

Opinnäytetyö (YAMK)

Terveysala | Terveyden edistäminen

YTEEDK16

2017

Nina Lindberg

# ARKEEN VOIMAA -OHJELMA OSANA KUNTOUTUSTA



OPINNÄYTETYÖ (YAMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Terveysala | Terveyden edistäminen

Toukokuu 2017 | 76 sivua + 15 liitettä (91 sivua)

Pia Suvivuo ohjaaja

Nina Lindberg

## ARKEEN VOIMAA -OHJELMA OSANA KUNTOUTUSTA

Vapaaehtoistyö on työtä, jota tehdään vapaaehtoisesti ja usein ilman korvausta. Tällaista työtä tehdään usein sen mielekkyyden vuoksi. Vapaaehtoistyöhön voi liittyä myös vertaistoimintaa, jolloin ohjaajalla on saman tyyppisiä kokemuksia kuin ryhmään osallistuvilla. Arkeen Voimaa – toimintamalli perustuu CDSMP -lisenssiin, joka on käytössä yli 20 maassa ympäri maailmaa. Ryhmätoiminnan vaikutuksista on olemassa näyttöön perustuvaa tutkimusta.

Arkeen voimaa -ohjelmaan kuuluu, että pitkäaikaissairaita ohjaavat vapaaehtoiset vertaisohjaajat, joilla itsellään tai perheenjäsenellä on jokin pitkäaikaissairaus. Näin myös vertaisohjaajat ymmärtävät konkreettisesti pitkäaikaissairaita.

Arkeen Voimaa - ohjelman yhtenä kuudesta teemasta on liikunta. Vertaisohjaajat käyttävät ohjaajan manuaalia eli käsikirjaa ryhmiä ohjatessaan. Nykyisissä manuaaleissa olevat liikuntasuositukset noudattavat terveysliikuntasuosituksia, mutta ne koettu liian haasteellisiksi pitkäaikaissairaille, joilla voi olla vuosien liikuttomuutta taustalla. Arki- ja hyötyliikuntaa voi lisätä pikkuhiljaa ja pitkin päivää tehtynä se voi jopa olla tehokkaampaan kuin yksittäinen liikuntasuoritus.

Tämän kehittämisprojektin tavoite oli uudistaa liikuntaosuuksia siten, että ne sopisivat aikaisempaa paremmin pitkäaikaissairaille ja heillä olisi matalampi kynnyks lähteä liikkumaan. Uudet manuaalin liikuntaosuudet perustuvat arki- ja hyötyliikuntaan sekä liiallisen istumisen välttämiseen. Arki- ja hyötyliikuntaa voi lisätä pikkuhiljaa ja pitkin päivää tehtynä se voi jopa olla tehokkaampaan kuin yksittäinen liikuntasuoritus.

Turun ja Tampereen kaupungin Arkeen Voimaa -ohjelman vertaisohjaajilta pyydettiin palautetta päivitetystä manuaaleista ja palautteiden perusteella tehtiin tarvittavat korjaukset. Jatkossa manuaalit ovat kaikkien Arkeen Voimaa -ohjelmaan kuuluvien vertaisohjaajien käytössä niissä kaupungeissa, joissa Arkeen Voimaa -ohjelmaa toteutetaan.

Mikäli pitkäaikaissairaat saavat kiinni arki- ja hyötyliikunnan ajatuksesta eli siitä, pienistä teoista voi lähteä liikkeelle, jolloin voi havahtua siihen, että pystyy ja kykenee ja toivottavasti jopa saa onnistumisen kokemuksia, silloin liikkuminen muodostuu osaksi arkea.

AVAINSANAT: Pitkäaikaissairaus ja liikunta, hyöty- ja arkiliikunta, vertaisohjaaja, CDSMP

## MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health and Well-Being | Health Promotion

May 2017 | 76 pages +15 appendices (91 pages)

Pia Suvivuo, instructor

Nina Lindberg

## ARKEEN VOIMAA -PROGRAM AS PART OF THE REHABILITATION

Voluntary work is work that is done on a voluntary basis and often without compensation. Such work is often carried out because of its meaningfulness. Volunteering can also involve peer group activities in which case the instructor has the same type of experiences as the group participating.

The Chronic Disease Self-Management Program is a licensed program developed and researched at Stanford University. It follows a standardized format that is proven to help people learn to better manage their symptoms. The program provides best practice guidelines for self-management.

The Arkeen Voimaa -program provides information and teaches practical skills on managing chronic health problems. It is free of charge to the participants. This program also gives people confidence and motivation they need to manage the challenges of living with a chronic health condition. Completing the program takes 2,5 hours per week over a six-week period (10-16 participants). Increases and aims at increasing healthy behavior such as exercise. Voluntary group instructors use the manuals as a memory aid. However, the current manuals include too challenging exercises.

In the new manuals, the emphasis is on everyday movement and reducing passive sitting. The outcomes of this thesis are new manuals, with easy-to-start exercises which aim increase the amount of physical activity, leading to more energy and less fatigue. The main goal of this development project is that, by starting exercising with small steps, the people with long-term illness may be able to have positive feelings and experiences of success making physical activity as a natural part of their daily life. The cities of Turku and Tampere were asked to provide peer feedback on the updated manuals that was then used to develop the manuals further. The new manuals are now available for all Arkeen Voimaa -program instructors.

### KEYWORDS:

Chronic illness and exercise, peer support and daily activity, CDSMP

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>5</b>
<b>2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT</b>	<b>7</b>
2.1 Arkeen voimaa -ohjelma	8
2.2 Vapaaehtoistoiminta	10
2.3 Vertaisohjaajan rooli ja ryhmän dynamiikka	12
<b>3 KANSANSAIRAUDET</b>	<b>17</b>
3.1 Pitkäaikaissairaat	17
3.2 Kipu	20
3.3 Elintapojen terveysvaikutukset	24
<b>4 KUNTOUTTAVA TOIMINTA</b>	<b>27</b>
4.1 Liikkumattomuus ja terveystoiminta	28
4.2 Liikunnan merkitys pitkäaikaissairaille	32
4.3 Hyvä kunto arkiliikunnan avulla	37
<b>5 KEHITTÄMISPROJEKTIN PROSESSIN KUVAUS</b>	<b>43</b>
<b>6 MANUAALIN PÄIVITTÄMISEN PROSESSI</b>	<b>48</b>
6.1 Tutkimuksen tavoite ja tutkimusongelma	48
6.2 Kohdejoukon määrittäminen ja aineiston keruumenetelmä	50
6.3 Uuden manuaalin luominen	58
6.4 Luotettavuus ja eettisyys	58
<b>7 POHDINTA</b>	<b>62</b>
7.1 Arviointi	60
7.2 Jatkoehdotus	66
<b>LÄHTEET</b>	<b>67</b>
<b>LIITTEET</b>	

Liite 1. Uudet manuaalit.

# 1 JOHDANTO

Ihmisillä, joilla on krooninen sairaus tai sairauksia kutsutaan pitkäaikaissairaksi. He eivät välttämättä koskaan parane ja usein sairaudet vaikuttavat elämänlaatua alentavasti. Pitkäaikaissairaiden sosiaalinen elämä supistuu kipujen tai toimintakykyrajoitteiden vuoksi, pitkään kestäneet kivut altistavat masennukselle ja heidän elinympäristö voi pikkuhiljaa kutistua koskemaan vain omaa kotia, jolloin liikkuminenkin jää hyvin vähäiseksi. Lisäksi he ovat ihmisiä, jotka käyttävät runsaasti terveydenhuoltoalan palveluja.

Itsehoidolla on kuitenkin mahdollista edistää pitkäaikaissairaiden terveydentilaa antamalla ihmisille vastuuta omasta terveydestä, elintavoista ja liikuntatottumuksista. Chronic Disease Self-Management Program eli CDSMP on kehitetty Yhdysvalloissa Kalifornian Stanfordin yliopiston potilasopetustutkimuskeskuksessa 1990-luvun puolivälissä. (Suomen Kuntaliitto 2016.)

Tämän itsehoitomallin lähtökohtana on se, että pitkäaikaissairailta on samankaltaisia ongelmia sairaudesta riippumatta, joten tarkoituksena on tukea ryhmään osallistuvia sekä antaa heille työkaluja, joiden avulla he paremmin selviytyvät itsenäisesti arjessa toimintakykyisinä. (Turun kaupunki 2013.)

CDSMP on johtanut merkittäviin ja mitattavissa oleviin parannuksiin ja osallistujien elämänlaadun paranemiseen. CDSMP myös säästää rahaa, koska tutkimusten mukaan terveydenhuoltomenot maksavat itsensä takaisin jo ensimmäisen vuoden aikana. (Gordon & Galloway 2016.)

CDSMP Suomessa toimii Arkeen Voimaa -ohjelman nimellä ja se on tehty yhteistyönä yhteistyökumppanuuskaupunkien ja Kuntaliiton välillä. Ohjelman tavoitteena on ensisijaisesti pitkäaikaissairaiden terveydentilan ja hyvinvoinnin kohentaminen itsehoitomallin avulla. (Turun kaupunki 2013.) Toiminnan tarkoituksena on vahvistaa osallistujien itsehoitotaitoja ja sitä kautta parantaa heidän arkipärijäämistään. Ryhmän käyneiden arkipärijääminen ja koettu terveydentila kohentuvat huomattavasti. Merkittävää on, että ryhmiä ohjaavat koulutuksen saaneet vapaaehtoiset vertaisohjaajat. (Suomen Kuntaliitto 2016.)

Arkeen Voimaa -itsehoitoryhmään hakeudutaan perusterveydenhuollon kautta ja tässä ryhmässä he saavat tietoa, motivaatiota, tavoitteita ja keinoja tavoitteiden saavuttamiseen sekä näkevät muita samassa tilanteessa olevia henkilöitä, myös ryhmän ohjaajalla on omakohtaista kokemusta kivusta.

Arkeen Voimaa -ohjelman vapaaehtoiset vertaisohjaajat eivät ole ammattilaisia, vaan he ovat usein entisiä ryhmän jäseniä. He osallistuvat kahden päivän mittaiseen vertaisohjaajakoulutukseen, jossa käydään läpi ohjaajan manuaalia eli käsikirjaa. Nämä manuaalit toimivat ohjaajan muistin tukena, kun he keskustelevat eri teemoista ryhmässä. Arkeen Voimaa -ryhmä kokoontuu kerran viikossa kuuden viikon ajan, jolloin myös teemat vaihtuvat käyntikerroittain. Yhtenä teemana manuaaleissa on liikunta, joka nykyisissä on todettu liian haasteelliseksi pitkäaikaissairaille.

Pitkäaikaissairaille on usein toimintakyvyn ja kivun osalta rajoitteita, joten heille eivät sovi samat liikuntasuositukset kuin terveille. Liian haastavat liikuntasuositukset voivat aiheuttaa heissä lannistusta, toivottomuutta tai yrittämisen pelkoa, vaikka Arkeen Voimaa -ohjelman tarkoitus on päinvastoin motivoida ja kannustaa. Tämä kehittämisprojekti toteutettiin osana Arkeen Voimaa -ohjelmaa Turun kaupungin hyvinvointitoimialan terveyden edistämisen yksikköön. Tavoitteena oli luoda uudet manuaalit, joissa liikunta on arki- ja hyötyliikuntaa, sekä uutena osiona manuaaleihin kirjoitettiin passiivisen ja pitkäkestoisen istumisen välttämistä. Soveltavan tutkimuksen tavoitteena oli saada teemahaastattelun avulla palautetta ja kehittämis ehdotuksia Arkeen Voimaa -ohjelman vertaisohjaajilta, jotka käyttävät ryhmissä manuaaleja.

## 2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT

Suomessa terveydenhuolto kamppailee sekä kustannusten että palvelujen tarpeen kasvun kanssa. Tämä herättää ajatuksia siitä, voisiko paljon palveluja käyttävien potilaiden kustannustehokkuuteen jollain tavalla vaikuttaa. Pitkäaikaissairaat käyttävät merkittävän osan terveydenhuollon palveluista ja budjetista. Englannissa tehdyn laskelman mukaan jopa 70 % terveyden ja sosiaalihuollon palveluista. Tutkimukset myös osoittavat, että pitkäaikaissairailta esiintyy huomattavasti enemmän mielenterveydenongelmia kuin muulla väestöllä. Esimerkiksi sydänsairailta ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden esiintyvyys on jopa kolminkertainen verrattuna muuhun väestöön. Tämän vuoksi pitkäaikaissairaiden kokonaisvaltaisempia hoitomalleja kehitellään myös Suomessa. Tietotaidon avulla potilaita voidaan tukea heidän saatuaan sairausdiagnoosin ja heidän sopeutumisessaan elämään pitkäaikaissairauden kanssa. (Kokkonen & Wallace 2015, 116–117.)

Avainasemassa ovat uusien keinojen löytäminen väestön terveyden edistämisessä ja terveydenhuollon vaikuttavuuden kehittämisessä. Suomessa on viime aikoina nostettu keskeisesti esille poliittisissa linjauksissa väestön omahoidon tukeminen. On todettu, että omahoidon parantamisella voidaan edistää ihmisten vastuunottoa omasta terveydestään, terveellisistä elämäntavoista ja siten sitoutumista näyttöön perustuviin hoitoihin. (Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2009, 2351.)

Onnistuessaan omahoito *voimaannuttaa* ihmisen ja saa hänet tuntemaan itsensä pystyväksi ja kykeneväksi selviytymään pitkäaikaissairautensa kanssa. Omahoito kuitenkin edellyttää omien voimavarojen oikeaa kohdentamista tilanteiden mukaan, samoin kuin omien rajoitusten ja avun tarpeen tunnistamista. Omahoidon tukemisessa pyritään valmentamaan ihmisiä saavuttamaan paras mahdollinen elämänlaatu pitkäaikaissairaudesta huolimatta. Keskeisiä käsitteitä omahoidon tukemisessa ovat ihmisen voimaantumisen sekä hänen itsehallintaa, motivaation ja pystyvyyden tunteensa tukeminen. (Routasalo ym. 2009, 2355.)

## 2.1 Arkeen Voimaa -ohjelma

Arkeen Voimaa -ohjelma on suurten kaupunkien ja Kuntaliiton yhteishanke, jonka tavoitteena on ensisijaisesti terveydenhuollon asiakkaiden koetun terveydentilan ja hyvinvoinnin koheneminen sekä osallisuuden ja omavastuun edistäminen. Itsehoitomallin lähtökohtana on, että kroonista sairautta sairastavilla ihmisillä on samankaltaisia ongelmia, joilla on myös vaikutusta heidän arkeensa ja tunteisiinsa. Itsehoitomallin tavoitteena on tukea ryhmään osallistuvien itsehallintaa ja arjessa selviytymistä. Asiakkaat ohjautuvat Arkeen Voimaa -ohjelman itsehoitoryhmiiin pääsääntöisesti perusterveydenhuollon kautta. (Turun kaupunki 2013.)

Terveydenhuoltojärjestelmään tuli tarve näyttöön perustuvia matalan kynnyksen hoitointerventioita. Yksi vaihtoehto oli kroonisten sairauksien ryhmämuotoinen itsehoitomalli (Chronic Disease Self-Management Program eli CDSMP), joka on kehitetty Stanfordin yliopiston potilasopetustutkimuskeskuksessa Yhdysvalloissa. CDSMP -itsehoitomalli on levinnyt laajalti Eurooppaan mm. Iso-Britanniassa, Irlannissa, Ruotsissa, Norjassa, Sveitsissä ja Tanskassa. Suomessa suurten kaupunkien sosiaali- ja terveystoimijat tutustuivat Englannin vastaavaan toimintaan lokakuussa 2010. Tammikuussa 2011 Kuntaliitto aloitti itsehoitomallin käyttöönotto- ja jalkautumissuunnittelun yhdessä Eksoten (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoiminta), Helsingin, Vantaan, Espoon, Lahden, Kouvolan, Jyväskylän, Kuopion, Tampereen ja Turun kanssa. Tämän seurauksena loppuvuodesta 2011 neljän pilottikaupungin Turun, Kuopion, Jyväskylän ja Vantaan nimeämää yhteishenkilöä osallistui Stanfordin yliopiston järjestämään Master Trainer -koulutukseen, jonka jälkeen Suomessa oli mahdollisuus pilotoida itsehoitoryhmiä ja kouluttaa ryhmäohjaajia. (Turun kaupunki 2013.)

Ensisijaisena kohderyhmänä ovat ne ihmiset, joilla on pitkäaikaissairaus. Heihin kohdistuva välitön hyöty on saada työkaluja sairauden kanssa arjessa elämiseen, arjen sujuvuuteen ja sairauden mukana tuomien tunteiden käsittelyyn sekä itsensä hoitamiseen. Näiden myötä koettu terveydentila ja hyvinvointi lisääntyvät. (Turun kaupunki 2013.)



Toisena kohderyhmänä ovat vapaaehtoiset vertaisohjaajat, jotka saavat välittömänä hyötynä mahdollisuuden aktiiviseen osallistumiseen ryhmän ohjaajana toimimisen kautta. Näin myös vertaisohjaajien koettu terveydentila ja hyvinvointi lisääntyvät osallisuuden kokemuksen kautta. (Turun kaupunki 2013.)

Ory, Sangham, Jiang, Lorig, Ritter, Laurent, Whitelaw, Smith 2013 selvittivät tutkimuksessaan saavatko pitkäaikaissairaat apua CDSMP -itsehoito-ohjelmasta ja muuttuuko näiden henkilöiden terveystilanne, elämäntavat tai terveydenhuoltopalvelujen käyttöaste yli 6 kuukauden jaksolla. Tutkimukseen osallistui 1170 henkilöä vuosina 2010–2012 (keski-ikä = 65,4 vuotta). Kuuden kuukauden arviot olivat saatavilla 903 osallistujalta. Arvioinnissa verrattiin lähtötason muutoksia yli 6 kuukauden jälkeiseen tasoon. Tuloksien perusteella henkilöiden sosiaalinen elämä parani ja masennus sekä lääkäripalvelujen käyttö vähenivät merkittävästi lähtötilanteesta. Johtopäätöksenä myös mainittiin, että kansallisesti CDSMP ei ainoastaan paranna osallistujien terveydentilaa ja elämäntapoja, vaan myös pienentää terveydenhuoltopalvelujen kustannuksia.

Vahvaa tutkimusnäyttöä löytyy lisää; eri tutkimuksissa CDSMP:llä on suotuista vaikutus fyysiseen kuntoon, sillä on saatu hyviä emotionaalisia tuloksia sekä terveyteen liittyvä elämänlaatu on parantunut. CDSMP -ohjelma johdonmukaisesti johtaa lisääntyneeseen energiatasoon se vähentää väsymystä, lisää enemmän liikuntaa arkeen, sosiaalinen elämä paranee, lisää henkistä hyvinvointia, vähentää lääkäripalvelujen käyttöastetta sekä se voimaannuttaa henkilöä itsehoitoon. Usein, mutta ei aina, se myös voi vähentää kipuoireita. (Gordon & Galloway 2016.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnan välitön hyöty on uuden lisäpalvelun saaminen potilasosallisuuden lisäämiseksi perusterveydenhuollon rakenteisiin. Välillisenä hyötynä sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiolle on palvelujen suurkulutuksen vähentyminen, joka mahdollistaa sen, että terveyspalveluja voidaan kohdistaa enemmän ennaltaehkäisevään terveydenhuoltoon. Välillisenä pitkän ajan hyötynä on myös se, että tällä tavoin saadaan hillittyä terveydenhuollon kustannusten kasvua. (Turun kaupunki 2013.)

## 2.2 Vapaaehtoistoiminta

Mikäli Suomessa halutaan säästää terveyspalveluiden osalta, niin vaihtoehtoina on palvelujen karsiminen tai sitten niitä tulee rahoittaa muulla tavoin kuin verovaroilla. Tutkimuksissa on verrattu Suomen mallia kansainvälisesti. Esimerkiksi Saksassa on vakuutusperustainen malli, jota rahoitetaan ennen kaikkea vakuutusmaksuilla, käyttäjämaksuilla ja ilmaistyöllä. Palveluja tuottavat eri kansalaisryhmille eri järjestöt sekä yksityisen palvelujen tuottajat sekä ammatillisesti että vapaaehtoistyön avulla. (Kantola & Kautto 2002, 136.)

Väestön yleisen terveydentilan paranemisesta huolimatta monet terveysriskit uhaavat edelleen väestömme hyvinvointia ja tulevat yhteiskunnalle kalliiksi. Yksilön aktiivinen omahoito ja vastuu terveydestään on tärkeä osa terveydenhuollon voimavaroja. Omahoito on potilaslähtöinen toimintatapa ja omahoidon ominaispiirteitä ovat tasavertainen kumppanuus, se on itse säädely hoito ja siinä tuetaan itsehallintaa, voimaantumista, pysyvyyttä sekä motivaatiota. (Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2010, 1917.)

Vapaaehtoistoiminnalla on perinteisesti tarkoitettu toimintaa, jota tehdään ilman palkkaa, omasta halusta ja omilla ehdoilla. Motiiveina tekemiselle on halu toimia ja auttaa. Vapaaehtoistoiminnasta saa mielekästä tekemistä ja uusia sosiaalisia suhteita. Yksi vapaaehtoistoiminnan muoto on vertaistoiminta. Se voi olla vapaaehtoistoimintaa tai organisoitua keskinäistä tukea ja apua. Siinä samankaltaisessa elämäntilanteessa olevat ja samoja asioita kokeneet ihmiset tukevat toinen toisiaan tai keskustelevat elämäntilanteeseensa liittyvistä asioista. Toiminnan perustana ovat yhteiset kiinnostuksen kohteet ja yhteenkuuluvuuden tunne. Tavoitteena on edistää ihmisten hyvinvointia ja jaksamista. (Alaranta, Seppälä & Koskue 2009, 18.)

Vertaistoiminnan, kuten kaiken vapaaehtoistoiminnan, periaatteisiin kuuluu toisen ihmisen kunnioittaminen ja tasa-arvoisuus. Ryhmätoiminnassa on perusajatuksena kokemusten jakaminen yhdenvertaisesti. Ryhmään kuulumisen ja siinä

kuulluksi tuleminen on tärkeää. Vertaistoiminta perustuu nimenomaan kokemukselliseen asiantuntijuuteen. Vertaisryhmien vahvuutena onkin ennen kaikkea kyky myötäelää ja ymmärtää myös huonompikuntoisia. Vertaisohjaajien vetämiin ryhmiin on monesti helpompi tulla, koska kynnys on matalampi ja ohjaajana toimii arjen asiantuntija. (Alaranta ym. 2009, 18.)

Hyvinvointi jakautuu epätasaisesti sekä yhteiskuntien sisällä, että yhteiskuntien kesken, eikä kaikissa yhteiskunnissa ja yhteiskunnan ryhmissä edes tavoitella hyvinvoinnin tasaista jakautumista. Merkittävä osa yhteiskunnallisesti hyödyllisestä työstä on jäänyt myös nykyisten sosiaaliturvajärjestelmien ja hyvinvointipalvelujen ulkopuolelle. Tämä on yksi keskeinen syy siihen, että perusturvan kehittamisestä on tullut yleinen puheenaihe. Vapaaehtoistyö, kotitaloustyö ja informaalihoiva tuottavat hyödykkeitä ja hyvinvointia. Lisäksi ne voidaan nähdä itsenäisiksi työn tekemisen alueiksi, mutta niillä on keskeinen asema myös siksi, että uusintavana työnä ne myös luovat edellytyksiä palkkatyön tekemiselle ja yrittäjyydelle. (Koistinen 2009, 8.)

Tärkeänä pidetään sitä, että ihmiset osallistuvat vapaaehtoistyöhön, informaaliin hoivaan tai hyvinvoinnin tuottamiseen, sillä yhteiskunnan mahdollisuudet järjestää hoiva yksinomaan julkisin resurssein ja yksityisten palvelujen turvin on rajallista. Ansiotyö taas määrittää voimakkaasti ihmisten omaa elämää. Sen intuitiiviset ehdot asettavat yksittäisen ihmisen toiminnalle tiettyjä taloudellisia ja sosiaalisia reunaehtoja. Nämä ehdot myös määrittävät ihmisten ajankäyttöä ja sen, mitä mahdollisuuksia ihmisillä on oman työn ohella osallistua ulkopuoliseen toimintaan. Kun tavoitellaan ihmisten nykyistä laajempaa osallistumista vapaaehtois- ja hoivatyöhön, tulisi yhteiskunnassa samalla pohtia sitä, miten sosiaalinen aktiivisuus ja ansiotyöhön osallistuminen voitaisiin yhdistää ihmisten elämässä. (Koistinen 2009, 73.)

Kolmannella sektorilla tarkoitetaan laajasti ottaen yksityisen (ensimmäisen sektorin) ja julkisen (toisen sektorin) rinnalla toimivia aktiivisten kansalaisten muodostamia yhdistyksiä, kansanliikkeitä, osuuskuntia ja säätiöitä, jotka eivät tavoittele voittoa ja joissa jäsenyys perustuu vapaaehtoisuuteen. Kolmas sektori ei siis

tarkoita pelkästään järjestösektoria, vaikka termiä joskus virheellisesti niin käytetään. (Raninen, Raninen, Toni & Tornaesus 2008, 37.)

Kolmatta sektoria määritellään viidellä ulottuvuudella, joita ovat rakenteellisuus, yksityisyys, voittoa tavoittelematon jakaminen, itsehallinnollisuus ja vapaaehtoisuus. Kolmas sektori Suomessa on palkattuna työvoimana mitattuna suhteellisen pientä verrattuna esimerkiksi Keski-Eurooppaan. Se on myös riippumattomampaa valtiosta kuin maissa, joissa julkiset hyvinvointisektorit ovat ohuemmat. Kolmannen sektorin palkkatyö painottuu hyvinvointipalvelujen tuottamiseen. Suomessa kolmas sektori ei ole suuri työllistäjä, mikä selittyy julkisen sektorin suhteellisella suuruudella. (Koivisto, Lehikoinen, Pasanen-Willberg, Ruusuvirta, Saukkonen, Tolvanen & Veikkolainen 2010, 192.)

