasteeksi muodostuvat koehenkilöideni kaltaiset, fyysistä aktiivisuutta kaipaavat ikääntyvät henkilöt, jotka eivät osaa tai uskalla tarpeistaan huolimatta hakeutua liikunnan pariin. Juuri näiden ikääntyvien ihmisten keskuudessa kaivattaisiin liikunnan ammattilaisia, joilla olisi resursseja sekä jakaa käytännön tietoa ikääntyvien ihmisten liikunnasta että avustaa ja ohjata tätä liikuntaa.

Ewing Garber ja Blissmer (2002) peräänkuuluttavat sellaisia terveyden ja liikunnan ammattilaisia, jotka toisivat liikuntaneuvonnan lähelle ikääntyvien arkiympäristöä. Tällaiseksi tutkimuksessani muodostui liikuntaneuvojan roolini, jonka koin koehenkilöiltä saaman palautteen perusteella heidän arjessaan merkityksekkääksi ja tarpeelliseksi. Tarjoamastani liikuntaneuvonnasta huolimatta, en osannut kertoa koehenkilöille kenen puoleen heidän ystävänsä voisivat kääntyä saadakseen vastaavanlaista palvelua. Kunnallisella puolella

kaltaisiani liikunnan ammattilaisia ei nykyjärjestelmässä yksinkertaisesti ollut. Ja vaikka olisi ollut, kuinka heidän olisi käytännössä mahdollista saavuttaa ne ikääntyvät ihmiset, jotka henkilökohtaisesta liikuntaneuvonnasta eniten hyötyisivät. Ainoastaan yksityiset yrittäjät tarjosivat niin sanottuja ”personal trainer” –palveluja, joiden hinnat olivat monelle eläkeläiselle kuitenkin huomattavan korkeita.

Tutkimukseni alkuperäisenä tarkoituksena oli tukea neljän iäkkään henkilön liikuntaharrastusta sekä arjen fyysistä aktiivisuutta henkilökohtaisen liikuntaneuvonnan avulla, selvittäen samalla henkilökohtaisen liikuntaneuvonnan tarpeellisuutta sekä sen vaikutuksia koehenkilöiden fyysiseen aktiivisuuteen. Tapaustutkimukselle luonteenomaiseen tapaan pyrin tuottamaan yksityiskohtaista, intensiivistä tietoa pienestä joukosta toisiinsa suhteessa olevia tapauksia (Saarela-Kinnunen & Eskola 2001), jonka vuoksi tutkimuksellani ei ollut missään vaiheessa tarkoitus ylittää tilastolliseen yleistämiseen. Neljän erillisen tapauksen kautta kuvasin ikääntyvien ihmisten liikuntaneuvonnan mahdollisuuksia mahdollisimman käytännönläheisesti, kokemusteni ollessa kuitenkin vain pieni ote todellisista mahdollisuuksista. Yleistettävyyttä haettaessa tulisi liikuntaneuvontaa tutkia suuremman otoksen turvin, jolloin vastaavaa käytännön neuvontaa annettaessa myös tutkijoita tulisi mahdollisesti olla enemmän.

Vaikka pidin koko liikuntaneuvontajakson ajan päiväkirjaa tapaamisista, pohjautuivat merkintäni henkilökohtaisiin havaintoihin ja reflektointiin. Havaintoja vahvistaakseni haastattelin koehenkilöitäni ja pyrin keskustelemaan paljon heidän kanssaan toimintamme herättämistä tuntemuksista. Tästä huolimatta tutkimus perustui omiin tulkintoihini, jonka vuoksi en toimintatutkimukselle ominaiseen tapaan pystynyt poistamaan tutkimuksen subjektiivisuutta (Eskola & Suoranta 1998, 17, 211). Tutkimukseni luotettavuus jää näin lukijan arvioitavaksi. Tutkimusprosessini näkyväksi tekemisen kautta pyrin auttamaan lukijaa tutkimukseni luotettavuuden arvioinnissa (Moilanen & Rähä 2001; Saarela-Kinnunen & Eskola 2001). Uskon silti tutkijan subjektiivisuuden vaikuttaneen tiedostamattani myös siihen, mitkä seikat ja tapahtumat koin prosessin kannalta raportoitavina. Moilasan ja Rähän (2001) mukaan tutkija tavallaan ratkaisee arvoitusta tutkittaviensa antamien vihjeiden perusteella. Jos tilallani olisi ollut toinen tutkija, olisi esiin saattanut tulla joko havainnoista eriäviä vihjeitä tai tutkija olisi saattanut vihjeiden perusteella lähteä toteuttamaan täysin erilaista toimintaa ja kokeiluja. Koen näin ollen vastaavanlaiseen toimintatutkimukseen

sisältöineen ja tuloksineen vaikuttavan hyvin paljon myös tutkijan oma panos ja persoona, mutta ennen kaikkea tutkijan ja tutkittavan välille muodostuva vuorovaikutussuhde.

Se kuinka tutkittava kokee elämänsä ja arkeensa astuvan tutkijan, määrittelee mielestäni hyvin vahvasti liikuntaneuvontaan sisällytettävän toiminnan käytännön mahdollisuuksia. Itseäni askarrutti hyvin paljon puuttua vieraiden ihmisten elintapoihin, joita lähdin tutkimuksen nimissä muuttamaan. Välillä koehenkilöideni kanssa toimiessani oli vaikeaa määrittää itselleen mihin asioihin ja missä määrin minun oli tutkijana korrektia puuttua. Pyrin aina elintapoja ja tottumuksia käsitellessämme selvittämään ensin koehenkilöiden omat ajatukset näistä tottumuksista, ja vasta sitten kuulostelemaan millä tasolla kyseinen henkilö toivoi näihin tapoihinsa puututtavan. Tästä huolimatta jäin miettimään sekä toimintani että tutkimuksen eettisyyttä ja yksilön arvostusta. Mikä soi minulle oikeuden puuttua koehenkilöideni elintapoihin varsinkaan, kun he eivät olleet tätä palvelua minulta tilanneet? Vaikka koehenkilöt olivat osoittaneet selvästi oman halukkuutensa tutkimukseen, en tarjonnut heille varmoja vastauksia, ohjeita ja heidän arkielämäänsä sääteleviä neuvoja. Liikuntaneuvonnan roolini eettisyyttä pyrin vahvistamaan antamalla koehenkilöilleni ohjeiden sijaan usein vihjeitä siitä, millaisin toimin he saattoivat saada toimintakyvysään muutoksia aikaan. Myös neuvontani kohdistin vastaamaan koehenkilöiden itse asettamiin kysymyksiin, mikä osaltaan vahvisti kokemustani oman toimintani suotavuudesta.

