

4event Kehon ikä -kartoitus elämäntapamuutosta tukemassa

Leena Rapanen

Opinnäytetyö

Vierumäenyksikkö

Liikunnan ja vapaa-ajan ko.

Kevät 2012



Liikunnan ja vapaa-ajan koulutusohjelma

<p>Tekijä tai tekijät Leena Rapanen</p>	<p>Ryhmätunnus tai aloitusvuosi LOT 09-12</p>
<p>Raportin nimi 4event Kehon ikä –kartoitus elämäntapamuutosta tukemassa</p>	<p>Sivu- ja liitesivumäärä 53 + 4</p>
<p>Opettajat tai ohjaajat Tiina Laiho</p>	
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää motivoiko 4eventin Kehon ikä – kartoitus yksilöitä muuttamaan elämäntapojaan ja keitä kartoitus erityisesti motivoi. Kyselyllä pyrittiin selvittämään mitkä kartoituksen osa-tekijät motivoivat muutokseen ja miten muutoshalukkuutta voitaisiin tukea. Lisäksi tarkasteltiin vastaajien fyysisen kunnon lähtötasoa ja halukkuutta muutoksen tekemiseen ennen kartoitusta.</p> <p>Tutkimus toteutettiin internet-kyselynä talvella 2011-2012 webropol 1.0 ohjelmaa käyttäen. Kohderyhmänä oli viisi 4event:n keskikokoista asiakasyritystä, jotka olivat osallistuneet Kehon ikä –kartoitukseen keväällä 2011. Saatekirje sekä linkki kyselyyn lähetettiin jokaisen viiden yrityksen yhdyshenkilöille, jotka välittivät linkin eteenpäin niille työntekijöille, jotka olivat olleet mukana Kehon ikä –kartoituksessa. Kyselyssä oli valinta- ja monivalintakysymyksiä sekä avoimia kysymyksiä.</p> <p>Päälöydöksenä voidaan todeta, että Kehon ikä –kartoitus voi motivoida yksilöitä muuttamaan elämäntapojaan. Kartoitus sai yli puolet vastaajista harkitsemaan elämäntapamuutoksen tekemistä ja yli kymmenksen tekemään elämäntapamuutoksen. Vain kolmannes vastaajista ei kokenut kartoituksella olleen minkäänlaista vaikutusta omiin tottumuksiinsa. Sukupuolella tai iällä ei todettu olevan vaikutusta muutoshalukkuuteen. Kartoituksen osatekijöistä eniten muutoshalukkuuteen vaikutti kehonkoostumus sekä kardiovaskulaarinen kunto. Eniten yksilöitä voisi motivoida elämäntapamuutokseen tarve parantaa fyysistä kuntoa sekä tarve tuntea olonsa päivisin virkeämmäksi. Yli puolet vastaajista koki lisäksi motivoivaksi tekijäksi myös tarpeen parantaa terveystarvoa ja sekä tarpeen pudottaa painoa.</p> <p>Tärkeimpänä johtopäätöksenä voidaan pitää sitä, että eniten muutoshalukkuuteen vaikuttaa yksilön tarve muutoksen tekemiseen. Kartoituksesta saatu keskimääräistä huonompi tulos tai huonoksi koettu hyvinvointi motivoi parantamaan elämäntapoja.</p>	
<p>Asiasanat</p> <p>Elämäntapamuutos, työkyky, elintavat</p>	

Degree programme in sports and leisure management

<p>Authors Leena Rapanen</p>	<p>Group or year of entry LOT 09-12</p>
<p>The title of thesis Body Age Evaluation supporting lifestyle change Case: 4event</p>	<p>Number of pages and appendices 53 + 4</p>
<p>Supervisor(s) Tiina Laiho</p>	
<p>The aim of this thesis was to study if a Body Age Evaluation motivated people to change their lifestyle and what type of persons were motivated by it. The primary purpose of the study was to determine which element of the Evaluation motivated most to change and how a persons's willingness to change could be supported. The aim was to also develop the Body Age evaluation and the operation of 4event which is an enterprise offering different types of well-being events for companies.</p> <p>The study includes a theory section and an empirical section. The theory section discusses healthy life style, two different types of lifestyle change theories, well-being at work and a presentation of 4event. The empirical part focuses on the evaluation, results and conclusions. The study was based on quantitative methods and it was carried out as an Internet questionnaire. The questionnaire was send to 180 persons between 15 December 2011 and 15 January 2012. Altogether 54 questionnaires were returned, which resulted in a response rate of 33 per cent.</p> <p>The questionnaire showed that Body Age evaluation can motivate people to change their living habits. The Evaluation helped over half of the respondents to consider doing lifestyle changes and over one tenth did some lifestyle changes after the Evaluation. However the study showed that the evaluation probably motivated only people whose results were under mid-range in the Evaluation. Age or sex did not have any connection to the motivation of lifestyle changes.</p> <p>The most important conclusion was that 4event must improve their methods after the Body Age Evaluation. People need help and support in order to do a lifestyle change successfully. The Evaluation does not alone motivate people enough to change their living habits.</p>	
<p>Key words lifestyle change, ability to work, living habits</p>	

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Terveelliset elämäntavat	3
2.1	Ravinto.....	3
2.2	Liikunta	5
2.3	Uni.....	6
2.4	Päihteet	8
3	Elämäntapamuutos	10
3.1	Transteoreettinen muutosvaihemalli.....	10
3.1.1.	Muutosvaiheet.....	12
3.1.2	Muutosprosessit.....	13
3.1.3.	Esimerkkitapaus.....	14
3.2	Precede-proceed-malli.....	15
3.3	Mallien vertailua	17
3.4	Pystyvyyden tunne	18
4	Työkyky	21
4.1	Työkyky käsitteenä.....	21
4.2	Työkyvyttömyys	22
4.2.1.	Sairauspoissaolot.....	22
4.2.2.	Työkyvyttömyyseläkkeet	22
4.3	Työkyvyn arviointi	23
4.4	Työkykyä ylläpitävä toiminta.....	24
4.5	Työpaikkaliikunta	25
4.5.1.	Työpaikkaliikunnan barometri.....	25
4.5.2.	Taloudellinen tukeminen.....	26
4.5.3.	Työpaikkaliikunnan muodot.....	26
4.5.4.	Aktiivisuus, seuranta ja tulevaisuus.....	26
5	4event – yritysesittely.....	28
5.1	4event valtakunnallisesti.....	28
5.2	4event palvelut ja tuotteet.....	28
5.3	Kehon Ikä -kartoitus	29