Kolmannella sektorilla toimii valtava määrä erilaisia yhdistyksiä, järjestöjä, liittoja ja muita yhteenliittymiä ja lisäksi runsaasti erilaisia kansalaisryhmiä. Aktiivinen kansalaisuus konkretisoituu, kun ihminen toimii ja osallistuu vapaaehtoisesti mielekkäänä pitämäänsä toimintaan. Osallistuminen onkin aina tahto- ja motivaatiokysymys. Eniten vapaaehtoisia ihmisiä toimii uskonnollisissa järjestöissä, sitten urheilu- ja liikuntajärjestöissä sekä sosiaali- ja terveysalan järjestöissä. (Raninen ym. 2008, 41)

### 2.3 Vertaisohjaajan rooli ja ryhmän dynamiikka

Vertaisryhmässä ohjaajalla on ryhmän toiminnan kannalta erityinen asema. Ohjaajan tehtävänä on pitää ryhmä koossa ja varmistaa kaikkien ryhmäläisten tasa-puolinen kohtelu. Turvallisen tuntuksessa ryhmässä ryhmän jäsenet uskaltavat olla paremmin omana itsenään ja vaikuttavat näin itsekin ryhmän ilmapiiriin. Myös ohjaaja, jolla on jotain omia terveysongelmia, ymmärtää paremmin ohjattavia. (Alaranta ym. 2009, 18.)

Vertaisohjaajan rooli on vaativa siksi, että siihen liittyy saman tyyppistä haastetta kuin esimerkiksi työelämästä tutun niin kutsutun sisäisen muutosagentin rooliin.

Vertaisohjaaja voi helposti kohdata epäluuloa, suoranaista kateutta, tavallista kitkerämpää kritiikkiä ja vähättelyä. Hän voi vastavuoroisesti kokea myös todellista auttamisen iloa ja erityisesti iloa siitä, kun näkee jonkun ryhmäläisen tai koko ryhmän edistyvän ja saavan apua. Tässä mielessä myös vertaisryhmän ohjaaja on ehdottomasti ikään kuin saamapuolella ryhmäläisten oman hyvän olonsa lisäämisessä. (Heiskanen & Hiisijärvi 2016, 3.)

Ihmisille ryhmässä toimiminen on yleensä luonnollista ja mieluista. Ihmiset haluavat kokoontua yhteen, jotta voidaan jakaa muiden kanssa ilot, murheet ja ongelmat. Vaikka ryhmätoiminta on ihmisille luontaista, niin se ei voi eikä sen pitä olla aina helppoa ja hauskaa. Ryhmä ottaa paljon, mutta se myös antaa. Ryhmän maailma on rikkaampi ja värikkäämpi kuin ihmisen oma yksityinen maailma. Ryhmässä saa monenlaisia tietoja sekä oppii tuntemaan itseään, saa tietoa toisista ihmisistä ja ympäristöstä. Ryhmässä opitaan ilmaisemaan itseä ja kuuntelemaan muita entistä paremmin. (Kaukkila & Lehtonen 2007, 12.)

Ihmiset haketuvat ryhmiin siksi, että he haluavat tavata muita ihmisiä, kokea yhteyttä muihin, antaa ja saada tukea, saada uskonvahvistusta elämää ja itseä kohtaan. Taustalla on aika usein päätös siitä, että haluaa elämänsä jotakin muutosta tai kehitystä tai joku voi vain haluta lisätä omaa hyvää oloaan. Päätös lähteä mukaan vertaisryhmään on monelle merkittävä päätös tehdä elämälleen ja tilanteelleen jotakin, ja parhaimmillaan vertaisryhmä todella voi auttaa jäseniään lisäämään parempaa oloa. (Heiskanen & Hiisijärvi 2016, 1.)

Jokaisella ryhmällä on ennalta sovittuja tehtäviä, jotka liittyvät toiminnan tarkoitukseen. Ryhmällä on aina myös tunnetavoite, joka pitää ryhmän koossa. Kun joku tahoo suunnittelea uuden ryhmätoiminnan aloittamista, ensimmäiseksi selvitetään, mikä on ryhmän tarkoitus ja mitkä ovat ryhmän tavoitteet. Usein uusi ryhmä kuuluu johonkin jo olemassa olevaan organisaatioon tai muuhun toimintakokonaisuuteen, jolla on omat tavoitteensa, toimintakulttuurinsa, arvonsa ja eettiset periaatteet. Ne vaikuttavat merkittävästi ryhmän suunnitteluun, tavoitteisiin, toteuttamiseen sekä ryhmäläisten ja ryhmäohjaajien valintaan. (Kaukkila & Lehtonen 2007, 15.)

Ryhmä alkaa, se etenee aikansa ja jossain kohtaa se loppuu. Ryhmän ajallisia vaihteita kutsutaan ryhmän kehitysvaiheiksi. Kun uusi ryhmä kokoontuu ensimmäistä kertaa, ryhmä alkaa muotoutua eli ryhmäytyä. Alussa ryhmäläiset turvautuvat ryhmäohjaajaan ja ovat hänestä riippuvaisia. Uudessa ryhmässä puhutaan ja toimitaan varovaisesti ja ollaan etäisiä. Ryhmäläiset tarkkailevat toisiaan, millaisia ihmisiä ryhmässä on, miten he toimivat ja millaisia rooleja heillä on. Samalla myös ryhmäläiset etsivät omaa rooliaan ja asemaansa ryhmässä. (Kaukkila & Lehtonen 2007, 24.)

Kun ryhmäläiset pääsevät alkukankeudesta ja varovaisuudesta, he alkavat yleensä rentoutua ja keskustella enemmän ja avoimemmin muiden ryhmäläisten kanssa. He kiinnostuvat muista ryhmän jäsenistä ja haluavat tutustua heihin. Ryhmäläiset ovat innostuneita, vastaanottavaisia ja avuliaita. Tässä vaiheessa ryhmän jäsenet ovat varsin yksimielisiä asioista, eikä ristiriitoja välttämättä vielä synny. Ryhmässä me-henki korostuu sekä syntyy myönteisiä tunnereaktioita. (Kaukkila & Lehtonen 2007, 25.)

Onnistuneessa vertaisryhmässä koetaan, että siellä saa olla oma itsensä. Mahdollisia ongelmia tai vaivojaan ei tarvitse piilotella, eikä suurennellakaan. Hyvinä hetkinä voi tuntea olevansa oikeutettu, että saa osallistua juuri tähän ryhmään ja kokea ryhmäläisten kanssa samanlaisia kokemuksia. Muut ryhmäläiset ymmärtävät miltä elämä voi tuntua. Kaikkea ei tarvitse vääntää rautalangasta, joten vertaisten kanssa voidaan keskittyä olennaiseen; eteenpäin menoon ja voimavarojen hakemiseen yhdessä muiden kanssa. (Heiskanen & Hiisijärvi 2016, 39.)

Jossain vaiheessa ryhmän jäsenet alkavat kommentoida toisten esittämiä ajatuksia ja ilmaista myös eriäviä mielipiteitään. Vähemmän iloisia ja hyväksyttäviä tunteita voi nousta esiin. Usein ryhmäläiset voivat alkaa myös kyseenalaistamaan ja vastustaa ryhmän tehtävää ja odotuksia. Ryhmän jäsenten välisistä ristiriidoista voi joskus puhjeta kiihkeitäkin väittelyjä ja konflikteja. Välienselvittelyt ja konfliktit ovat täysin normaaleja ja terveellisiä vaihteita ryhmässä. Jos konfliktit käsitellään kunnolla, niin ne puhdistavat ilmaa ja parantavat ryhmän toimintaa. (Kaukkila & Lehtonen 2007, 25.)

Seuraavaksi ryhmässä alkaa yhteistoiminnan vaihe, jolloin ryhmäläiset ovat jälleen innostuneita ja aktiivisia. He ovat hyväksyneet ryhmän tavoitteet, toimintatavat sekä oman roolin ryhmässä. Tässä vaiheessa ryhmän viestintäkin alkaa jälleen sujua. Ryhmäläiset uskaltavat esittää ja myös käsitellä kritiikkiä. Ryhmän jäsenten välillä vallitsee yhteisymmärrys ja kunnioitus. Tässä vaiheessa ryhmän energia alkaa suuntautua tavoitteiden toteuttamiseen. Ryhmäläiset toimivat tehokkaasti ja käyttävät luovuuttaan. Ryhmän jäsenten erilaisuutta pidetään rikkautena ja sitä osataan hyödyntää. (Kaukkila & Lehtonen 2007, 26.)

Parhaimmillaan vertaisryhmä tukee ryhmäläistensä itsetuntemuksen lisääntymistä ja sitä kautta löytyy myös tunnistamattomia voimavaroja. Mutta sen sijaan pahimmillaan se voi lisätä pahaa oloa, etenkin jos ryhmä jumittuu pelkkään ongelmien vatvomiseen tai ylläpitääkseen pahaa oloaan. (Heiskanen & Hiisijärvi 2016, 42.)

Jokaisessa ryhmässä tulee myös hetki, jolloin on aika lopettaa ryhmän toiminta, luopua ja erota. Luopumisvaiheessa tunteet nousevat uudelleen pintaan. Ryhmän päättyminen aktivoi tunnetasolla aikaisempia luopumisen kokemuksia. Ryhmäläiset voivat tuntea voimakasta eroahdistusta, surua ja haikeutta tai jopa helpotusta. Eroahdistusta voivat helpottaa lupaukset pitää yhteyttä jatkossa. (Kaukkila & Lehtonen 2007, 26.)

Ryhmän ohjaajan roolin muotoutumiseen vaikuttaa hänen oma persoonallisuutensa ja muut henkilökohtaiset tekijät. Henkilökohtaisia tekijöitä ovat mm. ohjaajan elämäntilanne, perhe ja sosiaalinen asema. Ohjaajan persoonallisuutta ja hänen käsityksiään maailmasta ja itsestään ovat muovanneet hänen taustansa ja oma henkinen kasvunsa. Nämä persoonallisuuteen ja henkilökohtaisiin tekijöihin liittyvät seikat vaikuttavat pitkälti siihen, millaisia ovat ohjaajan kyvyt toimia ohjaajana. Ne luovat peruspilarin ryhmän vetämiseen ja ilmentävät, kuinka rohkeasti vertaisohjaaja kykenee pistämään persoonallisuuttaan peliin. Vertaisohjaajan tärkeänä pidettävää ominaisuutta on aitous. (Heiskanen & Hiisijärvi 2016, 48.)

Myös ryhmä vaikuttaa ohjaajan rooliin. Kun ohjaajalla on ryhmän varaukseton hyväksyntä olla juuri sen ryhmän ohjaaja, ollaan vakaalla pohjalla. Vertaisryhmän

ohjaaja on ottanut oman paikkansa ja kykenee lisäksi antamaan tilaa ja vastuuta ryhmänsä jäsenille kantaen itse kuitenkin kokonaisvastuun ryhmän toiminnasta ja siitä, että kaikki osallistujat saavat oman äänensä kuuluville. (Heiskanen & Hiisijärvi 2016, 49.)

”Vertaisammattilaisen” eettisiin periaatteisiin kuuluu, että hän käsittelee omat henkilökohtaiset ongelmansa pääsääntöisesti jossain muualla kuin ryhmässä. Vaikkei vertaisohjaaja ei pääse pakoon omaa elämäänsä vertaisryhmässä ja hänen omat henkilökohtaiset tekijät vaikuttavat asioihin, niin toisaalta vertaisryhmä on antamista ja saamista myös sen vetäjälle. Vertaisryhmän ohjaajan eettisiin periaatteisiin kuuluu kuitenkin ehdottomasti se, ettei hän missään tapauksessa ryhdy esimerkiksi ryhmän lääkäriksi. Vertaisohjaaja ei tee diagnooseja ei anna lääkeneuvontaa. Vertaisryhmän ohjaajan ei kuulu myöskään olla ryhmän jäsenten asioiden ja ongelmien analysoija, terapeutti tai kaikkietävä neuvoja. Hän on auttaja, joka auttaa muita auttamaan itse itseään käyttäen mahdollisimman turvallisia menetelmiä. (Heiskanen & Hiisijärvi 2016, 55–56.)



### 3 KANSANTAUDIT

Kansantaudeilla tarkoitetaan yleisesti sairauksia, joilla on suuri merkitys koko väestön terveydentilalle eli kansanterveydelle. Kansantaudit ovat yleisiä väestössä ja ne ovat yleisiä kuolinsyyn aiheuttajia. Kansantaudit vaikuttavat työkykyyn ja niiden hoito vaatii terveydenhuollon palveluita. Tästä johtuen kansantaudeilla on suuri vaikutus myös kansantaloudelle. (THL 2016.)

Kansantaudit voivat myös muuttua ajan saatossa. Eliniän pidentymisestä johtuen, että väestön muistisairaudet ovat lisääntyneet ja niistä on tullut uusi kansantauti. Suomessa kroonisiksi kansantaudeiksi katsotaan sydän- ja verisuonitaudit, diabetes, astma ja allergia, krooniset keuhkosairaudet, syöpäsairaudet, tuki- ja liikuntaelämistön sairaudet ja mielenterveysongelmat. (THL 2016.)

Ihmiskunnan terveys on viime vuosina parantunut lähes uskomattomalla tavalla. Infektiosairaudet, vajaaravitsemus sekä raskauteen ja synnytykseen liittyvät terveysongelmat ovat nopeasti vähentyneet ja ihmiset elävät maailmanlaajuisesti yli kuusi vuotta pidempään kuin 25 vuotta sitten. Tällä on kuitenkin käänköpuolensa, koska vastaavasti pitkäaikaissairaudet kuten sydän- ja verisuonitaudit, diabetes, syöpä ja krooninen keuhkohtaumatauti ovat lisääntyneet. Näistä johtuen ihmiset elävät sairauksien ja niiden oireiden kanssa yhä suuremman osan elämästään. (Huttunen 2015, 1107.)

#### 3.1 Pitkäaikaissairaat

Leino-Kilpi ym. tehdyn tutkimuksen mukaan todettiin, että pitkäaikainen terveysongelma rajoittaa selvästi ihmistä ja aiheuttaa riippuvuutta. Myös muita negatiiviksi luonnehdittuja merkityksiä olivat epävarmuus, luopuminen, suru ja häpeä. Tutkimuksen mukaan, kun pyritään ihmisten auttamiseen, on paneuduttava huolellisesti heidän lähtötilanteisiinsa ja pyrittävä löytämään erityisesti rajoittavat tekijät, koska hallintaan sisältyy kokemus autonomiasta ja mahdollisuudesta vaikuttaa itse omaan tilanteeseensa aina ja hoidon tulokseen (Leino-Kilpi, Mäenpää, & Katajisto 1999, 137–138).

Tutkimuksen mukaan oli myös tärkeää tarkastella kuinka merkittäviä terveysongelmat ovat ja mitä terveysongelma ihmiselle itselle merkitsee. Yleensä asia ei ollut henkilöille yhdentekevä. Lisäksi tarkasteltiin omaavatko yksilöt kompetenssia terveysongelmansa hallintaan. Suurin osa pystyi mainitsemaan useita keinoja terveysongelmansa hallitsemiseksi. Keskeisiä hallintakeinoja olivat erityisesti erilaiset sosiaalis-yhteisölliset, kokemukselliset, biologis-fysiologiset ja toiminnalliset keinot. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että pitkäaikaissairaat kehittävät erilaisia strategioita ja hallintakeinoja selvittääkseen sairauden aiheuttamista oireista ja toimintarajoitteista, mutta nämä eroavat ns. terveiden henkilöiden strategioista. Kysyttäessä henkilöiltä kokevatko voivansa vaikuttaa terveysongelmien hallintaan, niin vastauksia tutkimuksessa saatiin kolmenlaisia. Yksi osa henkilöistä koki voivansa vaikuttaa myönteisellä toiminnalla ja ajattelulla hoitonsa tuloksiin. Toinen osa alistui pakkoon ja kolmas osa vain sopeutui tilanteeseen. Lopuksi tarkasteltiin sitä, millä tavalla yksilöt toivoivat saavansa tukea terveysongelmiensa hallintaan. Toivottua tukea oli erilaista, mutta toivotun tuen keskeisiä alueita olivat erityisesti ekonominen, sosiaalis-yhteisöllinen sekä toiminnallinen tuki. (Leino-Kilpi ym. 1999, 138.)

Aikaisemmin on korostettu fyysisen aktiivisuuden tärkeää roolia sairauksien ennaltaehkäisyssä. Viime vuosikymmeninä on tutkittu kiihtyvällä tahdilla liikuntaharjoittelun roolia myös sairauksien hoidossa ja käyttöön on vakiintumassa jo myös termi ”liikuntahoito”. Liikuntahoidot vaikuttavat fyysistä kuntoa ja toimintakykyä parantavasti lähes kaikissa tutkituissa kroonisissa sairauksissa. Vaikutuksia on todettu lihaskuntoon, kestävyyskuntoon ja erilaisiin spesifeihin toimintoihin, joiden parantamiseen liikuntahoito on suunniteltu. Odotetusti liikuntahoidon vaikutuksia kardiometabolisiin on tutkittu laajimmin sydän- ja verisuonisairauksia ja tyypin 2 diabetesta potevilla potilailla. Erityisesti sokerihemoglobiinitason lasku liikunnan seurauksena on kiistaton seuraus liikuntaharjoittelusta. (Kujala 2014, 1877–1878.)

Erään tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida nykyistä kirjallisuutta ja tarjota lisää tietoa millainen vaikutus liikunnalla on kroonisten sairauksien ja ennenaikaisen kuoleman suhteen. Löytyy kiistatonta näyttöä, että säännöllinen liikunta vaikuttaa

useiden kroonisten sairauksien ehkäisyyn sekä siihen liittyy pienempi riski kuolla ennenaikaisesti. Tutkimuksissa huomattiin selkeä lineaarinen suhde liikunnan ja terveyden tilan välillä. Yllättävästi kuitenkin suurimmat parannukset terveydentilassa todettiin niiden ihmisten välillä, jotka vähiten liikkuvat, mutta sitten muuttuvat fyysisesti aktiivisiksi. Johtopäätöksessä todettiin, että terveystieteiden ohjelmien pitäisi kohdistua kaikenikäisille, sillä riski kroonisiin sairauksiin alkaa jo lapsuudessa ja kasvaa iän myötä. (Warburton, Nicol & Bredin 2006.)

Liikuntahoitojen yhteyttä kipuun on tutkittu runsaimmin tuki- ja liikuntaelinsairauksissa. Itseraportoitua kipujen vähenemistä on raportoitu lievissä ja keskivaikeissa nivelrikoissa, kroonisessa alaselkävivussa sekä fibromyalgiassa. Liikuntahoitojen seurauksena masennus on vähentynyt myös muilla kuin masennuspotilailla, mukaan lukien syöpää sairastaneet potilaat. Liikuntahoidon on todettu alentavan tautispesifiä kuolleisuutta sepelvaltimotauti-, sydäninfarkti- ja sydämen vajaatoiminta. (Kujala 2014, 1879.)

Whitehead & Blaxtonin tutkimuksessa (2017) haluttiin selvittää voiko liikunta vielä vanhemmalla iällä tuoda hyvinvointia elämään sekä psyykkisellä että fyysisellä tasolla (koettu stressi, unenlaatu, koettu terveys). Tutkimukseen osallistui 127 henkilöä, iältään 60–95-vuotiaita kahden viikon ajan. Osallistujat jaettiin kahteen ryhmään, jossa toinen osallistui ohjattuun liikuntaharjoitukseen ja toinen ryhmä harrasti vain arki- ja hyötyliikuntaa. Tulokset osoittivat, että määrätietoisen liikunnan ja arkiliikunnan välillä ei ollut hyvinvoinnin kannalta muussa eroa kuin stressin suhteen. Määrätietoista liikuntaa harrastaneet kokivat stressiä vähemmän.

Liikunta parantaa myös sairaiden ihmisten fyysistä kuntoa ja kehonkoostumusta sekä hidastaa sairauksien etenemistä ja edistää toimintakykyä. Yksittäisissä tutkimuksissa usein mitataan yksittäistä valittua lopputulosmuuttujaa, jolloin liikunnan vaikutusten kokonaiskuva jää vähemmälle huomiolle. Liikunnan merkittävin vaikutus lienee kuitenkin sen kokonaisvaikutus eri tunnetuilla ja tuntemattomilla mekanismeilla. Näin eri meta-analyyseissä nähdäänkin useita erilaisia positiivisia vaikutuksia samaakin sairautta potevilla henkilöillä. Vaikutusten laaja-alaisuus

onkin tekijä, joka erottaa liikuntahoidot selkeimmin lääkehoidoista. Lääkkeet vaikuttavat yleensä paljon rajallisempiin elimistön toimintoja sääteleviin signaalintireitteihin. Tästä syystä on vaikeaa kuvitella, että liikunta korvattaisiin pillerillä – ja sama pätee myös toisinpäin. (Kujala 2014, 1880.)

### 3.2 Kipu

Kipu on yksilöllinen kokemus, johon toisen on vaikea samaistua. Kun kipu pitkittyy, hermostossa tapahtuu pysyviä muutoksia, jotka eivät parane perustautia hoitamalla. Tällöin kivun kuva syöpyy kipukeskuksiin ja kipu muuttuu krooniseksi. Terveystieteissä on tärkeää ymmärtää kipua oikein, suhtautua siihen vakavasti ja etsiä tehokkaita keinoja sen lieventämiseksi. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2009, 142–143.)

Suomalaisilla on kansainvälisten vertailututkimusten mukaan paljon erilaisia kipuja. Olemme huomattavasti enemmän sairauslomilla kipujen takia kuin muut eurooppalaiset. Suomalainen sisu eli asenne, että mennään eteenpäin hammasta purren, vaikka pää kinalossa eikä valiteta, näyttäisi siis olevan myytti – ainakin mitä tulee kipuihin. (Miranda 2016, 18.)

Kipukokemus on aina ihmiselle kuitenkin todellinen. Ihminen kokee aidosti sen kivun, jonka hän kertoo kokevansa. Kipu on siis aina totta. Kipu on myös aina korvien välissä. Kipu koetaan aivoissa ja erityisesti aivokuorella. Ilman aivokuoren toimintaa emme kokisi mitään kipua. (Miranda 2016, 18–21.)

Toisaalta kipu ja kärsimys voivat olla erittäin vahingollisia terveyden kannalta. Ensinnäkin ne vaikeuttavat keskittymistä työhön ja ihmissuhteisiin ja heikentävät elämänlaatua. Kivut voivat hidastaa paranemista ja edistää syövän leviämistä ja kipu saattaa jopa tappaa. Ihmiset usein sekoittavat keskenään akuutin ja kroonisen kivun. Esimerkiksi ihon palaminen tai haavan aiheuttama akuutti kipu voi olla hyvin tuskallista, mutta se menee ohi. Kun kivun tietää olevan väliaikaista, sitä on helpompi kestää. Krooninen kipu ei ole yleensä yhtä voimakasta kuin akuuttikipu, mutta sillä voi olla paljon lamauttavampi vaikutus. Jos tuntuu siltä, ettei kivulle

näy loppua, sitä on henkisesti vaikeampi kestää. Mitä kauemmin ihminen kärsii tietynlaisesta kroonisesta kivusta, sitä alhaisemmaksi hänen kipukynnyksensä laskee eli entistä pienempi ärsyke voi aiheuttaa voimakasta kipua. Jos kipukynnyks on alentunut huomattavasti, niin vaikkapa pelkkä housujen pukeminen voi olla kivulias tapahtuma. Siksi on tärkeää, että akuuttiin kipuun puututaan aikailematta ja tehokkaasti, jotta kipu ei muutu krooniseksi kivuksi. (Vijay 2012, 18.)

Krooniseen kipuun liittyy usein tietynlainen kipukäyttäytyminen, ne ovat kipuun liittyviä liikkeitä, asentoja, eleitä tai ilmeitä. Ihminen voi myös vahvistaa tätä käyttäytymistään, koska sen avulla voi kerätä huomiota ja sympatiaa. Tällöin kipu muuttuu osaksi sosiaalista vuorovaikutusta. Kipukäyttäytyminen saattaa jäädä myös pysyväksi olotilaksi, jolloin lihakset muuttuvat kireiksi ja jännittyneiksi. (Kettunen ym. 2009, 145.)

Krooninen kipu muokkaa aivojamme ja mikä tahansa kipu voi kroonistua. Kroonistuessaan kipu on kestänyt kuukausia, usein vuosia. Se voi olla välillä poissa, mutta se tulee aina uudestaan. Se voi olla jatkuvaa peruskipua, jonka kanssa oppii pärjäämään, mutta joka pahenee välillä jopa sietämättömäksi ja usein jopa ilman erityistä syytä. Tällaiset pahenemiset ovat tyypillisiä krooniselle ja kivulle. Jos kipua ei ole kunnolla hoidettu ja otettu hallintaan, on vaarana, että voimat hiipuvat ja ihminen hetkeksi jopa romahtaa. Onneksi kipu yleensä kuitenkin lievittyy ja elämänlaatu hiljalleen palautuu. Kivun pitkittyessä kipuoireesta voi tulla oma itsenäinen sairautensa. (Miranda 2016, 23–24.)

Esimerkkinä kipu, joka on ollut alun perin selässä, mutta se siirtyykin pitkittyessään hiljalleen keskushermostoon ja aivoihin. Ja vaikka alkuperäinen kudospainio paransi, esimerkiksi välilevyn pullistuma sulaisi itsestään pois, eikä painaisi enää iskiashermaa, niin hermokipu voi yhä tuntua samanlaisena, koska aivot tulkitsevat hermojen syöttämät signaalit virheellisesti kivuksi. Kipu voi ikään kuin jäädä päälle aivoihin. Tällaiseen kipuun ei juuri auta selkäleikkaus, tulehduskipulääke tai selkäjumppa. (Miranda 2016, 25.)

Kroonista kipua voi myös pitää myös omana sairautenaan. Sille on tyypillistä masentuneisuus, ärtyneisyys, ahdistuneisuus, uniongelmat, seksuaalisen mielenkiinnon puute ja sosiaalisten kontaktien väheneminen. Kipu voi vahvistua uupumuksen tai pitkäaikaisen sairauden yhteydessä. (Kettunen ym. 2009, 145.)

Krooniseen kipuun liittyvä huonommuuden tunne saattaa aiheuttaa vetäytymistä ja eristäytymistä muista. Krooninen kipu elämässä on tosiasia. Siihen liittyvät muut kokemukset ovat pääosin tunnetta. Kroonisen kivun olemassaolon kieltäminen voi johtaa ahdistukseen, epätoivoon ja eri lääkäreiltä toiselle hakeutumiseen parantavan hoidon toivossa, siksi kipuun liittyvistä tunteista tulisi puhua. Jos kokee alakuloa tai pelot pyörivät päässä, niin siitä tulisi kertoa terveydenhuollon ammattilaisille tai edes läheisille. Masennuksessa ei riitä se, että sen tunnistaa. Sitä pitää hoitaa. (Miranda 2016, 111.)