Kasvavana väestönsanamme ikääntyvät ihmiset asettavat yhä enemmän tutkimuksen tarvetta varsinkin terveydenhuollon mahdollisuuksista toimintakyvyn säilyttämisessä. Kukaan ei voi varmaksi tietää kuinka paljon terveydenhuoltoon uponneita varoja voitaisiin säästää nykyistä paremmalla preventiivisellä terveydenhoitotyöllä, johon myös ikääntyvien ihmisten liikuntaneuvonta tulisi mielestäni sisällyttää. Jatkoa ajatellen olisikin hyvä selvittää, kuinka tarpeelliseksi ikääntyvät ihmiset henkilökohtaisen liikuntaneuvonnan ylipäänsä kokevat. Koska tutkimukseni käsitteli ainoastaan neljän koehenkilön tarpeita, ei tämän perusteella voida tehdä oletuksia tarkempia arvioita liikuntaneuvonnan todellisesta tarpeesta. Tässä tutkimuksessa en onnistunut myöskään tutkimaan antamani henkilökohtaisen liikuntaneuvonnan pidempiaikaisia vaikutuksia ikääntyvän henkilön fyysiseen aktiivisuuteen. Vaikka vastaavanlaista liikuntaneuvontaa onnistuttaisiin tulevaisuudessa ulottamaan sitä tarvitseville ikääntyville ihmisille, se tuskin jatkuisi yksilön arjessa yhtä intensiivisenä

kuin tässä tutkimuksessa toteuttamani neuvonta. Näin ollen mielestäni olisi tärkeää tutkia vastaavanlaisen toiminnan vaikutuksia yksilön fyysisen aktiivisuuden pysyvyyteen.

Huolehtivalla, yksilön voimavaroja lisäävällä terveysneuvonnalla voisimme uskoakseni pitää ikääntyvästä väestöstämme huolta terveydenhuollon voimavaroja säästäen. Tätäkin tärkeämmäksi tavoitteeksi tulisi kuitenkin nousta yksilön mahdollisuus toimintakykynsä säilyttämiseen ja näin aktiiviseen ikääntymiseen. Koska yksilön omat resurssit eivät tätä kuitenkaan aina mahdollista jo tietojen ja taitojen puutteiden vuoksi, tulisi nuorempien sukupolvien auttaa ikääntyviä ihmisiä huomaamaan omat mahdollisuutensa toimintakykynsä säilyttämiseen. Toimintakyvyn ja aktiivisuuden säilyttämisen kannalta suotuisissa puitteissa ikääntyvän yksilön olisi mahdollista tehdä lopulta omat päätöksensä oman hyvinvointinsa nimissä.

LÄHTEET

- Aaltola, J. & Syrjäjä, L. 1999. Tiede, toiminta ja vaikuttaminen. Teoksessa H. Heikkinen, R. Huttunen & P. Moilanen (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Juva: WSOY, 11-24.
- Alén, M., Kukkonen-Harjula, K. & Kallinen, M. 1997. Ikääntyvien terveyden ja toimintakyvyn arviointi sekä liikuntaneuvonnan periaatteet. Teoksessa P. Era (toim.) Ikääntyminen ja liikunta. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 108. Jyväskylä: Kopijyvä Oy, 63-76.
- Bandura, A. 1997. Self-efficacy. The exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company.
- Burkholder, G. J. & Nigg, C. C. 2002. Overview of the transtheoretical model. Teoksessa P. Burbank & D. Riebe (toim.) Promoting exercise and behavior change in older adults. USA: Maple-Vail Book Manufacturing Group, 57-84.
- Damush, T. M., Perkins, S. M., Mikesky, A. E., Roberts, M. & O'Dea, J. 2005. Motivational factors influencing older adults diagnosed with knee osteoarthritis to join and maintain an exercise program. *Journal of Aging and Physical Activity* 13, 45-60.
- Dunlap, J. & Barry, H. C. 1999. Overcoming exercise barriers in older adults. *The Physician and Sportsmedicine* 27, 69-75.
- Era, P. 1997. Havaintomotoriikan ja kehon asennonhallintakyvyn muutokset vanhetessa ja liikunta. Teoksessa P. Era (toim.) Ikääntyminen ja liikunta. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 108. Jyväskylä: Kopijyvä Oy, 49-60.
- Eskola, J. & Suoranta J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino Oy.
- Ewing Garber, C. & Blissmer, B. J. 2002. The challenges of exercise in older adults. Teoksessa P. M. Burbank & D. Riebe (toim.) Promoting exercise and behavior change in older adults. USA: Maple-Vail Book Manufacturing Group, 29-56.
- Fried, L.P., Ferrucci, L., Darer, J., Williamson, J.D. & Anderson, G. 2004. Untangling the concepts of disability, frailty and comorbidity: implications for improved targeting and care. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 59, M255-263.