6	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat	30
7	Menetelmät.....	31
7.1	Tilastolliset menetelmät.....	31
7.2	Kohderyhmä.....	32
7.3	Mittarin laadinta	33
7.4	Kyselyn järjestäminen.....	34
7.5	Tutkimuksen luotettavuus	34
8	Tutkimustulokset	36
8.1	Olivatko vastaajat halukkaita muuttamaan elämäntapojaan ennen Kehon ikä – kartoitusta?	36
8.2	Motivoiko Kehon ikä –kartoitus yksilöitä muuttamaan elämäntapojaan?	38
8.3	Mitkä tekijät kartoituksessa vaikuttivat eniten muutoshalukkuuteen ja mitkä tekijät voisivat tukea muutosta?	40
9	Pohdinta	43
9.1	Kehittämisehdotukset ja käytännön sovellusmahdollisuudet	44
9.2	Jatkotutkimusehdotukset	45
9.3	Oppiminen ja kehittyminen prosessin aikana.....	45
	Lähteet	47
	Liitteet.....	53
	Liite 1. Kyselylomake	53

1 Johdanto

Nykypäivän ihminen ei osaa ottaa vastuuta omasta hyvinvoinnistaan. Omasta terveydestä ei huolehdi ja oletetaan, että joku toinen hoitaa huonontuneen terveydentilan kuntoon. Monien muiden asioiden rinnalla myös vastuu omasta hyvinvoinnista pyritään nykyisin ulkoistamaan. Yksilöiden tulisi oppia ymmärtämään, että kukaan toinen ei voi parantaa yksilön terveyttä, vaan vastuu on yksilöllä, ei kenelläkään muulla. Hyvät elämäntavat voivat kohentaa elämänlaatua ja arjessa jaksamista, ja ne myös ehkäisevät monia sairauksia. Elämäntavoista huolehtimalla voitaisiinkin ennaltaehkäistä ja hoitaa monia vaivoja ja sairauksia, joilla nyt ruuhkautetaan terveydenhuoltoa.

Elämäntapamuutoksen tekeminen ei ole helppoa. Moni turhautuu erilaisiin dieetteihin ja niillä saavutettuihin hetkellisiin tuloksiin, jotka katoavat dieetin loputtua. Dieettien ja trendi-ilmiöiden sijaan ihmisten täytyisi saada ammattilaisten apua ja opastusta elämäntapamuutoksen tekemiseen. Jotta tulokset olisivat pysyviä, täytyy myös muutosten olla pysyviä. Pelkkä kuukauden kestävä herkkulakko ei saa painoa pysymään toivotulla tasolla, eikä kuukauden kuntosalipurtti saa fyysistä kuntoa säilymään lopun elämää. Mediaseksikkäiden terveysohjelmien sijaan suomalaisten tulisikin kääntyä ammattilaisten puoleen.

Terveelliset elämäntavat ylläpitävät hyvää toimintakykyä. Vuoren (2006) mukaan toimintakyky on yksilön fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten ominaisuuksien ja hänen taitojensa ja tietojensa yhdistelmä, ja se kuvaa yksilön edellytyksiä aktiiviseen elämään. Työkyky kuvaa yksilön kykyä ja halukkuutta tehdä jatkuvaa päivittäistä työtä. Se edellyttää tasapainotilaa yksilön toimintakyvyn sekä työn ja ympäristön asettamien vaatimusten välille. (Vuori, I. 2006, 54-55.) Terveellisillä elämäntavoilla voidaan ylläpitää hyvää toimintakykyä ja sitä kautta myös työkykyä. Hyvä toimintakyky antaa edellytykset virkeään arkeen ja työssä jaksamiseen. Elämäntavoista huolehtimalla voidaan siten vaikuttaa myös työhyvinvointiin ja muun muassa eläköitymisiän nostamiseen.

Huonot elämäntavat voivat heijastua myös kehon ikään. 4event on ihmisten hyvinvoinnista huolehtiva yritys, jonka tavoitteena on auttaa yksittäisiä ihmisiä voimaan paremmin ja nauttimaan elämästä. 4event tarjoaa hyvinvointipalveluita sekä yksilöille että

yriyksille. Erilaisia hyvinvointitapahtumia, Kehon ikä –kartoitusta ja hyvinvointiohjel-
mia tarjoava yritys panostaa asiakasyritystensä työhyvinvointiin niin ennaltaehkäisevästi
kuin hoitavastikin. Kehon ikä –kartoituksen tavoitteena onkin saada ihmiset huoma-
maan, miten heidän elämätapansa ovat vaikuttaneet oman kehon kehitykseen ja van-
hemiseen. Kartoitus kertoo, millä saralla vielä olisi kehitettävää ja mitkä elämäntavat
ovat jo kunnossa. Oman Kehon ikä –analyysin saaminen voi helpottaa ihmisiä kehittä-
mään omia elämäntapojaan kertomalla, mitä tulisi tehdä, jotta kehon ikä laskisi. Analyysi
voi myös motivoida elämäntapamuutoksen aloittamiseen, sillä se tuo yksilön oman ke-
hon kunnan selkeästi esiin.

Taustaosassa käsittelen terveellisiä elämäntapoja, työkykyä sekä kahta eri elämäntapa-
muutos-mallia. Elämäntapamuutos lähtee terveellisten elämäntapojen tuntemisesta. Jos
ei tiedä miten tulisi syödä, nukkua tai liikkua, ei oikeanlaisia elämäntapoja voi tavoitella
tai saavuttaa. Kyselyn kysymykset on luotu terveellisten elämäntapojen pohjalta: Kysy-
mykset kartoittavat elintavoissa tehtyjä muutoksia, jotka vaikuttavat positiivisesti myös
työssä jaksamiseen. Elämäntapamuutos mallien avulla perehdyn elämäntapamuutoksen
tekemiseen ja haasteisiin.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, motivoiko 4eventin Kehon ikä –
kartoitus yksilöitä muuttamaan elämäntapojaan ja mitkä tekijät kartoituksessa laukaise-
vat halun elämäntapamuutoksen tekemiseen. Kyselyllä kartoitetaan myös keitä Kehon
ikä –kartoitus erityisesti motivoi ja miten muutoshalukkuutta voitaisiin tukea. Lisäksi
tarkasteltiin vastaajien fyysisen kunnan lähtötasoa ja halukkuutta muutoksen tekemi-
seen ennen kartoitusta. Tutkimus on määrällinen ja se toteutetaan internet-kyselyinä.