Kroonisen kivun riskitekijöitä voi olla myös potilaan elämänhistoriassa eikä ainoastaan nykytilanteessa. Esimerkiksi varhaiset traumaattiset kokemukset voivat saada keskushermostossa aikaan muutoksia, jotka saattavat altistaa psyykkisille ja elimellisille oireille myöhemmin elämässä. Fysiologinen tai aikaisempiin elämäntapahtumiin pohjautuva alttius voi yhdessä stressitekijöiden, potilaan kivulleen antamien tulkintojen ja merkitysten kanssa vaikuttaa kipuongelman muodostumiseen ja jatkumiseen kudosvaurion parannuttua. Psykologisten riskitekijöiden tunnistaminen riittävän varhaisessa vaiheessa kipuongelmaa on tärkeää, jotta tarkoituksen mukaiset hoito- ja kuntoutusresurssit voidaan kohdentaa oikea-aikaisesti oikeille henkilöille. (Elomaa & Estlander 2009, 56.)

Potilaiden pelon ja huolestuneisuuden vähentäminen sekä optimismin, pysyvyyssäsitteiden ja aktiivisten selviytymiskeinojen tukeminen ovat hoidossa keskeistä. Kipuun liittyvää ahdistuneisuutta ja pelkoa voidaan lievittää jo akuuttivaiheessa riittävällä informaatiolla, potilaan huolia ja käsityksiä kuuntelemalla ja korjaamalla mahdollisia väärinkäsityksiä. (Elomaa & Estlander 2009, 56.)

Psykososiaalisilla tekijöillä tarkoitetaan potilaan käsityksiä ja tulkintoja, joita potilas liittyy kipuun. Psykososiaalisten riskitekijöiden vaikutus kivun kroonistumiselle

on tutkimusten mukaan todettu olevan jopa suurempi kuin fysiologisten tekijöiden. Potilaat voivat kokea kivun pelkoa, ajatella katastrofaalisesti tai he ovat psyykkisesti erittäin rasittuneita. Tutkimuksissa on osoitettu toistuvasti, että katastrofiajattelu vaikuttaa heikentävästi esimerkiksi selkäkipuisen potilaan toimintakykyyn. Katastrofiajattelulla tarkoitetaan potilaan taipumusta hätääntyä kivusta, potilas voi kokea, että kiputilanne on kontrolloitumattomissa ja hän on avuton tai sitten potilas voi suhtautua kielteisesti omiin mahdollisuuksiinsa selviytyä. (Adams, Poole & Richardson 2005, 290–293.)

Potilaat, joilla on krooninen sairaus, alkaa olla kasvavaa kiinnostusta omahoidon ohjelmia kohtaan. Tutkimuksissa on osoitettu, että kroonisesti sairaiden potilaiden omahoidolla on potentiaalia parantaa potilaan omaa terveydentilaa ja se myös vähentää käyntejä terveydenhuoltoon. (Lorig, Sobel, Ritter, Laurent & Hobbs 2001, 256.) Toinen tutkimus liittyi kroonista keuhkohtaumatautia sairastaviin. Tässäkin tapauksessa omahoito, johti parempaan terveydentilaan. He saivat käytännön taitoja, joka johti terveyskäytöksen muutokseen sekä saivat myös vertaistukea muilta potilailta. (Zwerik, Brusse-Keizer, van der Valk, Zielhuis, Moninkhof, van der Palen, Frith & Effing 2007.) Eräessä tutkimuksessa kävi ilmi, että ne potilaat, joilla oli käytössä ongelma- ja/tai tehtävälähtöisiä selviytymiskeinoja, kykenivät selviytymään selkäkipujensa kanssa paljon paremmin. Aktiiviset ongelmanratkaisukeinot, jotka keskittyvät kivunhallintakeinoihin, potilaan valmiuteen ottaa muutos vastaan ja hyväksyä kipu, vaikuttavat myönteisesti potilaan kuntoutumiseen. (Janowski, Steuden & Kurylowicz 2010, 613–623.)

Potilaiden tulisi saada voimaantua toteuttamalla omahoitoa sekä pysyvyyden tunnetta, mutta tätä ei tue terveysriskeillä pelottelu, vaan mieluummin tulisi vahvistaa potilaiden uskoa siihen, että heiltä löytyy voimavaroja ja he pystyvät itse vaikuttamaan omaan terveyteensä (Routasalo ym. 2009, 2358). Alan tutkimuksissa on myös tullut ilmi, että kivunhoidossa on tarvetta käsitellä myös psykososiaalista puolta, koska liian usein potilasta hoidetaan vain lääketieteellisin keinoin. (Adams ym. 2005, 297.)

### 3.3 Elintapojen terveysvaikutukset

Voimme valita elintapojamme, mutta valinnan mahdollisuudet ovat rajalliset, eivätkä ne ole kaikille samat. Nyt ilmenevien elintapojemme juuret ovat pitkät ja syvällä. Elintapamme syntyvät, kehittyvät, säilyvät ja muuttuvat elämämme erilaisissa ympäristöissä lukemattomissa vuorovaikutuksissa esimerkiksi odotusten, paineiden, vaatimusten, kannustuksen ja kieltojen tuloksena. Elintapojen terveyttä edistävien mahdollisuuksien käytön lisääminen edellyttää sekä ihmisiltä että eri järjestelmiltä elintapojen merkityksen nykyistä vahvempaa tiedostamista, syttymistä muutokseen, siitä päättämistä ja päätösten toteuttamista. Terveiden edistäminen on lakisääteinen velvoite. Sen täyttämiseksi koko järjestelmässä hallinnosta syrjäseudun terveysasemalle asti, on lisättävä näyttöön perustuvaa tietoa elintapojen merkityksestä terveydelle ja otettava todesta tehtävät sairauksien hoidossa sekä kohdennettava enemmän voimavaroja näiden tehtävien toteuttamiseen. (Vuori 2015, 734–735.)

Kokonaisuudessaan sairauksien ennaltaehkäisyssä voitaisiin Suomessa onnistua paljon nykyistä paremmin. Voisi hieman karrikoiden väittää, että Suomessa huolehditaan suunnitelmallisemmin säännöllisten autokatsastusten ja määräaikaishuoltojen piirissä olevien ajoneuvojen kuin ihmisten kunnosta. (Leikola 2011, 20.)

Potilaan kannalta jopa ratkaisevia ovat tyypillisesti elämäntapoihin ja ennaltaehkäisyyn liittyvä neuvonta sekä mahdolliset työkalut tai ohjeet terveydenhoitoprosessin loppupäätä tai jopa sen jälkeistä elämää varten. Suomalaisessa järjestelmässä on kuitenkin sattumanvaraista, kuka on saanut nämä eväät varhaisemmassa vaiheessa hoitoprosessia, vai saako ne viimeisellä hoitokäynnillä vai saako niitä lainkaan. Isolle osalle potilaita, erityisesti pitkäaikaispotilaita, ei valitettavasti tehdä hoitosuunnitelmia lainkaan. (Leikola 2011, 23–24.)

Sitoutuminen omahoito-ohjelmiin on erittäin tärkeää, jotta voidaan saavuttaa terveyden edistäminen ja elämänlaadun parantaminen sekä edullinen terveydenhuolto. Krooniset sairaudet maailmassa lisääntyvät ja haasteena on se, miten saadaan pitkäaikaissairaat tarttumaan ohjelmiin. Erään laadullisen tutkimuksen



tavoitteena oli selvittää havaitut haasteet tarttua ehdotettuihin hoito-ohjelmiin potilailla, joilla on kroonisia sairauksia. Tutkimus tehtiin teemahaastatteluna ja analysoitiin sisältöanalyysimenetelmällä. Osallistujilla (n=34) oli yleisimmät krooniset sairaudet. Haastattelun neljä pääteemaa sisälsivät: perheelle omistautumisen, kyvyttömyyden lähteä suositeltuun hoito-ohjelmaan, omahoidon kustannukset ja omat uskomukset. (Hakemeh, Esae & Fazlollah 2017, 989–1004.)

Tulokset osoittivat, että koetut haasteet olivat erityisen monimutkaisia ja monimuotoisia. Osa haasteista oli sisäisiä ja henkilökohtaisia, mutta oli myös ulkoisia ja tahdosta riippumattomia. Siksi on välttämätöntä, että terveydenhuollon järjestelmän päätöksentekijät ja suunnittelijat puuttuvat haasteisiin ja yrittävät helpottaa esteitä, jotta potilaat voivat lähteä helpommin mukaan hoito-ohjelmiin. (Hakemeh ym. 2017, 989–1004.)

Se, että ihminen hakeutuu lopulta ryhmään voi vaatia paljon ja toiset ovat luonnostaan aktiivisempia kuin toiset. Alussa voitettavia esteitä ovat fyysiset rajoitukset ja luottamuksen puute. Ylipainoiset voivat kokea liikunnasta puhumisen vaativana ja kiusallisena Ajatuksena lisätä liikuntaa voi voi myös olla vaikeaa ja epätodennäköistä. Nämä haasteet voivat johtua myös siitä, että henkilö kuuluu niin sanottujen alempien sosioekonomisten ryhmään ja heillä on usein alhainen koulutustaso. Tällaisilla henkilöillä on yleensä rajalliset mahdollisuudet itse hallita elämää ja tehdä terveellisiä valintoja, koska he kohtaavat taloudellisia rasituksia sekä heillä on usein taipumus kiinnittää vain vähän huomiota terveellisiin valintoihin ja elintapoihin. (Trost, Owen, Bauman, Sallis, & Brown 2002, 1996-2001.)

Terveyttä edistävää liikuntaa on markkinoitu Suomessakin pitkään, mutta vain silti 50 % suomalaisista täyttää kestävyysliikuntasuosituksen (2,5 h tuntia reipasta kävelyä tai vastaavaa liikuntaa, tai vaihtoehtoisesti tunti ja 15 min rasittavaa liikuntaa viikossa sekä näiden lisäksi lihaskuntoharjoittelua kaksi kertaa viikossa). Mutta vain noin 10 % täyttää nämä suositukset. Moni siis liikkuu aivan liian vähän. Tämän lisäksi terveyttä uhkaa myös uusi liikkumattomuuden muoto: runsas paikallaanolo, erityisesti istuminen. Ihminen voi siis täyttää terveyttä edistävän liikunnan suositukset, mutta kaiken muun ajan on hyvinkin ei-aktiivinen tai viettää jopa istuvaa elämäntapaa. Kaikkein huonoimmassa asemassa ovat tietysti ne,

jotka eivät harrasta vapaa-ajan liikuntaa lainkaan ja sen lisäksi istuvat runsaasti sekä työssä että vapaa-ajalla. (Helajärvi, Lindholm, Vasankari & Heinonen 2015, 1713.)

## 4 KUNTOUTTAVA TOIMINTA

Kuntoutuksessa pyritään ihmisten parempaan toimintakykyyn tai toimintakyvyn ylläpitämiseen ja henkilökohtaisen tyytyväisyyden ja elämänlaadun lisäämiseen. Näiden tavoitteiden saavuttaminen ei onnistu ilman ihmisen omaa halua pyrkiä tavoitteeseen. Siksi on tärkeää, että ihminen kokee asetetut tavoitteet omikseen. Kun kuntoutumisen tukemisessa noudatetaan samoja ammattieettisiä periaatteita kuin muillakin sosiaali- ja terveysalan alueilla. Ihmiset tulee kohdata kunnioittavasti ja jokaisen henkilökohtaiset elämänarvot ja – tyylit tulee huomioida. Ihmisten itsehallinta-oikeudet tulevat toteutua myös kuntoutuksessa. (Kari, Niskanen, Lehtonen & Aرسالankoski 2013, 37.)

Kuntoutuksessa henkilökunnalla on tärkeä tehtävä ihmisten motivoinnissa ja kannustamisessa. Tämä onnistuu parhaiten, mikäli edetään voimavaralähtöisesti. Se tarkoittaa sitä, että lähdetään liikkeelle ihmisen kiinnostusten, vahvuuksien ja tavoitteiden pohjalta. Joskus tosin ihminen voi asettaa täysin epärealistisia tavoitteita itselle. Tällöinkään ei tyrmätä näitä, vaan ohjataan vähitellen kohti realistisempia tavoitteita. Myös ympäristökijät vaikuttavat kuntoutumiseen, joten nämäkin on hyvä huomioida osana kuntoutusta. (Kari ym. 2013, 38.)

Kuntoutuskumppanuudella viitataan palvelujen järjestämiseen julkisen, markkina- ja järjestösektorien yhteistyönä verkostosuhteissa. Kumppanuudella houkutellaan ja veloitetaan eri toimijoita osallistumaan yhteisiin ponnistuksiin palvelujen järjestämiseksi. Kuntoutuskumppaneille on ominaista osapuolten jakama vastuu verkostosuhteissa. Verkostolla viitataan tapaan organisoida toiminta vapaaehtoisesti yhteisesti määriteltyjen tavoitteiden saavuttamiseksi ja tasavertaiseksi kaikkia osapuolia hyödyntävien, suhteellisen pysyvien yhteistyösuhteiden varaan. (Mattila-Aalto, 2014, 6.)

## 4.1 Liikkumattomuus ja terveystoiminta

Useimmiten hyvää terveystoimintaa on harrastuksiin tai työhön liittyvä ripeä liikkuminen sekä esimerkiksi kodin ja kesämökin ruumiilliset työt. Tämän tyyppisen liikunnan tulisi toistua kuitenkin riittävän usein ja pitkään ja että sen aiheuttama elimistön kuormitus tulisi olla vähintään kohtalainen, mutta ei liiallinen. Hyvin kevyt liikunta, esimerkiksi rauhallinen kävely, ei välttämättä täytä terveystoiminnan ehtoja, mutta se saattaa edistää hyvinkin terveyttä. Tuoreiden tutkimustulosten mukaan jo kevyt liikunta vähentää liikkumattomuudesta koituvia terveyshaittoja. (Huttunen 2015.)

Tanskalaisessa tutkimuksessa selvitettiin liikunnan suhdetta ja kuolleisuusriskiä. Tutkimus kesti 14,5 vuotta ja siihen osallistui 13375 naista ja 17265 miestä, iältään 20–93 vuotta ja heidät valittiin tutkimukseen sattumanvaraisesti. Fyysinen aktiivisuus arvioitiin oman ilmoituksen ja terveydentilan perusteella (sis. verenpaine, kokonaiskolesteroli, painoindeksi, tupakointi ja koulutustaso). Tänä aikana kaikkiaan 2881 naisten ja 5668 miestä kuoli. Tutkimuksen mukaan työmatkapyöräily vähensi kuoleman riskiä jopa noin 40 %. Lisäksi kohtalaisen tai paljon liikkuvien kuoleman riskin osuus oli huomattavasti pienempi kuin vähän tai ei lainkaan liikkuvilla. Eroa ei ollut sukupuolen tai eri ikäryhmien välillä. Liikunnasta saatava hyöty näkyi selvästi näissä tuloksissa. (Andersen, Schnohr, Schroll & Hein 2000.)

On myös tutkittu haasteita, miten saada enemmän aktiivisuutta liikkumattomaan väestöön ja todettu, että yhdeksi isoksi haasteeksi on todettu ihmisten ajankäyttö (mm. työasiat, vapaa-ajan puute, lapsenhoito). Muita syitä olla harrastamatta liikuntaa ovat rahan, kaverin tai liikuntapaikkojen puute. Samassa tutkimuksessa todettiin myös, että keski-ikäiset ja sitä vanhemmat mieltävät liikunnan ”urheiluksi”, eivätkä koe voivansa samaistua tähän. Ihmiset, jotka ovat vähiten aktiivisia liikunnan suhteen, ovat niitä, jotka eivät ole lapsuudessa lainkaan liikkuneet tai he kuuluvat alempiin sosio-ekonomisiin ryhmiin tai joilla on etnis-kulttuurisia esteitä liikuntaan. (Trost ym. 2002, 1996-2002.)

Tyypin 1 diabetes haastaa edellytyksiä hallita erilaisia fysiologisia ja liikuntakäytäytymiseen liittyviä syitä. Säännöllinen liikunta on diabeetikoille tärkeää, mutta liikunnan harrastaminen voi olla heille erityisen vaikeaa. Yleensä tyypin 1 diabetesta sairastavat ovat vähintään yhtä passiivisia kuin se osa väestöstä, joilla on korkea painoindeksi ja jotka eivät saavuta terveysliikunnan vähimmäismäärää viikossa. (Riddel, Gallen, Smart, Taplin, Adolfsson, Lumb, Kowalski, Rabasa-Lhoret, McCrimmon, Hume, Annan, Graham, Galassetti, Jones, Millán, Heise, Peters, Petz, & Laffel 2017.)

Säännöllinen liikunta voi parantaa terveyttä ja hyvinvointia, ja se voi auttaa yksilöitä saavuttamaan sopivan painoindeksin, yleiskunnon sekä sokeri- ja rasvasapainon. Kirjallisuuskatsauksen (2017) mukaan diabeetikoilla on kuitenkin useita muita esteitä liikkumattomuuteen, kuten esimerkiksi diabeetikon oma pelko hypoglykemian verensokeritasapainon alenemisesta sekä riittämätön tieto diabeetikolle sopivasta liikunnasta. (Riddel ym. 2017.)

Liikunta vähentää epämieluisia kehotuntemuksia ja tuottaa mielihyvää, virkistää ja rentouttaa jokaisen liikuntakerran aikana ja sen vaikutus voi kestää muutamia tunteja liikunnan jälkeen. Ihminen on luotu liikkumaan ja liikkumattomuus tuo monia haittavaikutuksia. Jo kahden viikon liikkumattomuudella on negatiivisia vaikutuksia tuki- ja liikuntaelimistöön sekä se aiheuttaa fysiologisia muutoksia, joita ovat hengitystilavuuden ja sydämen iskutilavuuden pieneneminen sekä tasapainon hallinnan heikkeneminen. (Kari ym. 2013, 208–209.)

Jo 1990-luvulla tehdyissä tutkimuksissa todettiin liikunnan edistävän merkittävästi terveyttä ja kokemusta omasta hyvinvoinnista. Tällöin syntyi suositus terveyttä edistävästä liikunnasta eli terveysliikunnasta. Uuden suosituksen mukaan aikuisten tulisi harrastaa liikkumista kohtuullisella kuormituksella. (UKK-Instituutti 2016.)

Ymmärrys liikunnan ja terveyden välillä kehittyi jatkuvasti. Tutkimusten mukaan aerobinen toiminta olisi toteutettava vähintään 10 minuuttia kestävissä jaksoissa ja vähintään viisi päivää viikossa. Mutta alkuvaiheessa pienetkin liikkumisen li-

säykset tuovat joitakin terveyshyötyjä. Esimerkiksi aloittelija voi kävellä ylimääräiset 10 min joka toinen päivä, useiden viikkojen ajan ennen kuin hän pääsee suositeltuun liikunta-annokseen. Etusijalla olisi tukea enemmän aktiivisuutta kuin sitä, kuinka liikuntasuositukset täyttyvät. (O'Donovan, Blazeovich, Boreham, Cooper, Crank, Ekelund, Fox, Gately, Giles-Corti, Gill, Hamer, McDermott, Murphy, Mutrie, Reilly, Saxton & Stamatakis 2010, 573–591.)

Liike ja liikunta ovat ainoat keinot, joilla voi vaikuttaa positiivisesti ruston ja luun rakenteeseen, nivelten normaaliin liikkuvuuteen, nivelsiteiden kestävyteen sekä lihasten toimintaan. Koska liikunta vaikuttaa suotuisasti kehoomme, niin siihen on aina syytä kannustaa. Terveysliikunta tarkoittaa liikuntaa, jonka tarkoituksena on vaikuttaa terveyskuuntoon ja sen tavoitteena on terveys, ei siis suorituskyky. Terveysliikunnan tunnusmerkkejä ovat säännöllisyys, jatkuvuus ja kohtuukuormitus. (Kari ym. 2013, 209.)

Liikunnan on siis todistetusti positiivinen yhteys hyvinvointiin. Liikkumattomuus sitä vastoin ennakoii masennusta. Kuitenkaan ei ole näyttöä siitä, että yhteys hyvinvointiin tulisi liikunnan intensiteetin kautta. Kyseessä on pikemminkin liikuntakertojen yhteys hyvinvointiin. Liikuntakerran ei tarvitse koostua aerobisesta liikunnasta. On tärkeämpää, että liikkuja mieltää harjoittamansa toiminnan liikunnaksi tai hyvinvointia edistäväksi. Usein kuitenkin ajatellaan, että mikäli liikunnan intensiteetti on kovin vähäistä, niin ei liikuntaa tulkita mielekkääksi. (Ojanen, Svennevig, Nyman & Halme 2001, 127.)

Liikunnan harrastus on polarisoitunut: osa väestöstä liikkuu erittäin paljon, mutta valtaosa passivoituu entisestään. Kansanterveyden näkökulmasta katsoen oleellista onkin se, miten vähän liikkuvat ja ylipainoiset saataisiin aktivoitua. Onnistuakseen on muutettava kulttuuria kaikkialla yhteiskunnassa; kouluissa, työpaikoilla ja vanhustenhuollossa. Ainoastaan kuuntelemalla eri kohderyhmiä tarpeineen ja toiveineen opimme viestimään tavoilla, jotka auttavat näitä ryhmiä onnistumaan. Siten riskiryhmätkin saadaan liikkeelle oman terveytensä ja hyvinvointinsa puolesta. (Helajärvi ym. 2015, 1716.)

Myös liikkumisen ottamien puheeksi ja ohjeiden antaminen lääkärin vastaanotolla on tarpeellista etenkin monen pitkäaikaissairauden omahoidon perustaksi. Lääkäri ei pysty eikä ehdi laatia yksityiskohtaista liikuntaharjoitteluohjelmaa, mutta olisi tärkeää kirjata potilastietoihin liikunta-aktiivisuus sekä mahdollinen ohjaaminen muille terveydenhuollon tai liikunta-alan ammattilaisille. Tieto liikkumisesta on osa potilaan elintapatietoja, kuten myös ravitseminen, paino, vyötärön ympäryys, tupakointi ja uni. (Kukkonen-Harjula 2014, 1849.)

Usein elintapamuutosten yhteydessä kiinnitetään huomio siihen, kuinka motivoitunut henkilö on ponnistelemaan toivottujen tavoitteiden eteen. Motivaatiota voidaan tarkastella ihmisen käyttäytymisenä, mikä suuntautuu tiettyihin asioihin. (Kangasniemi & Kauravaara 2016, 18.)

Liikunnan interventiotutkimuksissa on keskitytty vain vähän motivaation tutkimiseen. Monesti mainitaan sosiaalis-psykologiset ominaisuudet motivaation lähteinä. Eräässä tuoreessa tutkimuksessa haluttiin kasvattaa ymmärrystä siitä, mitkä seikat lisäävät ihmisten motivaatiota liikunnan suhteen ja laatia sen perusteella lähestymistapoja liikuntakäyttäytymisen edistämiseksi. Tutkimuksessa käytettiin liikunnanohjaajia, terveydenhuollon ammattilaisia, opettajia ja urheiluvallmentajia. Tulosten mukaan ihminen motivoituu parhaiten, kun hän joutuu hiukan ponnistelemaan, jos häneltä löytyy itseluottamusta sekä pystyvyyden ja suorituskyvyn suhde ei saa olla lineaarinen. Nämä seikat lisäävät positiivista ajattelua liikuntaa kohtaan ja kohottavat motivaatiota. (Quested, Ntoumanis, Thøgersen-Ntoumani, Hagger & Hancox 2017, 252–269.) Samaan tulokseen päästiin tutkimuksessa, johon osallistui 75 henkilöä. Tutkimuksen tarkoitus oli mitata mikä motivoi yksilöitä käyttämään maksimaalista liikuntasuoritusta. Johtopäätökseksi tuli, että ne henkilöt, jotka yliarvioivat etukäteen oman suorituksen, omasivat paremman itseluottamuksen ja siten motivoituvat testitulanteessa enemmän kuin ne, jotka aliarvioivat etukäteen oman suorituksen. (Ede, Sullivan & Feltz 2017, 31–36.)

Elintapamuutos ei ole aina helppoa ja mukavaa, päinvastoin siihen sisältyy usein haasteita ja vaikeuksia ja siksi se ei ole niin motivoivaa. Siksi motivaation hakeminen ja etsiminen ovat haasteellista. Usein liikuntaan liittyvät elintapamuutokset

vaativat fyysisiä ponnistuksia tai tekoja ja niiden toteuttamisen voivat estää omat este-ajatukset tai este-käsitykset. Ne ovat syitä tai perusteluja omalle liikkumattomuudelle ja ihmisen tunteet vaikuttavat suuresti käyttäytymiseen. (Kangasniemi & Kauravaara 2016, 19, 75-78.)

Psyykinen tasapaino, vastuuntunto ja sosiaalisuus kuitenkin tukevat liikuntaharrastusta. Ahdistus ja psyykkiset ongelmat sen sijaan vähentävät halukkuutta osallistua liikuntaan. Tupakoijat liikkuvat tupakoitsijattomia vähemmän. Myös alkoholin käyttö on yhteydessä liikuntaan siten, että eniten liikkuvat kohtuukäyttäjät ja vähiten paljon alkoholia käyttävät. (Ojanen ym. 2001, 105.)

## 4.2 Liikunnan merkitys pitkäaikaissairaille

Liikunnan merkitys on yksilöllinen eri ihmisille. Ihmisiä ei voi pakottaa, koska pakoliikunta ei saa aikaan psyykkistä hyvinvointia. Liikunta tulee enemmän ajatella mahdollisuutena, se tulee olla jokaiselle henkilökohtaisesti omaehtoista, kohtuullista ja mielekästä. (Rintala, Huovinen & Niemelä 2012, 191–192.)

Liikuntaharjoittelun periaatteet pitkäaikaissairauksien hoidossa ja kuntoutumisessa noudattavat väestön yleisiä liikuntasuosituksia. Sairaus tai vamma huomioidaan siten, että liikunnan tehoa arvioitaessa vertailukohtana on oma (mitattu tai arvioitu) maksimi, ja lisäksi otetaan huomioon muut erityiset sairauden aiheuttamat riskit ja rajoitteet. (Kujala ym. 2015, 1704.)