- Grossman, M.D. & Stewart, A.L. 2003. "You aren't going to get better by just sitting around": physical activity perceptions, motivations and barriers in adults 75 years of age or older. *The American Journal of Geriatric Cardiology* 12, 33-37.
- Grönfors, M. 2001. Havaintojen teko aineistonkeräyksen menetelmänä. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin I*. Jyväskylä: Gummerus Oy, 124-141.
- Hakala, J.T. 2001. Menetelmällisiä koetuksia. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1*. Jyväskylä: Gummerus, 10-23.
- Heikkinen, E. 1997. Iäkkäiden ihmisten terveys, toimintakyky ja elämänlaatu. Teoksessa P. Era (toim.) *Ikääntyminen ja liikunta. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja* 108. Jyväskylä: Kopijyvä Oy, 1-13
- Heikkinen, E., Kauppinen, M. & Laukkanen, P. 2003. Toimintakyvyn ylläpitäminen ja sairauksien ehkäisy. Teoksessa A. Hietanen & T-M. Lyyra (toim.) *Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. Sosiaali – ja terveysministeriön selvityksiä 2003:2*. Helsinki: Edita Prima Oy, 43-62.
- Heikkinen, H. 2001. Toimintatutkimus – toiminnan ja ajattelun taitoa. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1*. Jyväskylä: Gummerus Oy, 170-185.
- Heikkinen, H. & Jyrkämä, J. 1999. Mitä on toimintatutkimus? Teoksessa H. Heikkinen, R. Huttunen & P. Moilanen (toim.) *Siinä tutkija missä tekijä*. Juva: WSOY, 25-62.
- Hickey, T., Benedict, C.J. & Wolf, F.M. 1995. Health benefits of low intensity exercise for high risk elderly. Teoksessa S. Harris, E. Heikkinen & W. S. Harris (toim.) *Physical activity, aging and sports. Toward healthy aging – International perspectives. Part 2. Psychology, motivation and programs*. Albany, New York: Center for the Study of Aging of Albany, 249-258.
- Hietanen, R. L. 2003. Mielenterveys ja sen edistäminen iäkkäillä. Teoksessa A. Hietanen & T. M. Lyyra (toim.) *Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. Sosiaali- ja Terveysministeriön selvityksiä 2003:2*. Helsinki: Edita Prima Oy, 83-98.
- Hirvensalo, M. 2002. Liikuntaharrastus iäkkäänä. Yhteys kuolleisuuteen ja avuntarpeeseen sekä terveydenhuolto liikunnan edistäjänä. Jyväskylän Yliopisto. Liikuntakasvatuksen laitos. *Studies in sport, physical education and health* 87.

- Hirvensalo, M., Heikkinen, E., Lintunen, T. & Rantanen, T. 2005. Recommendations for and warnings against physical activity given to older people by health care professionals. *Preventive Medicine* 41, 342-347.
- Hirvensalo, M., Lampinen P. & Rantanen, T. 1998. Physical exercise in old age: an eight-year follow-up study on involvement, motives and obstacles among persons age 65-84. *Journal of Aging and Physical Activity* 6, 157-168.
- Hirvensalo, M., Rasinaho, M., Rantanen, T. & Heikkinen, E. 2003. Liikunta. Teoksessa E. Heikkinen & T. Rantanen (toim.) *Gerontologia*. Tampere: Tammer-Paino Oy, 371-378.
- Huovinen, P. & Piekkola, H. 2002. The time is right? Early retirement and use of time by older finns. Helsinki: Yliopistopaino.
- Huttunen, R., Kakkori, L. & Heikkinen, H. 1999. Toiminta, tutkimus ja totuus. Teoksessa Heikkinen, R. Huttunen & P. Moilanen (toim.) *Siinä tutkija missä tekijä*. Juva: WSOY, 111-135.
- Ikääntyneiden ihmisten ohjatun terveystoiminnan laatusuositukset. 2004. Sosiaali- ja Terveysministeriön oppaita 2004: 6. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Isomeri, R. 1999. Mitä fibromyalgia on? Teoksessa S. Talo (toim.) *Fibromyalgia ja kuntoutumis-prosessi: Enigma 2000? Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia* 37. Turku: Kelan tutkimuskeskus, 39-45.
- Jordan, P. J. & Nigg, C. R. 2002. Applying the transtheoretical model: tailoring interventions to stages of change. Teoksessa P. M. Burbank & D. Riebe (toim.) *Promoting exercise and behavior change in older adults*. USA: Maple-Vail Book Manufacturing Group, 181-207.
- Jyrkämä, J. 2003. Vanheneva yksilö, toimijuus ja toimintatilanteet. Teoksessa E. Heikkinen & T. Rantanen (toim.) *Gerontologia*. Tampere: Tammer-Paino Oy, 267-271.
- Kallinen, M. 2003. Kestävyys. Teoksessa E. Heikkinen & T. Rantanen (toim.) *Gerontologia*. Tampere: Tammer-Paino Oy, 110-116.
- Kannus, P. 2005. Osteoporoosi ja kaatumistapaturmat. Teoksessa M. Fogelholm & I. Vuori (toim.) *Terveystoiminta. Fyysinen aktiivisuus terveyden edistämiseksi*. Jyväskylä: Gummerus, 129-134.
- Karvinen, E. 1994. Iloisesti ikääntyen. Jyväskylä: Gummerus.

