

Toimintarajoitteiden yhteys harrastuksista luopumiseen ja osallisuuteen aikuisväestössä

Saana-Maria Rahko

Opinnäytetyö
Marraskuu 2020
Sosiaali- ja terveysala
Toimintaterapeutti (AMK)

Tekijä(t) Rahko, Saana-Maria	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä Marraskuu 2020
	Sivumäärä 41	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: kyllä
Työn nimi Toimintarajoitteiden yhteys harrastuksista luopumiseen ja osallisuuteen aikuisväestössä		
Tutkinto-ohjelma Toimintaterapeutti (AMK)		
Työn ohjaaja(t) Juntunen, Kristiina & Hilli-Harju, Tanja (JAMK)		
Toimeksiantaja(t) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) tutkii suomalaisten hyvinvointia ja terveyttä, kehittää toimenpiteitä niiden edistämiseksi sekä tuottaa luotettavaa tietoa terveys- ja hyvinvointialan päätöksentekoon. THL:n tilauksesta toteutettiin määrällinen tutkimus toimintarajoitteiden yhteydestä aikuisten ihmisten osallisuuteen ja harrastuksista luopumiseen. Tutkimus toteutettiin Fin Terveys 2017 -tutkimuksessa kerätyllä aineistolla.</p> <p>Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa toimintarajoitteisten aikuisen määrästä sekä toimintarajoitteiden yhteydestä vapaa-ajan harrastuksiin sekä osallistumiseen. Tutkimuksen tarkoituksena oli edistää toiminnallista oikeudenmukaisuutta, selvittää toimintarajoitteiden yhteyttä aikuisen ihmisen harrastuksista luopumiseen sekä vertailla toimintarajoitteisten ja ei-toimintarajoitteisten osallistumista harrastus- ja järjestötoimintaan. Tutkimuksen teoreettisena pohjana ja toimijuuden kuvaajana käytettiin transaktionaalisen toiminnan mallia.</p> <p>Aineisto analysoitiin SPSS-ohjelmalla käyttämällä ristiintaulukointeja, khiin neliö -testiä sekä logistista regressioanalyysiä. Tulosten mukaan toimintarajoitteisia oli 14 % koko aineistosta. Eniten toimintarajoitteita oli vanhemmissa ikäryhmissä. Harrastuksestaan oli joutunut luopumaan puolet toimintarajoitteisista. Toimintarajoite lisäsi harrastuksista luopumisen riskin kolminkertaiseksi. Kokonaisosallisuus oli vähäisempää toimintarajoitteisten keskuudessa, mutta kirkollisiin tai uskonnollisiin tapahtumiin osallistuttiin toimintarajoitteisten keskuudessa aktiivisemmin.</p> <p>Toimintarajoitteisten harrastamista ja osallisuutta tulisi tukea enemmän ja tietoa eri mahdollisuuksista tulisi olla helpommin saatavilla. Toimintarajoitteisten vapaa-ajan harrastuksia ja niiden saavutettavuutta tulisi tutkia laadullisilla menetelmillä, jotta kaikkien toimintarajoitteisten kokemukset ja oma ääni saataisiin varmasti kuuluviin.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Toimintarajoite, vammaisuus, harrastukset, osallisuus, osallistuminen		
Muut tiedot (Salassa pidettävät liitteet) Ei		

Author(s) Rahko, Saana-Maria	Type of publication Bachelor's thesis	Date November 2020 Language of publication: Finnish
	Number of pages 41	Permission for web publication: yes
Title of publication The connection between disabilities and recreation abandonment and involvement in adult population		
Degree programme Occupational Therapy (BA)		
Supervisor(s) Juntunen, Kristiina & Hilli-Harju, Tanja (JAMK)		
Assigned by Finnish Institute for Health and Welfare		
Abstract <p>The Finnish Institute for Health and Welfare (THL) monitors, studies and develops measures to promote Finn's health and well-being and provides reliable information for decision-making in the health and well-being sector. This quantitative study was carried out at THL's request. Research was about finding connections between people with disabilities and adult participation and hobby abandonment. The study was carried out with the data collected in the National Fin Health 2017 Study.</p> <p>The aim of the study was to promote functional justice and to obtain information about the connection between people with disabilities and people's leisure activities and participation. The purpose of the study was to explain the connection between people with disabilities and the abandonment of adult hobbies, to compare the participation of people with disabilities and people with non-disabilities in hobbies and organizations. The transactional model of occupation (TMO) was used as the theoretical basis of the study and as a graph of agency research.</p> <p>The study was carried out with SPSS using cross-tabulations, chi-square test and logistic regression analysis. Approximately 14 % of the entire sample was disabled. Older age groups had the most disabilities and 50 % of the disabled had to give up their hobby. Overall participation was lower among the disabled, but church or religious events were more actively attended among the disabled. The results were significant.</p> <p>More support should be given to the pursuit and inclusion of people with disabilities and information on the various opportunities should be more readily available. The leisure activities of people with disabilities and their accessibility should be researched using qualitative methods to ensure that the experiences and the voice of all disabled are heard.</p>		
Keywords/tags (subjects) disability, limitation, handicap, hobbies, participation, involvement		
Miscellaneous (Confidential information) No		

Sisältö

1	Johdanto	3
2	Transactional Model of Occupation (TMO).....	4
2.1	Geopoliittiset elementit: toimintarajoitteet ja vammaisten oikeudet	8
2.2	Asiakkaaseen liittyvät elementit: harrastukset ja harrastuneisuus	9
2.3	Sosiaalinen ympäristö ja sosiokulttuuriset elementit: osallisuus ja osallistuminen.....	11
3	Tutkimusongelmat.....	12
4	Tutkimusmenetelmät	13
4.1	Aineisto.....	13
4.2	Mittareiden valinta.....	15
4.3	Analysointimenetelmä	18
5	Tutkimustulokset.....	19
6	Johtopäätökset.....	27
7	Pohdinta.....	28
7.1	Tulosten tarkastelu.....	28
7.2	Luotettavuus ja eettisyys.....	37
7.3	Jatkotutkimusaiheet	39
	Lähteet	42

Kuviot

Kuvio 1. TMO-malli (mukaeltu Fisher & Marterella 2019).	6
Kuvio 2. Toimintarajoitteisten ja ei-toimintarajoitteisten ikäjakauma.	20
Kuvio 3. Harrastuksista luopuminen iän mukaan.	23
Kuvio 4. Harrastuksista luopumisen syitä.	24
Kuvio 5. Osallistuminen kerhon, yhdistyksen tai vastaavan toimintaan (%).	25
Kuvio 6. Osallistuminen eri toimintoihin.	26

Taulukot

Taulukko 1. Toimintarajoitteisuuden määrittelyssä käytetyt kysymykset.	17
Taulukko 2. Toimintarajoitteisten määrä aineistossa WG-indeksin mukaan.	20
Taulukko 3. Hyötyliikuntaa, kävelyä ja pyöräilyä sekä kuntoliikuntaa vähintään kerran viikossa harrastavat.	21
Taulukko 4. Harrastuksista luopuneiden osuus (%).	22
Taulukko 5. Harrastuksista luopumisen logistinen regressio.	22
Taulukko 6 Osallistumisen logistinen regressio.	26

1 Johdanto

Ihminen on aktiivinen toimija. Ihminen nauttii tehdessään hänelle itselleen merkityksellisiä ja hyvää mieltä tuottavia asioita, toimiessaan yhdessä muiden kanssa, vuorovaikutuksessa kaltaistensa seurassa sekä toimiessaan hänelle luonnollisessa ympäristössä tuttujen asioiden äärellä. Kulttuurinen sekä sosiokulttuurinen ympäristö kuitenkin muokkaavat toimintaamme, ja ne antavat kehykset toiminnan suorittamiselle sekä sen merkityksellisyydelle.

Monelle harrastaminen, harrastuksiin osallistuminen, vuorovaikuttaminen toisten kanssa ja sosiaaliset tilanteet ovat itsestään selviä arkipäivän asioita. Kaikille niin ei kuitenkaan ole. Toimintarajoitteet vaikuttavat hyvin moninaisesti kaikkiin arkipäivän eri askareisiin ja tilanteisiin, toimintarajoitteen luonteen mukaan. Toimintarajoitteiden vaikutuksista aikuisten ihmisten harrastuselämään ja osallisuuteen on Suomessa saatavilla verrattain melko vähän tutkittua tietoa. Tämän tutkimuksen tarkoituksena onkin saada kuuluvaksi ja näkyväksi toimintarajoitteiden yhteys harrastuksiin, niistä luopumiseen ja osallisuuteen. Toiminnallisen oikeudenmukaisuuden edistäminen yhteiskunnassamme on tärkeää, jotta kaikki voisivat toteuttaa itseään ja tavoitella omia unelmiaan juuri niin kuin itse haluavat. Toiminnallinen oikeudenmukaisuus näkee ihmiset toiminnallisina olentoina, jotka haluavat osallistua ja joiden tarvitsee osallistua toimintaan tarkoituksenaan kehittyä ja kukoistaa (Townsend & Wilcock 2004, 262).

Aihe on erittäin tärkeä ja myös ajankohtainen. Korona-kriisi laittoi tauolle monen ihmisen harrastukset ja muut sosiaaliset suhteet, riippumatta toimintarajoitteista. Eitoimintarajoitteisille paluu pandemiaa edeltävään aikaan on helppoa, mutta toimintarajoitteiset joutuvat päivittäin taistelemaan oikeuksistaan voidakseen tehdä heille merkityksellisiä asioita ja nauttiakseen vapaa-ajan aktiviteetista, jotka ovat heille tärkeitä.

Tutkimuksen tavoitteena on saada ajankohtaista tietoa suomalaisista yli 18-vuotiaista toimintarajoitteisista ja heidän harrastuksistaan ja osallistumisestaan erilaisiin vapaa-ajan toimintoihin. Tutkimuksen tilaajana toimii Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, joka

tutkii suomalaisten hyvinvointia ja terveyttä, kehittää toimenpiteitä niiden edistämiseksi sekä tuottaa luotettavaa tietoa terveys- ja hyvinvointialan päätöksentekoon. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020).

2 Transactional Model of Occupation (TMO)

Transactional Model of Occupation eli *transaktionaalisen toiminnan malli* (TMO) on Occupational Therapy Intervention Process Modelin (OTIPM) kanssa käytettävä käsitteellinen malli, joka ymmärtää toiminnan transaktionaalisen luonteen sekä selittää toiminnan monimutkaisuutta. TMO-malli korostaa yksilön ja ympäristön välisiä suhteita (person-context) sekä näkee toiminnan jatkuvana vasteena vastavuoroisesti toisiaan muokkaaville tilannekohtaisille elementeille (situational elements). (Fisher & Marterella 2019, 16.) TMO-mallissa toiminta nähdään olevan osa erottamattomasti kietoutuneita transaktionaalisia suhteita, jossa monet tilannekohtaiset elementit vastavuoroisesti vaikuttavat toisiinsa ja toiminaan, ja joihin myös toiminta vaikuttaa (Fisher & Marterella 2019, 12).

Holistinen näkemys korostaa, ettei ihmisiä voi erottaa heidän tilannekohtaisista konteksteistaan tai heidän menneisyytensä, nykyhetken tai tulevaisuuden kokemuksista. Juuri se tuo sosiokulttuuriset, geopoliittiset ja ympäristön vaikutukset toimintaan näkyviksi (Fisher & Marterella 2019, 16). Mikä tahansa muutos missä tahansa tilanteita toimintakohtaisessa elementissä vaikuttaa muihin elementteihin, koska elementit ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään (Fisher & Marterella 2019, 18). Arjessa tämä on nähtävissä esimerkiksi siinä, että mekon ompeleminen on huomattavasti helpompaa kotona, jossa ompelukoneen eri toiminnot ja tavaroiden paikat ovat tuttuja, kuin ompelukerhossa, jossa ompelukone voi olla erilainen erilaisine säätöineen. Myös esimerkiksi kaupassa asiointi on helpompaa tutussa lähikaupassa, jossa suunnistus tarvitsemille hyllyille sujuu helpommin verrattuna isommassa ja uudessa kaupassa asiointiin.

Fisher ja Marterella (2019, 16–20) ovat jakaneet TMO-mallin tilannekohtaisiin elementteihin (*situational elements*) ja toiminnallisiin elementteihin (*occupational elements*). Toiminnallisissa elementeissä on kolme toisiinsa yhteen kiedottua elementtiä: toiminnallinen suoriutuminen (*occupational performance*), toiminnallinen kokemus (*occupational experince*) ja osallistuminen (*participation*). Katkoviiva elementtien välillä osoittaa miten kaikki tilannekohtaiset elementit vaikuttavat toisiinsa ja toimintaan, sekä ovat toiminnan vaikutuksen alaisena (kuvio 1, seuraavalla sivulla).

Toiminnallinen suoriutuminen käsittää havaittavissa olevan toiminnan *tekemisen*.

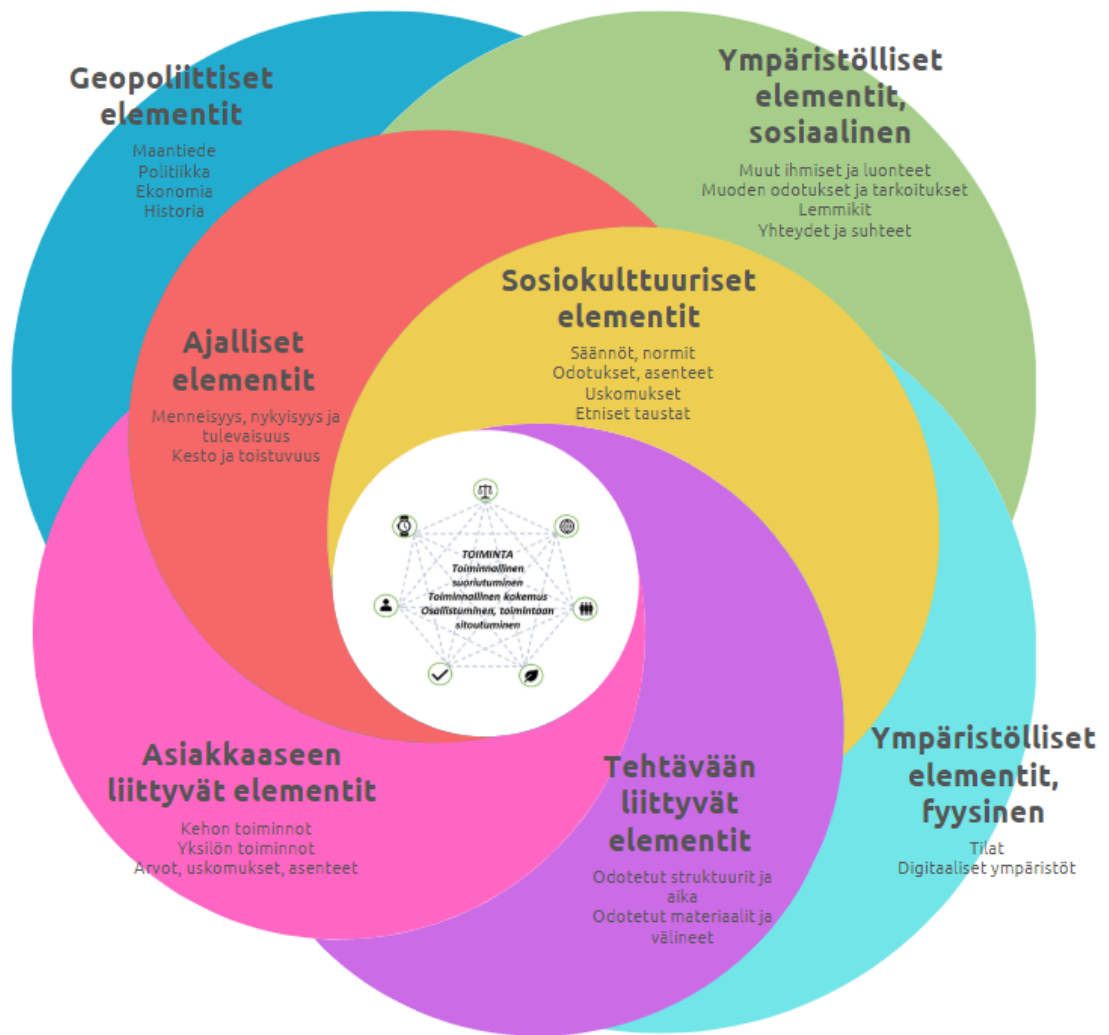
Tähän kuuluvat muun muassa päivittäiset toiminnot, vapaa-aika ja työ (*activities*), syöminen, juominen ja pukeminen (*task performance*) ja pienimmät mahdolliset havainnoitavissa olevat toiminnot (*actions*) sekä taidot, esimerkiksi pallon heitossa taidot tarttua, liikuttaa sujuvasti, aloittaa jne. (*performance skills*).