Tämän hetkiset liikuntasuositukset ovat yleistason suosituksia, joista voidaan tarkastella niin sanotun perusliikunnan tarvetta. Yksilöllisempiä suosituksia ja ohjeistuksia tarvitaan mm. sairauksien, ikääntymisen tai tavoitteellisuuden myötä. Yleisenä terveysliikunnan suosituksena kehoitetaan, että työikäisten tulisi liikkua terveyden ylläpitämiseksi kohtalaisesti rasittavalla teholla vähintään 30 minuuttia päivittäin. Terveysliikunnan suosituksen keskeinen tehtävä on alentaa kynnystä liikkumisen lisäämiseksi erityisesti niillä, joita perinteinen kuntoliikunta ei kiinnostaa tai joille se esimerkiksi terveydellisistä syistä on liian rasittavaa. (Nummenmaa & Seppänen 2014, 116.)



Erityisryhmien liikunnalla (soveltava liikunta, erityisliikunta) tarkoitetaan sellaisten ihmisten liikuntaa, joilla on vamman, sairauden tai muun toimintakyvyn heikentymisen tai sosiaalisen tilanteen vuoksi vaikea osallistua yleisesti tarjolla oleviin liikuntamuotoihin. Erityisryhmien liikunnan määritelmä koskee erityisesti muun muassa pitkäaikaissairaita sekä niitä yli 65-vuotiaita, joiden toimintakyky on selvästi heikentynyt vamman tai pitkäaikaissairauden takia. (Liikuntatieteellinen seura 2016.)

Eri paikkakunnilla soveltavan liikunnan harrastamismahdollisuudet vaihtelevat suuresti. Pienemmillä paikkakunnilla saman sairauden omaavia henkilöitä on usein niin vähän, että heistä voisi muodostaa liikuntaryhmän tai joskus ihmisellä ei ole selkeästi luokiteltavaa diagnoosia, jolloin hän voi jäädä ilman liikuntaan liittyvää tukea. (Rintala, Huovinen & Niemelä 2012, 224.)

Tutkimuksissa on usein raportoitu liikunnan esteitä kuten ajanpuute, ympäristö ei ole turvallinen tai liikuntaharrastuksen hinta. Kuitenkin on paljon liikuntamuotoja, joita voi tehdä missä tahansa pienin kustannuksin tai ilman kustannuksia kuten kävely, uinti tai pyöräily. Tutkijat ovat ottaneet käyttöön erilaisia terveyttä edistäviä interventioita sellaisille henkilöille, joilla on sairauksia ja vammoja. Tulosten mukaan yhteiskuntien olisi tarpeen vielä kehittää pitkäaikaissairaiden osallisuutta, mahdollistaa liikuntaharrastuksia ja kannustaa aktiivisiin elämäntapoihin. (Desapriya 2006.)

Kuten terveilläkin, myös pitkäaikaissairaiden potilaiden hoidossa ja kuntoutumisessa edullisimmat vaikutukset toimintakykyyn saadaan, kun harjoitellaan sekä kestävyysominaisuuksia, että voimaominaisuuksia. Lisäksi tarvitaan myös liikehallintakykyä kuten tasapainoa parantavaa harjoittelua liikkumisvarmuuden parantamiseksi. Harjoitteluohjelmaa laadittaessa tulisi turvallisuuden lisäksi arvioida, miten liikunnan avulla voitaisiin korjata potilaan sairauden mahdollisesti aiheuttamia toimintapuutoksia, jotta voidaan ehkäistä työ- ja toimintakyvyn vajauksia. (Kujala ym. 2015, 1704–1705.)

Pitkäaikaissairaiden näkökulmasta liikuntaan osallistumisen esteitä ovat fyysisen osallistumisen esteet; kuten portaat, hissittömyys, kaatumisenpelko, raskaat ovet

tai hankalat kulkuväylät. Pitäisi päästä tilaan sisään, pukeutumis- ja peseytymis-tiloihin, vessaan ja liikuntapaikoille (Itkonen & Kauravaara 2015, 23.) Monet pitkäaikaissairaat kokevat olevansa liian sairaita kuntoiluun ja itsestä huolehtimiseen. On totta, että voi olla liian sairas raskaaseen kunto-ohjelmaan, mutta kuntoilu kannattaakin aloittaa muutamalla minuutilla päivässä. Parempi kunto auttaa myös selviämään sairauden kanssa. (Korhonen, Norja & Välimäki 2012, 45.)

Este liikkumiselle voi olla myös tiedon puute. Edelleenkin on henkilöitä, jotka eivät tiedä, mikä liikuntamuoto sopii itselle tai mitä liikuntamuotoja on tarjolla. Tieto ei saavuta tarvitsijaa ja tarpeet voivat jäädä huomaamatta. Harvinaiseen sairausryhmään kuuluva jää helposti väliinpuotoajaksi. Hänestä ei synny ryhmää, eikä hän mahdu luokkiin, joille palvelujärjestelmät ovat mitoitettu. (Itkonen & Kauravaara 2015, 24.)

Esteeksi on myös todettu liikuntakaverin puuttuminen. Yksin ei tule lähdettyä ja jotkut liikuntamuodot edellyttävät kaveria tai ryhmää. Neljänneksi liikkumista estää liikunnan kalleus. Pitkäaikaissairas saattaa sinnitellä pienillä kuukausituloilla. Viidenneksi liikuntaa estävät asenteet. Osallistumisen esteitä voivat olla kulttuurisia, materiaalisia tai henkilökohtaisia. (Itkonen & Kauravaara 2015, 24–25.) Toisia voi ahdistaa tai nolottaa esimerkiksi liikkuminen ihonmyötäisessä puvussa tai ettei omista liikuntaan sopivia vaatteita (Korhonen ym. 2012, 45). Osa voi kokea häpeän tunteita, epäonnistumisen pelkoa tai huonommuuden tunteita. Sisimmässään he ajattelevat olevansa huonoja, kömpelöitä, osaamattomia ja kokevat olevansa väärässä paikassa. (Kangasniemi & Kauravaara 2016, 39.)

Eräässä laajassa systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa haluttiin selvittää vapaa-ajan fyysistä aktiivisuutta suhteessa sosioekonomiseen asemaan. Tulokset koostuivat 13 tutkimuksesta, johon osallistui yhteensä 44 000 osanottajaa Britanniasta, Suomesta, Ruotsista, Australiasta, USA:sta ja Brasiliasta. Osallistujat olivat iältään 16–70 vuotta ja olivat eri sosioekonomista luokista. Osallistujilta selvitettiin ammatti, sosiaalinen liikkuvuus, koulutus ja tulotaso. Tuloksena oli johdonmukaista näyttöä, että korkean sosioekonomisen aseman omaavat henkilöt liikkuvat paljon aktiivisemmin kuin alhaisissa sosioekonomisissa ryhmissä olevat henkilöt. Tämän tutkimuksen perusteella ehdotettiin, että pyrittäisiin politiikan eri

toimenpiteiden avulla minimoimaan ihmisten altistuminen alhaisiin sosioekonomisiin ryhmiin. (Elhakeem, Hardy, Bann, Caleyachetty, Cosco, Hayhoe, Muthuri, Wilson & Cooper 2016.)

Pitkäaikaissairaita ei myöskään aina tunnisteta mahdolliseksi julkisten tai yleisten liikuntapalvelujen asiakkaaksi. Myös liikunnan ohjaajia saattaa pelottaa asiakas, jonka ohjaamiseen voi liittyä riskejä. (Itkonen & Kauravaara 2015, 24–25.)

Vähäinen liikkuminen on yhtä yleinen terveystriikki kuin moni muu perinteinen vaaratekijä, kuten tupakointi ja kohonnut verenpaine. Fyysisen aktiivisuuden vähentämisen myötä päivittäinen energiankulutus vähentyy työssä ja vapaa-aikana ja tällä on selkeä yhteys ylipainon yleistymiseen. Tutkimustietoa vähäisen liikunnan terveysvaaroista sekä toisaalta liikuntaharjoittelun vaikutuksista sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa on jo kertynyt riittävästi, jotta liikuntaa voidaan käyttää terveydenhuollossa. (Kukkonen-Harjula 2014, 1849.) Maltillinen liikunta tuottaa terveyshyötyjä. Moni voi pelätä myös saavansa sydänkohtauksen, mutta tutkimusten mukaan sydänkohtausten riski on suurempi niillä henkilöillä, jotka eivät liiku. (Korhonen ym. 2012, 45).

Liikunnan merkitys erityisryhmiin kuuluvien toiminta- ja työkyvyn kohentajana sekä psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistäjänä voi olla erittäin merkittävä, jopa suurempi kuin terveellä väestöllä. Erityisryhmien terveysliikunta pitää sisällään vamman tai sairauden aiheuttamaan hoitoon tai kuntoutukseen kuuluvan liikunnan sekä muita sairauksia ehkäisevää tai yleistä toimintakykyä ja hyvinvointia kehittävää liikuntaa. (Helander & Revonsuo 2006, 91.)

Positiivinen hyvinvointi, millä on tarkoitettu tässä yhteydessä tunteita, onnea ja nautintoa, on liitetty elinajan pitenemiseen ja vakavan sairauden riskin alenemiseen. Englantilaisessa tutkimuksessa oli tavoitteena selvittää, jos ihminen nauttii elämästä ja voi hyvin, niin pieneneekö toimintakyvyn heikkenemisen riski. Osallistujina oli 3199 miestä ja naista, iältään yli 60-vuotiaita. Tutkimus kesti 8 vuotta ja elämänlaatua arvoitiin kyselylomakkeella ja toimintakykyä kävelytestinopeudella, koska hidasta kävelynopeutta pidetään varhaisen toimintakyvyttömyyden

ja voimattomuuden merkkeinä sekä dementian ennustajana. Lopputestiin osallistui 2965 henkilöä. Tutkimuserot olivat silmiinpistävät; henkilöt, jotka nauttivat elämästä kävelivät paljon nopeammin kuin ne henkilöt, jotka eivät kokeneet hyvinvointia. (Steptoe, Oliveira, Demakakos & Zaninotto 2014.)

Vammaisia ja pitkäaikaissairaita on vähintään 10–20 % Suomen väestöstä. Jos otetaan mukaan ikääntyneet henkilöt, joilla on usein eriasteisia vaivoja ja sairauksia, niin luku nousee helposti jo kolmannekseen väestöstä. (Itkonen & Kaura-vaara 2015, 32.)

Huono kunto ja ylipaino vaikeuttavat monien liikuntalajien harrastamista. Monissa lajeissa on juostava, joka on huonokuntoiselle lähes ylivoimaista. Ketteryyttä vaativat lajit ovat nekin hankalia, etenkin jos ylipaino on huomattava. Useat liikuntalajit ovat luonteeltaan sosiaalisia, tällöin etenkin mielenterveyspotilailla voi olla ongelmia. Uuteen ryhmään meno voi pelottaa ja samoin voi pelätä jo ennakolta muiden suhtautumista. Yksi keskeinen psyykkisiin ongelmiin liittyvä ongelma on mielialan vaihtelu. Hyvän mielen vallitessa voi liikuntaa harrastaakin, mutta kun mieli on maassa, liikunta jää helposti pois. Pitkäaikaissairailta on usein sairaalatausta, jossa he ovat tottuneet ”komentokulttuuriin”, jossa hoitajat vain ilmoittavat, mitä milloinkin on tarjolla ja kuka mihinkin menee. Tämän vaiheen jälkeen on vaikea ottaa aloitteita ja tehdä uusia asioita oma-aloitteisesti. (Ojanen ym. 2001, 198–199.)

Liikunnan vaikutukset mielialassa tulevat esiin jo paljon aikaisemmin ennen kuin ne näkyvät kehossa. Liikunta lisää endorfiineja kehossa, sekä kehittää lisää serotoniinia, monoamiinia ja adrenaliinia, jotka selittävät mielialan nousun. Jos pitkäaikaissairas pystyy suuntaamaan hetkeksi ajatukset pois liikunnan tuomista epämiellyttävistä ärsykkeistä ja kivuliaista tuntemuksista, niin liikunnan jälkeinen olotila on usein parempi kuin ennen sitä. (Rintala, Huovinen & Niemelä 2012, 191.)

Sairauskohtaisia huomioita liikunnan turvallisuudesta määräästä on esitetty pitkäaikaissairaalle potilaalle. Esimerkiksi, kun suunnitellaan liikuntaohjelma, tulee myös miettiä turvallisuusnäkökohtien lisäksi mitä mahdollisia toiminnanvajauksia

kyseinen pitkäaikaissairaus tulee todennäköisimmin aiheuttamaan, ellei liikunnallista kuntoutusta toteuteta. Liikunta tulisi suunnitella niin, että harjoittelu säilyttää mahdollisimman hyvin kyseisen toiminnan ja toimintakykyreservin, esimerkiksi polven nivelrikkoa potevan potilaan tulisi harjoittelemalla ehkäistä reisilihasten voiman heikkeneminen. (Kujala, Kukkonen-Harjula & Tikkanen 2015, 1700.)

On havaittu, mikäli ihminen on löytänyt itselle mieluisan tavan liikkua ja josta hän saa myönteisiä kokemuksia, niin tällöin liikunnasta muodostuu elämäntapa. Joitakin henkilöitä motivoivat erilaiset tekniset laitteet, tarkat tiedot omasta kunnosta ja liikunnan määrästä. Teknisistä laitteista yksinkertaisin on askelmittari. Se sopii kaikille, myös pitkäaikaissairaille, mutta ei pyörätuolilla liikkuville. (Rintala, Huovinen & Niemelä 2012, 48.) Toisaalta askelmittari mittaa huonosti sellaista liikuntaa, jossa lantio tai ranne pysyy paikoillaan kuten kuntosaliharjoittelu. Tällöin voi käyttää liikuntapäiväkirjaa liikuntamäärän arvioinnissa. (Kangasniemi & Kaura-vaara 2016, 143.)

#### 4.3 Hyvä kunto arkiliikunnan avulla

Hyvää kuntoa voi lähestyä monesta näkökulmasta. Se tarkoittaa eri asiaa eri ihmisille. Ihmiset määrittelevät hyvän kunnan omista lähtökohdistaan. Mitä enemmän kehoon tulee vaivoja, sitä enemmän hyvä kunto määrittyy sen kautta, mikä on olennaista omassa arjessa selviämiseksi. Joillakin hyvä kunto voi liittyä liikuntasuorituksiin tai ulkoiseen olemukseen. Toisilla hyvä ryhti taas kertoo, että vartalon alueen lihakset ovat kunnossa. Hyvällä lihaskunnolla ja kiristävien lihasten venyttämällä voi parantaa asentoa ja vähentää tukirakenteisiin kohdistuvaa painetta. Rankaa ja luita ohjaavien ja tukevien lihasten toimintakyky on siis osa hyvää kuntoa. Hyvän kunnan omaava ihminen kykenee nauttimaan elämästä, luonnosta, muista ihmisistä ja kokemaan erilaisia tunteita. (Keränen 2014, 19.)

Harmillisesti yleensä niitä ihmisiä ei juuri tavoiteta, jotka eniten hyötyisivät liikunnasta. Lisäksi aikaisemmin opitut asenteet ja uskomukset siitä, mikä on tehokasta ja vaikuttavaa liikuntaa, tulisi päivittää aivan uuteen ajatusmalliin. Liikuntakulttuurin rinnalla tulisi puhua myös arjen aktiivisuudesta. Tulisi jakaa enemmän tietoa siitä mitä elimistössä tapahtuu, kun valitsemme esimerkiksi hissien sijasta

portaat tai bussin sijasta pyöräilemme kauppaan. (Itkonen & Kauravaara, toim. 2015, 55–58.)

Pohjimmiltaan hyvässä kunnossa on kyse siitä, että pystyy elämään monipuolista elämää mahdollisimman itsenäisesti sekä pystyy tekemään itse omia elinolosuhteitaan koskevia valintoja. Hyvä kunto ei vaadi täydellistä terveyttä. Myös vaikeasti liikuntarajoitteinen voi olla hyvässä kunnossa, jos hän on motivoitunut ja hänen elinympäristönsä on rakennettu sopivin apuvälinein sekä sosiaalisen tuen kautta hyvää kuntoa tukevaksi. Hän kykenee liikkumaan ja elämään täysipainoisesti omista lähtökohdista käsin. Se myös tarkoittaa sitä, että hyväksyy asiat, joita ei voi muuttaa ja pyrkii tekemään sellaisia valintoja, jotka tukevat terveyttä olemassa olevista lähtökohdista. (Keränen 2014, 19–20.)

Tutkimusten mukaan terveelliset elintavat näyttävät edistävän myös tuki- ja liikuntaelinten terveyttä. Toimenpiteet, joilla pyritään liikapainoisuuden ja tupakoinnin vähentämiseen ja vapaa-ajan liikunnan lisäämiseen, saattavat onnistuessaan vaikuttaa verenkiertoelimistön sairauksien, hengityselimistön sairauksien ja syövän ohella myös tuki- ja liikuntaelinsairastuvuuteen. (Viikari-Juntua & Heliövaara, 2015, 87.) Satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa seurattiin 1095 keskiikäisen ja iäkkään sepelvaltimotautia sairastavien henkilöiden vastusliikunnan vaikutuksia lihasvoimaan, hapenottokykyyn ja liikkuvuuteen. Henkilöt olivat jaettu kahteen ryhmään vastusliikuntaa harjoittaviin sekä ei-vastusliikuntaa harjoittaviin. Tulosten mukaan vastusliikuntaa harjoittavilla kasvoivat sekä ala- että yläraajojen lihasvoimat, hapenottokyky ja liikkuvuus paranivat verrattuna kontrolliryhmään, joilla ei tapahtunut mitään. (Yamamoto, Hotta, Ota, Mori & Matsunaga 2015, 125–134.)

Hyvän kunnan kokonaisvaltaiseen kehittämiseen tarvitaan monipuolista liikuntaa. Liikunnan tulisi kattaa säännöllisesti kaikki hyvän kunnan osa-alueet eli kestävyyskunnan, voiman, liikkuvuuden, ryhdin ja tasapainon kehittämisen. Jotta säännöllinen liikunta pysyisi osana arkea, sille on hyvä varata aikaa kalenterista. Jos liikunnan harrastamiseen käytettävissä oleva aika on kovin vähäinen tai se on muista syistä vaikeaa, niin tällöin tulisi liikkua arjessa niin paljon kuin mahdollista. (Keränen 2014, 117.)

Arki- ja hyötyliikuntaa ei yleensä mielletä kuntoiluksi, mutta kotitöiden tekeminen, kauppakassien kantaminen, portaissa nouseminen, lumitöiden tekeminen, marjojen poiminta tai puutarhatyöt ovat juuri tällaista liikuntaa. Arki liikuttaa huomattavasti vähemmän kuin aikaisemmin, jolloin lehmät oli lypsettävä, pellot viljeltävä, ja pitkätkin koulumatkat oli kuljettava jalan. Teknologia on helpottanut elämäämme, mutta se tuonut mukanaan myös ongelmia: sadan vuoden aikana arjesta on kadonnut jopa viisi tuntia liikuntaa päivässä. Kuntoilumahdollisuuksia on toki enemmän kuin koskaan, mutta samalla liikunnan täydellinen vältteleminen on helpompaa kuin aikaisemmin. (Keränen 2014, 111.)

Ne ihmiset, kenellä on koira liikkuvat enemmän ja koiran ulkoiluttaminen on hyvä arkiliikunnan muoto. Australiassa tehdyssä tutkimuksessa kuitenkin havaittiin, että koiran oleminen taloudessa sinänsä ei ollut yhteydessä suositellun liikuntamäärän täyttymiseen, mutta ulkoiluajan pituus kasvoi koiran koon suurentuessa. Suomessa 25 % aikuisista osallistuu koiran ulkoiluttamiseen. Marjastus ja sienestys ovat yleisesti käytettyjä esimerkkejä terveysliikunnaksi sopivista fyysisen aktiivisuuden muodoista. Niiden huono puoli on se, että ne ovat kausiluontoista toimintaa ja niiden toteuttamiseen vaikuttaa asuinpaikan sijainti. Kotitöiden kuormittavuus vaihtelee suuresti tehtävän, sen suorittamistavan ja tekijän mukaan. Vain osa arkitoimista, erityisesti raskaimmat sisällä tehtävät kodinhoitotyöt ja ulkona suoritettavat puutarhatyöt, täyttävät terveysliikuntasuosituksen kuormittavuuskriteerin. Monet sisällä tehtävät kotitaloustyöt eivät täytä kaikkia vaikuttavan terveysliikunnan kriteerejä. Niiden vaikuttavuudesta ei ole riittävästi näyttöä, jotta niitä voitaisiin suositella terveyttä edistävänä liikuntana. (Vuori 2007, 2983–2990.)

Suomalaisessa tutkimuksessa, jossa keskityttiin kuvaamaan suomalaisten hyötyliikkumisen ja siihen yhteydessä olevien sosiodemografisten tekijöiden välistä yhteyttä. Tutkimus kesti 12 kk ja tutkimuksessa tarkasteltiin 4481 suomalaista (25-64 -vuotiaita). Tutkituista hyötyliikuntalajeista harrastettiin eniten kotitöitä ja siivoamista. Naimisissa olevat hyötyliikkuivat naimattomia enemmän, mutta suuremmissa kaupungeissa asuvat liikkuivat muilla alueilla asuvia vähemmän. Nämä selittyivät sillä, että naimisissa olevat viettävät todennäköisesti enemmän aikaa

kotona ja kaupungissa asuvat usein kerrostalossa, jolloin pihatyöt tekee huolto-yhtiö tai talonmies. Ajallisesti eniten yhteen soittoon harrastettiin metsästystä, kalastusta, marjastusta, sienestystä sekä metsätöitä. Mielenkiintoista oli myös se, että hyötyliikunta lisääntyi sekä miehillä, että naisilla iän myötä. (Saarela, Mäki-Opas, Silventoinen & Borodulin 2015, 55-63.)

Tuki- ja liikuntaelinten hyvä terveys ja toimintakyky ovat tärkeitä itsenäisen selviytymisen, suoritusten, saavutusten vuoksi sekä ne ovat edellytyksiä hyvälle elämänlaadulle. Ne antavat pohjan terveyden edistämiseksi sekä sydän- ja verisuonitautien, diabeteksen ja eräiden syöpien ennaltaehkäisylle. Liikunta vähentää sairastumisen vaaraa ja parantaa työ- ja toimintakykyä sairauksista riippumatta. Siksi tuki- ja liikuntaelinterveyden edistäminen on ensiarvoisen tärkeää. (Viikari-Juntua & Heliövaara 2015, 88.)

Mikäli ihmisille olisi tarjolla pilleri, jolla voisi vähentää huomattavasti riskiä saada useita vakavia sairauksia, kuten sydänsairauksia, diabetesta, aivohalvausta, masennusta tai syöpää. Ja mikäli tämän ihmepillerin avulla saisi enemmän energiaa, nukkuisi paljon paremmin ja pystyisi keskittymään entistä enemmän sekä vielä eläisi useita vuosia pidempään, niin suurin osa ihmisistä varmasti hankkisi tämän pillerin. Mutta mikäli ihmiset liikkuisivat monipuolisemmin ja säännöllisemmin, niin tällaista pilleriä ei tarvitsisi. Ihmisten tulisi ymmärtää, ettei tarvitse juosta maratoneja, vaan on tärkeää, että yksinkertaisesti liikkuu puoli tuntia päivässä. (Hansen & Sundberg 2014, 6.)

Perusterve yli 50-vuotias voi aloittaa kevyen liikunnan harrastamisen kuten kävelyn, kuntosaliharjoittelun tai venyttelyn ilman terveystarkastusta. Mutta mikäli terveydentilaan vaikuttaa joku diagnoosi, joka pitäisi huomioida liikunnassa, kuten esimerkiksi korkea verenpaine, nivelrikko tai sydämen toimintaan liittyvä sairaus, niin kannattaa keskustella ensin lääkärin kanssa. Mikäli tarkoituksena on alkaa harrastamaan jotain raskasta liikuntaa tai tavoitteena on osallistua johonkin erityisen kuormittavaan liikuntatapahtumaan, niin silloin on suositeltavaa käydä terveystarkastuksessa ennen harjoittelun aloittamista. Samoin, jos on yli 65-vuotias,



eikä ole koskaan aiemmin harrastanut liikuntaa, niin terveystarkastus on paikallaan. Lääkärin tarkastuksessa voi keskustella siitä, vaikuttaako esimerkiksi jokin lääkitys esimerkiksi sydämen syketiheyteen tai tasapainoon. (Keränen 2014, 21.)

Liikunnan suhteen kannattaa aloittaa pienin askelin. Varsinkin jos ei ole aikaisemmin liikkunut, niin jo muutaman rauhallisen 15–20 minuutin liikuntakerran lisääminen viikko-ohjelmaan riittää. Liikuntaa tulee lisätä vähitellen, siten että puolen vuoden päästä liikunnan aloittamisesta, liikkuu vähintään kolme kertaa viikossa. Yhden liikuntakerran tulisi kestää noin 30–60 minuuttia. Tunnin pituisen liikuntahetken voi jakaa päivän aikana myös lyhyemmiksi liikuntatuokioiksi. (Keränen 2014, 21.)

Brittiläisessä tutkimuksessa tutkittiin miten kävely verrattuna raskaiden kotitöiden tekemiseen vaikuttavat ylipainoon. Tutkimukseen osallistui 2341 naista iältään 60–79 -vuotiaita. Menetelmänä oli terveysliikuntasuosituksen mukainen liikunta reippaasti 2,5 h viikossa. Tutkittavat jaettiin kahteen ryhmään. Naiset, jotka osallistuivat reippaaseen kävelyyn vähintään 2,5 tuntia viikossa, ylipainon todennäköisyys väheni. Mutta ne naiset, jotka osallistuivat raskaisiin kotitöihin 2,5 h viikossa, ei ollut vaikutusta ylipainoon. Tutkimuksessa kävi myös ilmi, että huonoimpia tuloksia saivat ne naiset, jotka tupakoivat ja mikäli heillä oli heikompi sosio-ekonominen asema sekä jos he asuivat maan pohjoisosissa. (Lawor, Taylor, Bedford & Ebrahim 2002, 473–478.)

Jos hyötyliikunnan mahdollisuuksiin tarttuu toden teolla, aktivoi se elimistöä tasaisesti pitkin päivää. Se voi olla jopa enemmän kuin erillisenä harjoituksena tehtävä liikuntasuoritus, koska vaikka harrastaisi joka päivä tunnin ajan liikuntaa ja muuten lähinnä lepäilisi, niin se ei riitä aktivoimaan lihaksia riittävästi. Jos on päivittäin jatkuvasti liikkeellä, niin se on aineenvaihdunnan ja energiankulutuksen kannalta jopa tehokkaampaa kuin erillinen liikuntahetki. (Keränen 2014, 111.)