- Karvinen, E. 2000. Tulee friski ja hyvä olla. Toimintatutkimus fyysisen aktiivisuuden edistämiseksi Kontulan vanhainkodissa. Jyväskylän Yliopisto. Terveystieteiden laitos. Lisensiaatintutkimus.
- King, A.C. 2000. Role of exercise counselling in health promotion. *British Journal of Sports Medicine* 34, 80-81.
- King, A.C., Blair, S.N., Bild, D.F., Dishman, R.K., Dubbert, P.M., Marcus, B.H., Oldridge, N.B., Paffenbarger jr., R.S., Powell, K.E. & Yeager, K.K. 1992. Determinants of Physical activity and interventions in adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 24, S221-S236.
- King, A.C., Friedman, R., Marcus, B., Castro, C., Forsyth, L.A., Napolitano, M. & Pinto, B. 2002. Harnessing motivational forces in the promotion of physical activity: the community health advice by telephone (CHAT) project. *Health Education Research* 17, 627-636.
- King, A.C., Sallis, J.F., Dunn, A.L., Simons-Morton, D.G., Albright, C.A., Cohen, S., Rejeski, W.J., Marcus, B.H. & Coday, M.C. 1998. Overview of the activity counseling trial (ACT) intervention for promoting physical activity in primary health care settings. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 30, 1086-1095.
- Kivelä, S-L. 2001. Vanhusten masennustilat. Teoksessa R. Tilvis, A. Hervonen, P. Jäntti, A Lehtonen & R. Sulkava. (toim.) *Geriatría*. Hämeenlinna: Karisto Oy, 111-120.
- Kiviniemi, K. 1999. Toimintatutkimus yhteisöllisenä prosessina. Teoksessa H. Heikkinen, R. Huttunen & P. Moilanen (toim.) *Siinä tutkija missä tekijä*. Juva: WSOY, 63-84.
- Korhonen, M. 2003. Nopeus. Teoksessa E. Heikkinen & T. Rantanen (toim.) *Gerontologia*. Tampere: Tammer-Paino Oy, 117-122.
- Kuusinen, J. 2003. Älykkyys ja vanheneminen. Teoksessa E. Heikkinen & T. Rantanen (toim.) *Gerontologia*. Tampere: Tammer-Paino Oy, 164-173.
- Laine, T. 2001. Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II*. Jyväskylä: PS-Kustannus, 26-43.
- Lamarca, R., Ferrer, M., Andersen, P.K., Liestol, K., Keiding, N. & Alonso, J. 2003. A changing relationship between disability and survival in the elderly population: Differences by age. *Journal of Clinical Epidemiology* 56, 1192-1201.
- Lampinen, P. & Hirvensalo, M. 1999. Liikunnan harrastaminen 65-69 –vuotiailla henkilöillä vuosina 1988 ja 1996. Teoksessa E. Heikkinen, P. Lampinen & T. Suutama

- (toim.) Kohorttiero 65-69- vuotiaiden henkilöiden toimintakyvyssä, terveydessä ja harrastustoiminnoissa. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 47. Helsinki: Edita Oy, 97-113.
- Laukkanen, P., Leinonen, R., Sakari-Rantala, R. & Heikkinen, E. 1999. Terveystila ja päivittäisistä toiminnoista selviytyminen 65-69-vuotiailla jyvaskyläläisillä vuosina 1988 ja 1996. Teoksessa E. Heikkinen, P. Lampinen & T. Suutama (toim.) Kohorttiero 65-69-vuotiaiden henkilöiden toimintakyvyssä, terveydessä ja harrastustoiminnoissa. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 47. Helsinki: Edita Oy, 47-66.
- Laukkanen, P. 2003. Toimintakyky ja ikääntyminen –käsitteestä ja viitekehuksesta päivittäistoiminnoista selviytymisen arviointiin. Teoksessa E. Heikkinen & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. Tampere: Tammer Paino Oy. 255-266.
- Lehtonen, A. 2001. Vanhusten liikunta. Teoksessa R. Tilvis, A. Hervonen, P. Jäntti, A. Lehtonen & R. Sulkava (toim.) Geriatria. Hämeenlinna: Karisto Oy, 338-342.
- Lehtonen, A. & Tilvis, R. 2001. Kardiovaskulaariset sairaudet. Teoksessa R. Tilvis, A. Hervonen, P. Jäntti, A. Lehtonen & R. Sulkava (toim.) Geriatria. Hämeenlinna: Karisto Oy, 45-71.
- Leirisalo-Repo, M. 2001. Nivelvaivat. Teoksessa R. Tilvis, A. Hervonen, P. Jäntti, A. Lehtonen & R. Sulkava (toim.) Geriatria. Hämeenlinna: Karisto Oy, 240-250.
- Marcus, B. H. & Forsyth, L. H. 2003. Motivating people to be physically active. Champaign, IL: Human Kinetics, cop 2003.
- Meusel, H. 1995. Participation in physical activity – healthy development – aging successfully. Teoksessa S. Harris, E. Heikkinen & W.S. Harris (toim.) Physical activity, aging and sports. Toward healthy aging – International perspectives. Part 2. Psychology, motivation and programs. Albany, New York: Center for the Study of Aging of Albany, 249-258.
- Moilanen, P. & Räihä, P. 2001. Merkitysrakenteiden tulkinta. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Jyväskylä: PS-kustannus, 44-67.
- Nigg, C. R. & Riebe, D. 2002. The transtheoretical model: research review of exercise behavior and older adults. Teoksessa P. M. Burbank & D. Riebe (toim.) Promoting exercise and behavior change in older adults. USA: Maple-Vail Book Manufacturing Group, 147-180.