Toiminnallinen kokemus käsittää toimijan itsensä kokemukset toiminnasta, eli

kuinka tärkeää se hänelle on ja miten hän itse tuntee suoriutuneensa kyseisestä toiminnasta.

Osallistuminen tarkoittaa tässä tapauksessa osallistumista ja siihen sitoutumista,

tunnetta, että tekee jotain arvokasta tai välttämätöntä tai jotain mitä pitää tehdä. Tai tunnetta, että on osallisena johonkin tai hyväksytty tehdessään jotakin.



Kuvio 1. TMO-malli (mukaeltu Fisher & Marterella 2019).

Tilannekohtaiset elementit (kuvio 1) jakautuvat seitsemään erilaiseen elementtiin; sosiokulttuuriset, geopoliittiset, ympäristölliset & sosiaaliset, ympäristölliset & fyysiset, tehtävään liittyvät, asiakkaaseen liittyvät sekä ajalliset elementit. Geopoliittiset elementit käsittävät muun muassa maantieteelliset, poliittiset, taloudelliset sekä historiaan liittyvät tekijät. Sosiokulttuuriset elementit puolestaan pitävät sisällään säännöt ja normit, asenteet, odotukset, jaetut moraalikäsitteet, uskomukset sekä arvot ja tavat. Sosiokulttuuriset elementit ovatkin erilaisia eri taustoista ja eri kulttuureista tulevilla ihmisillä. Ajalliset elementit tarkoittavat toiminnan menneisyyttä, nykyisyyttä ja tulevaisuutta sekä muita ajallisia konteksteja. Sosiaalisen ympäristön elementit tarkoittavat muita ihmisiä ja lemmikkejä, muiden ominaisuuksia ja toisten henkilökohtaisia tarkoituksia ja odotuksia sekä yhteyksiä ja ihmissuhteita. Fyysisen ympäristön elementit puolestaan käsittävät tilat, joissa toiminta tapahtuu, käsin kosketeltavat esineet ja digiympäristöt. Tehtävään liittyvät elementit pitävät sisällään

odotuksenmukaiset välineet, tilat ja materiaalit, tarkoitetut merkitykset ja lopputulokset. Asiakkaaseen liittyvät elementit tarkoittavat toimijan henkilökohtaisia teki-
jöitä, tapoja, rutiineja, rituaaleja, rooleja, asenteita, uskomuksia, kiinnostuksen koh-
teita ja arvoja. Myös toiminnalliset prioriteetit ja kehon toiminnot kuuluvat asiakkaa-
seen liittyviin elementteihin. (Fisher & Marterella 2019, 23–29.)

Ihmisillä on tarve tehdä asioita: sellaisia, joita pitää tehdä, joita halutaan tehdä sekä
joita heidän odotetaan tekevän. Kaikki nämä asiat riippuvat ympäröivästä maail-
masta ja elinympäristöstä. Asioita, joilla on jokin merkitys, tehdään mielellään, mutta
välillä täytyy tehdä myös asioita, jotka eivät ole niin mieluisia. Myös arvot, muiden
ihmisten odotukset ja asuinympäristö vaikuttavat siihen, kuinka toimitaan ja milloin
toimitaan. Esimerkiksi vapaa-ajan toiminnot voivat olla aivan erilaisia Suomessa, Ja-
panissa ja Etelä-Afrikassa. Suomessa rauhoitutaan liikkumalla luonnossa, talvella hyö-
dynnetään lunta vapaa-ajan toiminnoissa ja vieraille tarjotaan kahvia. Japanissa kou-
lutus ja sivistys ovat ihmisille tärkeitä ja vierailulla muiden luona tarjolla on teetä.
Etelä-Afrikassa puhutaan paljon, kaikkialla ja kaikille sekä järjestetään isoja juhlia ja
tanssitaan. Lumesta ja talviaktiiviteeteista päästään nauttimaan hyvin harvoin. Eri
maissa ja kulttuureissa toimintamallit eroavat toisistaan ja ovat yhteydessä muun
muassa maan tapoihin, ympäristöön sekä sosiokulttuurisiin tekijöihin.

Laajemmin ajateltuna ympäristö toimii kontekstina, joka koostuu sosiokulttuurisesta,
maantieteellisestä ja fyysisestä ympäristöstä sekä ajallisista puitteista, jotka toimin-
nan toteuttamiseen vaaditaan. Myös yhteiskunnan taloudelliset ja poliittiset puitteet,
joiden vaikutukset toimintaan on usein tiedostamaton, kuuluvat kontekstiin. Kon-
teksti voi asettaa toiminnalle ehtoja ja velvoittaa tai painostaa tietynlaiseen toimin-
taan, mutta samalla se voi mahdollistaa toimintaa ja toimintaan. (Hautala, Hämäläi-
nen, Mäkelä & Rusi-Pyykönen 2016, 30–33.) Esimerkiksi koronaepidemian aikaan ym-
päristön sosiokulttuuriset ja poliittiset elementit velvoittavat välttämään sosiaalisia
kontakteja ja pysymään kotona, vaikka miten paljon haluttaisiin tavata ystäviä ja mat-
kustella. Kuten TMO-mallin kuvasta näemme (kuvio 1), tilanne vaikuttaa toimintaan
ja toiminta vaikuttaa tilanteeseen (Fisher & Marterella 2019, 15).

Geopoliittiset, sosiokulttuuriset ja asiakkaaseen liittyvät elementit ovat tärkeitä elementtejä, kun pohditaan toimintarajoitteita ja toimintarajoitteisten ihmisten osallistumista ja harrastamista. Nämä kolme elementtiä pitävät sisällään ihmisen henkilökohtaiset tekijät, asenteet, toiminnalliset prioriteetit, kehon toiminnot, yhteydet ja ihmissuhteet, säädökset ja normit, asenteet ja odotukset, yksityisyyden sekä toiminnallisten valintojen kunnioituksen.

2.1 Geopoliittiset elementit: toimintarajoitteet ja vammaisten oikeudet

Geopoliittiset tekijät vaikuttavat ihmisen toimintaan, vaikka ihminen ei sitä aina haluaisi. Geopoliittisiksi elementeiksi lasketaan maantieteelliset, poliittiset, taloudelliset sekä historiaan liittyvät tekijät (Fisher & Marterella 2019, 24). Tähän lukeutuvat siis kaikki resurssit, päätökset, terveydenhuollon linjaukset, menettelytavat sekä toiminnan muutokset.

Asenteet, historialliset tilanteet sekä yhteiskunta ja sen normit määrittelevät vammaisuutta käsitteenä, sillä käsite on aina sidoksissa yhteisöön ja ympäristöön, jossa sitä käytetään. Yhteisöt ovat suuri määrittäjä siinä, kuka on vammaisen henkilö, mutta viime kädessä yksilö itse määrittelee oman vammaisuutensa. Vammaisuutta määritellään myös monien erilaisten palveluiden ja tukien myöntämisen yhteydessä ja tukien myöntämisen kautta. Vammaissopimuksissa käytetään englanninkielistä termiä *persons with disabilities*, joka suomeksi tarkoittaa vammaisia henkilöitä, mutta vammaisuuden lisäksi se tarkoittaa toimintarajoitteisuutta. (Nurmi-Koikkalainen 2017, 10–11.) *Toimintarajoite* -käsitteenä kattaa ruumiin ja kehon vajavuudet sekä suoritus- ja osallistumisrajoitteet (ICF-luokitus, 2014). Tässä työssä toimintarajoite ja vammaisuus-käsitteillä tarkoitetaan samaa asiaa, eli jotain ruumiillista, henkistä, älyllistä tai aisteihin liittyvää vammaa, joka estää ihmisen osallistumisen yhteiskuntaan yhdenvertaisesti muiden kanssa.

Convention on the Rights of Persons with Disabilities (2006) on YK:n yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista (vammaisyleissopimus). Vammaisyleissopimuksen tarkoituksena on ”edistää, suojella ja taata kaikille vammaisille henkilöille täysimääräisesti ja yhdenvertaisesti kaikki ihmisoikeudet ja perusvapaudet sekä edistää

vammaisten henkilöiden synnynnäisen arvon kunnioittamista.” (Suomen YK-liitto 2015, 17). Tässä sopimuksessa vammaisiin henkilöihin kuuluvat ne, ”joilla on sellainen pitkäaikainen ruumiillinen, henkinen, älyllinen tai aisteihin liittyvä vamma, joka vuorovaikutuksessa erilaisten esteiden kanssa voi estää heidän täysimääräisen ja tehokkaan osallistumisensa yhteiskuntaan yhdenvertaisesti muiden kanssa” (Suomen YK-liitto 2015, 17).

Suomen perustuslaissa (L 11.6.1999/731) säädetään ihmisten olevan yhdenvertaisia lain edessä eikä ketään saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan muun muassa sukupuolen, iän, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. YK:n ihmisoikeuksien julistuksessa (Universal Declaration of Human Rights 1948) todetaan ihmisellä olevan oikeus työhön, lepoon, vapaa-aikaan, opetukseen ja yhteisön sivistyselämään osallistumiseen.

Toimintaterapeutin näkökulmana ja yhtenä päämääränä on toiminnallisen oikeudenmukaisuuden varmistaminen yhteiskunnassa, mikä myös osaltaan liittyy vahvasti edellä mainittuihin säädöksiin ja sopimuksiin. Vammaisten oikeuksien toteutumisesta on tehty paljon tutkimuksia, vuonna 2018 vammaisfoorumi toteutti kaikille vammaisille avoimen kyselyn. Kyselyn mukaan vammaisiin kohdistuvaa epäasiallista kohtelua koettiin erityisesti terveydenhuollossa (42 % vastanneista), syrjintää koettiin eniten työelämässä, työelämään pääsystä ja työnhaussa sekä työn mukauttamisessa. Saavutettavuuden ja esteettömyyden osalta ongelmia koettiin eniten joukkoliikenteessä, julkisissa tiloissa sekä katu- ja puistoalueilla. Keskimäärin puolet vastaajista tarvitsivat henkilökohtaista apua, kuljetuspalveluita tai liikkumisen apuvälineitä. Kaikista 1525 vastaajasta oli päässyt halutessaan osallistumaan harrastuksiin ja vapaa-ajan toimintaan 62 % hyvin tai melko hyvin, kulttuurielämään 59 %, kansalaisjärjestöjen ja yhdistysten toimintaan 57 % sekä urheiluun 37 %. (Vesala & Vartio 2018, 14–20.)

2.2 Asiakkaaseen liittyvät elementit: harrastukset ja harrastuneisuus

Asiakkaaseen liittyvät elementit pitävät sisällään asiakkaan sisäiset, eli henkilökohtaiset tekijät. Tähän lukeutuvat ikä, sukupuoli, elämänvaihe, sosiokulttuurinen tai kouluksellinen tausta sekä tavat ja rutiinit. Erilaiset roolit, kuten äiti, puoliso, työntekijä

tai pappa kuuluvat myös sosiokulttuurisiin elementteihin. Ihmisen asenteet, uskomukset, kiinnostuksen kohteet, arvot ja toiminnan prioriteetit, halut ja tulevaisuuden tavoitteet, biomekaaniset, hermostolliset, lihaksistolliset ja mentaaliset kapasiteetit sekä toipumisen potentiaali lukeutuvat myös asiakkaan elementteihin. (Fisher & Marterella 2019, 25–26.) Eli kyky harrastaa, harrastamisen tavoitteet ja syyt harrastamiselle ja harrastuksista luopuminen ovat kaikki asiakkaaseen liittyviä elementtejä.

AOTAn (The American Occupational Therapy Association, 2020) viitekehyksessä vapaa-ajan toimintakokonaisuus pitää sisällään leikin ja vapaa-ajan, jossa vapaa-aika tarkoittaa vapaaehtoista toimintaa, johon ihminen sitoutuu valitsemakseen ajaksi ja johon ihmisellä on sisäinen motivaatio osallistua. Erilaiset harrastukset ovat suuri vapaa-ajan toimintamuoto. Harrastus tai harrastaminen on säännöllisesti toteutettua vapaa-ajan toimintaa, jolla on jokin tarkoitus. Tarkoituksena voi olla esimerkiksi rentoutus, mielihyvä tai nautinto. Motiivina harrastamiselle on yleensä kiinnostus aiheeseen ja siitä saatava mielihyvä. Harrastaminen voi johtaa jonkin hyödyllisen tai merkityksellisen kokemuksen, tiedon tai taidon karttumiseen ja hankkimiseen. Harrastamisessa yhdistyy usein omatoiminen sekä yhteisöllinen toiminta ja se voi olla ohjattua tai omatoimista, itsekseen tai ryhmässä tapahtuvaa toimintaa ja siihen voi kuulua myös vapaaehtoistoimintaa sekä erilaisten tapahtumien ja projektien järjestämistä. (Opetus- ja kulttuuriministeriö 2017, 6.)

Kilpa- ja huippu-urheilun tutkimuskeskuksen (KIHU) vuonna 2019 julkaistun raportin mukaan liikuntaa, urheilua, kuntoilua tai ulkoilua harrastaa 82 % suomalaisesta aikuisväestöstä. Vähintään kerran viikossa liikkuvien 15–74-vuotiaiden suomalaisten määrä oli tutkimuksen mukaan 63 %, eli 15–74-vuotiaista yhteensä yli 2,5 miljoonaa suomalaista harrastaa vähintään kerran viikossa liikuntaa, urheilua, kuntoilua tai ulkoilua. (Mononen, Blomqvist, Hakamäki, Laine & Mäkinen 2019, 10.) Valtion liikunta-neuvoston julkaisussa (2018, 26) todetaan harrastamisen olevan vähäisempää toimintarajoitteisten aikuisten keskuudessa verrattuna muuhun väestöön. Jos suomalaisesta aikuisväestöstä liikuntaa, urheilua, kuntoilua ja ulkoilua harrastaa 82 % koko aikuisväestöstä, niin toimintarajoitteisista aikuisista vain noin puolet harrastaa liikun-

taa ja ulkoilua vähintään kerran viikossa. Ikääntyneiden yli 75-vuotiaiden osalta liikuntaa harrastaa hieman yli puolet. (Pyykkönen & Rikala 2018, 26 mukaan Sainio, Sääksjärvi, Nurmi-Koikkalainen, Ahola & Koskinen 2017.)

lääkkäille suunnatuissa tutkimuksissa on havaittu, että kodin ulkopuolella tapahtuva ryhmäharrastus sekä liikkumisaktiivisuus elinpiirissä ovat yhteydessä parempaan elämänlaatuun (Pasanen 2017, 24; Rantakokko, Portegijs, Viljanen, Iwarsson & Rantanen 2013, 1830–1832). Kuitenkin melko iso osa ikääntyneistä ei välttämättä pysty harrastamaan tai osallistumaan toimintaan, kuten haluaisi. Pyykkösen ja Rikalan mukaan (2018, 26) 80–84-vuotiaista naisista 25 % ja miehistä 20 % ilmoittavat, etteivät pysty harrastamaan liikuntaa. Osalla liikunta ja osallistuminen on mahdollista vain sovellutusten ja henkilökohtaisen tuen avulla. Soveltavan liikunnan järjestämiseksi tulee tehdä erilaisia esteettömyys- ja saavutettavuustavoitteita, jotka tukevat kaikkien liikuntaa sekä samalla helpottavat monien työtekijöiden, esimerkiksi siivoojien, työtä.