2 Terveelliset elämäntavat

Terveys on täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila eikä pelkää taudin tai vamman poissaolo (WHO 2012). Tämä määritelmä ei kuitenkaan ole kovin hyvä, sillä sen mukaan jokainen ihminen olisi jollain tavoin hoidon tarpeessa, eikä kukaan olisi täysin terve. Jokaisella on oma käsityksensä terveydestään, jollakin voi olla esimerkiksi diabetes tai reuma, mutta kokee itsensä silti terveeksi, koska se on vain yksi osa hänen terveydestään. Pelkää se, että pystyy tulemaan toimeen itsenäisesti ja voi toteuttaa omia päämääriään, voi olla terveyttä. Jokaisella on siis oma käsityksensä ja toiveensa terveydestä, eikä terveyttä voi yleisesti määrittää niin, että sama määritelmä sopisi kaikkiin ihmisiin. (Huovinen & Leino 2000, 19.)

2.1 Ravinto

Maan kulttuuri vaikuttaa suuresti ruokatottumuksiin. Hyvinvointivaltioissa ruokaa on yleensä aina tarjolla eikä ruokatottumuksiin vaikuta valikoiman tai tarjonnan puute. Tällöin pelkää nälkä ei ohjaa ruokailua, vaan myös eri mieltymykset vaikuttavat siihen, mitä syödään. Myös uskonto voi vaikuttaa joidenkin ruoka-aineiden käyttöön, esimerkiksi juutalaiset tai muslimit eivät saa uskontonsa takia syödä lihaa, jolloin ruokatottumukset muovautuvat automaattisesti erilaisiksi kuin muilla. Nykypäivänä ruoankäyttöön voivat vaikuttaa myös media, mainonta, teknologian kehittyminen sekä kansainvälisyys. (Parkkinen & Serti 1999, 4 – 5.)

Terveellinen ruokavalio ja hyvä ravitsemus edistävät terveyttä. Ravitsemuksen tavoitteena on saada tarpeeksi energiaa päivän kulutusta kohden. Suomalaisten ravitsemussuosittelujen tavoitteita ovatkin muun muassa energiansaannin- ja kulutuksen tasapainoittaminen, tasapainoinen ravintoaineiden saanti, kuitupitoisten hiilihydraattien lisääminen, kovan rasvan käytön vähentäminen sekä alkoholin kohtuukulutus. Sopiva fyysinen aktiivisuus sekä hyvät ruokatottumukset ylläpitävät terveyttä ja ehkäisevät liikalihavuutta. (Lahti-Koski 2006, 16.)

Ravitsemussuositukset on laadittu edistämään ja tukemaan ravitsemuksen ja terveyden positiivista kehitystä. Jokaisella ihmisellä on hyvin yksilölliset ravintotarpeet ja suosituk-

set ovatkin perusta, jonka päälle ravitsemusohjaus rakentuu. Ravitsemussuositukset on tarkoitettu terveille, jonkinverran liikuntaa harrastaville henkilöille. (Haglund, Huupponen, Ventola & Lahtinen 2010, 10 – 11.)

Ihminen tarvitsee 50 eri ainesta pysyäkseen terveenä. Näitä aineksia ovat hiilihydraatit, proteiinit, rasvat, vitamiinit, mineraalit sekä hivenaineet, joista tärkeimmät ovat niin kutsutut energiaravintoaineet eli hiilihydraatit, proteiinit ja rasvat. Vaikka kaikilla ravintoaineilla on omat selkeät tehtävänsä, keho voi tarpeen vaatiessa myös käyttää ravintoaineita päällekkäin, sillä elimistö pystyy esimerkiksi muuttamaan hiilihydraatit rasvoiksi tai proteiinit hiilihydraateiksi. Ihminen tarvitsee kuitenkin kaikkia ravintoaineita pärjätäkseen ja jos jotakin ravintoainetta ei saada lainkaan voi puutostila aiheuttaa oireita. (Pakeman 2000, 56–57.)

Nykypäivän ravintosuositusten mukaan päivän kokonaisenergiämäärästä tulisi olla hiilihydraatteja 50-60%, proteiineja 10-20% ja rasvoja 25-35%. Päivän kokonaisenergian saannissa korkeintaan 10% saisi olla tyydyttyneitä eli kovia rasvoja, 10-15% kertatydyttymättömiä rasvoja ja 5-10% monitydyttymättömiä rasvahappoja. Lisäksi suositellaan päivittäin saatavaksi ravintokuituja 25-35 grammaa päivässä. Hyviä kuitujen lähteitä ovat täysjyväviljavalmistet, hedelmät, marjat ja kasvikset. Suolan saantia olisi hyvä rajoittaa naisilla korkeintaan kuuteen grammaan ja miehillä seitsemään grammaan päivässä. Pidempiaikaisena tavoitteena suolan sopiva saantimäärä on 5-6 grammaa päivässä. Myös vitamiinien ja kivennäisaineiden saantiin on laadittu saantisuosituksia, mutta ne vaihtelevat iän mukaan ja koko väestölle laaditut suositukset ovat hyvin keskimääräisiä, jotta koko väestö saataisiin katettua suosituksiin. (Haglund ym. 2010, 14–19.)

Päivän ateriat on hyvä rytmittää säännöllisesti. Pääaterioita kannattaa päivän aikana olla 2-3 ja välipaloja 2-3 kappaletta. Aterioiden aika kannattaa rytmittää töiden ja liikunnan mukaan sopivaksi. Ruokailun ja harjoituksen välissä tulisi olla 1-4 tuntia aikaa sulatella ruokaa, riippuen tietenkin aterian koosta ja laadusta. Mitä rasvaisempi ateriat, sitä pidempi aika vaaditaan sulatteluun. Myös heti harjoittelun jälkeen kannattaa täyttää energia- ja nestevarastot, jotta palautuminen alkaisi mahdollisimman nopeasti. (Lahti-Koski 2006, 40.)

2.2 Liikunta

Liikunnalla voi ylläpitää ja edistää terveyttä sekä toimintakykyä. Tällä hetkellä suomalaisista aikuista vain kolmannes harrastaa liikuntaa sen verran, että se edistää terveyttä.

Luku on kuitenkin ollut nousussa viime vuosien ajan. Enemmän huomiota tulisi kiinnittää hyötyliikuntaan kuten työmatkapyöräilyyn, kauppaan kävelyyn tai rappusten käyttöön hissien sijasta. (Huovinen & Leino 2000, 395.)