- Nupponen, R. 2005. Liikunta ja koettu hyvinvointi. Teoksessa M. Fogelholm & I. Vuori (toim.) *Terveysliikunta. Fyysinen aktiivisuus terveyden edistämässä*. Jyväskylä: Gummerus, 48-59.
- Nupponen, R. & Suni, J. 2005. Henkilökohtainen liikuntaneuvonta. Teoksessa M. Fogelholm & I. Vuori (toim.) *Terveysliikunta. Fyysinen aktiivisuus terveyden edistämässä*. Jyväskylä: Gummerus, 216-228.
- Pajala, S., Sihvonen, S. & Era, P. 2003. Asennon hallinta ja havaintomotorinen kyvykkyys. Teoksessa E. Heikkinen & T. Rantanen (toim.) *Gerontologia*. Tampere: Tammer-Paino Oy, 123-142.
- Parkatti, T. & Talvitie, U. 1997. Vanhainkodin henkilökunnan työn kehittäminen. *Gerontologia* 11 (3), 212-217.
- Putkisto, M. 1997. Syvävenytyksellä solakaksi. Jyväskylä: Gummerus.
- Rantanen, T. & Sakari-Rantala, R. 2003. Itsenäinen liikkumiskyky ja sen ylläpito vanhuudessa. Teoksessa A. Hietanen & T.M. Lyyra (toim.) *Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen*. Sosiaali- ja Terveysministeriön selvityksiä 2003:2. Helsinki: Edita Prima Oy, 99-115.
- Rasinaho, M., Hirvensalo, M., Leinonen, R., Lintunen, T. & Rantanen, T. (Painossa). Motives for and barriers to physical activity among older people with mobility limitation. *Journal of Aging and Physical Activity* (painossa).
- Ruoppila, I. & Suutama, T. 2003. Kognitiivisen toimintakyvyn tukeminen. Teoksessa A. Hietanen & T. M. Lyyra (toim.) *Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen*. Sosiaali- ja Terveysministeriön selvityksiä 2003:2. Helsinki: Edita Prima Oy, 155-170.
- Ruuskanen, J. 1997. Omaehtoisen sekä ohjatun liikunnan suunnittelu, toteutus ja arviointi. Teoksessa P. Era (toim.) *Ikääntyminen ja liikunta. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja* 108. Jyväskylä: Kopijyvä Oy. 141-161.
- Saarela-Kinnunen, M. & Eskola, J. 2001. Tapaus ja tutkimus = Tapaustutkimus? Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1*. Jyväskylä: Gummerus Oy, 158-169.
- Sakari-Rantala. 2003. Iäkkäiden ihmisten liikunta- ja kuntosaliharjoittelu. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 142. Jyväskylä: Kopijyvä Oy.
- Sakari-Rantala, R., Laukkanen, P. & Heikkinen, E. 1999. Iäkkäiden jyvaskyläläisten itsearvioitu toimintakyky kahdeksan vuoden seuraututkimuksessa. Teoksessa T. Suu-

- tama, I, Ruoppila & P. Laukkanen (toim.) Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn muutokset. Havainnot ja Ikivihreät – projektin 8-vuotisesta seuruututkimuksesta. Helsinki: Hakapaino Oy. 171-197.
- Sihvonen, A-P., Martelin, T., Koskinen, S., Sainio, P. & Aromaa, A. 2003. Sairastavuus ja toimintakykyinen elinaika. Teoksessa E. Heikkinen & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. Tampere: Tammer-Paino Oy, 48-59.
- Sipilä, S. & Rantanen, T. 2003. Lihasvoima. Teoksessa E. Heikkinen & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. Tampere: Tammer-Paino Oy, 99-109.
- Spain, C. G. & Franks, B. D. 2004. Healthy people 2010: Physical activity and fitness. Teoksessa C. B. Corbin, R. P. Pangrazi & B. D. Franks (toim.) Toward a better understanding of physical fitness and activity. Scottsdale, Arizona: Holcomb Hathaway, 3-19.
- Strandberg, T., Tilvis, R. & Lehtonen, A. 2001. Geriatriinen prevention. Teoksessa R. Tilvis, A. Hervonen, P. Jäntti, A. Lehtonen & R. Sulkava (toim.) Geriatria. Hämeenlinna: Karisto Oy, 328-342.
- Stuart-Hamilton, I. 1996. Vanhenemisen psykologia. Kuopio: Kustannusosakeyhtiö Puijo (suom.).
- Sulander, T. 2005. Functional ability and health behaviours. Helsingin yliopisto. Sosiaali-tieteiden laitos. Helsinki: Edita Prima Oy. Väitöskirja.
- Sulander, T. 2005. Odotettavissa aiempaa aktiivisempi vanhuus. Liikunta ja Tiede 42 (4), 23-24.
- Sulander, T., Helakorpi, S., Nissinen, A. & Uutela, A. 2004. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2003 ja niiden muutokset 1993-2003. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B6 / 2004. Helsinki: Hakapaino.
- Suni, J. 2005. Liikuntaelimistön toimintakyky. Teoksessa M. Fogelholm & I. Vuori (toim.) Terveysliikunta. Fyysinen aktiivisuus terveyden edistämässä. Jyväskylä: Gummerus, 33-47.
- Suominen, H. 1997. Kehon rakenteen ja fyysisen suorituskyvyn muutokset vanhetessa ja liikunta. Teoksessa P. Era (toim.) Ikääntyminen ja liikunta. Liikunnan ja kansanterveydenjulkaisuja 108. Jyväskylä: Kopijyvä Oy. 17-40.
- Suominen, H. 2003. Luuston kunto. Teoksessa E. Heikkinen & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. Tampere: Tammer-paino Oy, 94-98.

- Suutama, T., Ruoppila, I. & Laukkanen, P. 1999. Johdanto. Teoksessa T. Suutama, I. Ruoppila & P. Laukkanen (toim.) Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn muutokset. Havaintoja Iki vihreät – projektin 8-vuotisesta seuruututkimuksesta Helsinki: Haka-paino Oy, 13-16.
- Tappin, D.M., Lumsden, M.A., McIntyre, D., McKay, C., Gilmour, W.H., Webber, R., Cowan, S., Crawford, F. & Currie, F. 2000. A pilot study to establish a randomized trial methodology to test the efficacy of a behavioural intervention. *Health Education Research* 15, 491-502.
- Tilvis, R. 2001. Vanhus potilaana. Teoksessa R. Tilvis, A. Hervonen, P. Jäntti, A. Lehtonen & R. Sulkava. (toim.) *Geriatría*. Hämeenlinna: Karisto Oy, 32-43.
- Timonen, L. & Koivula, L. 2001. Iäkkäiden voimaharjoitteluun perustuva kuntoutus. Teoksessa M. Suominen, P. Kannus, M. Käyhty, L. Ahvo, M-L. Rahikainen, H. Kaikkonen, L. Timonen ym. (toim.) *Ikääntyvien liikunta, terveys ja toimintakyky*. Jyväskylä: Gummerus, 243-269.
- Valvanne, J. 2001. Geriatriinen kuntoutus. Teoksessa R. Tilvis, A. Hervonen, P. Jäntti, A. Lehtonen & R. Sulkava (toim.) *Geriatría*. Hämeenlinna: Karisto Oy, 343-368.
- Verbrugge, L.M. & Jette, A.M. 1994. The disablement process. *Social Science and Medicine* 38, 1-14.
- Vuori, I. 2005. Ikääntyvät ja vanhukset. Teoksessa M. Fogelholm & I. Vuori (toim.) *Terveysliikunta. Fyysinen aktiivisuus terveyden edistämässä*. Jyväskylä: Gummerus. 171-185.
- Vuori, I. & Miettinen, M. 2000. Kuinka tärkeää liikunta on terveydelle ja toimintakyvylle? Teoksessa M. Miettinen (toim.) *Haasteena huomisen hyvinvointi. Miten liikunta lisää mahdollisuuksia. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 124*. Jyväskylä: PainoPorras Oy, 91-121.
- Young, D.R., King, A.C., Sheehan, M. & Stefanick, M.L. 2002. Stage of motivational readiness: Predictive ability for exercise behavior. *American Journal of Health Behavior* 26, 331-341.