Pyykkösen ja Rikalan (2018, 29) mukaan harrastuksen esteenä voivat olla muun muassa oma terveydentila tai vamma, tiedon puute sopivista harrastuksista ja harrastuspaikoista, puute esteettömistä tai turvallisista tiloista, apuvälineistä tai varusteista sekä vaikeudet päästä liikkumaan ja kuljetusongelmat. Ikäihmisillä harrastuksia estäviä tekijöitä ovat erilaiset fyysiset vaivat sekä heikentynyt toimintakyky.

2.3 Sosiaalinen ympäristö ja sosiokulttuuriset elementit: osallisuus ja osallistuminen

Fisher ja Marterella (2019, 24–25) määrittelevät *sosiaalisen ympäristön* tarkoittavan muita ihmisiä ja lemmikkejä sekä niiden ominaisuuksia, henkilökohtaisia tarkoituksia tai odotuksia. Sosiaalinen ympäristö kattaa myös ihmissuhteet, niiden laadun ja laajuuden sekä ylipäättään yhteyden muihin ihmisiin ja eläimiin. *Sosiokulttuurisilla* elementeillä taas tarkoitetaan kulttuurissa vallitsevia sääntöjä, säädöksiä ja normeja, asenteita ja odotuksia, uskomuksia, arvoja, tapoja ja jaettuja moraalikäsitteitä. Sosiokulttuurisiin elementteihin kuuluu myös yksityisyyden, valintojen sekä toiminnallisten valintojen kunnioitus. Sosiokulttuuriset elementit voivat olla erilaisia eri taustan omaavilla ihmisillä, ja kulttuuri sekä etninen tausta voivat vaikuttaa ihmisen arvoihin,

tapoihin tai tottumuksiin. Osallisuus voi olla erilaista erilaisissa sosiaalisissa ympäristöissä.

Osallisuuden käsite on laaja. Eri paikoissa osallisuus-sanaa käytetään tarkoittamaan hieman erilaista toimintaa, suhdetta, tekemistä tai vaikuttamista. Osallisuus voidaan nähdä monipuolisena liittymisenä (*involvement*), kuulumisena (*belonginess*), suhteessa olemisena (*relatedness*), yhteisöllisyytenä (*togetherness*), yhteensopivuutena (*coherence*), mukaan ottamisena (*inclusion*), osallistumisena (*participation*), vaikuttamisena (*represensation*) sekä kaiken edellä mainitun järjestämisenä ja johtamisena (*governance*) (Isola, Kaartinen, Leeman, Lääperi, Schneider, Valtari & Keto-Tokoi. 2017, 3).

Osallistumisen ja osallisuuden kokemukset ovat tärkeitä henkisen hyvinvoinnin ja jakamisen kannalta. Ihmisellä on tarve kuulua joukkoon ja olla osallisena toiminnassa perheessä, kaveriporukassa, työpaikalla, seurassa tai yhdistyksessä. Aikuisille ihmisille yhdistykseen, seuraan tai järjestöön kuulumisen tärkein perustelu tai motiivi on kehittävän tai mielekkään tekemisen saaminen, kun taas vammaispalveluita tarvitseville tärkeimpänä motivaationa järjestöissä toimimiselle on tuen saaminen omaan elämäntilanteeseen, samassa tilanteessa olevien ihmisten tapaaminen sekä vertaistuki. (Vesala & Teittinen 2016, 26–34.) Monissa tutkimuksissa on osoitettu osallisuuden vaikuttavan terveyteen positiivisesti ja vastavuoroisesti terveyden vaikuttavan osallisuuteen positiivisesti. On myös todettu, että sosiaalisen osallisuuden vaikutus terveyteen on vähäisempi kuin terveyden vaikutus sosiaaliseen osallisuuteen (Pulkkinen 2019 mukaan Leone & Hessel 2016).

3 Tutkimusongelmat

Opinnäytetyö oli selvittävä ja vertaileva tutkimus, jossa tutkittiin toimintarajoitteiden yleisyyttä, niiden yhteyttä harrastuksiin ja niistä luopumiseen sekä osallisuuteen erilaisissa vapaa-ajan toiminnoissa. Tulokset kuvaavat Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Fin Terveys 2017 -kyselytutkimuksen pohjalta tehtyjä analyysejä ja johtopäätöksiä. Työn tavoitteena oli saada tietoa toimintarajoitteiden yhteydestä

ihmisten harrastuksiin sekä osallistumiseen vapaa-ajalla. Tavoitteena oli saada aiheesta esille uutta suomalaiseen aikuisväestöön kohdistuvaa tietoa.

Opinnäytetyön tutkimusongelmat muodostuivat kolmesta pääongelmasta, joista yksi oli jaettu kahteen osaan:

1. Kuinka yleisiä toimintarajoitteet ovat suomalaisilla?
2. Millainen yhteys toimintarajoitteella on
 - 2.1. Harrastuksista luopumiseen?
 - 2.2. Osallisuuteen?
3. Miten toimintarajoitteisten henkilöiden aktiivisuus eri vapaa-ajan toimissa eroaa ei-toimintarajoitteisten aktiivisuudesta?

Hypoteesina oli, että toimintarajoitteet vähentävät ihmisen osallistumista esimerkiksi fyysisissä harrastuksissa ja harrasteissa, mutta lisäävät osallistumista esimerkiksi järjestötoiminnan piirissä. Hypoteesina oli myös, että toimintarajoitteet vaikuttavat merkittävästi harrastuksista luopumiseen.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää toimintarajoitteiden yhteyttä aikuisen ihmisen harrastuksista luopumiseen, vertailla toimintarajoitteisten ja ei-toimintarajoitteisten osallistumista harrastus- ja yhdistystoimintaan sekä tuoda esille mahdollisia muita tekijöitä toimintarajoitteisten harrastuksista luopumiseen ja eroihin osallisuudessa.

4 Tutkimusmenetelmät

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää ja vertailla toimintarajoitteiden yhteyttä eri vapaa-ajan toimintoihin ja tarkastella näitä TMO:n mukaan eri elementtien kautta. Tutkimusmenetelmänä oli määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimus.

4.1 Aineisto

Työn tarkoituksena oli valmiin aineiston pohjalta selvittää ja vertailla toimintarajoitteisten ja ei-toimintarajoitteisten ihmisten harrastuksista luopumista ja osallisuutta

suomalaisessa aikuisväestössä. Vertailevassa tutkimuksessa aineiston keräämisen tavaksi soveltuu postikysely tai internetkysely (Vilkkä 2007, 19–21), kuten Fin Terveys 2017 -kysely toteutettiin.

Aineistona käytetty Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Fin Terveys 2017 -tutkimuksen kysely oli kerätty 10 000 satunnaiselta suomalaiselta terveystarkastusten yhteydessä ja postitse lähetetyssä kyselyssä. Kohdejoukon ja aineiston keräämisen kuvaaminen löytyy tarkemmin Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa -raportista (Koponen, Borodulin, Lundqvist, Sääksjärvi, Koskinen 2018, 6–9).

Kokonaisuudessaan tutkimusaineisto kattoi 7050 mannersuomalaista henkilöä HYKS:in (Helsingin seudun yliopistollinen keskussairaala), TYKS:in (Turun yliopistollinen keskussairaala), TAYS:in (Tampereen yliopistollinen sairaala), KYS:in (Kuopion yliopistollinen sairaala) ja OYS:in (Oulun yliopistollinen sairaala) alueilta. Kohdejoukon ikähaitari oli laaja 18-vuotiaista ylöspäin.

Valmiilta kyselylomakkeelta valittiin tietyt kysymykset, joita tarkasteltiin tutkimuksessa. Kysymykset valittiin perustuen tutkimusongelmiin. Tutkimukseen valikoitui taustatiedoiksi ikä, sukupuoli, koulutustaso, siviilisääty, oma arvio terveydentilasta, tupakointi ja alkoholin kulutus. Tämän lisäksi tutkimukseen kuului 15 kysymystä koskien terveydentilaa, toimintakykyä ja hyvinvointia, liikuntaa, elämänlaatua sekä sosiaalisia suhteita ja harrastuksia. Tutkimukseen sisällytettiin tarkoituksella enemmän kysymyksiä kuin oli välttämätöntä, jotta otoksesta saatiin mahdollisimman laaja-alainen kuva. Kysymyksissä oli käytetty viisiportaista Likert-asteikkoa, monivalintakysymyksiä sekä skaaloihin perustuvia vastausvaihtoehtoja.

Vastaajien taustatietojen perusteella koko otos kattoi hyvin laajasti kaikenikäiset yli 18-vuotiaat suomalaiset. Joukossa oli ihmisiä monenlaisista taustoista ja eri koulutus-tasoilta. Myös perheen koot ja asumismuodot olivat monimuotoisia.

4.2 Mittareiden valinta

Vastaajien taustatiedot

Vastaajien taustatiedoista käsiteltiin ikää, sukupuolta, koulutustasoa, elämäntilannetta sekä terveyttä erilaisilla mittareilla (tupakointi, alkoholi, oma käsitys terveydestä). Toimintarajoitteita ja niiden yhteyttä harrastuksista luopumiseen sekä osallisuuden tarkasteltiin myös sukupuolen ja iän mukaisesti luokiteltuina.

Kohdejoukon koulutustaso jakautui hyvin tasaisesti korkeastikoulutettuihin, keskitasoiisiin ja vähän koulutettuihin. Töissä tai opiskelemassa oli tutkimushetkellä 53 % kohdejoukosta. Kohdejoukosta 70 % oli parisuhteessa (naimisissa, avoliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa) ja 91 % piti omaa terveydentilaansa hyvänä, melko hyvänä tai keskitasoisena. Kohdejoukosta noin 15 % tupakoi päivittäin ja 20 % oli alkoholin riskikäyttäjiä.

Toimintarajoitteet

Tutkimuksessa selvitettiin, onko vastaajilla jokin toimintarajoite, joka rajoittaa heidän elämäänsä ja ovatko he joutuneet sen vuoksi luopumaan harrastuksestaan. Aluksi määriteltiin ihmiset, joilla on jokin toimintarajoite. Toimintarajoitteiden määrittelyyn aineiston pohjalta oli kolme erilaista tapaa. Sekä ensimmäisessä että toisessa tavassa käytettiin eurooppalaisiin väestötutkimuksiin kehitettyä niin kutsuttua GALI-kysymystä (Robine & Jagger 2003, 6–14). ICF-viitekehykseen nojautuvan GALI-kysymyksen tarkoituksena on mitata osallistumisen rajoitteita (Sainio & Koskinen 2017, 30–31). GALI-kysymys koostuu kahdesta osasta, jossa ensimmäisessä kysytään ”Rajoittaako jokin terveysongelma Teitä sellaisissa toimissa, joita ihmiset tavallisesti tekevät?”. Ensimmäisessä tavassa toimintarajoitteiset määriteltiin heidän oman vastauksensa pohjalta em. kysymystä käyttäen. Vastausvaihtoehtoja oli kolme; *rajoittaa vakavasti, rajoittaa, mutta ei vakavasti sekä ei rajoita lainkaan*. Näistä toimintarajoitteisiksi määriteltiin kaikki he, jotka vastasivat kysymykseen ”rajoittaa” riippumatta siitä, oliko rajoitus vakavaa vai lievää.

Toinen tapa määritellä toimintarajoitteiset oli valita ne ihmiset, jotka olivat vastanneet GALI-kysymyksen ensimmäiseen kohtaan kyllä rajoittaa (vakavasti tai vähän).

”Kyllä” vastanneiden kesken tarkasteltiin seuraavaa, eli GALI:n toista kysymystä:

”*Onko rajoituksia ollut vähintään kuuden viime kuukauden ajan?*” Näin ollen toimintarajoitteisiksi määriteltiin he, joilla jokin terveysongelma rajoittaa heitä vakavasti tai lievästi ja rajoituksia on ollut vähintään puolen vuoden ajan.

Kolmannessa tavassa pohjana oli ”Washington Group on Disability Statistics” luoma kansainvälinen suositus toimintarajoitteiden määrittämiseen. Washington Group on Disability Statistics:n luomassa ICF-viitekehykseen perustuvassa kuuden kysymyksen sarjassa (Short Set) määritellään toimintarajoitteet näköön, kuuloon, liikkumiseen, kognitiivisiin taitoihin, itsestä huolehtimisen taitoihin sekä kommunikointiin liittyvien kysymysten avulla (Washington Group 2016). Fin Terveys 2017 -aineistosta poimittiin vastaavat kysymykset kuulemisen, näkemisen, kognition ja liikkumisen osalta. Itsensä huolehtimisen kysymyksiä ei aineistossa suoraan ollut, joten itsensä huolehtimisen osalta tietoa ei saatu.

Näiden kysymysten pohjalta (taulukko 1) määriteltiin toimintarajoitteiset henkilöt siten, että liikkumisen, kuulemisen ja näkemisen osalta toimintarajoitteiseksi laskettiin kaikki, jotka olivat vastanneet johonkin edellä mainituista ”*ei pysty lainkaan*” tai ”*pystyn, mutta se on minulle erittäin vaikeaa*”. Kognition osalta toimintarajoitteisiksi laskettiin kaikki, jotka olivat vastanneet kysymykseen muistista, oppimisesta tai keskittymisestä ”*huonosti*” tai ”*erittäin huonosti*”. Näistä kysymyksistä muodostettiin yhdistelmämuuttuja, jossa ihmiset, jotka eivät pysty johonkin tai joihinkin näistä toimintoista tai jossain toiminnossa on suuria vaikeuksia, määriteltiin toimintarajoitteiseksi. Nämä koodattiin siten, että toimintarajoitteiset saivat arvon 0 ja ei-toimintarajoitteiset arvon 1.

Taulukko 1. Toimintarajoitteisuuden määrittelyssä käytetyt kysymykset.

Kysymys	Vastausvaihtoehdot
Liikkuminen: Pystyttekö kävelemään levähtämättä noin puoli kilometriä? Pystyttekö nousemaan portaita yhden kerrosvälin levähtämättä?	1) Pystyn vaikeuksitta 2) Pystyn, mutta vaikeuksia on jonkin verran 3) Pystyn, mutta se on minulle erittäin vaikeaa 4) En pysty lainkaan
Näkeminen: Pystyttekö lukemaan tavallista sanomalehtitekstiä (silmälaseilla tai ilman)?	1) Pystyn vaikeuksitta 2) Pystyn, mutta vaikeuksia on jonkin verran 3) Pystyn, mutta se on minulle erittäin vaikeaa 4) En pysty lainkaan
Kuuleminen: Pystyttekö kuulemaan, mitä usean henkilön välisessä keskustelussa sanotaan (kuulokojeen kanssa tai ilman)?	1) Pystyn vaikeuksitta 2) Pystyn, mutta vaikeuksia on jonkin verran 3) Pystyn, mutta se on minulle erittäin vaikeaa 4) En pysty lainkaan
Kognitio: Muistini toimii Uusien tietojen omaksuminen ja asioiden oppiminen sujuu minulta Pystyn yleensä keskittymään asioihin	1) Erittäin hyvin 2) Hyvin 3) Tyydyttävästi 4) Huonosti 5) Erittäin huonosti

Toimintarajoitteen määrittelytavaksi valittiin WG-indeksi ja tulosten analysoinneissa käytettiin WG-indeksiä, koska tällä määritelmällä toimintarajoitteisiin saatiin mukaan myös kognitiivisia toiminnan rajoitteita, joita ei välttämättä olisi saatu selville muilla tavoilla. WG-indeksi on myös kansainvälisesti käytetty tapa, joten se soveltui parhaiten tulosten analysointiin.