1990-luvun alussa terveyttä edistävästä liikunnasta alettiin käyttää nimitystä terveysliikunta. Terveysliikunta on liikuntaa, joka vaikuttaa positiivisesti terveyteen, eikä sen harrastamiseen liity terveydellisiä haittoja tai vaaroja. Sillä pyritään siis edistämään terveyttä ja toimintakykyä. Terveysliikuntaan liittyy oleellisesti termi terveyskunto. Terveyskunto on käsite, joka tarkoittaa perinteistä ”kunto”-käsitettä nimenomaan toimintakyvyn ja terveyden suuntaan. Hyvä terveyskunto tarkoittaa hyvää hengitys- ja verenkiertoelimistön kuntoa, sujuvaa liikkumista, riittävää lihasvoimaa, tasapainoa, riittävää nivelten liikkumista sekä vahvoja luita ja painon hallintaa. Se tarkoittaa siis sitä, että yksilö pystyy selviämään arjen askareista ja välttämättömistä päivittäisistä toiminnoista itsenäisesti ja väsymättä, minkä lisäksi energiaa pitäisi säästyä myös harrastuksiin. (Niemi 2007, 4.)

Erilaisia liikuntasuosituksia terveyden edistämiseksi on vuosien varrella tehty useita. Vuonna 1978 American College of Sports Medicine on määrittänyt, että hengästymistä ja hikoilua aiheuttavaa aerobista liikuntaa tulisi harrastaa 3-5 kertaa viikossa, 15-60 minuutin ajan. Hyviä lajiesimerkkejä ovat hölkkä ja uinti. Vuonna 1995 amerikkalainen Russel Paten johtama työryhmä laati uuden suosituksen, jonka mukaan kohtalaisesti rasittavaa liikuntaa tulisi harrastaa 5-7 kertaa viikossa 30 minuuttia päivässä; lajiesimerkkeinä reipas kävely tai lumen luonti. Paten ym. tekemiä suosituksia on kritisoitu esimerkiksi kävelyn yksipuolisen rasituksen vuoksi. Tämän pohjalta toinen amerikkalainen työryhmä kokosi vuonna 2007 liikuntasuositukset, joiden mukaan terveydelle riittävä fyysisen aktiivisuuden määrä on harrastaa liikuntaa vähintään 30 minuuttia reipasta kävelyä vastaavalla teholla, mielellään joka päivä, tai vähintään kolme kertaa viikossa 20 minuuttia kestäväää raskasta hikiliikuntaa. Kohtuullisen kuormittavan ja raskaan liikunnan voi myös yhdistää, esimerkiksi 2x30 minuuttia kävelyä ja 2x20 minuuttia juoksua viikossa. (Fogelholm & Oja, 2011, 68–71.) UKK-instituutin vuonna 2011 määrittämät

liikuntasuosituksien mukaan kestävyyskuntoa kehittävää liikuntaa tulisi harrastaa usean kerran viikossa, yhteensä ainakin 2 tuntia 30 minuuttia reippaasti TAI 1 tunti 15 minuuttia raskaasti. Lihaskuntoa ja liikehallintaa tulisi kehittää ainakin kaksi kertaa viikossa. (UKK-instituutti 2011.)

Säännöllisellä liikunnalla on monia positiivisia vaikutuksia terveydelle, kuten: hengityselimistön vahvistuminen, sydän- ja verenkiertoelimistön toiminnan paraneminen, aineenvaihdunnan vilkastuminen, vastustuskyvyn vahvistuminen, pitkäikäisyyden ehkäiseminen, luuston kestävyuden kehittäminen, nivelten toiminnan tehostuminen, lihasvoiman ja kestävyuden kehittyminen sekä mielialan koheneminen. Näiden hyötyjen ylläpitäminen vaatii jatkuvaa ja säännöllistä liikuntaa, sillä kausittaisesta liikunnasta ei ole todettu olevan juurikaan terveydellistä hyötyä. Jos liikunnan harrastaminen vähenee, myös vaikutukset vähenevät. Parasta olisi, jos liikunta olisi elämäntapa. Liikunnan vaikutukset ovat hyvin yksilöllisiä. Joillakin liikunta voi esimerkiksi parantaa suorituskykyä tai laskea verenpainetta, joillakin se voi auttaa laukaisemaan psyykkisiä jännityksiä. Liikuminen voi myös vähentää riskiä sairastua etenkin ihmisillä, joilla perintötekijät altistavat esimerkiksi sepelvaltimotaudille. (Vuori 2006, 58–60.)

2.3 Uni

Ihminen nukkuu noin kolmanneksen koko elämästään. Aikuinen suomalainen nukkuu keskimäärin 7 tuntia 50 minuuttia yössä, mutta unen tarve on kuitenkin aina yksilöllistä. Unen tarve vaihtelee myös iän mukaan: esimerkiksi vastasyntynyt lapsi voi nukkua jopa 23 tuntia vuorokaudessa. Vähimmillään päivittäinen unen määrä on ihmisillä keski-ikässä, jonka jälkeen unen määrä lähtee taas kasvuun. Kuvitelma siitä, että vanhukset nukkuvat vähemmän ei pidä paikkaansa: yöuni saattaa olla lyhyempi, mutta se usein kompensoituu päiväunilla. Syy siihen, miksi ikääntyneet usein heräävät aikaisin, on se, että he menevät ajoissa nukkumaan. (Huovinen & Leino 2000, 355.)

Uni on aktiivinen prosessi, jonka aikana jotkin aivojen osat toimivat yhtä aktiivisesti kuin valveilla ollessa. Uni on aina tärkeää, ja se edistää muistin toimintaa sekä oppimista. Se on myös erityisen tärkeää keskushermoston kehittymisen aikana. Uni jakautuu eri vaiheisiin: NREM- ja REM-uneen. NREM-uni, eli Non-Rapid Eye Movement-uni

koostuu neljästä eri vaiheesta: vaiheet yksi ja kaksi ovat kevyttä ja pinnallista unta, kun taas vaiheet kolme ja neljä ovat yön syvintä unta, joka alkaa yleensä 1-3 tuntia nukah-
tamisen jälkeen. Tämä on niin sanottua väsyneen ihmisen unta eli mitä väsyneempi on, sitä pidempään nukkuu tässä vaiheessa. Kun ihminen nukkuu vaiheiden kolme ja neljä NREM-unta, hänet on hyvin vaikea saada hereille. Myös unissakävely ja painajaisien näkeminen sijoittuvat näihin vaiheisiin. Unen viides vaihe on REM-uni eli Rapid Eye Movement-uni. REM-uni sisältää sekä syvän että pinnallisen unen ominaisuuksia, ja sitä kutsutaankin myös paradoksisiaaliseksi uneksi. REM-unta nukutaan yleensä eniten aamuyöllä noin 90 minuutin jaksoissa. Unien näkeminen sijoittuu yleensä unen tähän vaiheeseen. (Marttunen 2006, 42–44.)