Pyöräilyyn liittyvässä tutkimuksessa haluttiin selvittää pyöräilyn vaikutusta kuolleisuuteen (ei sairastavuuteen). Tutkijat havaitsivat, että ne ihmiset (20–64-vuotiaat), jotka pyöräilivät säännöllisesti, (pyöräilyä 3 tuntia viikossa tai 108 tuntia vuodessa) heidän todennäköisyys kuolla oli 28 % vähemmän kuin ei-pyöräilijöillä.

Johtopäätökseksi tuli, että säännöllisesti pyöräilevillä kuoleman riski vähenee ja sen lisäksi pyöräilijät eivät ainoastaan helpottaneet katujen ruuhkassa, vaan myös he vähensivät terveydenhuoltopalvelujen ruuhkautumista. (Blondel 2012.)

## 5 KEHITTÄMISPROJEKTIN PROSESSIN KUVAUS

Kehittämishanke käynnistyi keväällä 2016. Työelämämentorina toimi Turun kaupungin koordinaattori, joka esitteli kehittämistyöt ja niiden kehitystarpeet. Projektityöntekijät ovat projektissa mukana määrätyn ajan, jonka jälkeen he siirtyvät takaisin yrityksen muihin tehtäviin tai seuraavaan projektiin. Projektit ovat kooltaan ja luonteeltaan hyvinkin erilaisia ja myös yrityksissä painotetaan eri seikkoja. Pienessä projektissa pääasiallinen resurssi on projektipäällikkö ja isoissa projekteissa perustetaan oma projektiorganisaatio, jossa keskeiset resurssit ovat projektipäällikön alaisuudessa ja projektiorganisaatio voi koostua jopa useammasta osaprojektista. Projektit voivat olla lyhyitä, muutamasta kuukaudesta vuoteen tai pidempiä. (Pelin 2011, 63–64.)



Kuvio 1. Projektiorganisaatio

Kehittämiprojektiin kuului tutor-ryhmä, joka koostui seitsemästä opiskelijasta, Turun Ammattikorkeakoulun ohjaavasta tutor-opettajasta, mentorista sekä Arkeen Voimaa -ohjelman vertaisohjaajasta. Kuudella opiskelijalla oli oma kehittämistyö Arkeen Voimaan -ohjelmaan liittyen ja vain yhdellä eri hanke (TERVE -ryhmä). Jokainen opiskelija toimi oman kehittämistyönsä projektipäällikkönä. Projektipäällikkö koki, että asioista keskusteleminen oli helpompaa, sujuvampaa ja antoisampaa, kun kaikki tiesivät Arkeen Voimaa -ohjelmasta. Ryhmäläisiltä sai myös uusia näkökulmia omaan kehittämistyöhönsä. Projektipäälliköllä ei ollut

käytössä organisaatioon (Turun kaupunki) liittyvää ohjausryhmää, vaan hän hoiti itsenäisesti aikataulut, suunnitelmat ja toteutukset mentorin tuella.

Jotta ryhmä muuttuisi tiimiksi, niin se edellyttää ryhmätyötaitoja ja jatkuvaa uuden oppimista. Ihmisten on koettava, että heiltä löytyy kykyjä oppia uutta ja toteuttaa muutoksia. Tässä on kyse osaamisen ja voimavarojen vapauttamisesta. Ihmiset, jotka kokevat vapauden ja tasa-arvon tunnetta, niin heiltä löytyy helpommin kyvykkyyttä ja mahdollisuuksia oman toiminnan johtamiseen. (Lämsä & Päivike, 2010, 29.)

Tutor-ryhmä tapaamisia keväällä 2016 oli kaksi ja saman vuoden syksyllä kaksi. Nämä selkiyttivät entisestään omaa kehittämistyötä. Ryhmän jäsenillä on oltava jokin keino, millä tavalla he voivat olla vuorovaikutuksessa keskenään. Vuorovaikutus on tärkeää koko ryhmän toiminnan ja ylläpitämisen kannalta. Se myös mahdollistaa ryhmäläisten aiemmissa ryhmätilanteissa oppimien asioiden hyödyntämisen seuraavissa ryhmätilanteissa. Vuorovaikutus voi tapahtua kasvotusten, mutta se voi tapahtua myös teknologian, kuten internetin välityksellä. (Lämsä & Päivike, 2010, 104.) Tutor-ryhmäläiset viestittelivät jonkin verran Facebookin ja sähköpostin välityksellä.

Ideaseminaari pidettiin keväällä 2016, jossa jokainen tutor-ryhmäläinen esitti oman kehittämistyönsä koordinaattorille ja muille ryhmäläisille. Ideaseminaarissa jokainen opiskelija sai rakentavaa palautetta sekä ohjausta siihen, mihin suuntaan omaa kehittämistyötä kannattaa jatkaa.

Samoihin aikoihin keväällä käynnistyi uusi Arkeen Voimaa -ryhmä, johon myös projektipäällikkö päätti osallistua, jotta hän saisi omakohtaista kokemusta Arkeen Voimaa -ohjelmasta. Ryhmä koostui pitkäaikaissairaista ja he kokoontuivat joka tiistai kuuden viikon ajan. Arkeen Voimaa -ryhmää vetivät kaksi Arkeen Voimaan vapaaehtoista vertaisohjaajaa. Projektipäällikkö perehtyi Arkeen Voimaa -ryhmän toimintaan osallistumalla ryhmän toimintaan viisi kertaa. Tämä auttoi projektipäällikköä ymmärtämään Arkeen Voimaa -ohjelman idean vertaistuesta, itsehoitomenetelmistä ja yleisesti ryhmätoiminnasta.

Projektipäällikkö tapasi myös kerran tutor-opettajan kahden kesken, koska oli noussut esiin kysymyksiä liittyen lähinnä kirjoitusprosessiin ja tulevaan esiselvitysseminaariin. Kesällä 2016 projektipäällikkö teki lisää tiedonhakuja, elokuussa 2016 pidettiin esiselvitysseminaari ja tämän jälkeen teoreettinen viitekehys alkoi hiljalleen hahmottua.

Projektitoimintaan sisältyy sekä ohjaavaa että toteuttavaa toimintaa. Toteutusprosessiin sisältyy toimintaa, jonka tarkoituksena on tähdätä tuloksen syntymiseen. Työtä on kuitenkin myös ohjattava, jotta tulos saadaan aikaan mahdollisimman tehokkaasti ja taloudellisesti. Projektin aloitusvaiheessa asetetaan tavoitteet ja määritellään projektiin liittyvät toiminnot. Projektin asettaja ja johtoryhmä nimeävät projektipäällikön. (Pelin 2011, 81.)

Projektipäällikön omaan toimintaan vaikuttaa halu kehittää jotakin, jota muut eivät ole vielä kehittäneet, oppia jatkuvasti uutta, tuntee olevansa muille hyödyksi ja tuntee tyydytystä tekemisistään sekä tuloksistaan. Missio, visio ja arvot kehittyvät projektin edetessä. Ne selkeytyvät ja kehittyvät kirjoitustyön edetessä. (Laamanen & Tuominen 2011, 25.) Projektipäällikkö on kokonaisvastuussa projektista, sen suunnittelusta, toimeenpanosta ja tehtävien valvonnasta. Projektipäällikkö raportoi projektin johtoryhmälle. Projektipäällikkö laatii myös projektin loppuraportin ja suorittaa lopuksi projektin päättämisen. (Pelin 2011, 67.)

Yksi tapa ymmärtää projektipäällikkyyttä on katsoa sitä eri tarkastelutasojen kautta. Yksi esimerkki yksilötasoisista lähestymistavoista on näkemys itsejohtamisesta. Se sisältää ajatuksia omien tavoitteiden tiedostamisen ja priorisoinnin tärkeydestä, ajankäytön hallinnasta, oman käyttäytymisen ja sen seurauksien arvioinnista sekä oman oppimisen tärkeydestä tavoitteiden saavuttamisessa. (Lämsä & Päivike, 2010, 210.)

Jokaisessa projektissa tulee olla tunnistettavissa yhteinen päämäärä, jota kehitetään ja jonka saavuttamiseen projektin toteutuksella yritetään vaikuttaa. Yleisen kehittämispäämäärän lisäksi projektilla pitää olla yksi erityinen tavoite. Tätä tavoitetta varten projekti on päätetty toteuttaa ja siten, että sen voi mitata lopussa

sekä myös tehdä väliarvioita projektin ollessa vielä kesken. (Paasivaara, Suho-  
nen & Virtanen 2011, 44.)

Projektipäällikkö pysyi mielestään kohtalaisen hyvin aikataulussa, vaikka kesällä 2016 hän suoritti vapaasti valittavia opintoja, samaan aikaan luki lisää lähdekirjallisuutta ja kirjoitti opinnäytetyötä. Oman toimintavan löytyminen helpotti kirjoitusprosessia. Projektipäällikkö varasi kirjoittamiselle aikaa aina viikonloppuisin ja myös sitoutui siihen. Onneksi projektipäällikkö koki aiheen mielenkiintoiseksi, niin se myös omalta osaltaan ylläpiti kirjoittamismotivaatiota. Projektinpäällikön tavoitteena oli, että hän valmistuisi puoli vuotta suunniteltua aikaisemmin.

Projektipäällikkö oli ennen tätä hanketta toiminut vain yhdessä projektityössä, mutta se oli suurehko ja haastava, joten yhdestäkin loppuun asti saatetusta projektista lienee hyötyä. Projektipäällikkö pystyy ainakin hiukan ennakoimaan haasteita ja yllättäviä tilanteita. Mitä suuremmasta projektista on kyse, sen tärkeämpää on sen hyvä suunnittelu. Iso projekti tarvitsee kunnon projektisuunnitelman ja tarkasti määritellyt resurssit. Pieni projekti voi käynnistyä, toimia ja onnistua ilman kovin tarkkaa suunnittelua. Suunnitteluvaiheessa projektille määrätään projektipäällikkö, johon tukeutuen projektia aloitetaan toteuttaa. Projektin ideointi on luovaa työtä. Molemmat projekti (sekä laaja että pieni projekti) keskittyvät tulevaan lopputulokseen sekä keinojen pohdintaan sen saavuttamiseksi. (Paasivaara ym. 2011, 83-84.)

Projektipäällikön on ennen hankkeen päättymistä varmistettava, että projektilla on saavutettu se lopputulos, mitä on tavoiteltu. On hyvä käydä jatkuvaa avointa keskustelua projektin aikana eri sidosryhmien ja omien projektityöntekijöiden kesken siitä, millaiseen tulokseen ollaan päätyvässä. (Paasivaara ym. 2011, 93.)

Projektin suunnittelu on suuri kokonaisuus, jonka hallinta edellyttää kokonaisuuden pilkkomista pienemmiksi osa-alueiksi. Jotta toiminnan suunnitelmallisuuden toteutumista voidaan tarkkailla, on laadittava toteutumissuunnitelma ja asetettava siten eri osa-alueille välitavoitteet. Välitavoitteiden asettamisessa ja saavuttamisen tarkkailussa voidaan käyttää hyväksi välitavoitetapahtumataulukoita, joissa

kuvataan asetetut välitavoitteet, niiden tärkeys, vaadittavat resurssit ja tavoiteaikataulut. (Koskinen & Virtanen 2005, 96.) Projektipäällikkö laati itselleen alustavan tavoiteaikataulun. Projektipäällikkö ei tiennyt, miten monta Arkeen Voimaa -vertaisohjaa osallistuisi haastatteluihin. Mutta hän ennakoi, että mitä useampi haastatteluun osallistuisi, niin sitä enemmän aikaa aineiston litterointiin tulisi varata.

Alkusuunnittelu vaatii ajoittain kovaa ponnistelua ja siksi siitä olisi niin helppo liukua suoraan projektin tekemiseen. Mutta jotta suunnitelmallisuus toteutuisi, johdon tulisi kirjallisessa ohjeessa määritellä projektisuunnitelman sisältö, laatimistapa ja hyväksyntä. (Pelin 2009, 85.) Suunnittelu on siten aina keskeisellä sijalla joka projektissa. Toisaalta kovin tarkka etukäteissuunnittelu saattaa jopa rajoittaa projektin toimintaa ja uusien ideoiden ja toimintamallien syntymistä. Tällainen voi johtaa luovuuden kuihtumiseen. Joskus taas liian tiukat resurssit tekevät projektista haastavan. (Paasivaara ym. 2011, 84–85.)

Projektipäällikön tarkoitus oli valmistua toukokuussa 2017, mutta mikäli aikataulut pettäisivät, niin valmistuminen siirtyisi puolella vuodella eteenpäin. Tämä ei vaikuttaisi projektin läpiviemiseen epäonnistumisena, vaan lähinnä projektipäällikön henkilökohtaiseen toteutussuunnitelmaan pysyä aikataulussa.

## 6 MANUAALIN PÄIVITTÄMISEN PROSESSI

### 6.1 Tutkimuksen tavoite ja tutkimusongelma

Tutkimus muotoillaan usein ongelmaksi. Tällä tavalla saadaan perusta tutkimukselle ja tutkimus on helpompi toteuttaa ongelmanratkaisun keinoilla. Tutkimusongelman ratkaisua helpottavat ongelmasta johdetut tutkimuskysymykset. Ongelma ratkeaa, kun kysymyksiin saadaan vastaukset. (Kananen 2013, 25).

Kun tutkimusongelma on selvillä, niin se ratkaisemiseksi käytetään erilaisia tutkimusmenetelmiä. Käytännössä se voi tarkoittaa asian kehittämistä tai saada aikaan jokin muutos. (Kananen 2013, 22.) Ongelma-alueen rajaaminen ja määrittely kertoo, mitä tutkimuksessa halutaan selvittää. Usein se antaa myös viitteitä siitä, millä tavoin tutkimus aiotaan toteuttaa. Tutkimuksilla on erilaisia tarkoituksia kuten esimerkiksi kuvaileva, arvioiva, selittävä tutkimus tai teorian kehittäminen. (Kyrö 2003, 36.)

Tutkimuksen ongelmanasettelu avaa myös näkökulman tutkittavaan ilmiöön ja tekee ilmiöstä selvitettävän, mutta se samalla myös rajoittaa tutkimuskohteesta tehtäviä havaintoja. Joskus tutkimuksen ydinkysymyksen löytyminen tai sen oivaltaminen on osa tutkimuksen tuloksen hahmottamista. Täytyy pystyä oivaltaamaan, mikä tutkittavassa ilmiössä on keskeistä ja mistä tutkittava aineisto kertoo. (Ronkainen ym. 2011, 42–43.)

Tutkijan on aina perehdyttävä tutkimuskohteeseen. Se tarkoittaa, että hänen on tunnettava se fyysisesti ja ennen kaikkea käsitteellisesti. Yleistieto on tarpeen, jotta voidaan määrittää, minkälaisia ongelmia on tiedossa ja millä tavoin niitä kannattaa lähestyä. Kirjallisina lähteinä voidaan käyttää kirjallisia dokumentteja, haastatteluja ja havainnoiteja. Perehtyminen alkaa olla riittävää, kun pystyy antamaan esimerkiksi tutkimuksen tilanneelle yrityksille jo joitain neuvoja. Tutkijalla on oltava myös selvä käsitys yrityksen tilanteesta ja ongelmista. Perehtymiseen liittyy myös aihetta koskevan kirjallisuuden tunteminen ja hyödyntäminen. (Tamminen 1993, 159.)



Tämän kehittämisprojektin tavoitteena oli *luoda uusi manuaali*, jossa liikunta on kuntoliikunnan sijaan arki- ja hyötyliikuntaa sekä uutena osiona manuaaliin kirjoitettiin passiivisen ja pitkäkestoisen istumisen välttämisestä. Soveltavan tutkimuksen tavoitteena oli saada *teemahaastattelun avulla palautetta ja kehittämisehdotuksia* Arkeen Voimaa -ohjelman vertaisohjaajilta, jotka käyttävät Arkeen Voimaa -ryhmissä manuaalia.

Tieteellinen menetelmä on ikään kuin sarja toimintoja, joilla pyritään toteuttamaan metodin määrittämä tehtävä ja siten saadaan aikaan tietoa. Siksi kohteesta on hankittava etukäteen tietoa. Tiedon hankinta voi tapahtua monilla eri tavoilla, siten tietoa on järjestettävä ja muokattava, jotta sen perusteella voidaan tehdä johtopäätöksiä tai tulkintoja, joita metodin puitteissa tarvitaan. (Tamminen 1993, 53.)

Tutkimusmenetelmien perusjaottelu perustuu yleensä laadulliseen eli kvalitatiiviseen ja määrälliseen eli kvantitatiiviseen tutkimukseen (Kananen 2013, 23). Projektipäällikkö päätyi laadulliseen tutkimukseen, koska haastattelujoukko on suhteellisen pieni. Lähtökohtana laadullisessa tutkimuksessa on todellisen elämän kuvaaminen. Tutkimuksessa pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 152.) Tutkimukselle tyypillisiä piirteitä ovat myös ne, että tutkija luottaa enemmän omiin havaintoihinsa ja keskusteluihin haastateltavien kanssa kuin mittausvälineillä hankittavaan tietoon. Tutkijan pyrkimyksenä voi olla myös paljastaa odottamattomia seikkoja. Sen vuoksi lähtökohtana ei ole teorian tai hypoteesien testaaminen, vaan aineiston monitahoinen ja yksityiskohtainen tarkastelu. (Hirsjärvi ym. 2004, 152.) On tärkeää ymmärtää tutkittavaa ilmiötä, selvittää sen merkitystä tai tarkoitusta. Tässä teorian toimivat apuna, kun tehdään tutkimusta, koska teorian kautta saa taustatietoa tai tulkintatietoa. (Tilastokeskus n.d.)

Tutkimussuunnitelma muotoutuu tutkimuksen edetessä. Tutkimus toteutetaan mahdollisimman joustavasti ja suunnitelmia muutetaan, mikäli olosuhteet niin vaativat. Kaikki tutkittavat tapaukset ovat ainutlaatuisia ja aineistoa tulee tulkita sen mukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2004, 152–154.)

Semi-strukturoitu haastattelu on ehkä yleisin haastattelutyyppi, jota käytetään laadullisessa tutkimuksessa. Tämän tyyppisessä haastattelussa tutkija haluaa haastattelun olevan joustava, jotta saadaan tärkeää informaatiota ja etenkin vuorovaikutteisuutta. Tässä voidaan käyttää erityisten kysymysten listaa tai tehdä etukäteen muutamia teemoja keskustelun aiheista. (Dawson 2009, 28.) Lisäksi haastattelut jaetaan haastateltavien määrän mukaan yksilö-, pari- tai ryhmähaastatteluihin. Haastattelun toteutumistavan perusteella valitaan teemahaastattelu, strukturoitu kysymys-vastaus-haastattelu tai vapaamuotoinen haastattelu. (Ronkainen ym. 2011, 116.) Projektipäällikkö haastatteli Turun ja Tampereen kaupungeissa toimivia Arkeen Voimaa -ohjelman vertaisohjaajia teemahaastatteluna.

Teemahaastattelu ei etene tarkkojen, yksityiskohtaisesti tai valmiiksi muotoiltujen kysymysten avulla, vaan se on tehty väljemmin ennalta suunniteltuihin teemoihin. Teemahaastattelu on astetta strukturoidumpi kuin avoin haastattelu, sillä siinä on aiempien tutkimusten ja aihepiiriin tutustumisen pohjalta valmistellut teemat, jotka ovat kaikille haastateltaville samoja ja niissä liikutaan joustavasti ilman tiukkaa haastattelurunkoa. Teemahaastattelu tosin edellyttää huolellista aihepiiriin perehtymistä sekä tutkijan pitää tuntea haastateltavien tilanne, jotta haastattelu voidaan kohdentaa juuri etukäteen ajateltuihin teemoihin. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

## 6.2 Kohdejoukon määrittäminen ja aineiston keruumenetelmä

Usein pohditaan etukäteen sitä, kuinka montaa henkilöä tulisi haastatella. Haastateltavien määrä riippuu aina tutkimuksen tarkoituksesta. Tutkimussuunnitelmassa kerrotaan pääpiirteittäin, mitä aiotaan tutkia ja miksi tarvitaan näitä tietoja. Kannattaa kuitenkin harkita huolellisesti, miten monta henkilöä tai ryhmää valitaan tutkimuksen kohteeksi. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 58.)

Kohdejoukon määrästä ei ollut tietoa alkuvaiheessa, mutta aineiston keruumenetelmäksi oli valittu teemahaastattelu. Tämä sovittiin yhdessä Turun kaupungin

mentorin kanssa lokakuussa 2016. Turun kaupungilta pyydettiin lupa tämän kehittämiprojektin haastatteluosuuteen. Aineistonkeruumenetelmä kertoo mistä ja miten aineistoa kerätään sekä konkretisoi sen, mitä kerätään. Mitä, mistä ja miten kysymykset ovat vuorovaikutteisia. Aineistonanalyysi voidaan tehdä vain, mikäli aineisto on kerätty siten, että se mahdollistaa analyysin. (Kyrö 2003, 107.)

Empiirisessä tutkimuksessa tutkimusmenetelmät ovat tutkijan työssä aina keskeisessä asemassa. Mitään menetelmää ei tulisi kuitenkaan valita ilman, että pohtii, miten se soveltuu kyseisen tutkimusongelman ratkaisuun. Kun valitaan tutkimusmenetelmä, niin monesti sen valintaa tehdessä käytetään sellaisia kriteerejä kuin tehokkuus, taloudellisuus, tarkkuus ja luotettavuus. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 34.)

Projektipäällikkö keräsi valmiita aineistoja tietokannoista, tilastoista, kirjallisuudesta ja aikaisemmista näyttöön perustuvista tutkimuksista. Aineistoa löytyi kiihtävästi ja oli jopa vaihtoehtoja mistä valita. Tutkimusongelman ratkaisemiseksi aineiston tulee olla riittävän kokoinen. Projektipäällikkö koki, että aineistoa piti jopa rajata, jottei kehittämissuunnitelma kasva liian suuriin mittasuhteisiin.

Aineistonkeruun ja teorian kehittämisen vuorovaikutteisuus voi olla hyvinkin luontevaa laadullisessa tutkimuksessa. Tällöin aineiston analysoinnin kautta kehitetyt ensimmäiset käsitteet eivät välttämättä ole lopullisia, mutta ne voivat auttaa tutkijaa kehittämään tutkimusasetelmiaan eteenpäin. Siten aineistonkeruu ja tutkimuskohteeseen tutustuminen ovat osaltaan jäsentämässä, miten esimerkiksi alkuvaiheen teoreettinen haltuunotto täsmentyy tutkimusprosessin kuluessa ja miten tarkoituksenmukainen tämä teoreettinen ajatusrakennelma ylipäätään on tutkittavan ilmiön tarkastelussa. (Aaltola & Valli 2010, 75.)

Aineistonkeruumenetelmä seuraa johdonmukaisesti tutkimusongelman tai tehtävän määrittelyä ja tutkimusmenetelmän ehtoja sekä se luo mahdollisuudet aineiston analyysimenetelmän valinnalle ja päinvastoin. Näin ollen aineistonkeruumenetelmä ottaa kantaa mistä ja miten aineistoa kerätään sekä konkretisoi vielä lopuksi sen, mitä kerätään. (Kyrö 2003, 107.)

Tässä kehittämissuunnitelmassa kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti, ei siis satunnaisotosta käyttämällä. Kohdejoukkona on Arkeen Voimaa vertaisohjaajat, jotka käyttävät manuaaleja Arkeen Voimaa -ryhmätapaamisissa.

Aineiston hankinnassa suositaan tutkimusmetodeja, joissa tutkittavien, tässä tapauksessa vertaisohjaajien, ääni ja näkökulmat pääsevät esille (Hirsjärvi ym. 2004, 154). Tieteellisessä tutkimuksessa on myös käytössä useita erilaisia aineistonkeruutapoja, joista tyypillisimmät ovat erilaiset kyselyt, havainnointitilanteiden videoinnit, haastattelut tai tutkimusta varten pyydyt tekstit, kuten kertomukset, elämänkerrat ja muistelmat. (Ronkainen ym. 2011, 113.)

Mikäli Arkeen Voimaa -ohjelman vertaisohjaajille olisi tehty kyselylomake, niin vaikeutena tulkintojen teossa olisi se, ettei projektipäällikkö voisi tehdä tarkentavia kysymyksiä tai havaintoja enää jälkikäteen (Aaltola & Valli 2010, 236). Haastattelu on siksi hyvin joustava menetelmä ja se sopii moniin erilaisiin tutkimustarkoituksiin. Haastattelussa ollaan suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa haastateltavien kanssa ja tämä tilanne luo mahdollisuuden tiedonhankintaan. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 34.)

Teemahaastattelulle on ominaista se, että samat teemat ja keskeiset kysymykset esitetään kaikille haastateltaville, vaikka haastattelun kulku voi muuttaa teemojen ja kysymysten järjestystä (Kuula 2006, 128–129). Teemahaastattelussa haastattelu siis kohdennetaan ennalta sovittuihin teemoihin, joista keskustellaan. Teemahaastattelun etu on se, ettei se ota kantaa haastattelukertojen määrään, tai siihen, miten ”syvälle” aiheen käsittelyssä mennään. Sen sijaan se kertoo siitä, että kysymysten sijaan haastattelu etenee määrättyjen keskeisten teemojen varassa. Tämä vapauttaa pääosin haastattelun tutkijan näkökulmasta ja tuo tutkittavien äänen kuuluviin. Teemahaastattelu ottaa huomioon sen, että ihmisillä on erilaisia tulkintoja asioista ja heidän asioille antamat merkitykset ovat keskeisiä, samoin kuin sen, että merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 48.) Teemahaastattelun voi mieltää ikään kuin keskusteluksi, jossa ryhmäläiset käyttävät ”sosiologista mielikuvitustaan” ja he ovat tutkimusmateriaalin aktiivisia tuottajia (Alasuutari 1999, 148).

### 6.3 Uuden manuaalinen luominen

Projekti voi lähteä liikkeelle monenlaisista tarpeista ja lähtökohdista. Usein se lähtee käytännön elämästä, esimerkiksi jonkin yrityksen toiminnassaan kohtaamista ongelmista tai yleisemmästä yhteiskunnallisesta keskustelusta. (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Ylänne & Paavilainen 2011, 32.)