Harrastuksista luopuminen

Harrastuksista luopuminen määritettiin kysymyksellä ”Oletteko joutunut luopumaan Teille tärkeästä harrastuksesta tai vähentämään sitä 12 viime kuukauden aikana?”. Vastausvaihtoehtoina olivat kyllä ja ei. Tämän lisäksi harrastuksista luopumiseen otettiin mukaan syy, miksi on joutunut luopumaan harrastuksestaan. Vaihtoehtoja

olivat heikentyneen terveyden tai toimintakyvyn vuoksi, kulkuongelmien vuoksi, taloudellisten ongelmien takia, ajanpuutteen vuoksi tai muu syyntä takia. Harrastuksista luopumista tarkasteltiin myös iän mukaan.

Osallisuus ja osallistuminen

Osallisuutta määriteltiin kysymyksillä ”Osallistuttko johonkin kerhon, järjestön, yhdistyksen, harrastusryhmän tai hengellisen tai henkisen yhdistyksen toimintaan?” sekä ”Kuinka usein keskimäärin teette seuraavia asioita?”. Ensimmäisessä kysymyksessä esimerkkinä oli annettu liikuntaseura, asukastoiminta, puolue, kuoro sekä seurakunta. Kuinka usein -kysymyksissä tarkasteltiin osallistumista kerho- ja yhdistystoimintaan, opiskeluun, teatterissa, konserteissa, taidenäyttelyssä tai urheilukilpailuissa käyntiin, liikunnan, metsästyksen, kalastuksen, puutarhanhoidon ja ulkoilun harrastamiseen sekä käsitöiden, askartelun, soittamisen, laulamisen, valokuvaamisen, maalaamisen ja keräilemisen tai muun vastaavan toiminnan tekemiseen. Kuinka usein -kysymyksissä määriteltiin käyttäjä osallistujaksi, mikäli hän osallistui kyseiseen toimintaan vähintään kerran kuussa tai hyötyliikunnan, kävelyn ja pyöräilyn sekä kunto liikunnan osalta kerran viikossa.

4.3 Analysointimenetelmä

Määrällisessä tutkimuksessa tutkittavia asioita käsitellään numeroiden avulla, eli tietoa tarkastellaan numeerisesti (Vilkkä 2007, 14). Tutkimusmenetelmänä määrällinen tutkimus vastaa kysymyksiin esimerkiksi siitä, kuinka moni harrastaa kerhotoimintaa, kuinka usein liikutaan ulkona tai kuinka usein käydään teatterista. Tutkimuksessa käytettiin kuvailevaa lähestymistapaa, sillä kuvailevassa ja selittämiseen pyrkivässä lähestymistavassa päätelmien teko ja tilastollinen analyysi on usein käytössä (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2013, 224–225).

Tutkimusaineisto oli saatavilla suoraan numeerisessa muodossa, joten tähän tutkimukseen ei kuulunut palautuneiden lomakkeiden tarkistus, aineiston muuttaminen numeraaliseen muotoon eikä myöskään aineiston tallennus havaintomatriisiksi,

koska se oli tehty jo aiemmin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkijoiden puolesta. Vaikka edellä mainitut asiat oli tehty valmiiksi, tuli aineisto kuitenkin tarkistaa, muuttaa muuttujien nimiä, luokitella muuttujia uudestaan sekä tehdä uusia yhdistelmämuuttujia. Aineiston tarkistuksella parannetaan aineiston laatua ja tutkimustuloksien tarkkuutta vähentämällä aineistossa olevia virheitä (Vilkkä 2007, 117; Hirsjärvi, Remes & co 2013, 222.) Yhdistelmämuuttujia tehtiin esimerkiksi toimintarajoitteen määrittelyssä.

Kun aineisto oli valmiina käyttöön, siirrettiin se SPSS tilasto-ohjelmaan. SPSS valikoitui käytettäväksi, koska se sopii hyvin ison määrällisen aineiston käsittelyyn. Analysoinneissa käytettiin ristiintaulukointia, koska haluttiin ilmaista riippuvuutta kahden eri luokitellun muuttujan välillä (Vilkkä 2007, 118). Ristiintaulukoinneista laskettiin myös Khiin neliö -testillä p-arvo, joka vastaa siihen, millä todennäköisyydellä saadaan havaitun suuruinen tai vielä suurempi khiin neliö -testimuuttujan arvo ilman eroa perusjoukossa tai ilman riippuvuutta. Eli mitä pienempi p-arvo saadaan, sitä enemmän saadaan tukea sille, että ero tai riippuvuus voidaan yleistää koskemaan koko perusjoukkoa (Taanila 2019.) Testeissä käytettiin myös logistista regressioanalyysiä, koska haluttiin tietää, millä todennäköisyydellä jokin asia tapahtuu riippuen muista muuttujista (Heikkilä 2014, 222). Logistinen regressioanalyysi ennustaa määrien tilalta todennäköisyyksiä, eli millä todennäköisyydellä tarkastelun alla oleva asia tapahtuu tai pätee. Tuloksista nähdään, miten suuri vaikutus selittävillä muuttujilla on tapahtuman todennäköisyyteen, vai onko vaikutusta ollenkaan. (KvantiMOT 2009.) Logistisella regressioanalyysillä haluttiin tietää sukupuoli- ja ikävakioitu ero toimintarajoitteisten ja ei-toimintarajoitteisten ihmisten harrastuksista luopumiselle ja osallistumiselle. Ristiintaulukoinneista laskettiin p-arvo ja logistisista regressioanalyseistä p-arvon lisäksi odds ratio (OR).

5 Tutkimustulokset

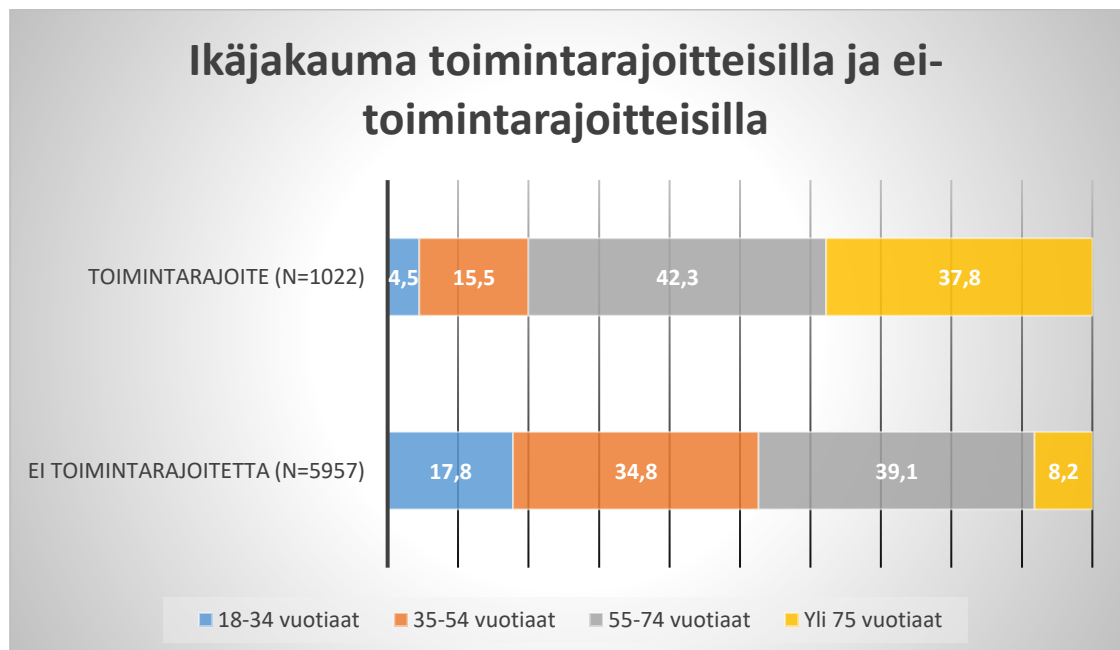
Määriteltäessä toimintarajoitteita WG-indeksin mukaan kokonaisotos oli yhteensä 6979 henkilöä, joista 1022 henkilöllä (15 %) oli jokin toimintarajoite (taulukko 2). Toimintarajoitteet jakoutuivat iän mukaan niin, että 18–34-vuotiaista

toimintarajoitteisia oli 4 % koko ikäluokasta, 35–54-vuotiaista toimintarajoitteisia oli 7 %, vastaavasti 55–74-vuotiaiden joukosta 16 %:lla oli toimintarajoite ja yli 75-vuotiaiden keskuudessa toimintarajoite oli 44 %:lla koko ikäluokasta.

Taulukko 2. Toimintarajoitteisten määrä aineistossa WG-indeksin mukaan.

	Lukumäärä (n)	Prosentti (%)	%-osuus
Ei toimintarajoitetta	5957	84,5	85,4
Toimintarajoite	1022	14,5	14,6
Yhteensä	6979	99,0	100,0
Ei vastanneet	71	1,0	
Yhteensä	7050	100,0	

Toimintarajoitteiset jakautuivat ikäluokkien mukaan seuraavasti (kuvio 2): eniten toimintarajoitteita oli 55–74-vuotiaiden joukossa sekä yli 75-vuotiaiden ikäluokassa. Toimintarajoitteisista 42 % oli 55–74-vuotiaita, 38 % yli 75-vuotiaita, 16 % 35–54-vuotiaita sekä 5 % 18–34-vuotiaita. Suurin osa toimintarajoitteisista (80 %) oli siis yli 55-vuotiaita. Toimintarajoitteisista hieman yli puolet (56 %) oli naisia.



Kuvio 2. Toimintarajoitteisten ja ei-toimintarajoitteisten ikäjakauma.

Harrastukset ja harrastuksista luopuminen

Hyötyliikuntaa vähintään kerran viikossa harrasti 95 % koko otannasta. Ei-toimintarajoitteisista hyötyliikuntaa harrasti 96 %, kun toimintarajoitteisten keskuudessa vastaava luku oli 84 %. Vastaavasti vähintään kerran viikossa kävelyä ja pyöräilyä harrastettiin hieman harvemmin (82 % kaikista) ja kuntoliikuntaa vielä vähemmän, eli 60 % koko otannasta. Toimintarajoitteisia liikunnan harrastajia niin hyötyliikunnan, kävelyn ja pyöräilyn kuin kuntoliikunnankin parissa oli vähemmän kuin ei-toimintarajoitteisia (taulukko 3).

Taulukko 3. Hyötyliikuntaa, kävelyä ja pyöräilyä sekä kuntoliikuntaa vähintään kerran viikossa harrastavat.

	Hyötyliikuntaa vähintään 1krt / vko	Kävelyä ja pyöräilyä vähintään 1krt / vko	Kuntoliikuntaa vähintään 1krt / vko
Ei-toimintarajoitteiset	4445 96,2 %	3913 84,7 %	2913 63,1 %
Toimintarajoitteiset	560 84 %	445 66,7 %	267 40 %
Kaikki	5005 94,7 %	4358 82,4 %	3180 60,1 %

Khiin neliö-testin mukaan toimintarajoitteisten ja ei-toimintarajoitteisten liikunnan harrastamisella oli tilastollisesti merkitsevä ero tarkasteltaessa hyötyliikunnan, kävelyn ja pyöräilyn sekä kuntoliikunnan aktiivisuutta ($p < 0,001$).

Harrastuksista luopumisesta raportoivat kaikkinsa 1554 henkilöä eli 30 % kaikista kysymykseen vastanneista (taulukko 4). Toimintarajoitteisista harrastuksista luopumisesta raportoi 327 henkilöä eli 50 % kaikista toimintarajoitteisista. Ei-toimintarajoitteisista sama luku oli puolestaan 28 %.

Taulukko 4. Harrastuksista luopuneiden osuus (%).

	Luopunut harrastuksesta, EI	Luopunut harrastuksesta, KYLLÄ	Yhteensä
Ei toimintarajoitetta	3376 (73,3 %)	1277 (27,7 %)	4603 (87,6 %)
Toimintarajoite	327 (50 %)	327 (50 %)	654 (12,4 %)
Yhteensä	3703 (70,4 %)	1554 (29,6 %)	5257 (100 %)

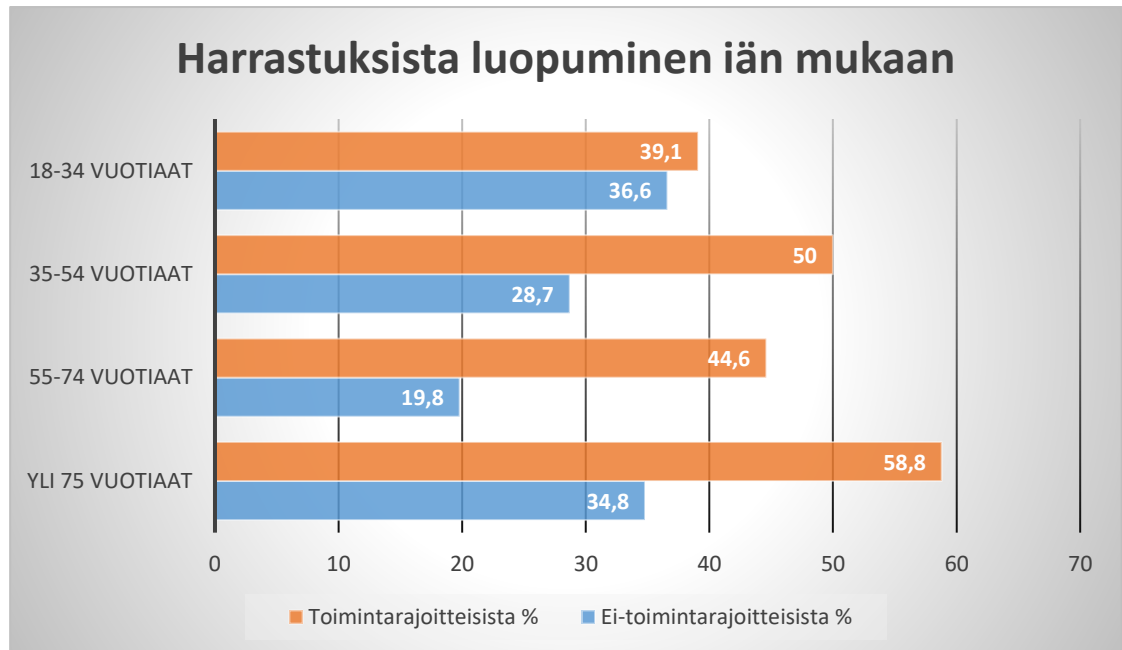
Toimintarajoitteiset joutuivat luopumaan harrastuksestaan todennäköisemmin kuin ei-toimintarajoitteiset. Khiin neliö -testin mukaan toimintarajoitteisten (n=654) ja ei-toimintarajoitteisten (n=4603) harrastuksista luopumisella oli tilastollisesti merkitsevä ero, jossa $df=1$; $\chi^2(1)=149,859$; $p<0,001$.