Liian vähäistä unen saamista kutsutaan unenpuutteeksi. Unenpuute ilmenee ihmisen toiminnassa monella tavalla, mutta etenkin väsymyksen tunteena, joka näkyy myös ilmeissä ja mielialassa. Mielialanlasku voi saada aikaan depressiivisiä piirteitä ja aiheuttaa lisäksi vihaisuutta ja ärtyisyyttä. Unenpuute heikentää myös motivaatiota. Motivaation lasku heikentää taas keskittymiskykyä, joten unenpuute siis ilmenee ennemmin halukkuudessa kuin kyvyssä suorittaa tehtävä. Kun keskittymiskykyä ylläpitävät toiminnot heikkenevät, myös aivojen informaationkäsittely hidastuu ja muistitoiminnot häiriintyvät. Tällöinkään unenpuute ei siis vaikuta ihmisen kykyyn esimerkiksi ymmärtää lukemaansa, vaan keskittyminen ja muistiinpainaminen heikkenevät, jolloin lukemisesta tulee lopulta täysin mahdotonta. (Hyypä & Kronholm 1998, 38–39.)

Pidempään jatkunut unenpuute vaikuttaa myös terveyteen, ja se onkin monen vakavan sairauden riskitekijä. Usein krooninen unenvaje johtuu esimerkiksi työstressistä tai vuorotyöstä eli epäsäännöllisistä työajoista. Vuorotyöläisillä onkin todettu päivätyöläisiä useammin onnettomuuksia ja tapaturmia, vatsa- ja pohjukaissuolen haavaumaa, sepelvaltimotautia, aivoveritulppaa, rintasyöpää sekä lisääntymisterveyden häiriöitä. Vuorotyön on todettu voivan aiheuttaa myös tyypin 2 diabetesta ja paksusuolensyöpää. Myös lyhytunisuuden, eli alle kuusi tuntia unta yössä, sekä pitkäunisuuden, eli yli yhdeksän tuntia unta yössä, on todettu lisäävän kuolleisuudenriskiä. Turvallisin unimäärä aikuisella ihmisellä olisikin 7-8 tuntia yössä. (Härmä & Sallinen 2004, 50–51.)

2.4 Päähteet

Suomalaisten alkoholinkulutus on koko Eurooppaan verrattuna keskitasolla. Suomessa kulutetaan keskimäärin 11 litraa absoluuttista alkoholia vuodessa, mikä vastaa 2,5 pulloa keskiolutta päivässä. Suomessa alkoholin suurkuluttajia arvioidaan olevan jo 250 000-400 000. Vuonna 2002 alkoholi aiheutti peräti 3000 kuolemantapausta eli 6% kaikista kuolemista. Suomessa kyseisenä vuonna myös työkyvyttömyyseläkkeelle alkoholisairaudesta siirtyi 8500 ihmistä. Alkoholin käyttö altistaa useille terveyshaittoille ja saa aikaan myös runsaasti muun muassa perhe- ja muuta väkivaltaa, työttömyyttä, työpaikkaongelmia sekä psykososiaalisia ongelmia. Liiallisesta alkoholin käytöstä onkin kasvanut nopeasti väestön suurin yksittäinen terveysongelma. Eniten terveyshaittoja aiheuttaa humalajuominen. Jos aikuinen jatkuvasti ylittää kaksi alkoholiannosta päivässä (esimerkiksi enemmän kuin kaksi pulloa keskiolutta), terveysongelmat alkavat kasvaa. (Huttunen 2006, 147–148.)

1980-luvulta lähtien alkoholin käyttö on lisääntynyt Suomessa merkittävästi. Vuonna 2004 hintojen alenemisen ja alkoholin saatavuuden takia kulutus lisääntyi jopa kymmenellä prosentilla. Vaikka naisten alkoholin kulutus on vuosien varrella lisääntynyt, miehet käyttävät silti edelleen naisia enemmän alkoholia. Kulutuksen kasvu vuonna 2004 on ollut erityisen suurta miehillä alimmasta koulutusryhmästä, ja samalla ryhmällä myös alkoholikuolemat lisääntyivät eniten. Keskimäärin alkoholin kulutus eri sosioekonomisten ryhmien välillä on melko samalla tasolla, vaikkakin vakavien alkoholin aiheuttamien haittavaikutusten takia sairaalahoitossa olevien määrän on todettu olevan suurempi alemmissä sosioekonomisissa ryhmissä. (Helakorpi, Mäkelä, Helasoja, Karvonen, Sundlander & Uutela 2007, 141–147.)

Tupakka on Suomessa suurin terveyshaitta sekä tärkein yleisimpien kansantautien poistettavissa oleva syy. Vuonna 1998 15-64-vuotiaista naisista tupakoi päivittäin yli 20 prosenttia ja miehistä yli 30 prosenttia. Etenkin naisten ja nuorten tupakointi on lisääntynyt. Tupakan savussa tiedetään olevan yli 4000 eri ainetta, joista 50 aiheuttaa syöpää. Yksi näistä aineista on nikotiini, joka aiheuttaa huumeiden kaltaista riippuvuutta. Tupakoinnin arvioidaan aiheuttavan vuosittain noin 5000 kuolemaa. Suomessa nuorena tupakoinnin aloittaneista joka kolmas sairastuu ja joka toinen kuolee ennenaikaisesti jo-

honkin tupakkaperäiseen sairauteen. Syöpäkuolemista jopa 30 prosenttia johtuu tupakoinnista, mutta tupakointi aiheuttaa vielä enemmän muita kuolemaan johtavia tauteja. Tupakointi aiheuttaa välittömästi muun muassa pintaverenkierron huononemista, puls- sin nopeutumista, päänsärkyä, fyysisen suorituskyvyn laskua, keskittymisvaikeuksia, sydämen rasitusta, väsymystä, tarkkaavaisuuden heikentymistä sekä hämäränäön hei- kentymistä. Syöpäsairauksien lisäksi muita kuolemaan johtavia sairauksia, joita tupa- kointi edistää ovat muun muassa keuhkojen pitkäaikaissairaudet, aivohalvaus, veren- painetauti sekä sepelvaltimotauti. Tupakointi voi lisätä myös muun muassa osteopo- roosin, impotenssin sekä korvatulehdusten riskiä. (Huovinen & Leino 2000, 369–372.)