Tämän kehittämisprojektin tavoitteena oli kehittää nykyisiä Arkeen Voimaa -vertaisohjaajien käyttämiä liikuntasuosituksia paremmin pitkäaikaissairaille sopiviksi. Vanhassa manuaalissa (käsikirjassa) oli käytetty UKK Instituutin laatimia terveysliikuntasuosituksia 18–64 -vuotiaille, jotka kertovat terveyden edistämiseksi tarvittavan viikoittaisen liikuntamäärän ja antaa esimerkkejä liikuntamuodoista. Tämä terveysliikuntasuositus perustuu Yhdysvaltain terveystieteiden tutkimuksiin, jotka on koottu niin kutsutuksi liikuntapiirakaksi tieteellisen kirjallisuuskatsauksen pohjalta. Ensimmäinen liikuntapiirakka ilmestyi vuonna 2004. Liikuntapiirakka uudistettiin vuonna 2009 vastaamaan tuoreimpia terveysliikuntasuosituksia. (UKK instituutti 2013.)

Terveysliikuntasuosituksessa suositellaan, että liikkumista tulee harrastaa joko 2,5 h viikossa reippaasti tai 1 h 15 min rasittavasti, sekä näiden lisäksi harrastaa lihasvoimaharjoittelua, tasapainoa ja venyttelyä kaksi kertaa viikossa. Lisäksi vanhassa manuaalissa oli ohjeistettu esimerkiksi lihaskunnon osalta, kuinka monta toistoa ja kuinka monta sarjaa kutakin lihasryhmää varten tulisi harjoitella.

Pitkäaikaissairailta lähtökohtana on usein se, etteivät he ole liikkuneet vuosikausiin. Tähän asti käytetty terveysliikuntasuositus on kehitetty terveille työikäisille ihmisille, eivätkä siten sovellu pitkäaikaissairaille, joilla on luultavimmin ongelmia arjessa oman fyysisen toimintakyvyn ja erilaisten kipuoireilujen kanssa.

Projektipäällikkö etsi kirjallisuudesta tietoa soveltavasta liikunnasta, mikä sopisi pitkäaikaissairaille paremmin kuin nykyiset liikuntasuositukset. Uusien liikuntasuositusten pohjana käytettiin osittain Kunnossa kaiken ikää (KKI) -oppaita (yli 64-vuotiaille suunnattuja) sekä pitkäaikaissairaiden ja vammaisten soveltavan liikunnan suosituksia. Uudet päivitetty liikuntasuositukset pohjautuivat nyt enem-

män arki- ja hyötyliikuntaan kuin terveys- tai kuntoliikuntaan. Aineistoon perehtymisen jälkeen hän kirjoitti uudet suositukset liikunnan osalta manuaaleihin ja ne lähetettiin työelämän mentorille hyväksyttäväksi ja sen jälkeen kautta Arkeen Voimaa -ryhmien vertaisohjaajille etukäteen luettaviksi. Vertaisohjaajien oli tarkoitus antaa myöhemmin palautetta uusien manuaalien käyttökelpoisuudesta haastattelutilanteessa.

Uusissa manuaaleissa on kaikki määrät, toistot ja sarjat poistettu ja näiden tilalle suositeltu arki- ja hyötyliikuntaa, josta lähdetään pienin askelin kohti aktiivisempaa elämää. Toimenpidesuosituksessa pyrittiin toki mukailemaan pitkälti vanhan manuaalin mukaista rytmitystä liikuntaosioden suhteen, koska Arkeen Voimaa -ryhmäläisillä on käytössä myös Arkeen voimaa -kirja, joka sisältää liikuntaosiot ja he voivat seurata ryhmän ohjaajan opastuksella myös kirjasta eri ohjeistuksia ja vinkkejä. Uusien manuaalien pääasiallinen tarkoitus on madaltaa pitkäaikaissairaiden kynnystä liikkumiseen lisäämällä arki- ja hyötyliikuntaa sekä uutena osion on lisätty passiivinen istuminen ja sen välttäminen. (Liite 1.)

Jotta saadaan tutkittavat (tässä tapauksessa vertaisohjaajat) motivoitua osallistumaan tutkimukseen, on tärkeä kertoa etukäteen, millaista uutta tietoa tutkimuksella tavoitellaan ja miten saavutettavia tutkimustuloksia on tarkoitus jatkossa hyödyntää. Tarkkaa tutkimusasetelmaa ei tarvitse välttämättä kertoa, mutta tutkimuksen pääaiheet on kerrottava, jotta tutkittavat voivat tehdä päätöksensä myös siihen, että haluavatko ylipäättään osallistua tutkimukseen. (Kuula 2006, 105.)

Teemahaastattelun teemat eli keskustelun aiheet olivat seuraavat:

Arkeen Voimaan manuaaleihin tehdyt uudet päivitettyt versiot.

- Kuinka kauan olet toiminut Arkeen voimaa – vertaisohjaajana?
- Miten koet manuaalien käyttämisen ohjaajana?
- Millä tavalla niitä olisi hyvä muokata tai muuttaa (korjata/lisätä/poistaa)?
- Millaisia syitä ryhmäläiset antavat yleensä liikkumattomuuteen?
- Millaisena koet keskustelun arkiliikunnasta ryhmässä?

Haastattelukysymykset ovat sellaisia, jonka avulla tutkija voi lisätä tai parantaa tietoa. Kysymykset ovat laadittu siten, että niihin annettavat vastaukset kuvaavat, täsmentävät, selittävät, ennustavat. Hyvät tutkimuskysymykset ovat selkeästi muotoiltuja, yksinkertaisia ja kuitenkin tietoa tuottavia. (Metsämuuronen 2000, 13.)

Haastattelutilanteessa tutkija voi tehdä jatkokysymyksiä, lisäkysymyksiä, tarkentavia kysymyksiä, suoria ja epäsuoria kysymyksiä ja tulkitsevia kysymyksiä. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 111–112.) Ryhmähaastattelussa voi käydä myös niin, että tutkija jää ikään kuin sivuun ja ryhmäläiset alkavat kysellä asioita toisiltaan tai he voivat jopa ajautua kiistaan. Tästä ryhmäkeskustelun luonteesta johtuen tutkija voi olla välillä jopa ymmällään mistä ryhmäläisten välisessä keskustelussa on kyse, mutta tällaiset tilanteet ovat tutkijan kannalta erittäin arvokkaita ja aina voi pyytää ryhmäläisiä esittämään selvennyksiä. (Alasuutari 1999, 152.)

Tamperelaisten haastattelu oli ensin sovittu tehtäväksi Skypen välityksellä tammiukuussa 2017. Projektipäällikkö oli hyvin valmistautunut, mutta haastattelutilanteessa Skype-yhteyttä ei saatu. Syyksi paljastui tamperelaisten vahva palomuri. Seuraavan kerran Skype-haastattelua yritettiin 10.2.2017, jolloin yhteys toimi. Paikalle tosin saapui yksi Arkeen Voimaa – vertaisohjaaja, joka kertoi vastavansa myös kahden muun puolesta. Tampereella heitä oli yhteensä 4 vertaisohjaajaa, jotka ovat kaikki aloittaneet Arkeen Voimaa vertaisohjaajina vuoden 2016 alussa. Yksi ei ollut halunnut kommentoida uusia manuaaleja mitenkään. Lisäksi kaksi vertaisohjaajaa oli jo kokeillut Arkeen Voimaa -ryhmässä näitä uusia manuaaleja käytännössä, vaikka ne eivät ole vielä valmiit.

Tampereen teemahaastattelussa 10.2.2017 esiin tulleita asioita:

”Miten koet manuaalien käyttämisen ohjaajana?” Tamperelaisten vastauksia olivat: *”Tosi hyvä, antaa tukea ja turvaa sekä hyödyllinen”*.

”Kaipaanko manuaaleihin jotain lisää noin yleisesti?” Tamperelaisten vastauksia olivat: *”Jotkut asiat ovat helpommin kirjoitettu, mutta osa on vanhentunutta tietoa esim. manuaaleissa voi lukea, että ryhmäläisille kuuluu jakaa joku moniste, eikä sitä oikeasti jaeta”*.

”Millä tavalla niitä olisi hyvä muokata tai muuttaa (korjata/lisätä/poistaa)? Tamperelaisten vastauksia olivat: *”Teksti (manuaalissa) oli hyvää ja asiat kohdallaan, mutta käytännössä liian pitkä, ryhmäläiset pitkästyivät, liian yksityiskohtaisesti selitetty. Jotkut tekstit olisi hyvä laittaa ranskalaisiksi viivoiksi, jotta ne on helpompi lukea. Kaikki siivousaiheisiin liittyvät niksit pois, ne eivät ole arkiliikuntaa, vaan velvollisuutta ja negatiivisia asioita. Enemmän ”omin sanoin” – osioita, tekstiä tulee lyhentää, jotta kontakti ryhmään säilyy ja pystyy tauottamaan omaa puhetta, kaikki kotitöihin liittyvät jutut pois”.*

”Millaisia syitä ryhmäläiset antavat yleensä liikkumattomuuteen?” Tamperelaisten vastauksia olivat: *”Kipu, laiskuus ja kaverin puute”.*

Turkulaisten haastattelu oli sovittu 24.2.2017. Paikalla oli 2 Arkeen Voimaa -vertaisohjaajaa, yksi ohjaaja oli estynyt tulemasta. Nämä kaksi vertaisohjaajaa olivat aloittaneet Arkeen Voimaa -ohjelmassa vuonna 2013 ja poissaolija vuonna 2015. Haastattelu suoritettiin kasvotusten ja se nauhoitettiin.

”Miten koet manuaalien käyttämisen ohjaajana?” Turkulaisten vastauksia olivat: *”Sekava, saman asian jankuttamista, liikaa toistoa, liikaa amerikkalaista meininkiä.”*

”Kaipaanko manuaaleihin jotain lisää noin yleisesti?” Tamperelaisten vastauksia olivat: *”Manuaalit ovat riittävät, kuutena kertana eri teema kattavat kyllä kaiken ja Arkeen Voimaa -kirja on hyvä lisä.”*

”Millä tavalla niitä olisi hyvä muokata tai muuttaa (korjata/lisätä/poistaa)? turkulaisten vastauksia olivat: *”Liian pitkä, esimerkkejä on liikaa, luettelot lyhemmiksi, taulukko 8 on nyt tosi hyvä, ei riitä sovittu 25 min aika ja ryhmässä voi olla myös puheliaita ihmisiä, nettilinkkejä manuaaleihin, esim. mistä voisi tehdä kaatumisriskikyselyn”*

Lisäkysymys edelliseen ”Miten olette kokeneet kotiaskareet eli lähinnä siivoukset arki- ja hyötyliikuntaan sopiviksi?” Turkulaisten vastaus: *”Sopii erittäin hyvin, moni ryhmäläinen ottaa ullakon siivoamisen, lattioiden tai ikkunoiden pesun viikkohaasteeksi, kyllä siinä hyvin liikuntaa saa, kun reippaasti siivoaa.”*



”Millaisia syitä ryhmäläiset antavat yleensä liikkumattomuuteen?” Turkulaisten vastauksia olivat: *”Kipu, saamattomuus, kaverin puute.”*

Kun haastatteluaineistot olivat tallennettu, niin ne kirjoitettiin tekstiksi. Sanasanainen puhtaaksikirjoitus eli litterointi voidaan tehdä koko haastattelussa käytävästä keskustelusta tai se voidaan tehdä valikoiden, esimerkiksi vain teema-alueista. Tutkimustehtävästä ja tutkimusotteesta riippuu, kuinka tarkkaan litterointiin on syytä ryhtyä. Sanasta sanaan kirjoittaminen on hidasta ja työlästä. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 138–139.)

Tämän jälkeen projektipäällikkö lyhensi haastatteluissa esiin tulleiden kehittämissuositusten perusteella tekemiään manuaaleja. Lisäksi hän selkeytti tekstin ulkoasua tekemällä ranskalaisia viivoja, tummennettuja tekstejä ja tekstilaatikoita. Hän poisti osan siivous- ja kotitöistä, mutta jätti muutaman esimerkiksi, koska turkulaisten mielestä ne olivat niin hyväksi havaittuja ja käyttökelpoisia. Tätä puolsi myös se, että eräässä suomalaisessa tutkimuksessa ilmeni, että kotitöitä ja siivoamista harrastetaan eniten arki- ja hyötyliikuntana. (Saarela ym. 2015, 55-63.)

Kehittämisprojektin tuloksena saatiin luotua uudet päivitettyt manuaalit, jotka soveltuvat paremmin pitkäaikaissairaiden liikuntasuosituksiksi kuin vanhat sekä ne olivat vertaisohjaajille mieluisat. Projektin tuotoksena oli myös projektipäällikön ammatillisen pätevyyden kehittyminen projektin etenemisen myötä. Tämän kehittämisprojektin lopullisena tavoitteena oli myös se, että pitkäaikaissairaat lähtisivät liikkeelle arki- ja hyötyliikunnan avulla, he saisivat lisää työkaluja omahoitoon ja he voisivat kokea myös liikkumiseen liittyviä onnistumisen tunteita.

## 6.4 Luotettavuus ja eettisyys

Eettinen ajattelu tarkoittaa kykyä pohtia sekä omien että yhteisön arvojen kautta sitä, mikä jossain tilanteessa on oikein tai väärin. Lakien ja eettisten normien tuntemus auttaa konkreettisten ratkaisujen tekemisessä, mutta tutkimustyössä tehtävistä ratkaisuista ja valinnoista kantaa jokainen itse vastuun. (Kuula 2006, 21.) Moraalilla sen sijaan tarkoitetaan ihmisten tekoja, joita voidaan joidenkin normien mukaan pitää joko moraalisisina tai epämoraalisina. Etiikalla puolestaan tarkoitetaan moraalisiin kysymyksiin kohdistuvaa tutkimusta, tieteen alaa, jonka kohteena on moraalit. (Kuula 2006, 22.)

Kun puhutaan tutkimuksen laadusta, niin sillä usein viitataan yleisiin tieteellisen tutkimuksen arviointiperusteisiin. Tämä tarkoittaa tavallisesti validiteetin ja reliabiliteetin tarkastelua, jotka usein liittyvät kvalitatiiviseen eli määrälliseen tutkimukseen. (Ronkainen ym. 2011, 129–131.) Haastatteluaineiston luotettavuus riippuu laadusta. Huonoa laatua on se, jos tutkija on esimerkiksi haastatellut vain osaa haastateltavista tai jos nauhoitusten kuuluvuus on huonoa, tai litterointi noudattaa eri sääntöjä alussa ja lopussa. Tässä tapauksessa haastatteluaineistoa ei voida sanoa luotettavaksi. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 185–186.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen arviointikriteereinä käytetään uskottavuutta ja siirrettävyyttä. Uskottavuus edellyttää sitä, että analyysinteko ja -kuvaus sekä tutkimustulokset ovat kuvattu tarpeeksi kattavasti ja selkeästi. Siirrettävyys edellyttää huolellista aineistonkeruun ja analyysin kuvausta. Tätä tietoa tarvitsee usein toinen samasta aiheesta kiinnostunut tutkija. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.)

Haastatteluaineiston luotettavuus riippuu laadusta. Jos vain osaa haastateltavista on haastateltu tai jos tallenteiden kuuluvuus on huonoa, tai litterointi noudattaa eri sääntöjä alussa ja lopussa tai jos luokittelu on sattumanvaraista, haastatteluaineistoa ei voida sanoa luotettavaksi. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 185–186.)

Projektipäällikkö käytti molemmissa haastattelutilanteissa nauhoitusta ja sen lisäksi teki samaan aikaan vielä kirjallisia muistiinpanoja. Tulosten analysoinnissa

projektipäällikkö pyrki litteroimaan tekstin mahdollisimman tarkasti niiltä osin kuin se tutkimuksen kannalta oli tarpeen. Haastatteluissa esiintyi myös jutustelua, joka ei liittynyt haastattelukysymyksiin, joten projektipäällikkö jätti ne litteroimatta. Litteroinnin jälkeen projektipäällikkö ei tarvinnut enää haastatteluaineistoja ja hän poisti nauhoitukset ja hävitti muistiinpanot asianmukaisella tavalla.

Validiteetilla eli pätevyydellä viitataan yleisesti siihen, miten hyvin tutkimus tai mittari kuvaa tutkittavaa ilmiötä. Tätä käytetään myös tutkimuksen laatua kuvaavana yleisempänä terminä. (Ronkainen ym. 2011, 130.)

Tampereen Skype-haastattelutilanteeseen paikalle saapui vain yksi vertaisohjaaja, joka ilmoitti puhuvansa myös muiden puolesta. Ongelmaksi muodostui se, ettei vertaisohjaaja tiennyt etukäteen mitä kysymyksiä projektipäällikön oli tarkoitus esittää. Tämä heikensi haastattelun luotettavuutta. Lisäksi projektipäällikkö ei pystynyt arvioimaan mitkä vastauksista olivat vertaisohjaajan omia mielipiteitä ja mitkä mahdollisesti hänen kollegoidensa mielipideitä. Projektipäällikkö ratkaisi asian siten, että haastattelu oli vain yhden ihmisen vastauksia. Tutkimuksen luotettavuutta lisäsi se, että sekä Turun että Tampereen vertaisohjaajat olivat samaan mieltä siitä, että aineisto oli liian pitkä ja että sitä pitäisi lyhentää.

Haastattelussa esille tulleet asiat tulee raportoida tutkimusjulkaisussa sillä tavalla, ettet haastattelussa olleita yksittäisiä henkilöitä voi tunnistaa (Kuula 2006, 129). Tämä haastattelu ei ollut niin sanottu arkaluonteinen tutkimus, eikä tutkimus koskettanut ketään henkilökohtaisesti, joten haastateltavat saivat puhua vapaasti ja avoimesti. Projektipäällikkö ei myöskään tarvinnut mitään henkilötietoja haastateltavista tätä kehittämissprojektia varten.

Eettisyys tarkoittaa hyvän tieteellisen käytännön noudattamista tutkimustyössä. Tutkimus on eettisesti ja hyväksyttävää ja luotettavaa ja sen tulokset ovat luotettavia, kun tutkimus on tehty hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Keskeisiä lähtökohtia on rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tulosten tallentamisessa ja analysoimisessa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 2-4).

Kehittämiprojektiin kuuluu suunnittelu, toteuttaminen ja raportointi. Kun tutkimus on suunniteltu, tulee tutkijan hakea tutkimusluvat kehittämistyölle. Tutkimushankkeessa sovitaan ennen tutkimuksen aloittamista kaikkien osapuolten oikeudet, tekijöitä koskevat periaatteet, vastuut ja velvollisuudet. Lisäksi aineistojen säilyttäminen ja käyttöoikeudet tulee olla selvillä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Projektipäällikkö oli hakenut luvan tutkimukselle Turun kaupungin hyvinvointitoimialalta ja mentori oli toimittanut uudet manuaalit vertaisohjaajille etukäteen luettaviksi.

Projektipäällikkö pääsi aloittamaan haastattelut aikataulujen puitteissa, koska hän ei tarvinnutkaan tutkimuslupaa haastatteluille. Perusteena tutkimuslupan puuttumiselle oli se, että vertaisohjaajat ovat vapaaehtoistyöntekijöitä ja he vastaavat haastatteluun vapaaehtoisesti.

Hyvällä tieteellisellä käytännöllä tarkoitetaan sitä, että tutkijan on noudatettava eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä. Tiedonhankinnassa hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa sitä, että tutkijan tiedonhankinta perustuu oman alan tieteellisen kirjallisuuden tuntemiseen, asianmukaisiin ja ajan tasalla oleviin kirjallisuuslähteisiin sekä oman tutkimuksen analysointiin. Tutkijan tulee myös osoittaa, että hänen käyttämänsä tutkimusmenetelmät, tiedonhankinta ja tutkimustulokset ovat hallittuja ja johdonmukaisia. (Vilkkä 2005, 30.)

Hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa myös, että tutkijan on toimittava vilpittömästi ja rehellisesti. Vilpillä tarkoitetaan toimintaa, jossa sepitetään, vääristellään tai plagioidaan toisten tutkimustuloksia. Tutkijan tulee välttää lisäksi piittaamattomuutta. Se edellyttää omien tutkimustaitojen arviointia suhteessa tutkimuksen tavoitteisiin. (Vilkkä 2005, 31.) Projektipäällikkö yritti olla tarkkana, että hän oli kirjoittanut vain niistä kirjallisuuslähteistä, jotka olivat lähdeluettelossa mainittu, eikä hänellä ollut intressejä plagioida muiden tekstejä.

Eettisyys tarkoittaa hyvän tieteellisen käytännön noudattamista tutkimustyössä. Tutkimus on eettisesti ja hyväksyttävää ja luotettavaa ja sen tulokset ovat luotettavia, kun tutkimus on tehty hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla.

Keskeisiä lähtökohtia on rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tulosten tallentamisessa ja analysoimisessa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 2-4). Tutkimusmenetelmien käytön kuvaus tulee tehdä sillä tavalla, että lukijat vakuuttuvat siitä, että näin on myös toimittu (Viinamäki & Saari 2007, 117).

Teemahaastattelut tehtiin ryhmähaastatteluina ja ennen haastatteluja projektipäällikkö kysyi luvan haastattelujen nahoittamiseen. Aineisto tallennettiin ilman henkilötietoja ja käsiteltiin luottamuksellisesti. Projektipäällikkö litteroi aineiston itse 1-2 päivän sisällä haastatteluista ja hävitti aineiston tämän jälkeen asianmukaisesti.

Tutkimustulosten on myös täytettävä tieteelliselle tutkimukselle asetetut vaatimukset, mikä tarkoittaa sitä, että tutkimuksen on tuotettava täysin uutta tietoa tai pystyä yhdistämään tai hyödyntämään se vanhaan tietoon (Vilka 2005, 30). Projektipäällikkö oli tutustunut Arkeen Voimaa -ryhmissä käytettävään manuaaliin. Tutkittavan aiheen tunteminen helpotti teemahaastattelun tekemistä. Teemahaastattelun kysymykset vastasivat tutkimusongelmiin ja muutokset manuaaliin tehtiin tältä pohjalta. Haastattelut sujuivat häiriöttömissä olosuhteissa.

## 7 POHDINTA

Vertaisohjaajatoiminta on arvokasta työtä, mutta ei ole vielä ehkä saanut tarpeeksi jalansijaa yhteiskunnassamme, vaikka useissa tutkimuksissa (Lorig ym. 2001, Zwerik ym. 2007, Janowski ym. 2010, Routasalo ym. 2009, Andersen ym. 2000) on todettu, että vertaistoiminnalla ja omahoito-ohjelmalla on saatu aikaan vaikuttavia tuloksia. Ryhmään osallistuvien elämänlaatu, koettu terveyden tila, sosiaalinen elämän ja psyykinen jaksaminen ovat parantuneet, vaikka itse sairaus ei poistuisikaan. Pitkäaikaissairaat jäävät usein yksin omien ongelmiansa kanssa, vaikka nimenomaan juuri he tarvitsevat vertaistukea, tietoa, kannustamista ja työkaluja siihen, miten selvitä omassa arjessa omien sairauksien kanssa.

Vertaisohjaajien rooli on ryhmässä tärkeä, mutta ryhmä itsessään antaa vertaisohjaajalle mieluisaa tekemistä ja itseään voimaannuttavia kokemuksia. Vertaisohjaajat eivät ole ammattilaisia, vaan he ovat itsekin pitkäaikaissairaita tai heidän omaisella voi olla pitkäaikaissairaus. Tämä tuo ryhmän ohjaajan samalle tasolle ryhmäläisten kanssa ”tietää mistä puhuu”. Vertaisohjaaja toimii myös hyvänä esimerkkinä, koska hän on voinut itse olla ensin ryhmäläinen, jonka jälkeen hän on ryhtynyt vertaisohjaajaksi. Kaikilla Arkeen Voimaa –ohjelman ryhmään osallistuneilla on mahdollisuus jatkaa vertaisohjaajaksi lyhyen koulutuksen jälkeen. CDSMP -ohjelman vaikuttavuudesta ryhmässä kävijöiden terveyteen, hyvinvointiin ja itsehoitotaitojen paranemiseen on useiden tutkimusten perusteella paljon positiivisia tuloksia ja ohjelma on tuonut selkeitä parannuksia minä-pystyvyyteen ja terveyskäyttäytymiseen. (Lorig ym. 2001.)

Monet tutkimukset (O’Donovan ym. 2010, Riddel ym. 2017 & Ojanen 2001) myös puoltavat sitä, että ihmisten tulee liikkua terveyden ja hyvän kunnon vuoksi, mutta miten lähteä liikkeelle kipujen kanssa ja jos on jo 10 vuotta ollut liikkumatta? Arki- ja hyötyliikunta on turhan aliarvostettua, vaikka se voisi olla erittäin hyvä vaihtoehto kaikille ihmisille, ei ainoastaan pitkäaikaissairaille. Liikunnan avulla voidaan vaikuttaa myös kuolleisuuteen (Blondel 2012, Andersen ym. 2000). Jo pelkästään työmatkapyöräilyllä voidaan vaikuttaa kuoleman riskin vähenemiseen.

Toisaalta myös sosioekonominen tausta vaikuttaa tutkimusten (Elhakeem ym 2016, Trost ym. 2002) mukaan ihmisten aktiivisuuteen liikunnan suhteen. Alemmissä sosioekonomisissa asemissa olevat liikkuvat selvästi vähemmän. On löydetty myös tietoa siitä, että liikunta vaikuttaa ihmisten mielialaan ja onnellisuuteen (Stephoe ym. 2014). Liikunta lisää hyvää oloa. Monella voi puuttua motivaatiolähteä liikkeelle. Ede ym. 2017 selvittivät, että hyvä itsetunto lisää motivaatiota.

Ryhmätoiminta parhaimmillaan antaa ryhmäläisille vertaistukea ja voi itsessään lisätä motivaatiota. Ryhmässä tapaa muita samassa tilanteessa olevia sekä voi saada toisilta uusia näkökulmia omaan ajatusmaailmaan. On todettu, että ihmisten tulisi saada voimaantumista toteuttamalla omahoitoa sekä pysyvyyden tunnetta, ja parhaiten tätä tulisi vahvistaa luomalla uskoa ryhmäläisiin, että heiltä löytyy voimavaroja ja he pystyvät itse vaikuttamaan omaan terveyteensä (Routasalo ym. 2009, 2358). Tutkimusten mukaan myös itseluottamus, pystyvyys ja voimaantuminen lisäävät positiivista ajattelua liikuntaa kohtaan ja kohottavat motivaatiota. (Quested ym. 2017, 252–269.)