LIITTEET

Liite 1 Liikunta- ja terveystarkastus

Liikunta- ja terveystarkastus

Pvm _____

Nimi _____

Mitä liikuntaa tai liikuntalajeja harrastatte?

krt / vko

a. _____ / _____

b. _____ / _____

c. _____ / _____

Kuinka kuormittavaa harrastamanne liikunta on?

1= kevyttä (ei juuri aiheuta hengästymistä ja/tai hikoilua)

2= kohtalaista (kohtalaista ponnistelua, jonkin verran hengästymistä ja/tai hikoilua)

3= raskasta (voimakasta ponnistelua, voimakasta hengästymistä ja/tai hikoilua)

a. _____ b. _____ c. _____

Onko teillä lääkärin toteamaa

sydän- tai verenkiertoelimistön sairautta

ei / kyllä

hengityselimistön sairautta

ei / kyllä

verenpainetauti

ei / kyllä

tuki- ja liikuntaelinten sairautta

ei / kyllä

muuta pitkäaikaissairautta (vähintään 3kk kest.)

ei / kyllä

Mikä/mitkä? _____

Esiintyykö teillä lisäksi jotain seuraavista oireista?

rintakipuja	ei / kyllä
rytmihäiriöitä	ei / kyllä
hengenahdistusta	ei / kyllä
huimausta	ei / kyllä
tuki- ja liikuntaelimiin kohdistuvia oireita	ei / kyllä

Onko teillä säännöllinen lääkitys?

ei / kyllä

Mitä lääkkeitä?

Oletteko viimeisen kahden viikon aikana sairastanut flunssaa tai onko teillä ollut kuumetta?

ei / kyllä

Onko teillä jokin muu terveyteenne liittyvä asia, joka voi vaikuttaa liikuntaharrastuksiin (esim. leikkauksen jälkitila, tekonivel)?

ei / kyllä

Mikä?

Koetteko jotain muita esteitä liikunnan harrastamiseen?

—

Mikä / mitkä asiat motivoivat teitä liikkumiseen?

—

Oletteko suostuvaisia n. 2kk (10 krt) liikuntaneuvontajaksoon?

en / kyllä

Onko teillä erityistoiveita ohjaajalle liikuntaneuvontajakson osalta?

Jyväskylässä ____ / ____ 2005

Liikuntaneuvonta ; Toimintakykytestaus

ALKUTESTI / LOPPUTESTI

Pvm _____

Nimi _____

1. Istumasta seisomaan nousu

- testataan polvien ojennusvoimaa sekä tasapainon hallintaa
- pyritään nousemaan tuolista käsiä apuna käyttämättä viisi (5) kertaa ylös. Jos nousu ei onnistu ilman käsien apua, käsillä voi avustaa. Kulunut aika mitataan.

TULOS:

2. Seisominen peräkkäisin jaloin / jalat yhdessä

- testataan tasapainoa
- alkuasennossa jalka toisen jalkaterän edessä tai mahdollisimman lähellä takana olevan jalkaterän varpaita. Tässä asennossa seisotaan enintään 30 sekuntia. Testi tehdään kaksi kertaa ja parempi tulos kirjataan. Jos testaus tapahtuu jalat yhdessä, seisotaan paikallaan enintään minuutti.

TULOS:

3. Seisominen yhdellä jalalla

- testataan tasapainoa

- alkuasennossa kädet asetetaan vyötärölle ja toinen jalka nostetaan tukijalan viereen, jalkaterä muutaman senttimetrin irti tukijalan pohkeesta. Tässä asennossa seistään enintään 30 sekuntia. Testi tehdään kaksi kertaa ja parempi tulos kirjataan.

TULOS:

Liite 3 Loppuhaastattelu

LIIKUNTANEUVONNAN LOPPUHAASTATTELU

Seuraavilla kysymyksillä pyritään kartoittamaan teidän näkemyksiänne ja kokemuksianne saamastanne henkilökohtaisesta liikuntaneuvonnasta sekä sen tarpeellisuudesta, toimivuudesta ja mahdollisista puutteista.

1. MITEN KUVAILISITTE SAAMAANNE LIIKUNTANEUVONTAA JA SITÄ MITÄ SIITÄ ON JÄÄNYT PÄÄLIMMÄISEKSI MIELEEN?

2. KUINKA HYÖDYLLISEKSI OLETTE KOKENUT SAAMANNE LIIKUNTANEUVONNAN? (Minkä olette kokeneet ennen kaikkea hyödylliseksi/epähyödylliseksi? Onko saamanne liikuntaneuvonta vastannut tarpeitanne?)