Suomessa huumeiden käyttö on edelleen selvästi vähäisempää kuin muualla Euroopas- sa. Laittomat huumeet levisivät Suomeen jo 1960-luvulla, ja sekä tarjonta että käyttö on lisääntynyt 1990-luvulla. Usein huumeiden kokeilu liittyy alkoholin käyttöön, eivätkä huumeet ole syrjäyttäneet alkoholin käyttöä, vaan tulivat sen rinnalle. Kuten alkoholi, myös huumeet aiheuttavat sekä terveysongelmia että sosiaalisia ongelmia, väkivaltaa ja rikollisuutta. Ruiskuhuumeiden käyttö on myös yksi HI- ja hepatiittitartuntoja lisäävä tekijä. Huumeista riippuvaisten lukumäärää ei ole tarkalleen pystytty määrittämään, koska koko väestöön kohdistuvat kyselyt eivät yleensä anna luotettavaa tietoa, ja mitä todennäköisimmin nimenomaan kyselyihin vastaamattomilla ihmisillä on suhteessa enemmän ongelmia huumeiden kanssa kuin kyselyyn vastaavilla ihmisillä. Eri lähteiden tietoja yhdistelemällä on kuitenkin saatu selville, että Suomessa on noin 20 000 huume- riippuvaista ihmistä. Amfetamiinin, kokaiinin, crackin, LSD:n ja heroinin käyttäjiä ar- vioidaan olevan noin 12 000-15 000. Laittomien huumeiden käytössä alueelliset erot ovat suuria. Useimmiten huumeriippuvuus kehittyy vähän koulutusta saaneille, työttö- mille ja syrjäytyneille nuorille. Suomen huumeepolitiikka ja lait ovat Euroopan tiukimpia, ja ne rajoittavat sekä huumeiden levittämisen että käyttämisen kokonaiskieltoon. (Hut- tunen 2006, 149–150.)

3 Elämäntapamuutos

Nykypäivänä elämäämme varjostavat jatkuvat muutokset ja erilaiset muutospaineet esimerkiksi yhteiskunnan tasolla. Nykyajan maailmassa yksilö on enemmän omien valintojensa, kykyjensä ja selviytymistaitojensa varassa kuin ennen. Yksilö voi itse valita miten elää tai millaisia valintoja tekee. Yksilön tekemät valinnat ja päätökset vaikuttavat terveyteen joko heikentävästi tai parantavasti. Yksilön terveyteen vaikuttavat monet tekijät, jotka heijastuvat myös terveyden edistämiseen ja sen työmenetelmiin, muun muassa yksilö ja hänen elämäntilanteensa, yksilön elämäntyyli ja voimavarat, perhe- ja sosiaaliset verkostot, elinolot, työolosuhteet ja muutokset sekä yleiset yhteiskunnalliset, kulttuuriset ja ympäristön olosuhteet ja niiden muutokset. Kaikki nämä eritasoiset tekijät vaikuttavat toisiinsa. Ihmisen ei enää koeta voivan elää yhtenäisessä perinteen tarjoamassa valmiissa elämänmallissa, vaan yksilöltä vaaditaan jatkuvaa valintojen tekemistä ja elämänsä tarkennusta. (Hirvonen, Koponen & Hakulinen 2002, 36–37, 50-51.)

Elämäntapamuutoksen tekeminen ei ole helppoa. Se on mahdollista oikeastaan vain, jos ihmisen elämäntilanne sen sallii. Elämäntapamuutos alkaa psyykkisellä virittäytymisellä eli ihminen alkaa kiinnostua omista elämäntavoistaan ja pikkuhiljaa suunnittelemaan muutosta. Suunnittelun jälkeen aletaan yleensä kokeilla eri liikuntamuotoja tai tilanteita, mistä voi seurata joko tauko tai lopettaminen tai itselle sopivien liikuntatottumusten löytyminen. Kokeiluvaiheessa ihminen tarvitsee eniten tukea, jotta kokeileminen jatkuisi ja sopivan liikuntamuodon löytyminen onnistuisi. Jos itselle sopiva laji tai liikuntatapa on löytynyt, muutos yleensä jatkuu uusien tottumusten rutinoitumisella ja säännöllisellä harrastamisella. Elämäntapamuutos ei tapahdu yhdessä yössä, vaan vaatii aikaa. (Nupponen & Suni 2011, 214–218.)

3.1 Transteoreettinen muutosvaihemalli

Vaikka liikunnan vaikutukset terveyteen on kiistattomasti todistettu, liikuntaneuvonnan määrä on silti jäänyt suomessa melko vähäiseksi. Perusterveydenhuollon elintapaneuvonnassa liikunnan merkitys jätetään usein suppeaksi. Liikuntaneuvonnan on todistettu voivan lisätä asiakkaiden fyysistä aktiivisuutta terveydelle riittäväksi, vaikka muutoksen teko ja ylläpito onkin todettu todella haastavaksi tehtäväksi. Liikuntaneuvonnassa asi-

akkaiden liikuntatapojen muutoksissa on pyritty käyttämään apuna muun muassa transteoreettista muutosvaihemallia, joka on yhdistelmä useista eri teorioista ja terapiamuodoista. Mallista ei ole vielä riittävästi konkreettista näyttöä, mutta silti useat tutkimukset ovat osoittaneet, että transteoreettinen malli voi olla muita neuvontakäytäntöjä tehokkaampi fyysisen aktiivisuuden lisäämisessä. (Vähäsarja, Poskiparta, Kettunen & Kasila 2004, 82–83.)

Transteoreettisen muutosvaihemallin on kehittänyt Prochaska ja DiClemente vuonna 1984. Alun perin malli kehitettiin tupakoivia ihmisiä ja tupakan polton lopettamista ajatellen, mutta nykyään sitä sovelletaan moniin erilaisiin muutoksiin kuten painon pudotukseen ja huumeiden käytön lopettamiseen. Malli sisältää viisi eri muutosvaihetta, jotka ovat esiharkinta- ja harkintavaihe, suunnitteluvaihe sekä toiminta- ja ylläpitovaihe. Näiden yleisimpien viiden vaiheen lisäksi mallissa on huomioitu vielä kaksi lisävaihetta: päättymis- sekä repsahdusvaihe. (Morrison & Bennett 2009, 149.)