Hyvin kevyt liikunta, esimerkiksi rauhallinen kävely, ei välttämättä täytä terveysliikunnan ehtoja, mutta se saattaa edistää hyvinkin terveyttä. Tuoreiden tutkimustulosten mukaan jo kevyt liikunta vähentää liikkumattomuudesta koituvia terveyshaittoja. (Huttunen 2015.) Tavoitteena on, että jatkossa Arkeen Voimaa – ryhmiin osallistuvat pitkäaikaissairaat eivät koe liikuntaa liian ahdistavana tai pakkopulhana, vaan huomaavat, että pienistä teoista voi lähteä liikkeelle, jolloin ehkä pystyy ja ehkä kykenee ja toivottavasti jopa onnistuu arki- ja hyötyliikunnan avulla.

## 7.1 Arviointi

Kehittämisprojekti eteni suunnitelman mukaisesti, tähän vaikutti projektipäällikön oma sitoutuneisuus sekä henkilökohtainen motivaatio valmistua puoli vuotta aikaisemmin. Tämän kehittämisprojektin tavoitteena oli päivittää Arkeen Voimaa – vertaisohjaajille uudet manuaalit liikunnan osalta ja ne myös tehtiin. Projektipäällikkö perehtyi ensin kirjallisuuteen, jota löytyi runsaasti ja työtä joutui jopa rajaa-

maan. Myöhemmin teoreettinen viitekehys alkoi hiljalleen muotoutua. Teoreettinen viitekehys tämän kehittämistyön osalta tuntui projektipäälliköstä aluksi vaikealta hahmottaa, koska tutkimusongelmana oli vanhojen manuaalien uudelleenkäyttö.

Projektipäällikkö myös ymmärsi paremmin Arkeen Voimaa – ryhmän toimintaa, kun hän oli itse osallistunut siihen. Hän pääsi paikalla viisi kertaa kuudesta. Projektipäällikköä jäi hiukan harmittamaan se ainoa kerta, jolloin hän ei päässyt osallistumaan ryhmään (matkan vuoksi), koska silloin olisi teemana ollut nimenomaan liikunta. Toisaalta joka viikko ryhmässä asetettiin viikkotavoite, joka ryhmäläisillä liittyi usein liikkumiseen. Muutaman ryhmäläisen viikkotavoitteena oli kävellä 15 minuuttia viikon aikana. Tämä ei täytä terveysliikuntasuosituksia, mutta tuo 15 minuuttia on terveyden kannalta jo parempi kuin ei mitään. Lisäksi se voi olla jo pieni muutos uuteen suuntaan. Tuosta vartista voi tulla tapa, se voi jäädä osaksi arkea ja ehkä jopa hiukan lisääntyä. Elämä on täynnä valintoja; mihin ja miten aikaansa käyttää sekä kuinka paljon on valmis ponnistelemaan. Monesti tässä kohtaa ihmiseltä loppuu usko ja motivaatio ja siksi vertaisryhmä toimii hyvänä tukena.

Manuaalien uudelleenkäytössä projektipäällikkö oli käyttänyt osittain pohjana eläkeikäisten KKI (Kunnossa kaiken ikää) -oppaita ja muokkasi vielä niitä kevyemmiksi. Passiivisesta istumisesta ja pitkäkestoisesta istumisesta hän etsi uusinta tutkimustietoa ja kirjoitti manuaaleihin niistä oman kappaleen. Tällaista ei vanhoissa manuaaleissa ollut. Manuaalien kirjoittamisessa oli haaste arvioida kuinka pitkiä ohjeistuksista voi tehdä. Lisäksi projektipäällikkö oli ajatellut, että mikäli manuaaleissa on esimerkkejä reilusti, niin vertaisohjaajat poimivat niistä itselle sopivat, eivät siis lue kaikkia. Näin ei kuitenkaan vertaisohjaajat olleet ajatelleet, mikä ilmeni haastatteluissa.

Tutkimuksen toisena tehtävänä oli myös saada palautetta vertaisohjaajilta uusien manuaalien toimivuudesta. Tätä varten projektipäällikkö teki kaksi teemahaastattelua, joihin osallistuivat Turun ja Tampereen kaupunkien Arkeen Voimaa – vertaisohjaajat. Turussa vertaisohjaajia oli 3 ja Tampereella 4 henkilöä, mutta Tampereen osalta vastaukset kirjattiin yhden henkilön vastauksina.



Kaupunkien välisissä tuloksissa tuli yhteneväisiä korjausehdotuksia muun muassa manuaalien lyhentämisestä ja ulkoasun selkiyttämistä lukemisen helpottamiseksi. Mutta haastatteluissa oli myös eroavaisuuksia; kävi esimerkiksi ilmi, että Tampereella siivoaminen koettiin erittäin negatiiviseksi ja Turussa hyvinkin positiiviseksi hyötyaskareeksi. Tampereella oltiin hyvin voimakkaasti siivoamista vastaan, koska heidän ryhmäläiset olivat kokeneet siivouksen pelkästään ikäväksi ja välttämättömäksi velvollisuudeksi. Sen sijaan Turun vertaisohjaajat olivat sitä mieltä, että siivoamiset tulee ehdottomasti sisältyä manuaaleihin, koska heillä taas monet ryhmäläiset olivat ottaneet kodin jonkun osa-alueen siivoamisen omaksi liikkumisen viikkotavoitteeksi. Tutkimusten mukaan (Vuori 2007) kotitaloustöiden vaikuttavuudesta ei ole riittävästi näyttöä, jotta niitä voitaisiin suositella terveyttä edistävänä liikuntana, elleivät ne ole erityisen raskaita kuten esimerkiksi lumenluonti, mutta suomalaistutkimuksen mukaan Suomessa harrastetaan eniten arki- ja hyötyliikuntana nimenomaan kotitöitä ja siivoamista (Saarela ym. 2015). Pohdinnan jälkeen projektipäällikkö päätyi kompromissiin ja vähensi arki- ja hyötyliikunnasta siivouksiin liittyviä mainintoja, mutta ei poistanut aivan kaikkia, koska osa vertaisohjaajista koki ne niin käyttökelpoisiksi ja erinomaisiksi ja jos joitakin ihmisiä aktivoi siivoaminen, niin sekin on parempi kuin passiivinen istuminen. Runsaalla istumisella on todettu yhteys erityisesti ylipainoon ja useiden pitkäaikaissairauksien ilmaantumiseen (Helajärvi ym. 2013).

Teemahaastattelussa projektipäällikkö käytti itse miettimiä kysymyksiä ja kysymykset olivat hänen mielestään riittävät ja kattavat, mutta haastateltavia olisi voinut olla tutkimuksen luotettavuuden kannalta enemmän. Turusta osallistui 2 ja Tampereelta 3 henkilöä. Tutkimuksen luotettavuutta laski myös se, että yksi haastateltava puhui poissaolijoiden (kahden muun) puolesta. Projektipäällikkö hiukan hämmentyi tästä, koska haastateltavathan eivät tieneet mitä kysymyksiä haastattelussa esitetään. Tässä tilanteessa projektipäällikkö ei pysynyt myöskään arvioimaan, mitkä vastaukset kuuluivat haastatteluun osallistuneelle itselle ja mitkä olivat poissaolijoiden vastauksia. Luotettavuuskysymyksen projektipäällikkö ratkaisi siten, että hän piti tamperelaisen haastattelua yhden ihmisen vastauksina.

Mielenkiintoista olisi ollut myös tietää, olisivatko vastaukset muuttuneet, mikäli vertaisohjaajia olisi otettu myös muualta päin Suomea. Projektipäällikkö jäi myös pohtimaan sitä, että teemahaastattelu sopi ryhmähaastattelutilanteeseen, mutta mikäli kysymykset olisi lähetetty paperiversiona tai sähköisesti, niin olisiko vastauksia saatu enemmän?

Kaksi Arkeen Voimaa -vertaisohjaajaa oli kokeillut vielä testivaiheessa olleita manuaaleja jo ryhmässä, mikä ei ollut projektipäällikön mieleen, mutta toisaalta nyt heillä oli kertoa testattua tietoa siitä, että manuaalit olivat käytännössä liian pitkät, jolloin aika ryhmälle sovittu aika oli loppua kesken. Myös teemahaastattelut vahvistivat, että uudet manuaalit sopivat paremmin pitkäaikaissairaille.

Projektipäällikön taidot karttuivat aikataulujen laatimisen, yllättävien tilanteiden sekä suunnitelmallisuuden suhteen projektin etenemisen myötä. Työelämän mentoria projektipäällikkö tarvitsi arvioimaan ajoittain tuotoksiaan, etenkin siinä vaiheessa, kun manuaalit olivat alustavassa kirjallisessa muodossa.

Projektipäällikön suunnitelmissa oli valmistua toukokuussa 2017 ja mikäli aikataulut olisivat pettäneet, niin valmistuminen olisi siirtynyt puolella vuodella eteenpäin. Tämä ei olisi vaikuttanut projektin läpiviemiseen epäonnistumisena, vaan lähinnä projektipäällikön henkilökohtaiseen toteutussuunnitelmaan ja intresseihin pysyä aikataulussa. Projektipäällikkö pysyi kuitenkin aikataulussa, vaikka se vaati ajoittain isoja ponnisteluja ja tarkkaa suunnitelmallisuutta.

Projektipäällikkö oli tyytyväinen lopputulokseen, koska manuaalien kirjoittaminen ei ollut aivan yksinkertaista; hänen piti usein miettiä, millainen teksti on hyvää ja sujuvaa äidinkieltä. Tämän lisäksi oli huojentavaa, että työelämän mentori oli tyytyväinen uusiin manuaaleihin. Arkeen Voimaa -vertaisohjaajien lopullinen tyytyväisyys tulee näkymään vasta siinä vaiheessa, kun he aloittavat uusien manuaalien käytön käytännössä.

Projektipäällikön tekemät manuaalit tullaan vielä muuttamaan Arkeen Voimaa -ohjelman ulkoasuun sopiviksi sekä lopullinen viimeistelty versio jaetaan kaikille kaupungeille ja kunnille, jossa Arkeen Voimaa -ohjelma toimii, mutta projektipäällikön osuus päättyi tähän.

## 7.2 Jatkoehdotus

Mielenkiintoista olisi myös jatkossa tietää miten Arkeen Voimaa -ohjelmaan osallistuvat kokevat arki- ja hyötyliikunnan eli asiaa voisi tarkastella ryhmäläisten näkökannalta. Kokevatko he ne aktivoivaksi ja millä tavoin he ovat niitä hyödyntäneet. Tämä voisi olla luontevaa jatkoa tälle kehittämisprojektille.

## LÄHTEET

Aaltola, J. (toim.) & Valli, R. (toim.) 2010. Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Juva: WS Bookwell.

Adams, N.; Poole, H. & Richardson, C. 2005. Psychological Approaches to Chronic Pain Management. Journal of Clinical. Vol. 15.

Alaranta, M.; Seppälä, K. & Koskue, V. 2009. Murtumatta mukana – lujutta liikumalla. Opas ikääntyvien vertaisliikunnan ohjaamiseen. Multiprint.

Alasuutari, P. 1999. Laadullinen tutkimus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.

Andersen, L.; Schnohr, P., Schroll, M. & Hein, H. 2000. All-cause mortality associated with physical activity during leisure time, work, sports, and cycling to work. Viitattu 26.3.2017: [http://www.eltis.org/sites/eltis/files/case-studies/documents/anderson\\_et\\_al\\_2008\\_all-cause\\_mortality\\_5.pdf](http://www.eltis.org/sites/eltis/files/case-studies/documents/anderson_et_al_2008_all-cause_mortality_5.pdf).

Blondel, B. 2012. Valuing Health Benefits of Cycling. 2012 'HEAT for cycling' workshops ECF. Viitattu 26.3.2017: <https://ecf.com/files/wp-content/uploads/2012-HEAT-for-Cycling-workshops.pdf>.

Booth, F.; Roberts, C. & Lave, M. 2012. Lack of exercise is a major cause of chronic diseases. Viitattu 5.11.2016: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4241367/>.

Dawson C. 2009. Introduction to Research Methods. Glasgow: Bell & Bain.

Desapriya, E. 2006. Barriers for healthy life styles. Viitattu 26.3.2017: [http://www.cmaj.ca/content/174/6/801.short/reply#cmaj\\_el\\_3819](http://www.cmaj.ca/content/174/6/801.short/reply#cmaj_el_3819).

Ede, A.; Sullivan, P. & Feltz, D. 2017. Self-doubt: Uncertainty as a motivating factor on effort in an exercise endurance task. *Psychology of Sport and Exercise*. Vol. 28.

Ekström, K. 2014. *Simply well. Neljä askelta terveyteen*. EU: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Elhakeem, A.; Hardy, R., Bann, D., Caleyachetty, R., Cosco, T., Hayhoe, R., Muthuri, S., Wilson, R. & Cooper, R. 2016. Intergenerational social mobility and leisure-time physical activity in adulthood: a systematic review. Viitattu 26.3.2017: <http://jech.bmj.com/content/early/2016/12/15/jech-2016-208052>.

Elomaa, M. & Estlander, A-M. 2009. Miten kivusta tulee krooninen? Teoksessa Kalso, E.; Haanpää, H. & Vainio, A. (toim.) 2009. *Kipu*. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Enseki, K.; Harris-Hayes, M., White, D., Cibulka, M., Woehrke, J. Fagerson, T. & Clohisy, J. 2014. Non-arthritic Hip Joint Pain. Viitattu 10.10.2016: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4399382/>.

Eskola, J. & Suoranta, J.1998. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.

Fogelholm, M.; Vuori, I. & Vasankari, T. 2011. *Terveysliikunta*. Keuruu: Otavan Kirjapaino.

Gordon, C. & Galloway, T. 2016. Review of Findings on Chronic Disease Self-Management Program (SDSMP) Outcomes: Physical, Emotional & Health-Related Quality of Life, Healthcare Utilization and Costs. Stanford Patient Education Research Center Viitattu 20.1.2017: [http://patienteducation.stanford.edu/research/Review\\_Findings\\_CDSMP\\_Outcomes1%208%2008.pdf](http://patienteducation.stanford.edu/research/Review_Findings_CDSMP_Outcomes1%208%2008.pdf).

Hakemeh, V.; Esae, M. & Fazlollah, A. 2017. The Challenge of Adherence from Treatment-Care Regimens Among Patients With Chronic Diseases: A Qualitative Study. *Iranian South Medical Journal*. Vol 19.

Hansen, A. & Sundberg, C.J. 2014. Hälsä på recept. Träna smartare må bättre lev länge. Stockholm: BALTOprint.

Heiskanen, T. & Hiisijärvi, S. Vertaisryhmä ja sen ohjaaminen. Viitattu 29.5.2016: <http://www.ela.fi/akatemia/ryhmienohjaaminen.php>.

Helajärvi, H.; Pahkala, K., Raitakari, O., Tammelin, T., Viikari, J. & Heinonen O. 2013. Istu ja Pala! Onko istuminen uusi terveysuhka? *Duodecim*. Vol. 129.

Helander, N. & Revonsuo, S. (toim.). 2006. Turku liikkeellä. Liikuntaa terveyden edistämiseksi. Eura: Eura Print.

Herring, M.P.; O'Connor, P.J. & Dishman, R.K. 2010. The effect of exercise training on anxiety symptoms among patients. *Archives of Internal Medicine*. vol. 170.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2010. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Tallinna: Tallinna Raamatutrükikoda.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Huttunen, J. 2015. Mitä maailma sairastaa? *Duodecim*. Vol. 11.

Huttunen, J. 2015. Terveysliikunta – kuntoa, terveyttä ja elämänlaatua. Viitattu 7.8.2016: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00934](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00934).

Hyvärinen, J. & Sallinen T. 2015. The Book of You. Italia: L.E.G.O.S.p.A.

Itkonen, H. & Kauravaara, K. (toim.). 2015. Liikunta kansalaisten elämäntilussa. Liikunnan ja kansanterveydenjulkaisuja 296. Jyväskylä: Grano.

Janowski, K.; Steuden, S. & Kurylowicz, J. 2010. Factors Accounting for Psychosocial Functioning in Patients with Low Back Pain. *European Spine Journal*. Vol 19.

Kananen, J. 2013. Case-tutkimus opinnäytetyönä. Tampere: Juvenes Print.

Kangasniemi, A. & Kauravaara, K. 2016. Kohti muutosta- Arvo- ja hyväksyntä-pohjainen lähestymistapa liikunnan ja terveyden edistämässä. Vantaa: Digi-paino Kirjaksi.Net.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro.

Kantola, A. & Kautto, M. 2002. Hyvinvoinnin valinnat. Suomen malli 2000-luvulla. Helsinki: Edita Publishing.

Kari, O.; Niskanen, T., Lehtonen, H. & Arsalankoski, V. 2013. Kuntoutumisen tukeminen. Helsinki: Sanoma Pro.

Kaukkila, V. & Lehtonen, E. 2007. Ryhmästä enemmän. Ei kustannuspaikkaa: Dark.

Kettunen, R.; Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A & Ihalainen, J. 2009. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki: WSOYpro.

Keränen, K. 2014. Kunnan vuodet. Keuruu: Katja Keränen ja Kustannusosakeyhtiö Otava.

KKI 2014a. Eläkevuodet edessä. Viitattu 17.7.2016 [http://www.kkiohjelma.fi/filebank/2034-KKI\\_Elakevuodet\\_FINAL\\_kevyt.pdf](http://www.kkiohjelma.fi/filebank/2034-KKI_Elakevuodet_FINAL_kevyt.pdf).

KKI 2014b. Kunnossa kaiken ikää – Aktiivisena arjessa. Viitattu 21.8.2016: [http://www.kkiohjelma.fi/filebank/1506-KKI-AktiivisenaArjessa\\_2014\\_web.pdf](http://www.kkiohjelma.fi/filebank/1506-KKI-AktiivisenaArjessa_2014_web.pdf)

KKI 2014c. Matka hyvään kuntoon. Viitattu 17.7.2016: [http://www.kkiohjelma.fi/filebank/1385-matka\\_hyvaan\\_kuntoon\\_netti.pdf](http://www.kkiohjelma.fi/filebank/1385-matka_hyvaan_kuntoon_netti.pdf).

Kokkonen, T-M. & Wallace, V. 2015. Kokonaisuus ratkaisee pitkäaikaissairaiden hoidossa. Suomen Lääkärilehti. Vol. 3-4.

Koistinen, P. (toim.) 2009. Työn hiipuvat rajat. Tutkielmia palkkatyön, hoivan ja vapaaehtoistyön muuttuvista suhteista. Helsinki: Multiprint.

Koivisto, N.; Lehikoinen, K., Pasanen-Willberg, R., Ruusuvirta, M., Saukkonen, P., Tolvanen, P. & Veikkolainen, A. (toim.) 2010. Kolmannella lähteellä. Hyvinvointipalveluja kulttuurin, liikunnan ja nuorisotyön aloilta. Art-Print.

Korhonen, R.; Norja, H. & Välimäki, S. (toim.) 2015. Arkeen Voimaa – pienin muutoksin kohti sujuvaa arkea. Helsinki: Lönnberg Print & Promo.

Koski, T. & Virtanen, M. 2005. TULOS. Liiketoiminnan suunnittelulla menestykseen. Keuruu: Otavan Kirjapaino.

Kujala, U.; Kukkonen-Harjula, K. & Tikkanen, H. 2015. Liikunta pitkäaikaissairauksien hoidossa ja kuntoutuksessa. Duodecim. Vol. 131.

Kujala, U. 2014. Liikunta kroonisten sairauksien hoidossa. Suomen Lääkärilehti. Vol. 69.

Kukkonen-Harjula, K. 2014. Liikkuuko potilaasi terveytensä kannalta riittävästi? Suomen lääkäri-lehti Vol. 25–32.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.

Kyrö, P. 2004. Tutkimusprosessi valintojen polkuna. Saarijärvi: Saarijärven Offset.

Laamanen, K. & Tuominen, K. 2011. Process management excellence criteria. Vantaa: Hansaprint.

Larsson, A.; Palstam, A., Löfgren, M., Ernberg, M., Bjersing, J., Bileviciute-Ljungar, I., Gerdle, B., Kosek, E. & Mannerkorpi, K. 2015. Resistance exercise improves muscle strength, health status and pain intensity in fibromyalgia—a randomized controlled trial. Arthritis research & therapy. Vol. 17.

Lawlor, D.; Taylor, M., Bedford, C. & Ebrahim, S. 2002. Is housework good for health? Levels of physical activity and factors associated with activity in elderly women. Results from the British Women's Heart and Health Study. Journal of Epidemiology Community Health. Vol. 56.



Leikola, M. 2011. Sairaat elämät. Suomalaisten terveydenhuollon korjauspaketti. Helsinki: Unigrafia.

Leino-Kilpi, H.; Mäenpää, I. & Katajisto, J. 1999. Pitkäaikaisen terveysongelman sisäinen hallinta. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino.

Liikuntatieteellinen Seura ry. 2016. Soveltava liikunta. Viitattu 21.8.2016: <http://www.lts.fi/soveltava-liikunta>.

Loring, K.R.; Sobel, D.S., Ritter, P.L., Laurent, D. & Hobbs, M. 2001. Effect of a self-management program on patients with chronic disease. *Effective clinical practice* Vol. 6.

Lämsä, A-M. & Päivike, T. 2010. Organisaatiokäyttämisen perusteet. Helsinki: Edita Prima.

Mattila-Aalto, M. 2014. Kuntoutuskumppanuus ja resurssisidonnainen valta. *Kuntoutus-lehti*. Vol. 1.

Metsämuuronen, J. 2000. Metodologian perusteet ihmistieteissä. Viro: Jaabes.

Miranda, H. 2016. Ota kipu haltuun. Keuruu: Otavan Kirjapaino.

Nummenmaa, M. & Seppänen L. 2014. Kestävä muutos – kohti kevyempää ja parempaa elämää. Saarijärvi: Saarijärven Offset.

O'Donovan, G.; Blazeovich, A.J, Boreham, C., Cooper, A.R., Crank, H., Ekelund, U., Fox, K.R., Gately, P., Giles-Corti, B., Gill, J., Hamer, M., McDermott, I., Murphy, M., Mutrie, N., Reilly, J.J., Saxton, J.M. & Stamatakis, E. 2010. The ABC of physical activity for health: a consensus statement from the British Association of Sport and Exercise Sciences. *Journal of Sports Sciences*. Vol. 28.

Ojanen, M.; Svennevig, H., Nyman, M. & Halme, J. 2001. Liiku oikein – voi hyvin. Liikunnan merkitys hyvinvoinnille. Tampere: Tammer-Paino.

Ory, M.; Sangham, A., Jiang, L., Lorig, K., Ritter, P., Laurent, D., Whitelaw, N. & Smith, M. 2013. National Study of Chronic Disease Self-Management Six-Month

Outcome Findings. Viitattu 19.2.2017: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0898264313502531>.

Paasivaara, L.; Suhonen, M. & Virtanen, P. 2011. Projektijohtaminen hyvinvointipalveluissa. Tallinna: Tallinna Raamatu- ja kirjanduskeskus.

Pelin, R. 2011. Projektihallinnan käsikirja. Keuruu: Otavan Kirjapaino.

Quested, E., Ntoumanis, N., Thøgersen-Ntoumani, C., Hagger, M. & Hancox, J. 2017. Evaluating quality of implementation in physical activity interventions based on theories of motivation: current challenges and future directions, *International Review of Sport and Exercise Psychology*, Vol. 10.

Raninen, A.; Raninen, T., Toni, I. & Tornaesus, G. 2008. Mathildan muodonmuutos. Kansalais- ja vapaaehtoistoiminnan uudet kasvot. Helsinki: WSOY.

Riddel, M.; Gallen, I., Smart, C., Taplin, C., Adolfsson, P., Lumb, A., Kowalski, A., Rabasa-Lhoret, R., McCrimmon, R., Hume, C., Annan, F., Graham, C., Galassetti, P., Jones, T., Millán, I., Heise, T., Peters, A., Petz, A. & Laffel, L. 2017. Exercise management in type 1 diabetes: a consensus statement. Viitattu 22.3.2017: [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587\(17\)30014-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587(17)30014-1).

Rintala, P.; Huovinen, T. & Niemelä, S. 2012. Soveltava liikunta. Tampere: Tammerprint.

Ronkainen, S.; Pehkonen, L., Lindblom-Yläne, S. & Paavilainen E. 2011. Tutkimuksen voimasanat. Porvoo: WSOYpro.

Routasalo, P.; Airaksinen, M., Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2010. Pitkäaikaissairaanhoidon opastus. *Suomen lääkärilehti*. Vol. 21.

Routasalo, P.; Airaksinen, M., Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. *Duodecim*. Vol. 125.

Saaranen-Kauppinen A. & Puusniekka A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkajulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietovarasto

[ylläpitäjä ja tuottaja]. Viitattu 11.9.2016: [http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6\\_3\\_2.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3_2.html).

Saarela, H.; Mäki-Opas, T., Silvennoinen, K. & Borodulin, K. 2015. Sosiodemografiset erot suomalaisten hyötyliikunnassa. Liikunta ja Tiede Vol. 52.

Stephoe, A.; Oliveira, C., Demakakos, P. & Zaninotto, P. 2014. Enjoyment of life and declining physical function at older ages: a longitudinal cohort study. Viitattu 26.3.2017: <http://www.cmaj.ca/content/186/4/E150.full?sid=b0a8c593-9e3c-458e-9d01-f80d5c81cd53>.

Suomen Kuntaliitto 2016. Arkeen Voimaa. Viitattu 16.9.2016: <http://www.arkeenvoimaa.fi/>.

Tamminen, R. 1993. Tiedettä tekemään! Jyväskylä: Atena Kustannus.

Tarnanen, K.; Kesäniemi, A., Kettunen, J., Kujala, U., Kukkonen-Harjula, K. & Tikkanen, H. 2010. Liikunta on lääke (Liikunta-suositus). Viitattu 13.8.2016: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=khp00077](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00077).

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2016. Kansantaudit. Viitattu 21.4.2016: <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit>.