3. MILLAISIKSI OLETTE KOKENUT LIIKUNTANEUVOJAN SÄÄNNÖLLISET KÄYNNIT SEKÄ TAPAAMISET? (Onko tapaamisten määrä ja laatu vastannut odotuksianne? Millaisia tunteita liikuntaneuvojan käynnit sekä seuraavat, ennalta sovitut tapaamiset ovat teissä herättäneet? Oletteko saanut osaksenne kannustusta ja motivointia? Ovatko tapaamiset tuntuneet teistä epämukavilta?)

4. MITÄ EPÄMIELUISIA TAI HANKALIA ASIOITA OLETTE KOHDANNUT TOIMINNAN AIKANA? (Ovatko jotkin liikuntakerrat tai harjoitteet tuntuneet teistä epämukavilta? Onko vuorovaikutus liikuntaneuvojanne kanssa tuntunut joskus hankalalta?)

5. ONKO SAAMANNE LIIKUNTANEUVONTA VAIKUTTANUT TEIDÄN LIIKUNTAHARRASTAMISEENNE? (Onko liikuntaa koskeva toimintanne tai asenteenne muuttuneet jollain lailla liikuntaneuvonnan aikana? Kuinka? Luuletteko harrastavanne lähitulevaisuudessa liikuntaa? Miksi?)

6. ONKO SAAMANNE LIIKUNTANEUVONTA VAIKUTTANUT KOKEMIINNE MAHDOLLISUUKSIIN HARRASTAA LIIKUNTAA? (Onko luottamus omaan kykyihinne muuttunut jollain lailla liikuntaneuvonta-jakson aikana? Oletteko havainneet liikunnan harrastamisessanne mahdollisuuksia, joita ette ollut aiemmin huomionnut tai joista ette ollut aiemmin tietoisia? Onko saamanne liikuntaneuvonta auttanut teitä liikuntaan liittyvien esteiden poistamisessa?)

7. KOETTEKO OMAN FYYSISEN AKTIIVISUUTENNE LISÄÄNTYNEEN SAAMANNE LIIKUNTANEUVONNAN KAUTTA? (Harrastatteko nykyään liikuntaa enemmän kuin aiemmin? Onko saamanne hyötyliikunnan määrä jotenkin

muuttunut saamanne liikuntaneuvonnan aikana? Liittyvätkö mahdolliset fyysisen aktiivisuuden lisäykset ainoastaan liikuntaneuvojan tapaamisiin?)

8. USKOISITTEKO MUIDEN IKÄISTENNE HENKILÖIDEN HYÖTYVÄN VASTAAVANLAISESTA HENKILÖKOHTAISESTA LIIKUNTANEUVONNASTA? MIKSI?

9. MIKÄ ON OLLUT MIELESTÄNNE HYVÄÄ SAAMASSANNE HENKILÖKOHTAISESSA LIIKUNTANEUVONNASSA?

10. MIKÄ ON OLLUT MIELESTÄNNE HUONOA SAAMASSANNE HENKILÖKOHTAISESSA LIIKUNTANEUVONNASSA? (Onko saamanne liikuntaneuvonta ollut tarpeeksi kattavaa? Onko saamanne liikuntaneuvonta ollut tarpeeksi selkeää? Mikä saamanne liikuntaneuvonnan osalta voisi kaivata parannusta tai kehittämistä?)

KUNTOSALI-HARJOITTELU 1/2

- **LÄMMITTELY:** kuntopyörä noin 10 min
Lyhyet venyttelyt suurille lihasryhmille
(etureidet, takareidet, lonkankoukistajat..)

1. JALKAPRÄSSI / POLVEN OJENNUS LAITTEESSA (etureidet, pakarat)	30kg<	(1-3x)	10-15
2. POLVEN KOUKISTUS LAITTEESSA (takareidet)	25kg<	(1-3x)	10-15
3. KULMASOUTU LAITTEESSA (leveä selkälihas)	15kg<	(1-3x)	10-15
4. PENKKIPUNNERRUS LAITTEESSA (rintalihakset)	5kg<	(1-3x)	10-15
5. YLÄTALJA (leveä selkälihas)	10kg<	(1-3x)	10-15
6. VARTALON KIERTOLAITE (kyljet + keskivartalon asentoa tukevat lihakset)	5kg<	(1-3x)	10-15
7. VATSARUTISTUS LAITTEESSA	5kg<	(1-3x)	10-15

- Lisäksi: tasapainoilua jättipallon päällä, riipuntaa renkaissa tai puolapuissa sekä loppuvenyttelyt harjoitettuille lihasryhmille, minim 20sek/ venytys

KUNTOSALI-HARJOITTELU 2/2

- **LÄMMITTELY:** kuntopyörä + soutulaite 5 + 5min Lyhyet venyttelyt suurille lihasryhmille

1. JALKAPRÄSSI ISTUEN

(etureidet, pakarat) 30kg< (1-3x) 10-15

2. SOUTU ALATALJASSA

(leveä selkälihas) 10kg< (1-3x) 10-15

3. OJENTAJA-PUNNERRUS YLÄTALJASSA

(käsivarren ojentajalihakset) 10kg< (1-3x) 10-15

4. REISIEN LÄHENNYS LAITTEESSA

(sisäreidet) 25kg< (1-3x) 10-15

5. REISIEN LOITONNUS LAITTEESSA

(reisien ulkosyrjät, pakarat) 20kg< (1-3x) 10-15

6. PYSTYSOUTU ALATALJASSA

(hartiat) 5kg< (1-3x) 10-15

7. VARTALON OJENNUS LAITTEESSA

(selän ojentajalihakset) 15kg< (1-3x) 10-15

8. SIVUTAIVUTUS KÄSIPAINOILLA

(kylkilihakset) 2kg< (1-3x) 10-15

Lisäksi rintakehän ja olkanivelten liikkuvuus-
harjoituksia kepillä sekä hyvät venyttelyt!