Transteoreettiseen muutosvaihemalliin kuuluu kolme perusajatusta, jotka ovat muutoksen vaiheet, prosessit ja tasot. Mallin mukaan liikuntaneuvonta tukee elämäntapamuutosta parhaiten silloin, kun kaikki kolme perusajatusta täyttyvät. Jokaiseen vaiheeseen sisältyy myös eri muutosprosesseja; esimerkiksi tietoisuuden lisääntyminen, sosiaalinen vapautuminen, vaihtoehtoinen käyttäytyminen tai vahvistaminen ja palkitseminen. Useimmiten transteoreettisesta muutosvaihemallista omaksutaan käytäntöön vain mallin vaiheet sekä muutosprosessit. Malliin myöhemmin mukaan otetut tasot jäävät usein vähemmälle huomiolle. Tasojen avulla voidaan saada käsitys siitä, mikä estää muutosta tapahtumasta tai mistä ei-toivottu käyttäytyminen on peräisin eli esimerkiksi virheellisiin tai haitallisiin ajatusmalleihin liittyvät tekijät. (Vähäsarja, Poskiparta, Kettunen & Kasila 2004, 82–83.)

Transteoreettisessa muutosvaihemallissa on otettu huomioon myös pystyvyyden tunteen vaikutus muutoksen mahdollisuuteen. Pystyvyydentunne on jaettu muutosvaihemallissa kahteen osaan: itseluottamukseen ja houkutukseen. Itseluottamus tarkoittaa kykyä ylläpitää terveellisiä tapoja haastavissakin tilanteissa. Houkutuksella tarkoitetaan pystymistä vastustamaan epäterveellisiä tapoja erilaisissa haastavissa tilanteissa. (kts. luku 3.3. Pystyvyyden tunne) (Prochaska, Redding & Evers 2008, 102.)

3.1.1. Muutosvaiheet

Transteoreettisen muutosvaihemallin ensimmäinen vaihe on esiharkintavaihe, jolloin ihminen ei vielä ajattele epäterveellisen tavan lopettamista tai huonojen tapojen parantamista. Muutosta ei harkita ainakaan tulevalle kuudelle kuukaudelle. Esiharkintavaihetta seuraa harkintavaihe, jolloin ihminen vakavasti harkitsee huonon tavan lopettamista tai parantamista. Tässä vaiheessa muutos ollaan valmiita tekemään seuraavan kuuden kuukauden aikana. (Pender, Murdaugh & Parsons 2006, 42.)

Kolmantena tulee suunnitteluvaihe. Kun edellisessä vaiheessa muutosta suunniteltiin tulevan puolen vuoden ajalle, tässä vaiheessa toteusvaihe voi olla jo muutaman viikon päästä. Vaikka suunnitteluvaiheessa mielikuvat ovatkin usein jo tulevaisuudessa ”sitten, kun” hetkessä, niin silti erilaisia vaihtoehtoja vielä punnitaan ja niiden sopivuutta itselleen arvioidaan. Pysyvään muutokseen on vielä pitkä matka, mutta ihminen on jo valmis työskentelemään ohjaajan kanssa ja on luultavasti jo innostunut tulevaisuuden mahdollisuuksista. (Turku 2007, 55–61.)

Neljäntenä vaiheena heti suunnitteluvaiheen jälkeen tulee toimintavaihe. Tällöin suunnittelusta ja haaveilusta siirrytään tekoihin ja toimintaan. Muutoksesta alkaa kertyä sekä positiivisia että negatiivisia kokemuksia ja riski taantumavaiheeseen kasvaa. Esimerkiksi liian äkkiä ja liian kovilla tehoilla aloitetun liikunnan aiheuttamat vaivat tai pettymys painon putoamisen hitauteen voivat lamaannuttaa suunnitteluvaiheessa kasvaneen innostuksen. (Turku 2007, 55–61.)

V viimeisenä vaiheena muutosvaihemallissa on ylläpitovaihe. Tällöin virallisesta muutoksen tekemisestä on kulunut jo kuusi kuukautta, ja ihminen on ylläpitänyt muutosta koko kuuden kuukauden ajan itsenäisesti. Tällöin yksilö on valmis ylläpitämään uutta elämäntapaa jatkossa itsenäisesti. (Pender, Murdaugh & Parsons, 2009, 43.)

Transteoreettisessa muutosvaihemallissa otetaan huomioon myös repsahduksen mahdollisuus ja kuudes vaihe onkin nimeltään repsahdusvaihe. Repsahdus voi tapahtua

missä vaiheessa muutosta tahansa ja minkä tahansa vaiheen aikana, joten repsahdusvaihe ei ole yksittäinen vaihe, joka jatkaa muutosta eteenpäin. (Morrison & Bennett 2006, 149-150.) Repsahtaminen on normaali osa prosessia, eikä sitä saisi kokea epäonnistumiseksi. Jo liikuntaneuvonnan ja ohjauksen alussa lähdetään liikkeelle siitä, mitä tehdään *kun* repsahdus tulee, ei mitä *jos*. Repsahduksesta ei saa masentua, eikä sitä tarvitse välttää, vaan sen sijaan juuri repsahdukset ovat parhaita hetkiä oppia ja harjoitella tulevaisuutta ja muutoksen pysyvyyttä varten. (Turku 2007, 55–61.)

3.1.2 Muutosprosessit

Muutoksen aikana ihminen käy läpi useita erilaisia prosesseja, sekä kokemusperäisiä että toiminnallisia. Muutoksen alussa kokemusperäiset prosessit korostuvat, kun taas myöhemmässä vaiheessa suurempi rooli on toiminnallisilla prosesseilla. Jos toiminnallisia prosesseja painotetaan liikaa heti muutoksen alkuvaiheessa, voi sekä asiakas että ohjaaja turhautua, koska asiakas ei vielä tässä vaiheessa ole valmis käyttäytymisen muutokseen, vaan vasta harkitsee asiaa. Muutosprosessi etenee yleensä sykleittäin, välillä nopeampaan tahtiin etenevänä ja välillä takapakkia ottavana. Tarpeiden tiedostaminen, tiedon lisääminen sekä päätösten tekeminen ovat muutoksen alkuvaiheessa tärkeitä. Kun asiakas kokee muutoksen enemmän positiivisena kuin negatiivisena asiana, konkreettisia muutoksia alkaa tapahtua. Tavoitteiden asettaminen ja toimintasuunnitelman laatiminen on tässä vaiheessa tärkeää käyttäytymisprosesseja tukevaa toimintaa. (Vähäsarja, Poskiparta, Kettunen & Kasila 2004, 82–83.)