Tilastokeskus. n.d. Tilastollinen tiedonkeruu – verkko-oppimateriaali. Viitattu 6.3.2016: <https://www.stat.fi/virsta/tkeruu/01/07/>

Trost, S.G.; Owen, N., Bauman, A.E., Sallis, J.F. & Brown, W. 2002. Correlates of adult's participation in physical activity and updated. Medicine and Science in Sports and Exercise. Vol. 34.

Turun kaupunki hyvinvointitoimiala 2013. Turun kaupungin intranet. Tulostettu: 23.2.2016.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Viitattu 17.11.2016: <http://www.tenk.fi/fi/ohjeet-ja-julkaisut>.

UKK-Instituutti 2016. Terveysliikunta. Viitattu 21.8.2016: [http://www.ukkinstituutti.fi/tietoa\\_terveysliikunnasta](http://www.ukkinstituutti.fi/tietoa_terveysliikunnasta).

Vijay V. 2012. Eroon kivusta. Porvoo: Bookwell.

Viikari-Juntura, E. & Heliövaara, M. 2015. Tuki- ja liikuntaelämistön sairauksien ja vammojen epidemiologia ja ehkäisy. Viitattu 19.8.2016: [http://www.terveysportti.fi/dtk/tyt/avaa?p\\_artikkeli=fys00003](http://www.terveysportti.fi/dtk/tyt/avaa?p_artikkeli=fys00003).

Viinamäki, L & Saari, E. 2007. Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan Kirjapaino.

Vuori, I. 2007. Terveys-, pätkä- ja arkiliikunta tehokkaita- Ovatko nykyiset suositukset kohdallaan? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Vol. 123.

Vuori, I.; Taimela, S., Kujala, U. (toim.) 2005. Liikuntalääketiede. Hämeenlinna: Karisto.

Warburton, D.; Nicol, C. & Bredin, S. 2006. Health benefits of physical activity: the evidence. Viitattu 26.3.2017: <http://www.cmaj.ca/content/174/6/801.full>.

Whitehead, B. & Blaxton, J. 2017. Daily Well-Being Benefits of Physical Activity in Older Adults: Does Time or Type Matter? Viitattu 26.3.2017: <https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/doi/10.1093/geront/gnw250/3063929/Daily-Well-Being-Benefits-of-Physical-Activity-in?redirectedFrom=fulltext>.

Yamamoto, S.; Hotta, K., Ota, E., Mori, R. & Matsunaga, A. 2016. Effects of resistance training on muscle strength, exercise capacity, and mobility in middle-aged and elderly patients with coronary artery disease: A meta-analysis. Journal Cardiol. Vol. 68.

Zwerink, M.; Brusse-Keizer, M., van der Valk, P.D., Zielhuis, G.A., Monninkhof, E.M., van der Palen, J., Frith, P.A. & Effing, T. 2007. Self-management for patients with chronic obstructive pulmonary disease. Viitattu 15.8.2016: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0011736/?report=printable>.

# Uudet manuaalit

25 min

## Liite 1. Johdatus arkiliikunnan lisäämiseen (ohjaajan käsikirja)

1. **Sano omin sanoin:** Arki voi olla haastavaa, mikäli sinulla on jokin krooninen sairaus. Sairaudesta huolimatta voit yrittää ylläpitää kuntoasi ja nauttia liikkumisesta.

Mutta miksi niin usein patistetaan liikkumaan? Koska useissa tutkimuksissa on todettu, että liikkumista lisäämällä pystytään vähentämään sairastumisriskejä, helpottamaan nykyisiä kipuja sekä sillä pystytään vaikuttamaan huonoon kuntoon tai ylipainaisuuteen.

Tänään keskustellaan siitä, miten saa tukea säännölliseen liikkumiseen. Aloita pienin askelin, koe onnistumisen iloa ja hyvää oloa. Tavoitteena on totuttaa pikkuhiljaa säännöllisempään liikkumiseen. On myös tärkeää, että löydät ne liikkumistavat, jotka tuntuvat sinusta itsestäsi mukavilta. Liikunnalliset pikkuteot liittyvät jokapäiväiseen liikuntaan. Ne tarkoittavat yksinkertaisia ja helposti toteutettavia liikuntasuorituksia, jotka sopivat mukavasti arjen rutiineihin.

Arki- eli hyötyliikunnan merkitys arjessa on suuri. Päivittäisillä valinnoilla voi vaikuttaa merkittävästi omaan peruskuntoon, vireystilaan sekä omaan mielialaan. Liikkeelle lähtö ja pienikin aktiivisuus pitävät mielen ja kehon virkeänä ja vahvistavat myös muistia.

Omasta kunnosta huolehtiminen on tärkeää oman henkisen ja fyysisen hyvinvoinnin kannalta. Arkiliikunnan lisääminen on ensimmäinen askel henkilökohtaisen hyvinvoinnin edistämiseen. Arkiliikunnan voi aloittaa, vaikka tänään. On hyvä kuitenkin muistaa aloittaa liikkuminen maltilla ja lisätä sitä vähitellen, kunnes keho tottuu siihen. Aluksi lihakset voivat jopa kipeytyä, sitä ei kannata pelästyä, koska se kuuluu asiaan.

Liikunta toki edistää terveyttä ja pitkäikäisyyttä, mutta sen voi hyvin tehdä arkipäivän askareina kuten koti- tai puutarhatöinä. Monet kotityöt ovat arkiliikuntaa parhaimmillaan, kuten esimerkiksi imurointi, pölyjen pyyhintä, lattioiden ja ikkunoiden pesu. Mikäli asut kerrostalossa, niin voit välillä valita portaat hissien sijaan.

Kun pikkuhiljaa alkaa toimia arjessa hiukan tarmokkaammin, niin huomaa kuinka arkirutiineihin saa lisää voimia ja energiaa. Liikkuminen vähentää ylimääräisen rasvan määrää, alentaa kohonnutta verenpainetta ja edistää muistin toimintaa. Lisäksi säännöllinen liikkuminen vahvistaa luita ja lihaksia sekä parantaa ryhtiä ja kuntoa sekä myös rentouttaa ja parantaa unen laatua.

Kaupassa voi välillä valita portaat liukuportaiden tai hissien sijaan. Portaiden kiipeäminen on tehokasta kuntoilua. Kaupassa voit valita myös ostoskorin ostoskärryjen sijaan, niin käsivarsien lihakset vahvistuvat. Mikäli liikut bussilla, niin voit jäädä yhden pysäkin verran aikaisemmin pois ja kävellä loppumatkan. Pieniä matkoja kannattaa kokeilla kulkea kävellen tai pyöräillen. Kävellessä voi myös pitää istumataukoja esimerkiksi bussikatoksen alla. Arkiliikunnan hyvänä puolena on myös se, ettei se yleensä aiheuta rasitusvammoja tai loukkaantumisia.

Kun oman liikuntatuokion suunnittelee etukäteen, niin se toteutuu todennäköisemmin.

2. **Sano:** Nyt pidämme ideariihen. **Kysy:** Mitä hyötyä on kuntoilusta tai arkiliikunnasta?

3. **Ohjaajille:** Lue lista ja kysy tarvitseeko kukaan selvennystä.

Lisää listaan ne kohdat, joita ei mainittu:

- a. Vahvistaa – sydäntä, keuhkoja ja verisuonia.
  - b. Parantaa lihasvoimaa
  - c. Antaa kestävyyttä ja vastustuskykyä
  - d. Lisää joustavuutta
  - e. Auttaa painonhallinnassa
  - f. Antaa hyvän unen
  - g. Lisää energisyyttä ja vähentää uupumusta
  - h. Vähentää kipuja
  - i. Parantaa tasapainoa, ehkäisee kaatumisia
  - j. Parantaa toimintakykyä
  - k. Vähentää ahdistusta ja nostaa mielialaa
  - l. Auttaa ummetukseen
4. **Sano omin sanoin:** Jokapäiväinen liikkuminen, joko kunto-, terveys- tai arkiliikkuminen auttavat saavuttamaan tai tekemään monia edellä mainittuja asioita.
5. **Sano omin sanoin:** Seuraavassa on esimerkkejä erilaisista arkiliikuntamuodoista, joita voit kokeilla:
- Sienestys, marjastus tai vain metsässä kävely, parantaa tasapainoa
  - Torilla tai kirjastossa käyminen; näet muita ihmisiä, mikä voi piristää mielialaasi.
  - Lapsen tai lapsenlapsen kanssa leikkiminen (sisällä tai ulkona).
  - Pihatöiden tekeminen haravointi ja lumenluonti ovat hyvää harjoitusta lihaskunnolle.
  - Kahlaa talvella pieni lenkki umpihangessa, lumi vastustaa liikettä ja tehostaa askelia.
  - Pysäköi autosi pysäköintialueen kauimpaan laitaan.



- Pidä venyttelytuokio. Keskeytä se mitä olit tekemässä ja venyttele hetki.
- Yritä kävellä kotona pienen matkaa kirja pään päällä. Tämä parantaa ryhtiäsi.

**4. Sano omin sanoin:** Jokapäiväinen liikkuminen auttavat sinua saavuttamaan tai tekemään monia edellä mainittuja asioita.

**5. Sano omin sanoin:** Seuraavassa taulukossa on kolmenlaista tavoitteellisempaa liikuntamuotoa.

#### **Taulukko 8. Kolmenlaista liikuntaa ja tavoitteet**

**Alla on kuntoiluun liittyvää kolme osatekijää, joista kukin voi koota omaan elämäntilanteeseen sopivan kokonaisuuden**

##### **1. Venyttely. Sen tarkoitus on auttaa pitämään kehon vetreänä.**

- Kun on viettänyt yön sängyssä, niin herätä lihakset ja nivelet hitaasti – venyttelemällä käsiä, selkää ja jalkoja.
- Pidä päivällä pieniä venyttelytaukoja arjen lomassa, jolloin pidät venytyksen muutamia sekunteja ja hengität hieman syvempään saadaksesi lihakset rentoutumaan.
- Myös suihkussa ja saunassa voi venytellä, koska lämmin vesi ja lämpö rentouttavat lihaksia tehokkaasti.
- Venyttely sopii usein myös kivunhoitoon.

## 2. Lihaskunnan kohotus. Sen tarkoitus on vahvistaa ja kiinteittää lihaksia.

- Voit käyttää kotona tarrapainoja, käsipainoja tai kuminauhaa apuna. Voit myös kantaa ostoskassia ja tehdä niillä hauisliikkeitä tai nosta hartiat kohti korvia ja laske rauhallisesti alas. Tämä tekee hyvää etenkin jumissa oleville lihaksille kuten niskahartiaseudulle.
- Jalkojen vahvistaminen parantaa myös tasapainoa, nojaa esimerkiksi seinään ja liu'uta selkää seinää vasten alaspäin, jolloin polvet koukistuvat. Paina selkää tiukasti seinää vasten ja yritä jaksaa pysyä tässä asennossa jonkin aikaa.
- Tai voit vahvistaa reisiä istuen ojentamalla polvia suoraksi ja pitämällä jännitys hetken. Vatsalihaksia voit vahvistaa esimerkiksi silloin, kun istut linja-autossa; vedä vatsaa kevyesti sisään, äläkä nojaa penkkiin, vaan yritä pitää hetken aikaa hyvä istuma-asento vatsalihastesi avulla.
- Joskus voit lisätä kotitöihin pieniä ylimääräisiä liikkeitä, kuten esimerkiksi silittäessä tai tiskatessa tee pohjenousuja tai pakarapuristuksia.

**3. Kestävyysharjoittelu. Sen tarkoitus on kohentaa kuntoa vahvistamalla sydäntä, keuhkoja ja hengityslihaksia. Samalla rintakehän liikkuvuus ja ryhti paranevat. Kestävyysharjoittelu tunnetaan myös sydän- ja verisuoniharjoitteluna.**

- Kävely, sauvakävely, hiihto, uiminen, vesijuoksu tai tanssi.
- Kokeile kotona virtuaalipyöräilyä selinmakuulla jalat kohti kattoa ”polkemalla pyörää”
- Laita suosikkikappaleesi soimaan ja kokeile, jos jaksat tanssia koko kappaleen ajan.
- Voit myös laittaa kävelykengät jalkaan ja lähteä tutkimaan lähiympäristöä. Etsi paikka, jossa et ole käynyt aikaisemmin ja ihastele hetki jotakin uutta näkemääsi asiaa.

**6. Ohjaajille:** Pyydä osallistujia katsomaan kirjoistaan kappaletta ja näytä, mistä löytyvät venyttely, voima- sekä tasapainoharjoitukset.

- Tasapaino- ja koordinaatioharjoituksia ovat venyttely- ja voimaharjoitukset ovat hyvin tärkeitä ryhdin kannalta. Nämä harjoitukset keskittyvät keuhonhallintaan, lantioon, polviin ja nilkkoihin.  
**Ohjaajien tulisi itse tutustua kappaleeseen ennen tämän osion ohjaamista.**

**7. Sano omin sanoin:**

- Voit aloittaa aluksi viiden minuutin hitaalla kävelyllä, jonka jälkeen kävelet pari minuuttia reippaammin ja sitten taas pari minuuttia hidasta kävelyä.
- Venyttele ja tee voimaharjoituksia osana lämmittelyä ja jäähdyttelyä ennen ja jälkeen kävelyn.

- On tärkeää muistaa, että aloitat siitä tilanteesta, missä olet nyt ja lisäät hitaasti liikunnan määrää kohti asettamisia tavoitteita.

**8. Sano omin sanoin:** Joskus kroonista sairautta sairastavia huolestuttaa kuntoilun aloittaminen. He ajattelevat, että siitä voi tulla lisää ongelmia. Näin ei kuitenkaan ole. Itse asiassa se on **paljon suurempi riski, jos EI liiku ollenkaan.**

- Kun aloittaa liikkumisen, on hyvä opetella tapoja, joiden avulla liikunta on turvallista. On tärkeää, että tarkkailet, miltä sinusta tuntuu. Esimerkiksi: Jos kipu tai uupumus tuntuu kovemmalta tai pahemmalta kuin ennen kuntoilua vielä 2 tuntia sen jälkeen, kun lopetit liikkumisen, tiedät että teit liikaa.
- Seuraavalla kerralla kannattaa tehdä vähemmän ja pienemmällä teholla. Jos hengästyit tai väsyit liikaa niin, että joudut lopettamaan ennen kuin olet harjoitellut 10 minuutin ajan, teet liikaa ja sinun pitää hidastaa.

**9. Sano omin sanoin:** Jos olet huolissasi tietyistä oireista kuntoilun aikana tai sen jälkeen, etkä tiedä mitä tehdä, katso ohjeita asiakkaan kirjasta kappaleista 6,7 ja 8.

**10. Ohjaajille:** Pyydä osallistujia ajattelemaan jotakin liikuntamuotoa, jota he haluaisivat harrastaa ja sitä, mikä heitä estää tekemästä niin.

**11. Sano:** Teemme nyt ideariihen. **Mikä estää sinua kuntoilemasta?**

**11. Ohjaajille:** Lue lista ja kysy, tarvitseeko joku selvennystä.

**12. Sano omin sanoin:** Nyt kun tiedämme jotakin näistä ongelmista, etsitään ideariihellä ratkaisuja näistä muutamiiin.

**13. Ohjaajille:** Valitse yksi tai kaksi ongelmista ja harjoitelkaa ongelmanratkaisua.

**14. Ohjaajille:** Kannustakaa jokaista valitsemaan jokin kuntoilun tai liikkumisen tavoite ja miettimään, mitä harjoituksia he haluaisivat valita omiin kunto-ohjelmiinsa. Monien mielestä liikuntaan liittyvä toimintasuunnitelma on suureksi avuksi.

#### **Tehtävä 4**

**10 min**

## **KAATUMISEN EHKÄISY JA TASAPAINON PARANTAMINEN**

### **Aineistot**

#### **Taulukko 9, ”Kaatumisvaaran vähentäminen”**

**Sano omin sanoin:** Kaatumisen uhka ja pelko lisääntyvät, kun ihminen sairastuu tai ikääntyy. Tämä pätee erityisesti sellaisiin ihmisiin, joilla on

ongelmia tasapainon säilyttämisen kanssa tai joilla on osteoporoosi eli luukato.

Kaatuminen voi johtaa joskus hyvinkin vakavaan loukkaantumiseen. On tärkeää tietää, kuinka omaa tasapainoa voi parantaa ja siten säästyä kaatumistapaturmilta.

**Sano:** Pidetään ideariihi. **Millaisissa tilanteissa on kaatumisen vaara?**

**Ohjaajille: Lue ääneen ideat ja kysy, tarvitaanko selvennystä**

1. **Sano omin sanoin:** Seuraavassa joitakin tapoja, joilla voi vähentää kaatumisen riskiä.

Tasapainoharjoittelu on tehokkainta kaatumisen ehkäisyä niin kotona kuin ulkona. Tasapainoharjoittelun voi aloittaa, vaikka erityisiä ongelmia tasapainon ylläpitämisessä ei olisikaan. Tasapaino harjaantuu arjen toiminnoissa.

Kun harjoitellaan tasapainoa, niin kaatumisen pelko vähenee. Luottamuksesi kasvaa sitä mukaan, kun koet että hallitset ja tunnet oman kehosi. Tasapainoaistisi aktivoituu ja paranee. Liukkaat kelit ovat yleensä haastavia, joten kannattaa varata aikaa ja suunnitella kävelyreitti etukäteen. Kiihkeitä liikkeitä lisää usein kaatumisriskiä ja vältä ruuhka-aikoja. Sellaisina talvipäivinä, jolloin on oikein liukasta, kannattaa jättää kävelylenkki ulkona väliin tai varustautua laittamalla liukuesteet kenkiin.

Hyviä kotona tehtäviä tasapainoharjoituksia ovat:

- Seiso hetki jalat peräkkäin.
- Nouse matalalle portaalle ja sieltä alas.
- Pese kotona hampaat yhdellä jalalla seisten.

- Kävele takaperin pienen matkaa.
- Haastavuutta lisää se, että samaan aikaan edellä mainittujen kanssa luettelee esimerkiksi miesten nimiä, automerkkejä tai eri eläinlajeja.

Muista kuitenkin turvallisuus liikkeitä harjoitellessasi. Voit esimerkiksi tehdä liikkeet lähellä seinää tai tuolin selkänojaa, joista saat tarvittaessa tukea.

## **ISTU VÄHEMMÄN - VOI PAREMMIN**

Kaikki arjessa tapahtuva aktiivisuus on hyvänä vastakohtana liikkumattomuudelle. Mikäli kyky siirtyä liikkua on heikentynyt, niin yritä kuitenkin keksiä hyviä syitä olla päivittäin liikkeellä, vaikka se vaatisikin hiukan ponnistelua. Sohvan vetovoima on usein suuri ja television ääressä voidaan istua pitkiä aikoja yhteen soittoon ja siihen voi liittyä helposti napostelua.

Runsaalla istumisella on todettu yhteys erityisesti ylipainoon ja useiden pitkäaikaissairauksien ilmaantumiseen. Näitä ovat esimerkiksi sydän- ja verisuonisairaudet sekä diabetes. Pitkäkestoinen istuminen kuormittaa yksipuolisesti kehon tukirakenteita, se aiheuttaa niska- ja alaselkäkipuja sekä se voi aiheuttaa jalkoihin turvotusta.

lääkkäimillä ihmisillä istuminen nopeuttaa lihaskatoa, heikentää lihasten toimintoja ja yleistä liikunta- ja toimintakykyä. Istumista kannattaa tauottaa ja sitä kannattaa yrittää korvata muilla toiminnoilla, kuten tapaamalla ystäviä tai touhuta arjen askareita. Kannattaa yrittää liikkua tavalla, josta itse nauttii. Liikunta-annoksen voi kerätä pienistä annoksista ja kotonakin voi jumpata vaikkapa tekemällä tuolista istumasta ylösnousuja.

### **Omin sanoin:**

**Jokainen voi nyt arvioida kuinka monta tuntia istuu päivässä, tähän lasketaan kaikki istuminen, myös ruokapöydässä syöminen.**

Tutkimusten mukaan terveysriskit kasautuvat raskaimmin heille, jotka sekä istuvat paljon, että karttavat liikuntaa. Istuminen ja muu paikallaanolo lisääntyvät iän karttuessa. Runsaasti istuvan ei tarvitse kuntoilla hiki päässä, vaan ainoastaan yrittää lisätä arkeen hiukan enemmän puuhastelua.

- Istumisen putki kannattaa katkaista ainakin kerran tunnissa tai puolen tunnin välein.
- Nouse seisomaan tai jaloittele vähän.
- Voit silittää vaatteita samaan aikaan, kun katsot televisiota.
- Liikettä syntyy myös pitkin päivää esimerkiksi kauppaan kävellessä, portaita noustessa ja kotitöitä tehdessä.
- Muista myös, että ulkoilma virkistää. Pyydä ystävääsi mukaan ulkoilemaan ja valitse ulkoilureitit siten, että voit tarvittaessa levähtää välillä. Pienikin liikkeelle lähtö on hyödyllistä.

## **KESTÄVYYSHARJOITTELU**

### **Aineistot**

Taulukko 7, ”Oireiden kehä”

Taulukko 12, ”Kohtuullista kestävyysharjoittelua”

Taulukko 13, ”Harjoittelun tehon kontrollointi”

Taulukko 14, ”3 ÄSSÄÄ”



**Sano omin sanoin:**

Viime viikolla puhuttiin erityyppisistä liikuntamuodoista/harjoituksista ja tavoitteista, joilla voi rikkoa oireiden kehän. Tällä viikolla puhutaan kestävyysharjoittelusta, jota joskus sanotaan myös sydän- ja verenkiertoelimistön harjoittamiseksi tai aerobiseksi harjoitteluksi.

Sopivia kestävyyskuntoa parantavia lajeja ovat ne, joissa käytetään mahdollisimman suuria lihasryhmiä, kuten reipas kävely, sauvakävely, hiihto, pyöräily, uinti ja tanssi. Kunnosta riippumatta on tärkeää aloittaa liikkuminen kevyesti ja lisätä räsitusta pikkuhiljaa.

Kestävyysharjoittelu kohottaa pulssia, kiihdyttää hengitystä ja saa ihmisen ponnistelemaan enemmän kuin normaalisti päivän mittaan.

Kestävyysharjoittelua voi olla melkein mitä tahansa kehoa aktivoiva toiminta, ihmisestä, hänen peruskunnosta ja sairauksista riippuen. Jollekulle 5 minuutin kohtuullisen reipas kävely voi olla kestävyysharjoittelua ja jollekin parempikuntoiselle tarvitaan rivakkaa kävelyä tai uimista ennen kuin voidaan puhua kestävyysliikunnasta.

**2. Sano omin sanoin ja osoita Oireiden kehää Taulukossa 7:**

Kestävyysliikunta voi murtaa oireiden kehän monesta kohtaa. Se on erittäin hyvä itsehoitokeino:

- a) Stressiin ja ahdistuneisuuteen
- b) Hankalien tunteiden käsittelyyn
- c) Vähentämään alavireisyyttä ja synkkiä tunteita
- d) Vähentämään uupumuksen tunteita
- e) Paremman yön saamiseksi
- f) Ummetuksen helpottamiseen

Siitä on apua myös:

- g) Lisäenergian saamisessa päivittäisiin toimiin ja tehokkaammin hengittämisessä
- h) Painonhallinnassa
- i) Elimistömme luonnollisten kivunhallintaan vaikuttavien aineiden, kuten endorfiinien erittymisessä.

### **3. Sano omin sanoin: Taulukon 12 mukaan:**

Kohtuullisesti kuormittava liikunta on osa omahoitoa ja kun liikut säännöllisesti, voit huomata, että pystyt kestämaan rasitusta yhä paremmin. Harjoittelu on kuitenkin syytä pitää kohtuullisena, jotta se on turvallista ja tehokasta. Oma keho on paras mittari kertomaan liikunnan sopivuudesta. Kuuntele kehoasi ja luota omiin tuntemuksiisi. Kun aloitat liikkumisen, niin muista myös hengästymisen ja hengenahdistuksen välinen ero. Keskeytä liikunta, mikäli oireesi selvästi pahenevat. Sana ”kohtuullinen” tarkoittaa eri asioita eri ihmisille. Tietyistä merkeistä voi päätellä, että kestävyysliikunta on kohtuullisella tasolla.

### **Taulukko 12. Kohtuullinen kestävyysharjoittelu**

Sano omin sanoin: Liikunnassa yksi tärkeimmistä opittavista asioista on kohtuullinen, ei liian kova harjoittelu. Harjoituksen teho tarkoittaa sitä, kuinka kovaa kehosi työskentelee harjoituksen aikana. Sama harjoitus voi olla erilainen voimakkuudeltaan eri ihmisille sen mukaan, mikä heidän kuntonsa on. Esimerkiksi 5 minuutin hidas kävely voi olla hyvin tehokasta henkilölle, jolla on vaikea reuma tai keuhkosairaus, mutta jollekulle toiselle se voi olla turhakin tehotonta.

Siksi sinun on tärkeää, osata kuunnella itseäsi ja kehoasi, jottet rasita itseäsi liikaa.

### **Sano omin sanoin: Taulukko 13:n mukaisesti:**

Näin voit kontrolloida harjoitteluasi:

#### **Taulukko 13**

#### **Harjoittelun voimakkuuden kontrollointi:**

Puhumistesti: Pystyt keskustelemaan, puhumaan ääneen itseksesi tai lausumaan runoa. Jos sinulla on keuhko-ongelmia, tämä voi olla vaikeaa ja kannattaa kokeilla jotain toista menetelmää.

Rasituksen itse-arviointi: Tyypillisimmillään rasitusoireisto ilmaantuu 4-6 minuutta liikunnan aloittamisen jälkeen ja ovat voimakkaimmillaan, kun olet liikkunut 5-10 minuuttia. Rasitusoireet eivät estä liikkumasta. Voit arvioida omaa rasitustasoasi 0= ei rasitusta ja 10= maksimaalinen rasitus. Kohtuullinen rasitus olisi tasolla 3-5.

Sykemittarin käyttö, johon olet syöttänyt omat tiedot.

Voimakas väsymys liikunnan aikana tai sen jälkeen, voi johtua liian raskasta liikunnasta.

### **4. Sano omin sanoin, käytä taulukkoa 14. ”3 ÄSSÄÄ”**

#### **Harjoittele:**

- Sinulle sopivalla kestolla,
- Säännöllisesti ja
- Säännöstele kohtuudella

”Viisaus ei voi ilmetä,  
eikä taide kukoistaa,  
ei voima kehity,  
ei rikkaus hyödytä,  
ei puhe vaikuta,  
- ellei ole terveyttä!”

Are Waerland