Logistisessa regressiomallinnuksessa (taulukko 5) verrattiin toimintarajoitteisten harrastuksista luopumisen todennäköisyyttä ei-toimintarajoitteisiin, vakioiden ikä ja sukupuoli. Tulosten perusteella ne, joilla on toimintarajoite joutuivat luopumaan harrastuksestaan todennäköisemmin (2,826) verrattuna ei-toimintarajoitteisiin. Naiset joutuivat luopumaan harrastuksestaan miehiä todennäköisemmin.

Taulukko 5. Harrastuksista luopumisen logistinen regressio.

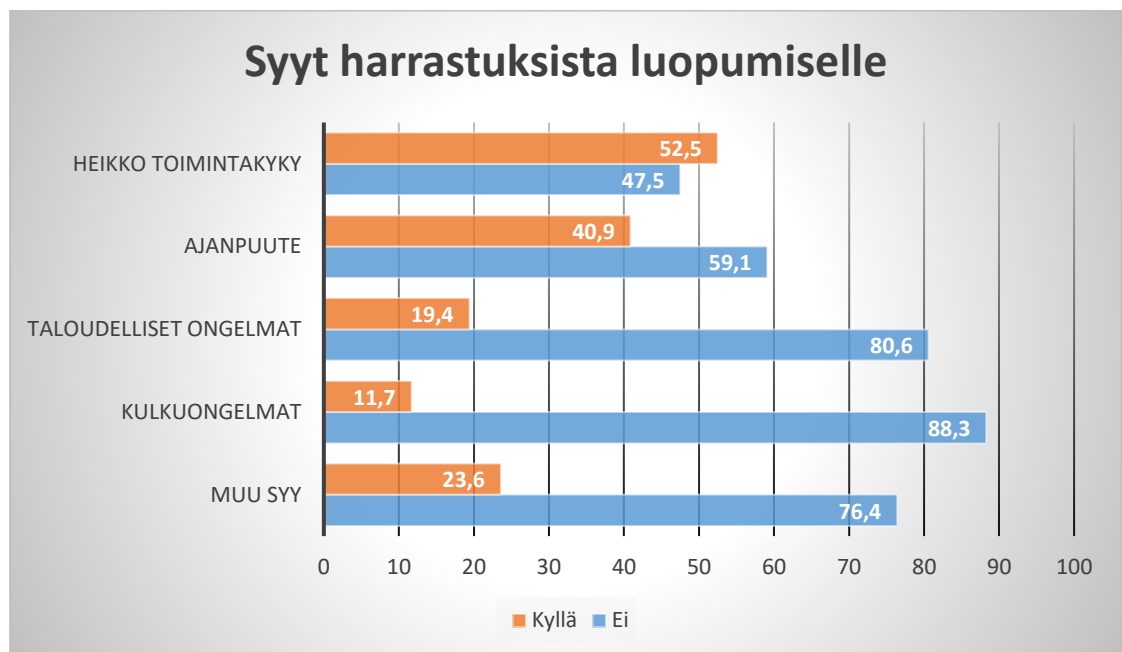
Muuttuja	Regressiokerroin	OR (odds ratio)	Merkitsevyys
Toimintarajoite	1,039	2,826	0,000
Ikä = 18-34v			
Ikä = 35-54v	-0,337	0,714	0,000
Ikä = 55-74v	-0,781	0,458	0,000
Ikä = yli 75v	-0,081	0,922	0,502
Sukupuoli, nainen	0,394	1,483	0,000

Toimintarajoitteisista iäkkäimmät (yli 75-vuotiaat) olivat joutuneet luopumaan harrastuksistaan suhteessa enemmän kuin muiden ikäluokkien toimintarajoitteiset (kuvio 3). Ei-toimintarajoitteisista harrastuksestaan olivat joutuneet luopumaan eniten nuorimmat, eli 18–34-vuotiaat. Vähiten harrastuksista olivat joutuneet luopumaan 55–74-vuotiaat.



Kuvio 3. Harrastuksista luopuminen iän mukaan.

Kysyttäessä syitä harrastuksesta luopumiselle, nousi suurimpana syyinä esille heikko tai riittämätön toimintakyky (kuvio 4). Toimintakyvyn heikkouden tai riittämättömyyden raportoivat harrastuksista luopumisen syyksi reilu puolet (53 %) kaikista harrastuksista luopuneista. Tosin 48 % raportoiti, että se ei ollut syyinä harrastuksista luopumiselle. Toiseksi suurin syy harrastuksista luopumiselle oli ajanpuute, jonka oli vastannut syyksi luopua harrastuksestaan 41 %. Muita syitä olivat taloudelliset ongelmat (19 %), kulkuongelmat (12 %) sekä muut syyt, joita ei kerrottu. Kysymyksessä osallistujat saattoivat valita useita vastausvaihtoehtoja.

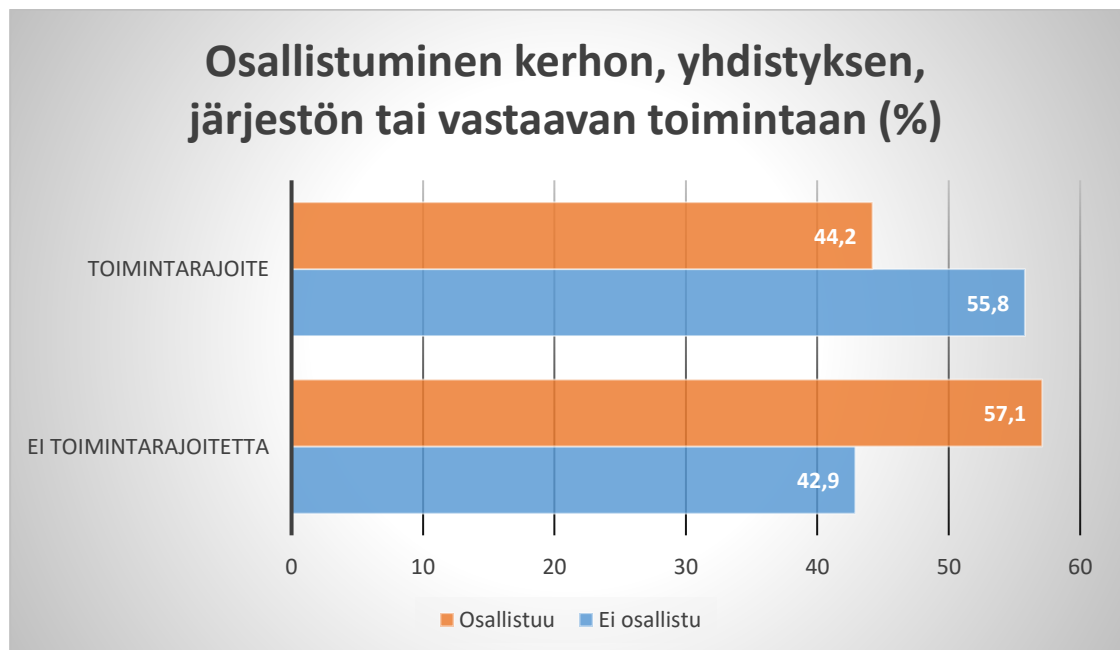


Kuvio 4. Harrastuksista luopumisen syitä.

Osallisuus ja osallistuminen

Osallistumista ja osallisuutta mitattiin kahdella moniosaisella kysymyksellä. Tulosten perusteella toimintoihin osallistumisessa oli eroja toimintarajoitteisten ja ei-toimintarajoitteisten välillä. Kaikenkaikkiaan osallistuminen oli hieman alhaisempaa toimintarajoitteisten ihmisten keskuudessa verrattuna ei-toimintarajoitteisiin. Alla olevasta kuviosta (5) näkyy, että toimintarajoitteisista 44 % ilmoitti osallistuvansa jonkin kerhon, yhdistyksen, järjestön tai vastaavan toimintaan ja 56 % ilmoitti ettei osallistu kyseiseen toimintaan. Vastaavat luvut ei-toimintarajoitteisilla olivat osallistumisen puolesta 57 % ja ei-osallistuneet 43 %.

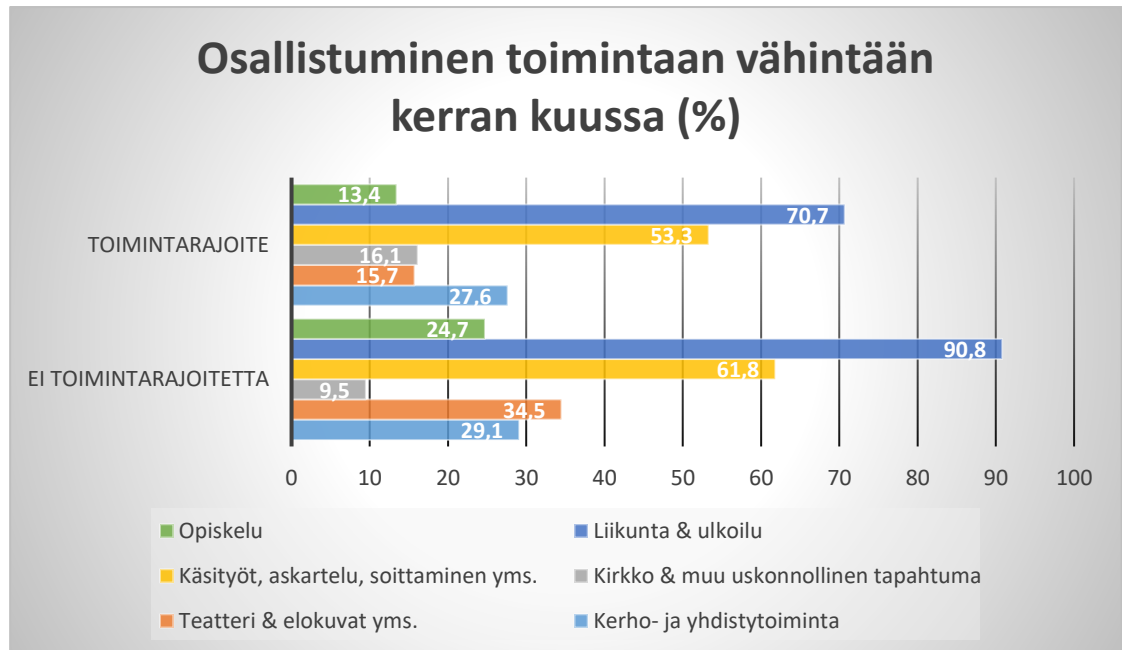
Khiin neliö -testin mukaan toimintarajoitteisten (n=942) ja ei-toimintarajoitteisten (5763) osallisuudessa oli eroa: $df=1$; $X^2(1)=55,180$; $p<0,001$. Ero oli tilastollisesti merkitsevä.



Kuvio 5. Osallistuminen kerhon, yhdistyksen tai vastaavan toimintaan (%).

Osallisuutta määriteltiin myös siten, kuinka usein osallistuu johonkin toimintaan (kuvio 6). Toimintoja olivat opiskelu, liikunta ja ulkoilu, käsityöt ja taideaineet, kirkkolliset tapahtumat, kulttuuri sekä kerho- ja yhdistystoiminta. Näistä suurin ero näkyi liikuntaan ja ulkoiluun osallistumisessa, jossa toimintarajoitteisista 70 % liikkui ja ulkoili vähintään kerran kuukaudessa, kun taas ei-toimintarajoitteisista vastaavasti

reilu 90 % ulkoili ja liikkui vähintään kerran kuussa. Myös kulttuuria (teatterissa ja elokuvissa käymistä) harrastivat enemmän ei-toimintarajoitteiset (35 %) kuin toimintarajoitteiset (16 %). Kirkollisiin tai muihin uskonnollisiin tapahtumiin toimintarajoitteiset osallistuivat aktiivisemmin (16 %) kuin ei-toimintarajoitteiset (10 %).



Kuvio 6. Osallistuminen eri toimintoihin.

Logistisessa regressiomallinnuksessa (taulukko 6) verrattiin toimintarajoitteisia ja ei-toimintarajoitteisia kerho- ja yhdistystoimintaan osallistumisessa, vakioiden ikä ja sukupuoli. Tulosten perusteella ne, joilla on toimintarajoite osallistuivat epätodennäköisemmin (0,529) kerho- ja yhdistystoimintaan kuin ei-toimintarajoitteiset ja naiset osallistuivat todennäköisemmin kuin miehet.

Taulukko 6. Osallistumisen logistinen regressio.

Muuttuja	Regressiokerroin	OR (odds ratio)	Merkitsevyys
Toimintarajoite	-0,637	0,529	0,000
Ikä = 18-34v			
Ikä = 35-54v	0,161	1,174	0,033
Ikä = 55-74v	0,049	1,050	0,502
Ikä = yli 75v	0,482	1,619	0,000
Sukupuoli, nainen	0,112	1,118	0,024

6 Johtopäätökset

Kaikenkaikkiaan toimintarajoitteisia oli 15 % koko otannasta. Toimintarajoitteilla on tutkimuksen tulosten mukaan yhteyttä harrastuksista luopumiseen. Logistisen regressiomallin avulla tarkasteltiin toimintarajoitteiden ja harrastuksesta luopumisen välistä yhteyttä niin, että ikä ja sukupuoli otettiin mahdollisina sekoittavina tekijöinä huomioon. Tulos vahvisti ristiintaulukoinneista saatua tietoa siitä, että toimintarajoitteisilla on suurempi todennäköisyys luopua harrastuksestaan kuin ei-toimintarajoitteisilla. Vertailtaessa harrastuksista luopumista, voidaan todeta, että toimintarajoitteinen henkilö joutuu luopumaan harrastuksestaan lähes kolme kertaa todennäköisemmin kuin ei-toimintarajoitteinen henkilö. Tulos oli tilastollisesti merkitsevä ($p < 0,001$). Naiset joutuivat luopumaan harrastuksestaan todennäköisemmin kuin miehet. Tutkimuksessa ei käsitelty sitä, mistä harrastuksesta henkilö on joutunut luopumaan.

Tarkasteltaessa osallistumisen ja osallisuuden sekä toimintarajoitteiden yhteyttä, voidaan tulosten perusteella todeta, että toimintarajoitteet vaikuttavat osallisuuteen eri vapaa-ajan toimissa. Ei-toimintarajoitteiset osallistuivat kerho- ja yhdistystoimintaan todennäköisemmin kuin toimintarajoitteiset ja naiset osallistuivat todennäköisemmin kuin miehet. Myös nämä tulokset olivat tilastollisesti merkitseviä ($p < 0,001$).

Toiminnan luonne vaikutti jonkin verran siihen, kuinka aktiivisesti toimintaan osallistuttiin. Toimintarajoitteisista 44 % osallistui vähintään kerran kuukaudessa jokin kerhon, yhdistyksen, järjestön tai vastaavan tahon toimintaan, kun vastaava osallistumisprosentti ei-toimintarajoitteiden keskuudessa oli 57 %. Molemmissa ryhmissä harrastettiin eniten liikuntaa ja ulkoilua. Seuraavaksi eniten osallistumista raportoitiin luovien taideaineiden parissa, kuten käsitöiden, soittamisen, askartelun ja piirtämisen alueella, joita kertoi harrastavansa toimintarajoitteisista 53 % ja ei-toimintarajoitteista 62 %. Kaikissa muissa vapaa-ajan toimissa harrastusaktiivisuus tippui alle 50 %.