KUMINAUHA-JUMPPA:

Ensiksi tärkeä alkuverryttely: olkapäiden pyörittelyä, rintakehän avauksia kädet olkapäillä, pään pyörittelyitä varoen pään vientiä rentona taakse sekä hartioiden rentouttelua ☺. Sitten kuminauhat mukaan:

- **SELKÄRANGAN KIERTO PUOLELTA TOISELLE.**
PARIN KANSSA KAHDILLA KUMINAUHALLA /
KUMINAUHA PÖYDÄN JALAN YMPÄRI
- **YLÄTALJA KOHTI RINTAA.** KÄDET YLHÄÄLLÄ
KUMINAUHA LÖYSÄLLÄ, ALAS VEDETTÄESSÄ
KUMINAUHA KIRISTYY. HUOM: HARTIOIDEN
RENTOUTUS
- **PYSTYSOUTU SEISTEN.** JALAT LÄPI ALIMMASTA
KUMILENKISTÄ, KÄSILLÄ OTE YLIMMÄSTÄ
LENKISTÄ. KÄSIEN NOSTO KYYNÄRPÄÄT EDELLÄ
RINNAN KORKEUDELLE JA PALAUTUS ALAS

- **VIPUNNOSTO SEISTEN/ISTUEN.** TOINEN JALKA LÄPI ALIMMASTA KUMILENKISTÄ, VASTAKKAISELLA KÄDELLÄ OTE YLIMMÄSTÄ LENKISTÄ. KOUKISTETUN KÄDEN NOSTO OLKAPÄÄN TASALLE JA PALAUTUS ALAS. HUOM: MYÖS KYYNÄRPÄÄ NOUSEE KÄDEN MUKANA
- **POLVEN OJENNUS ISTUEN.** KUMINAUHA TOISEN JALKATERÄN ALTA. OTE ULOIMMISTA KUMILENKEISTÄ. JALAN RAUHALLINEN OJENNUS KUMINAUHAN VASTUSTAESSA JA PALAUTUS TAKAISIN KOUKKUUN
- **RINTALIHASTYÖNTÖ.** KUMINAUHA SELÄN TAKAA KAINALOIDEN ALTA, OTE ULOIMMISTA KUMILENKEISTÄ. KÄSIEN SUORISTUS ETEEN JA PALAUTUS KOUKKUUN VARTALON LÄHELLE
- **SOUTULIIKE ISTUEN.** KUMINAUHA JALKATERIEN TAKAA, OTE RISTIKKÄIN ULOIMMISTA KUMILENKEISTÄ. KÄSIEN VETO KOUKKUUN LAPALUITA LÄHENTÄEN JA PALAUTUS TAKAISIN ETEEN

Loppuvenyttelyt:

1. SELÄN JA LAPOJEN VENYTYS ISTUEN. Kierro kohti vastakkaista jalkaterää / polvea. Selän pyöristys ja leuan varovainen painaminen kohti rintaa.
2. TAKAREISIEN VENYTYS ISTUEN. Selän pyöristys nikama nikamalta, käsi-
en liu'utus kohti nilkkoja, navan painaminen kohti reisiä. Liikkeen syventäminen hengityksen avulla
3. PAKARALIHAS-VENYTYS TUOLLILLA ISTUEN. Nilkan nosto vastakkaisen polven päälle, ylävartalon kallistus kohti jalkoja. Huom: molemmat kankut kiinni tuolissa 😊
4. RINTARANGAN + OLKAPÄIDEN VENYTYS KUMINAUHALLA. Ote kuminauhan uloimmista lenkeistä tai lähempää. Käsien pyöräytys selän taakse ja takaisin vartalon eteen
5. OJENTAJA- JA HARTIA-VENYTYS KUMINAUHALLA. Kuminauha selän takana kädestä toiseen. Venytyksen tehostaminen kuminauhaa lyhentämällä / kättä laskemalla

6. YLÄSELÄN VENYTYKSEN HALAUS-
OTTEELLA. Kiedo kätesi itsesi ympäri
ja anna itsellesi kunnon halaus!

VIREYTTÄVÄ JA VOIMISTAVA KOTI- VOIMISTELU:

1) Porrasnousu

- askellus jakkaran tai pienen kirjan päälle
- huomioi molempien jalkojen tasapuolinen harjoittaminen

2) Kyykyt seinää vasten

- jalkaterät tarpeeksi kaukana seinästä (1 ½ - 2 jalanmit.)
- selkä suorana, varpaat ja polvet samaan suuntaan

3) Vatsarutistukset tuolilla/sohvalla

- jalkojen nosto kohti vatsaa sohvalla istuen
- kevennetty versio: jalkojen nosto yksi jalka kerrallaan

4) Ojentaja-dippi tuolilta/sohvalta

- kädet tuolin reunalla hartioiden leveydellä, jalat lattialla → lasketaan peppua kohti lattiaa koukistamalla käsiä ja nousee samoin käsien avulla ylös (jalat rennot)

- mitä suurempina jalat, sitä rankempi liike

5) Reiden loitontajat kylin makuulta

- lantiossa kevyt kulma, tukipiste olkavarren päällä
- jalassa säilyy jännitys nostojen ajan; ei nostoja liian korkealle eikä myöskään täysiä rentoutuksia alas laskiessa

6) Reiden lähentäjät kylin makuulta

- lantiossa kevyt kulma, tukipisteet kyynärvarren, alemman jalan pakarän sekä ylemmän jalan jalkapohjalla
- nostoissa kantapää ohjaa liikettä

7) Selän ojentajalihakset päinmakuulta

- nostoissa kolme versiota; 1) nostot vastakkainen käsi ja jalka, 2) ylävartalon nostot kädet leuan alla (pää, kädet leukaan, kädet alas, pää alas), 3) alavartalon nostot varpaista ulospäin venyttäen

8) Punnerrukset seinää vasten

- hieman hartioita leveämpi ote, sormet eteenpäin→ lasketaan rintakehää kohti alustaa
- rankempi punnerrettaessa pöytätaaso vasten
- huom: tukeva alusta varpaiden alla, jalat tarpeeksi etäällä seinästä/tasosta