Opiskelua harrastettiin enemmän ei-toimintarajoitteisten keskuudessa (25 %), johtuen todennäköisesti myös ikäjakaumasta. Toimintarajoitteisista opiskeluun osallistui vain 13 %. Kulttuurieroihin, eli teatteri- ja elokuvaharrastukseen toimintarajoitteisista osallistui 16 %, kun vastaava luku ei-toimintarajoitteisilla oli 35 %. Kaikissa muissa toimissa ei-toimintarajoitteiset osallistuivat toimintarajoitteisia aktiivisemmin, mutta kirkolliseen ja muuhun uskonnolliseen toimintaan toimintarajoitteiset osallistuivat aktiivisemmin (16 %) kuin ei-toimintarajoitteiset (10 %). Tämä selittyy osittain ikäjakaumalla, maailman muuttuneilla arvoilla sekä kirkollisten tilaisuuksien esteettömällä ympäristöllä, johon kaikilla on helppo tulla riippumatta toimintarajoitteen laadusta tai vaikeudesta.

Kaikenkaikkiaan osallistuminen oli hieman alhaisempaa toimintarajoitteisten joukossa kuin ei-toimintarajoitteisten keskuudessa.

7 Pohdinta

Tässä osiossa tuloksia tarkastellaan suhteessa teoriaan sekä pohditaan tulosten merkitystä ja hyödynnettävyyttä, tehtyjä päätöksiä ja niiden vaikutuksia tutkimuksen luotettavuuteen sekä eettisyyteen sekä pohditaan tulosten pohjalta syntyneitä jatkotutkimusaiheita.

7.1 Tulosten tarkastelu

Fin Terveys 2017 -aineistosta analysoituja tuloksia liittyen toimintarajoitteisten ihmisten harrastuksiin ja niistä luopumiseen sekä osallisuuteen voidaan pitää merkittävänä ja tilastollisesti merkitsevinä. Aiempaa tutkimustietoa toimintarajoitteisten suomalaisten aikuisten harrastamisesta ja siitä luopumisesta on hyvin vähän tarjolla.

Geopoliittiset elementit – toimintarajoitteet ja vammaisten oikeudet

Toimintarajoite vaikuttaa merkittävästi ihmisen kykyyn toimia, riippuen toki toimintarajoitteen laadusta sekä vaikeusasteesta. Toimintarajoite ei kuitenkaan saisi estää ihmistä osallistumasta ja olemasta aktiivinen toimija omassa elämässään. Suomen perustuslakiin ja YK:n vammaissopimukseen peilaten kaikilla on vammasta ja sen asteesta riippumatta oikeus työhön, lepoon, vapaa-aikaan, opetukseen ja yhteisön sivistyselämään osallistumiseen sekä syrjinnästä vapaaseen elämään. (Suomen perustuslaki, L 11.6.1999/731; Convention on the Rights of Persons with Disabilities 2006.)

TMO-mallin mukaisesti (Fisher & Marterella 2019) tiedetään, että kaikki toiminnot ja tapahtumat vaikuttavat kaikkeen, joten toimintarajoitteen merkitys muuhun elämään on todella suuri. Toimintarajoitteen laatu vaikuttaa luonnollisesti todella paljon siihen minkä verran toimintarajoite haittaa ihmisen normaalia elämää.

Tämän tutkimuksen mukaan toimintarajoitteisia henkilöitä oli 15 % koko kohdejoukosta. Otannan ollessa suuri, voidaan yleistää tämän koskemaan kaikkia mannersuomessa asuvia suomalaisia, eli kaikista yli 18-vuotiaista suomalaisista noin 15 %:lla on jokin toimintarajoite. Suomen kokonaisasukasmäärä on noin 5,525 miljoonaa (Tilastokeskus 2020), joista yli 18-vuotiaita on noin 4,6 miljoonaa, joten toimintarajoitteisia suomalaisia on kaikenkaikkiaan noin 680 000 henkilöä. Kuntaliitto on arvioinut aiemmin (2018) Suomessa olevan noin 1,2 miljoonaa toimintarajoittunutta henkilöä. Toimintarajoitteet tosin oli määritelty molemmissa tutkimuksissa hieman eri tavalla. Tutkittaessa toimintarajoitteisia, ongelmana onkin toimintarajoitteiden määrittämisen vaikeus tutkimustyössä ja tietojen keräämisessä.

Laajimmassa koskaan tehdyssä vammaisia ihmisiä koskevassa väestötutkimuksessa *World Health Survey*:ssa (2002–2004) tutkittiin ja analysoitiin yli 18-vuotiaita aikuisia ihmisiä yli 59 valtiossa. Tutkimuksessa selvitettiin toimintarajoitteisten määrää maailmassa. Tutkimuksen mukaan toimintarajoitteisia ihmisiä oli noin 16 % koko maailman

väestöstä eli noin 650 miljoonaa aikuista. Aikuisia, joilla oli erittäin merkittäviä toimintarajoituksia, oli noin 2,2 %. Vuonna 2010 toimintarajoitteisten henkilöiden määrän arvioitiin olevan noin 15 % koko maapallon väestöstä eli noin miljardi ihmistä (sisältää kaiken ikäiset). Raportissa kuitenkin todetaan, että tulos on ennemminkin suunta antava arvio toimintarajoitteisten määrästä, koska täsmällistä tietoa on lähes mahdoton saada valtiokohtaisesti, maailmanlaajuisesta puhumattakaan. (WHO & World Bank 2011, 26–33.) Euroopan tilastoviraston vuonna 2012 tekemän kertaluontoisen haastattelututkimuksen mukaan (EHSIS-kysely) Suomessa oli 511 000 vammaista 15–64-vuotiasta henkilöä, eli 15 % kaikista suomalaisista. Tässä tutkimuksessa vammaisiksi määriteltiin ne henkilöt, jotka kokivat jonkin toimintarajoitteen tai terveysongelman rajoittavan osallistumistaan jollakin elämänalueella (Eurostat 2015.)

Tässä tutkimuksessa käytettiin Washington Group on Disability Statisticsin luomaa kansainvälistä suositusta toimintarajoitteiden määrittämiseen. Washington Group on Disability Statisticsin kehittämää kuuden kysymyksen sarjaa (Short Set) on testattu kansainvälisesti ja se on tarkoitettu käytettäväksi väestötutkimuksissa. Tosin tämän tutkimuksen aineistossa ei ollut kysymystä ihmisen kyvystä huolehtia itsestään, joten tämän tutkimuksen toimintarajoitteisista jäi mahdollisesti pois ne, joille toimintarajoite on enemmän psyykinen kuin fyysinen. Vaikutus toimintarajoitteisten määrään olisi todennäköisesti ollut hyvin pieni.

Toimintarajoitteisuus määrittyy usein suhteessa johonkin tapahtumaan tai tilanteeseen (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018), esimerkiksi ympäristön aiheuttamat muutostarpeet vammautumisen jälkeen tai lisääntynyt palveluntarve näön heikentymisen tai muistiongelmiin vuoksi lisäävät palvelun ja avun tarvetta. Lisääntynyt palveluntarve tarkoittaa muutosta monissa elämän perusasioissa; ihminen saattaa joutua muuttamaan, koska ei voi enää asua nykyisessä asunnossaan, jolloin koko elinympäristö muuttuu. Tai ihminen voi sairastua muistisairauteen, jolloin tavanomaiset arjen askareet eivät enää onnistu ja arjen tavallisissa askareissa saattaa tarvita enemmän auttavia käsiä kuin aiemmin.

Suomessa toimintarajoitteisten asema on todennäköisesti keskimäärin parempi kuin muualla maailmassa. Lainsäädäntö ja sopimukset takaavat vammaisille samat oikeudet kuin muillekin, ja tukipalvelut on kohdennettu myös toimintarajoitteisille. Tukipalveluita on paljon niin valtion, kuntien, kuntayhtymien, sairaanhoitopiirien kuin kolmannenkin sektorin toimijoiden organisoimana. Esteettömiä palveluita kehitetään koko ajan lisää, jotta mahdollisimman monella asiointi erilaisissa toimipaikoissa olisi mahdollisimman helppoa. Kuitenkin esimerkiksi vammaisfoorumin teettämän kyselyn mukaan syrjintää koettiin työelämässä, työelämään pääsyssä ja työnhaussa sekä työn mukauttamisessa. Esteettömyyden osalta ongelmia oli julkisissa tiloissa, joukko- liikenteessä sekä katu- ja puistoalueilla (Vammaisfoorumi 2018.). Fyysinen ympäristö rakennuksineen ja toimintoineen tuottaa monenlaisia haasteita riippuen toimintarajoitteesta. Toimintaterapian kentällä erilaiset toimintarajoitteet ovat arkipäivää. Geopoliittisiin elementteihin vahvasti liittyvä toiminnallinen oikeudenmukaisuus täytyy ottaa huomioon toimintarajoitteisista ja vammaisista puhuttaessa. Vammasta tai rajoitteesta huolimatta kaikilla on oikeus tehdä asioita, joita he haluavat tehdä, joita heidän täytyy tehdä ja jotka he kokevat merkitykselliseksi tehdä.

Tutkimuksen valossa vammaisten kokemasta oikeudenmukaisuudesta ja konkreettisista arjen ongelmista tulisi saada enemmän ja selkeämpää tietoa päätöksenteon tueksi. Kaikkien toimintarajoitteisten kuuleminen on erityisarvoisen tärkeää, jotta ympäristöä voidaan muokata kaikille sopivammaksi. Kaikkien kuuleminen on kuitenkin haastavaa, koska tutkimuksien kysymyspatteristojen tulisi olla sellaisia, joita kaikki vammaiset, riippumatta vamman laadusta ja asteesta, voivat käyttää. Kysymys onkin, miten saadaan kaikkien äänen kuuluviin ja miten voidaan konkreettisesti helpottaa sokeiden, kuurojen, pyörätuolilla tai rollaattorilla liikkuvien tai muuten vain heikkokuntoisten liikkumista julkisissa tiloissa ja -liikenteessä sekä muutenkin heidän arkiympäristössään.

Asiakkaseen liittyvät elementit: harrastukset ja harrastuneisuus

Harrastukset ovat ihmisille tärkeitä vapaa-ajan viettotapoja. Harrastuksissa ihmiset ovat sosiaalisessa vuorovaikutuksessa keskenään, oppivat uusia taitoja, pitävät yllä

fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä sekä rentoutuvat ja rauhoittuvat. Harrastukset ovat ihmisille usein merkityksellistä toimintaa, joka lisää hyvinvointia.

Tutkimuksen mukaan noin 95 % koko otannasta harrasti hyötyliikuntaa, 82 % kävelyä ja pyöräilyä sekä 60 % kuntoliikuntaa vähintään kerran viikossa. KIHUn raportin (2019) mukaan liikuntaa, urheilua, kuntoilua tai ulkoilua harrastaa 82 % kaikista 15–74 -vuotiaista suomalaisista. Ei-toimintarajoitteisten ja toimintarajoitteisten kesken hajontaa oli havaittavissa: ei-toimintarajoitteiset harrastavat sekä hyötyliikuntaa, kävelyä ja pyöräilyä että kuntoliikuntaa enemmän kuin toimintarajoitteiset. Tulokset ovat samansuuntaisia kuin valtion liikuntaneuvoston julkaisussa (Mononen, Blomqvist, Hakamäki ym. 2019, 10; Pyykkönen & Rikala 2018, 26). Kummassakin ryhmässä liikuntaa harrastavien määrä väheni sitä mukaan, kuinka rankkaa liikunta oli. Hyötyliikuntaa harrastettiin molemmissa ryhmissä enemmän kuin kuntoliikuntaa tai kävelyä ja pyöräilyä. Toisessa samantyyppisessä kysymyksessä liikunnan ja ulkoilun harrastamisen tulokset olivat samanlaisia, eli ei-toimintarajoitteiset harrastavat liikuntaa enemmän kuin ei-toimintarajoitteiset, vaikkakin tämän ”kuinka usein” -kysymyksen pohjalta liikunnan ja ulkoilun harrastajien määrät vaihtelivat hieman (ei-toimintarajoitteiset 91 % ja toimintarajoitteiset 71 % kerran kuussa).

Joskus harrastuksesta joutuu kuitenkin luopumaan esimerkiksi toimintarajoitteen vuoksi. Harrastuksista ilmoitti joutuneensa luopumaan kaikenkaikkiaan 30 % koko otannasta. Toimintarajoitteisista harrastuksista oli joutunut luopumaan puolet, ei-toimintarajoitteisten kohdalla 27 %. Suurin syy harrastuksesta luopumiselle oli toimintarajoite ja muita syitä olivat muun muassa kuljetusongelmat ja talousvaikeudet. Pyykkösen ja Rikalan (2018, 29) mukaan näiden syiden lisäksi esimerkiksi tiedon puute sopivista harrastuksista ja harrastuspaikoista, puute esteettömistä tai turvallisista tiloista sekä apuvälineistä tai varusteista voivat olla esteenä harrastamiselle.

Tulosten mukaan harrastuksista luopuminen oli todennäköisempää toimintarajoitteisten keskuudessa verrattuna ei-toimintarajoitteisiin, mikä on varsin loogista. Regressioanalyysin mukaan naiset joutuivat luopumaan harrastuksestaan todennäköi-

semmin kuin miehet, mihin vaikuttanee se, että naiset ovat keskimäärin aktiivisempia harrastustoiminnassa kuin miehet (Mäkinen 2019, 20). Tarkasteltaessa harrastuksista luopumista iän mukaan, hajontaa tuli enemmän. Toimintarajoitteisten keskuudessa iäkkäämmät olivat joutuneet luopumaan harrastuksestaan enemmän kuin muut ikäluokat, mutta ei-toimintarajoitteisten keskuudessa nuorin ikäluokka (18–34-vuotiaat) oli joutunut luopumaan harrastuksestaan eniten. Tämä johtunee siitä, että mikäli ihmisellä on jo jokin toimintarajoite ja ikää tulee lisää, voi harrastuksen jatkaminen olla vaikeampaa. Nuorten ei-toimintarajoitteisten harrastuksista luopumisen syytä tulisi tarkastella tarkemmin. Syynä voi olla nykyajan kiire, jolloin vapaa-ajan aktiviteeteille ei jää enää aikaa opiskelun ja työn ohessa.

Toimintarajoite voi syntyä äkisti onnettomuuden yhteydessä tai pikkuhiljaa hiipien elämän aikana. Mitä äkimmin toimintarajoite syntyy, sitä suurempi on shokki ja muutos elämään. Jotkut voivat jatkaa normaalia elämäänsä toimintarajoitteen synnyttyä, kun taas toiset voivat esimerkiksi joutua luopumaan omasta harrastuksestaan toimintarajoitteen synnyttyä. Kuten Pyykkönen ja Rikala totesivat (2018, 29-31) harrastuksesta luopumista voitaisiin vähentää tarjoamalla sovellettua mahdollisuutta osallistua tai tarjoamalla erilaisia mahdollisuuksia eri harrasteissa ja eri tasoryhmissä. Myös sopivien apuvälineiden ja varusteiden löytäminen voi olla haastavaa. Joistakin harrastuksista ei välttämättä jouduta luopumaan, mutta toimintaan osallistumisen tapa voi muuttua.

Vammautumisen tai toimintarajoitteen syntymisen jälkeen myös muut ongelmat voivat aiheuttaa harrastuksista luopumisen, vaikka itse harrastamisessa ei olisikaan ongelmaa. Muita ongelmia voivat olla jo aiemmin mainitsemat kuljetus- ja kulkuongelmat, taloudellisen tilanteen muutokset sekä esimerkiksi asuinmuodon tai paikan muutokset vammautumisen myötä. Vammaisfoorumin teettämän kyselyn mukaan kaikista vastaajista 62 % (1525 henkilöä) oli päässyt halutessaan osallistumaan harrastuksiin ja vapaa-ajan toimintaan hyvin tai melko hyvin (Vesala & Vartio 2018, 14–20). Myös henkiset voimavarat voivat heikentyä vammautumisen myötä, jolloin harrastuksiin ei välttämättä jaksaa enää lähteä. Pyykkösen ja Rikalan (2018, 26) mukaan 80–84-vuotiaista naisista 25 % ja miehistä 20 % ilmoittavat, etteivät pysty harrastamaan liikuntaa monien syiden vuoksi.

Sosiaalinen ympäristö ja sosiokulttuuriset elementit: osallisuus ja osallistuminen

Osallisuudessa ja osallistumisessa eri toimintoihin oli eroja toimintarajoitteisten ja ei-toimintarajoitteisten välillä. Kaikenkaikkiaan osallistuminen oli hieman alhaisempaa toimintarajoitteisten keskuudessa. Khiin-neliö testin mukaan osallistumisen ero oli tilastollisesti merkitsevä. Regressioanalyysin perusteella ei-toimintarajoitteiset osallistuvat yhdistys- ja kerhotoimintaan todennäköisemmin kuin toimintarajoitteiset. Naiset osallistuvat toimintaan miehiä todennäköisemmin. Ei-toimintarajoitteisille palveluita on tarjolla enemmän ja saatavuus sekä saavutettavuus on parempaa ja helpompaa. Ei-toimintarajoitteisen ei tarvitse miettiä onko tila sopiva ja pääseekö sinne esimerkiksi rollaattorin kanssa, tai onko tilassa toimiva induktiosilmukka. Toimintarajoitteisen pitää selvittää monia asioita etukäteen riippuen toimintarajoitteesta ennekuin hän pääsee täysivertaisesti osallistumaan ja olemaan osallisena. Naisia voidaan pitää aktiivisempina kuin miehiä, mikä varmasti osaltaan selittää naisten suurempaa todennäköisyyttä osallistumiselle. Ikäihmisillä on enemmän aikaa eläkkeellä, joten yhdistystoiminta varmasti kiinnostaa ja on mielenkiintoista täytettä arkeen. Ikäihmiset ovat myös tottuneita toimimaan erilaisissa yhdistyksissä ja kerhoissa, mutta nuorten vapaa-aika kuluu enemmänkin muiden aktiviteettien kimpussa.

Tutkimuksessa osallisuutta määriteltiin myös siten, kuinka usein harrastaa liikuntaa ja ulkoilua, käsitötä tai kulttuuria tai kuinka usein osallistuu eri toimintoihin, kuten kirkollisiin tapahtumiin tai opiskeluun. Osallistumisessa eri toimintoihin oli eroja toimintarajoitteisten ja ei-toimintarajoitteisten kesken, suurin ero näkyi liikuntaan ja ulkoiluun osallistumisessa. Tähän vaikuttanee toimintarajoitteisten toimintakyvyn hyvin moninaiset rajoitteet sekä jo aiemmin mainitut seikat: kuljetusongelmat, harrastusmahdollisuuksien puute tai niiden löytämisen ongelma, tiedotus sekä apuvälineiden saatavuuden vaikeus. Joissakin kunnissa ongelmana on varmasti myös liikuntatilojen esteettömyys ja saatavuus: esteettömiä liikuntatiloja on vähän ja ne ovat kunnan omassa käytössä, jolloin yhdistysten mahdollisuudet järjestää soveltavaa liikuntaa laskevat.

Myös kulttuuria ei-toimintarajoitteiset harrastivat selvästi enemmän (35 %) kuin toimintarajoitteiset (16 %). Kulttuurin pariin pääsyssä ovat edessä hyvin todennäköisesti samat ongelmat kuin liikuntaan lähdössäkin: kuljetusongelmat, esteettömät tilat, saavutettavuus sekä saatavilla oleva apu. Vammaisfoorumin kyselyn (2018) mukaan kulttuurielämään oli päässyt halutessaan osallistumaan hyvin tai melko hyvin 59 % kaikista vastaajista. Lopuilla on siis ollut erinäisiä vaikeuksia kulttuurielämään osallistumisen esteenä. Toimintarajoitteen laatu vaikuttaa myös kulttuurielämyksiin. Näkövammaiselle on kulttuuria tarjolla suhteessa vähemmän kuin esimerkiksi liikuntarajoitteisille. Liikuntarajoitteinen pääsee kuitenkin melko hyvin liikkumaan kirjastoissa, teattereissa ja museoissa, mikäli ne on esteettömästi suunniteltu, mutta näkövammaiselle näiden kaikkien saavutettavuus on vielä huonompi.

Kerho- ja yhdistystoimintaan osallistumista tarkasteltiin kahdella eri kysymyksellä. Tulokset poikkesivat toisistaan, sillä kerho- ja yhdistystoimintaan raportoi osallistuvansa kerran kuussa toimintarajoitteista 28 % ja ei-toimintarajoitteisista 29 %, kun taas toisessa kysymyksessä vastaavat vastaukset olivat osallistumisen puolesta toimintarajoitteisista 44 % ja ei-toimintarajoitteista 57 %. Tulokseen vaikuttaa se, että toisessa kysymyksessä ei määritelty kuinka usein toimintaan piti osallistua. Tästä voinee päätellä, että ei-toimintarajoitteiset osallistuvat enemmän kerho- ja yhdistystoiminnan kaltaiseen toimintaan, mutta toimintarajoitteiset osallistuvat toimintaan mahdollisesti säännöllisemmin.

Myös kysymysten asettelussa oli eroja, sillä ensimmäisessä kysymyksessä tarkasteltiin osallistuuko ihminen ylipäätään ”*osallistuttko jonkin kerhon, yhdistyksen, järjestön tai vastaavan toimintaan*”, kun taas kuinka usein - kysymyksessä kysyttiin osallistumista vain *kerho- ja yhdistystoimintaan*. Tämä on saattanut vaikuttaa joidenkin henkilöiden vastaukseen, mikäli he eivät koe esimerkiksi urheiluseuratoimintaa kerho- tai yhdistystoiminnaksi. Monet ihmiset osallistuvat yhdistystoimintaan myös hyvin epäsäännöllisesti eli harvemmin kuin kerran kuussa, mikä myös osaltaan voi vaikuttaa kysymysten tulosten eroavaisuuteen. Kuitenkin logistisen regressiomallinnuksen perusteella toimintarajoitteiset osallistuvat yhdistys- ja kerhotoimintaan pienemmällä todennäköisyydellä kuin ei-toimintarajoitteiset. Ikääntyneet osallistuvat yhdistystoimintaan enemmän

kuin nuoret, mikä selittynee lisääntyneellä ajalla sekä mielenkiintoisten ajanviettopojen etsimisellä yhdistystoiminnasta. Myös yhdistystoiminnan sosiaalinen aspekti tuo vanhemmat ihmiset yhdistystoimintaan.

Vesalan ja Teittisen (2016, 26–34) mukaan aikuisille ihmisille yhdistykseen kuulumisen motivaationa oli kehittävän tai mielekkään tekemisen saaminen, kun puolestaan vammaispalveluita tarvitseville tärkeimmät syyt järjestöissä toimimiselle olivat samassa tilanteessa olevien ihmisten tapaaminen sekä tuen saaminen omaa elämäntilanteeseen vertaistuen kautta. Vertaistuki on varmasti yksi suurimmista syistä sille, miksi toimintarajoitteiset liittyvät yhdistyksiin ja käyvät heidän järjestämissään tapahtumissa ja kerhoissa. Vammaisyhdistyksiä on paljon tarjolla ja ne ajavat omiensa asioita niin paikallisesti, valtakunnallisesti kuin osa maailmanlaajuisestikin. Vammaisten henkilöiden osallistumista järjestötoimintaan on voinut vauhdittaa viime vuosikymmeninä potilasjärjestöissä tehty kehitystyö, jonka avulla potilasjärjestöistä on muodostunut yhteiskunnallisia toimijoita, jotka neuvovat, antavat vertaistukea, vaikuttavat yhteiskuntaan esimerkiksi lainsäädännön tai palvelukäytänteiden osalta sekä lisäävät yleistä tietoisuutta vammaisuudesta yhteiskunnassa. Kuuluminen yhdistykseen auttaa toimintarajoitteen ymmärtämisessä, antaa konkreettisia neuvoja ja apuja arkeen sekä tarjoaa mielenkiintoista tekemistä. Toimintarajoitteiset saavat yhdistystoiminnasta tärkeää vertaistukea sekä tuntevat kuuluvansa joukkoon. Yhdistystoiminta kerää ympärilleen samanhenkisiä tai samassa tilanteessa olevia ihmisiä ja näin ollen auttaa toiminnallaan arjen pyöryksessä. Yhdistykset tarjoavat toiminnallaan fyysistä tekemistä, sosiaalista kanssakäymistä ja psyykkistä hyvinvointia. Kuten alussa todettiin *occupational experience* käsittää toimijan itsensä kokemukset toiminnasta, mutta myös siitä, kuinka tärkeää se hänelle on ja miten hän itse tuntee suorituksensa toiminnasta. Samoin *participation* on tärkeää, jotta ihmiset tuntevat tekevänsä jotain arvokasta ja tuntevat olevansa osallisina ja ovat hyväksytyjä tehdessään jotakin.

Vesalan ja Teittisen tutkimuksessa (2016) havaittiin, että järjestötoimintaan osallistumattomat vammaispalveluita käyttävät henkilöt olivat kaikkein pahoinvoivimpia, mikä puhuu selvästi yhdistystoiminnan suuresta merkityksestä ihmisen kokonaisvaltaisessa hyvinvoinnissa.

Yhteen toimintaan toimintarajoitteiset osallistuivat ahkerammin kuin ei-toimintarajoitteiset: kirkolliseen tai muuhun uskonnolliseen toimintaan. Toimintarajoitteiset saattavat hakea lohtua korkeammalta taholta, mutta tuloksia selittänee kuitenkin enemmän se, että toimintarajoitteisten ikäjakauma on huomattavasti korkeampi kuin ei-toimintarajoitteisten. Nykyisessä yhteiskunnassamme nuoret eivät enää kuulu kirkkoon tai osallistu kirkolliseen toimintaan niin aktiivisesti kuin ennen. Vanhempi väestö on tottunut käymään kirkollisissa tapahtumissa jo nuorena ja käyvät siellä edelleen. Kirkollisiin tapahtumiin osallistumisen syynä voi olla myös sosiaalinen aspekti ja ihmisten auttaminen.

7.2 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimus ei saa antaa sattumanvaraisia tuloksia, eli tutkimuksen reliabilitus tulee olla kunnossa (Vilka 2007, 149). Tutkimuksen tulokset olivat linjassa aiempien tutkimustuloksien kanssa, eli esimerkiksi toimintarajoitteisten määrä oli samaa luokkaa, kuin muissa aiemmin tehdyissä tutkimuksissa. Tutkimus on myös toistettava, eli mikäli tutkimus tehtäisiin uudestaan samalla tavalla, saataisiin samalaisia tuloksia, vaikka tutkimuksen tekijä vaihtuisikin.

Tutkimuksen reliabiliteetti huomioitiin jo tutkimuksen aikana muun muassa toimintarajoitteisten määrittelyssä. Toimintarajoitteiset määriteltiin WG-indeksin mukaan, vaikka tarjolla olisi ollut muitakin vaihtoehtoja toimintarajoitteisten määrittämiseksi. Tulokset poikkesivat toisistaan muutamia prosentteja. WG-indeksi oli näistä kuitenkin luotettavin ja käytössä myös kansainvälisesti, mikä puolsi WG-indeksin käyttämisestä toimintarajoitteiden määrittelyssä.

Tutkimuksen ollessa luotettava, on se myös tarkka. Tarkassa tutkimuksessa ei ole sattunaisvirheitä, eli otos edustaa laajasti perusjoukkoa, vastausprosentti on riittävän korkea, havaintoyksikköjen kaikki muuttujia koskevat tiedot on syötetty huolellisesti ja mittarin kyky mitata tutkittavia asioita on kattava (Vilka 2007, 149–150). Nämä kaikki pätevät myös tässä tutkimuksessa: kokonaisotos oli yli 7000 henkilöä ja se edusti laajasti sekä monipuolisesti koko perusjoukkoa. Ikähaitari oli 18-vuotiaasta alkaen yli 75-vuotiaisiin ja tutkimukseen osallistui ihmisiä kaikilta koulutusasteilta.

Fin Terveys 2017 -kysely on toteutettu Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen toimesta laadukkaasti, joten kysymyspatteristo ja kaikki siinä käytettävät kysymykset oli mietitty tarkasti ja mittasivat sitä, mitä niiden oli ajateltu mittaavan, eli kysymykset olivat valideja. Validiudella tarkoitetaan tutkimuksen mittaavan sitä, mitä tutkimuksessa oli tarkoitus mitata (Vilka 2007, 150).

Reliabelius ja validius muodostavat tutkimuksen kokonaisluotettavuuden (Vilka 2007, 152153). Tutkimus oli kokonaisuudeltaan luotettava, koska se mittasi sitä, mitä sen pitikin mitata, otosjoukko oli riittävän laaja ja edusti hyvin perusjoukkoa, aineiston keräämisen tapa oli onnistunut ja otantamenetelmä oli soveltuva. Analyysimenetelmä oli valittu tutkimusongelmien ja tutkimusaineiston perusteella siten, että analyyseistä oli mahdollista saada merkittävää tietoa tutkittavasta asiasta. Tutkimuksessa käytetyt kysymykset oli valittu hyvin, joten koko laajan Fin Terveys 2017 -aineiston käyttö ei ollut tarkoituksenmukaista. Tietojen syöttö ja muokkaus tehtiin huolellisesti ja yhdistelmämuuttujia luotiin tarvittaessa.

Systemaattisia virheitä voi tulla, mikäli tutkittavat valehtelevat tai kaunistelelevat omia tuloksiaan tai vähättelevät asioiden tilaa. Myös satunnaisvirheet ovat mahdollisia, ja ne heikentävät tutkimuksen luotettavuutta. Tutkittaessa toimintarajoitteita, vähätelyä omista ongelmista ja vaivoista saattaa olla. Toisaalta myös ongelmia on voitu suurennella vastaajien osalta, joten pientä systemaattista virhettä voi otannassa olla. Mahdollinen satunnaisvirhe voi olla esimerkiksi vastaajien muistivirheet, jotka vaikuttavat tutkimuksen luotettavuuteen. Tällaisia virheitä on tosin vaikea todentaa.

Tutkimuksessa käsiteltyä asiaa on tarkasteltu täysin objektiivisesti eikä tutkimuksen tekemiseen ole ollut esteellistä estettä (Kettunen, Kärki, Näreaho & Päällysaho 2019, 16). Tutkimuksessa ei ole käsitelty vastaajien henkilötietoja, eivätkä ne ole päätyneet missään vaiheessa tutkijan tietoon. Tutkimusaineistoa on käsitelty huolellisesti ja turvallisesti, ja tutkimusaineistosta on käytetty vain tässä tutkimuksessa tarvittavaa aineistoa (valikoidut kysymykset). Tutkimusluvut on hoidettu kuntoon ennen aineiston käsittelyä ja opinnäytetyösopimuksessa on sovittu opinnäytetyön olevan julkinen asiakirja, joka julkaistaan Theseus-julkaisuarkistossa.

Kaiken kaikkiaan toimintarajoitteiden yhteys harrastuksista luopumiseen ja osallisuuden aikuisväestössä -tutkimus on luotettava ja kattava otos mannersuomalaisten ihmisten toimintarajoitteista ja niiden vaikutuksesta harrastuksista luopumiseen ja osallisuuteen eri vapaa-ajan toiminnoissa.

7.3 Jatkotutkimusaiheet

Kerätty tai muulla tavoin tuotettu tieto vammaisista tai toimintarajoitteisista ihmisistä Suomessa on todella tärkeää tietoa vammaisia ihmisiä ja toiminnallista oikeudenmukaisuutta silmällä pitäen. Ajantasaisen tiedon avulla vammaispalveluiden suunnittelu ja käytännön toteutus on paljon helpompaa ja tämä takaa paremmin vammaisten oikeudet.

YK:n vammaissopimus CRPD (United Nations 2006, 24) edellyttää vammaisten henkilöiden palveluiden seurantaan kansallisesti ja arviointia yhteistyössä muiden tahojen kanssa. Tutkimuksen ja seurannan tulee olla jatkuvaa, uudistuvaa sekä yhteiskunnallisiin tilanteisiin mukautuvaa. Tiedon avulla voidaan suunnitella, arvioida ja järjestää entistä toimivampia, eettisempiä ja kustannustehokkaampia sote- ja muita palveluita.

Kuten Nurmi-Koikkalainen, Toikka, Muuri ja Sivula (2020) toteavat Sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta tehdyssä raportissa, vammaisista henkilöistä tehdyissä tutkimuksissa on käytetty paljon määrällisiä tutkimuksia, mutta laadullista tietoa on saatavilla hyvin niukasti. Laadullisella tutkimuksella vammaisten oma ääni saadaan paremmin kuuluviin ja heidän todelliset tarpeensa näkyviksi niin tutkijoille, hoitajille, sote-alan työntekijöille kuin päättäjillekin. Määrällisissä tutkimuksissa tietyt diagnoosiryhmät jäävät helposti vastausten ulkopuolelle, mikäli kysely on suoritettu niin sanotusti perinteisin menetelmin esimerkiksi kyselytutkimuksena. Tällöin esimerkiksi näkövammaiset jäävät usein kyselyiden ulkopuolelle. Tämän vuoksi laadullista tutkimusta pitäisi lisätä. Myös määrällisiä tutkimuksia on tärkeää tehdä, koska siten saavutetaan vähemmillä resursseilla laajempi otosjoukko.

Osallisuuden kannalta olisi tärkeää tutkia miten toimintarajoitteiset ihmiset pääsevät itse osallistumaan ja vaikuttamaan heille merkityksellisiin toimiin. Esimerkiksi vaikuttaminen omaan palvelutarpeen arviointiin tulisi olla mahdollista kaikkien asianosaisten kanssa. Tällä hetkellä ei ole saatavilla jatkuvaan seurantaan perustuvaa tutkimustietoa asiakkaan osallistumisesta palvelutarpeen arviointiin (Nurmi-Koikkalainen, Toikka ym. 2020, 30). Tiedon tarve liittyy valtion tasolta myös maakuntiin, kuntiin ja sairaanhoitopiireihin. On tärkeää tietää, miten paljon ja minkälaisia toimintarajoitteisia henkilöitä esimerkiksi kunnan tai maakunnan alueella on, millaisia palveluntarpeita heillä on ja tulee tulevaisuudessa olemaan, sekä millaisia palveluita he tarvitsevat ja miten he palveluihin pääsevät. Mikäli ei tiedetä, millaisia toimintarajoitteita kuntalaisilla on, on vaikea tarjota heille sopivia palveluita. Kaiken kaikkiaan tulisi selvittää toimintarajoitteisten mahdollisuudet vapaa-ajan toimintoihin asuinpaikkakunnallaan ja miten he voisivat jatkaa heille tärkeää harrastusta toimintarajoitteesta huolimatta.

Vammaislainsäädännön muuttuessa niin, että vammaispalvelulaki ja kehitysvammalaki yhdistetään koskemaan kaikkia vammaisia henkilöitä yhdenvertaisesti, on tärkeää saada tietoa, kuinka muuttuva lainsäädäntö vaikuttaa vammaisten henkilöiden palveluihin, mahdollisuuksiin harrastaa ja osallistua heille merkityksellisiin toimintoihin sekä ylipäättään vammaisten henkilöiden oikeuksien toteutumiseen.

Merkitykselliset vapaa-ajan toiminnot ovat elintärkeitä meille kaikille. Toimintarajoitteisilla vapaa-ajan toimintoihin osallistumisen kynnys voi olla korkeampi kuin ei-toimintarajoitteisilla, joten olisi tärkeää saada tietoa heiltä itseltään, mitä vapaa-ajan toimintoja he haluaisivat tehdä, mutta eivät vammansa tai rajoitteensa takia pysty tekemään. Vastaavasti tulisi selvittää, mihin vapaa-ajan toimintoihin toimintarajoitteiset tarvitsisivat enemmän tukea, jotta he pystyisivät osallistumaan. Tarvittaisiin kohdennettua tukimusta itsensä toimintarajoitteisiksi kokeville, jotta heidän äänensä saataisiin oikeasti kuuluviin. Toimintarajoitteisten tutkimukset eivät saisi painottua diagnoosipohjaisiin tutkimuksiin, vaan tutkimuksissa ja selvityksissä tulisi painottaa toimintarajoitteisiksi itsensä kokevat.

Jatkotutkimusaiheena olisi asiallista myös tarkastella tarkemmin harrastuksista luopumisesta. Mikäli harrastuksesta on jouduttu luopumaan nimenomaan toimintarajoitteen takia, olisiko harrastusta voinut muokata ja soveltaa muuttuneen tarpeen mukaan, jotta harrastusta olisi voitu jatkaa. Soveltavan liikunnan toteuttaminen ja kehittäminen tulisi ujuttaa jokaisen kunnan liikuntastrategiaan ja entistä näkyvämmäksi osaksi kunnan toimintaa.

Lähteet

- Borodulin, K. & Sääksjärvi, K. 2019. FinHealth 2017 Study: Methods. Finnish institute for health and welfare. Report 17/2019. Viitattu 23.3.2020.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139084/URN_ISBN_978-952-343-449-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Fisher, A. & Marterella, A. 2019. Powerful practice: A model for authentic occupational therapy. Fort Collins, CO: Center for Innovative OT Solutions.
- Fisher, A. 2009. Occupational therapy intervention process model: A Model for Planning and Implementing Top-down, Client-centered, and Occupational-based Interventions. USA: Three Star Press.
- Eurostat. 2015. Statistics Explained. Disability statistics background – European health and social integration survey. Viitattu 30.7.2020.
https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Disability_statistics_background_-_European_health_and_social_integration_survey
- Haanpää, L. 2019. Harrastustakuu: yhdenvertaisuuden asialla. Nuorisotutkimusverkosto/nuorisotutkimusseura. Verkkojulkaisuja 147, Kenttä.
- Hautala, T. Hämäläinen, T. Mäkelä, L. & Rusi-Pyykönen, M. 2016. Toiminnan voimaa – Toimintaterapia käytännössä. 3-4. painos. Helsinki: Edita.
- Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Hirsjärvi, S. Remes, P & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. 15.–17. painos. Helsinki: Tammi.
- Isola, A. Kaartinen, H. Leemann, L. Lääperi, R. Schneider, T. Valtari, S. & Keto-Tokoi, A. 2017. Mitä osallisuus on? Osallisuuden viitekehystä rakentamassa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Työpaperi 33/2017. Viitattu 3.4.2020.
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135356/URN_ISBN_978-952-302-917-0.pdf?sequence=1
- Jyväskylän ammattikorkeakoulu, 2017. Opinto-oppaat, Toimintaterapian OPS 2017-2018. Viitattu 20.6.2020. <https://opinto-oppaat.jamk.fi/fi/opinto-opas-amk/opiskelu/opetussuunnitelmat/2017-2018/toimintaterapeutti/>
- Kettunen, J. Kärki, A. Näreaho, S. & Päällysaho, S. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. 2019. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. Viitattu 18.9.2020. http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTE%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?_t=1578480382
- Koponen, P. Borodulin, K. Lundqvist, A. Sääksjärvi, K. & Koskinen, S (toim.). 2018. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa: FinTerveys 2017 -tutkimus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 2018. Viitattu 23.3.2020.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-105-8>

KvantiMOTV. 2009. Menetelmäopetuksen tietovaranto. Logistinen regressio. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 8.9.2020.
<https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/ohjeet/kvantiohjeet.html>

L 11.6.1999/731. Suomen perustuslaki. Ajantasainen lainsäädäntö, Finlex. Viitattu 25.3.2020. <https://www.finlex.fi/fi/> , hakusana perustuslaki.

Leone, T. & Hessel, P. 2016. The effect of social participation on the subjective and objective health status of the over-fifties: Evidence from SHARE. *Ageing and Society*, 36 (5), 968-987. doi: 10.1017/S0144686X15000148

Mononen, K. Blomqvist, M. Hakamäki, M. Laine, K. & Mäkinen, J. 2019. Liikunnan ja Urheilun harrastaminen. Julkaisussa Aikuisväestön liikunnan harrastaminen, vapaaehtoistyö ja osallistuminen 2018. Toim. J. Mäkinen. KIHUn julkaisusarja, nro 67. Viitattu 3.4.2020.
https://www.urheilututkimukset.fi/media/urtu/julkaisut/2019_jar_aikuisvest_sel71_85829.pdf

Mäkinen, J. (toim.). 2019. Aikuisväestön liikunnan harrastaminen, vapaaehtoistyö ja osallistuminen 2018. Kilpa- ja huippu-urheilun tutkimuskeskus KIHU. KIHUn julkaisusarja, nro 67. Viitattu 1.10.2020.
https://www.urheilututkimukset.fi/media/urtu/julkaisut/2019_jar_aikuisvest_sel71_85829.pdf

Nurmi-Koikkalainen, P. Ahola, S. Gissler, M. Halme, N. Koskinen, S. Luoma, ML. Malmivaara, A. Muuri, A. Sainio, P. Sääksjärvi, K. & Väyrynen, R. 2017. Tietoa ja tietotarpeita vammaisuudesta: Analyysia THL:n tietotuotannosta. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Työpaperi 38/2017*. Viitattu 30.9.2020.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-946-0>

Nurmi-Koikkalainen, P. Toikka, I. Muuri, A. & Sivula, S (toim.) Tiekartta systemaattiselle tiedonkeruulle vammaispalveluissa. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpaperi 12/2020*. Viitattu 30.7.2020.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139412/TY%c3%962020_012_verkko%203003%20sa.pdf?sequence=7&isAllowed=y

Opetus- ja kulttuuriministeriö. 2017. Jokaiselle lapselle ja nuorelle mahdollisuus mieleiseen harrastukseen – työryhmän raportti. Viitattu 25.9.2020.
https://minedu.fi/documents/1410845/4449678/Jokaiselle+lapselle+ja+nuorelle+mahdollisuus+mieleiseen+harrastukseen_raportti.pdf/50642077-c9ac-4687-b591-fddfae1246a0

Pasanen, A. 2017. Harrastuneisuuden yhteys elämänlaatuun yksin tai toisen kanssa asuvilla iäkkäillä henkilöillä. Jyväskylän yliopisto, Pro Gradu -tutkielma. Viitattu 3.4.2020.
<https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/54358/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201706072727.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Pulkkinen, M. 2019. Iäkkäiden osallisuus: Terveys, asuminen ja yhteisöllisyys – kirjallisuuskatsaus. Ikäinstituutti. Helsinki. Viitattu 28.9.2020.
https://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2019/10/läkkäiden_osallisuus_kirjallisuuskatsaus.pdf

- Pyykkönen, T & Rikala, S. 2018. Valtio soveltavan liikunnan ja vammaisurheilun edistäjänä. Valtion liikuntaneuvoston julkaisuja 2018:2. Viitattu 3.4.2020. https://www.liikuntaneuvosto.fi/wp-content/uploads/2019/09/Valtio_soveltavan_liikunnan_raportti.pdf
- Rantakokko, M. Portegijs, E. Viljanen, A. Iwarsson, S & Rantanen, T. 2013. Lide-Space mobility and quality of life in community-dwelling older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61, 1830-1832.
- Robine, J. M. Jagger. C. 2003. Creating a coherent set of indicators to monitor health across Europe: the Euro-REVES 2 project. *Eur J Public Health* 13.3. Viitattu 5.10.2020. https://doi.org/10.1093/eurpub/13.suppl_1.6
- Sirven, N. & Debrand, T. 2012. Social capital and health of older Europeans: Causal pathways and health inequalities. *Social Science & Medicine* 75 (7), 1288-1295. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.05.009
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2018. Vammaispalvelulaki. Viitattu 30.7.2020. <https://stm.fi/vammaispalvelulaki>
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestön ennakkotilasto [verkkojulkaisu]. ISSN=1798-8381. Kesäkuu 2020, Liitetaulukko 1. Väestömuutosten ennakkotiedot tapahtumakuukauden mukaan 2020 . Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu 28.7.2020. http://www.stat.fi/til/vamuu/2020/06/vamuu_2020_06_2020-07-23_tau_001_fi.html
- Taanila, Aki. 2012. SPSS. Akin menetelmäblogi. Viitattu 30.7.2020. <https://tilastoapu.wordpress.com/spss/>
- Taanila, Aki. 2020. SPSS: hhiin neliö -testi. Akin menetelmäblogi. Viitattu 2.7.2020. <https://tilastoapu.wordpress.com/2012/04/24/spss-khiin-nelio-testi-2/>
- Tamminen, T. & Alinikula, P. 2018. Kuntien saavutettavuusopas: arvio vammaisten henkilöiden määrästä Sumessa ja heidän erityistarpeistaan. Kuntaliitto. Viitattu 10.3.2020. <https://www.kuntaliitto.fi/tilastot-ja-julkaisut/verkko-opaat/kuntien-saavutettavuusopas/liite-1>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2018. Tilastot ja kyselyt. THL. Viitattu 10.3.2020. <https://thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/johtaminen-valvonta-ja-tilastot/tilastot-ja-kyselyt>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Toimintakyky, ICF-luokitus. Viitattu 28.9.2020. <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus>
- Tilastokeskus. 2020. Väestörakenne. Viitattu 29.9.2020. https://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html#V%C3%A4est%C3%B6rakenne%2031.12
- Townsend, E. Wilcock, AA. 2004. Occupational justice and client-centered practice: a dialogue in progress. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 71 (2). 75-87. Viitattu 9.10.2020. Doi: 10.1177/000841740407100203. PMID: 15152723.
- The American Occupational Therapy Association. 2014. Occupational Therapy practice framework: Domain and process. 3th edition. *American Journal of Occupational therapy* 68, s1-s48.

United Nations. 1948. Universal Declaration of Human Rights. Viitattu 25.3.2020. <https://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>

United Nations. 2006. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Viitattu 25.3.2020. <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>

United Nations. 2006. Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Optional Protocol. Viitattu 30.7.2020. <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>

Vesala, H. & Teittinen, A. 2016. Vammaisjärjestöjen merkitys niiden toimintaan osallistuville. Julkaisussa Osallistuminen, hyvinvointi ja sosiaalinen osallisuus – ATH-tutkimuksen tuloksia. Toim. J. Murto & O. Pentala. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Järjestökentän tutkimusohjelma. Työpaperi 38/2016. Viitattu 3.4.2020.

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131489/URN_ISBN_978-952-302-757-2.pdf?sequence=1

Vesala, H. & Vartio, E. 2018. Miten vammaisten ihmisten oikeudet toteutuvat Suomessa? Vammaisfoorumi ry. Viitattu 25.3.2020. <https://vammaisfoorumi.fi/wp-content/uploads/2019/09/VFKyselyn-perusraportti2019.pdf>

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa – määrällisen tutkimuksen perusteet. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä. Tammi

Washington Group on disability statistics. 2020. Development of an Internationally Comparable Disability Measure for Censuses. Washington Group on Disability Statistics (WG). Viitattu 30.6.2020. http://www.washingtongroup-disability.com/wp-content/uploads/2016/01/NSO_report.pdf

World Health Organisation & The World Bank. 2011. World report on disability. Viitattu 30.7.2020