Ihminen käy muutosprosesseja läpi jokaisessa eri muutoksen vaiheessa. Jokaisella vaiheella on omat prosessinsa, jotka täytyy käsitellä ennen kuin on valmis siirtymään seuraavaan muutosvaiheeseen. Erilaisia prosesseja joita käydään läpi muutoksen aikana, on listattu yhteensä kymmenen. Näistä ensimmäinen prosessi on tietoisuuden lisääntyminen, niin syistä, seurauksista kuin parannusmahdollisuuksistakin. Toinen prosessi on dramaattinen apu kuten oma tai läheisen sairauskohtaus. Kolmantena prosessina on mainittu itsensä uudelleen arviointi, neljäntenä ympäristön uudelleen arviointi ja viidentenä vapautuminen eli ymmärrys siitä, että muutos on mahdollinen ja sitoutuminen muutoksen aikaansaamiseen. Kuudes prosessi on sosiaalinen vapautuminen, seitsemäs ratkaisujen tekeminen ja kahdeksas virikekontrolli, jolloin epäterveelliset virikkeet yrite-

tään korvata terveellisemmällä vaihtoehdoilla. Yhdeksäs prosessi on tapahtumien hallintaa ja kymmenes eli viimeinen prosessi ihmissuhteiden apua, jolloin tukea saadaan toisen ihmisen luottamuksesta, avoimuudesta ja välittämisestä. (Prochaska, Redding & Evers 2008, 101–102.)

3.1.3. Esimerkkitapaus

Seuraava esimerkkitapaus on esitetty Turun (2007, 57-61) kirjassa.

”Vaimo on aina sanomassa siitä liikkumisesta, makaan kuulemma liikaa sohvalla iltaisin. Siihen on niin hyvä töitten päälle oikasta ja sitten herätä iltapalalle ennen uutisia. Itseäkin kyllä vähän mietityttää, että millaisen mallin sitä antaa omille lapsille, jotka istuvat vaan tietokoneella kaiket päivät. Lapsena sentään pelattiin pihalla poikain kanssa kaiket illat ja armeija-aikoina olin hyvässä kunnossa. Houkuttelivat töissä mukaan lentopalloporukkaan tiistaisin, pitäisköhän mennä, verenpaineetkin on olleet koholla jo pitkään ja lääkityksistäkin on ollut puhetta...” (Harkintavaihe) (Turku 2007, 57.)

”Kyselin vähän töissä siitä lentopalloporukasta, toivottivat tervetulleeksi... isokokoisia miehiä kuulemma kaivataan mukaan. Kävin sitten ostamassa uudet pelikängätkin, kun en enää löytänyt vanhoja mistään. Mahtakohan kunto kestää muiden mukana, tuttua väkeähän siellä on ja varmaan huumorimielellä ovat...” (Suunnitteluvaihe) (Turku 2007, 58.)

”Tiistai-iltaisin olen nyt käynyt pelaamassa, aluksi oli kyllä paikat jäykkänä peli-iltojen jälkeen. Toiset neuvoivat venyttelemään ja ollaan tehty sitä pelin jälkeen porukallakin, hyviä tyyppejähän siellä on ja reilu meininki. Aluksi vähän jännitti, että onko vanhat taidot ihan ruosteessa, mutta hyvinhän ne pelitaidot palautuikin mieleen...” (Toimintavaihe) (Turku 2007, 59.)

”Koko kevään kävin tiistaisin pelailemassa, aloitin viikonloppuisin lenkillä käymisenkin, että jaksaisi paremmin pelikentällä nuorempien tahdissa. Tuntuu, että kunto on noussut ja aion lomillakin jatkaa lenkkeilyä. On ollut puhetta, että syksyllä jatkettaisiin peli-iltoja

kahdesti viikossa ja mentäisiin mukaan kilpailemaa sellaiseen firmasarjaan...” (Ylläpito-vaihe) (Turku 2007, 60.)

”Lenkkeily jäi kesän aikana kyllä vähän vähemmälle, mutta olen taas tiivistänyt tahtia syksyä kohti, kun peli-illat jatkuvat. Oli ihan mukava pitää pelihommasta kesällä taukoa, nyt jo odottaa syksyä ja niitä kilpailupelejä... Mitenkähän sitä jaksaa käydä kaksi kertaa viikossa pelaamassa jatkossa...” (Repsahdusvaihe) (Turku 2007, 61.)

3.2 Precede-proceed-malli

Yksi tunnetuimmista terveyssuunnittelun malleista on Precede-proceed-malli, jonka ovat kehittäneet Green ja Kreuter vuonna 1991. Tämän mallin selkeä vahvuus on, että siinä keskitytään tunnistamaan useita terveyteen vaikuttavia tekijöitä, eikä lähdetä liikkeelle miettimällä yksittäisiä tekoja, joilla terveyttä voidaan parantaa. Mallin lähtökohtana on ottaa huomioon elämänlaatu kokonaisvaltaisesti ja poimia väestön kokemia ongelmia siihen liittyen. Yleisen muutostarpeen hahmottamisen jälkeen erillisiä muutokseen vaikuttavia tekijöitä aletaan priorisoimaan ja niistä valitaan tärkeimmät. Valinnan jälkeen keskitytään miettimään, mitkä ympäristö- ja käyttäytymisriskit voivat aiheuttaa vaikeuksia muutoksen tekemiselle. Käyttäytymiseen vaikuttavat tekijät on luokiteltu altistaviin, vahvistaviin ja mahdollistaviin tekijöihin. Precede-proceed-malli jakautuu yhdeksään osaan, joista viisi ensimmäistä kuuluvat precede-osioon (muutosta tukevat, ennen varsinaista toteutusta tapahtuvat, suunnitelmalliset osat) ja neljä viimeistä proceed-osioon (toteutukseen, sen kehittämiseen ja arviointiin liittyvät osat). (Tones & Green, 2005, 111-112.)

Ensimmäinen vaihe on sosiaalinen arviointi, joka on tärkein suunnittelun osa, joten muutoksen tekijän tulisi olla mukana. Ohjaaja aloittaa sosiaalisen arvioinnin miettimällä kohderyhmän yleiset ongelmat ja pyrkii tämän jälkeen näkemään ongelmat asiakkaansa näkökulmasta. Sosiaalinen arviointi koostuu kolmesta kohdasta, jotka Räsänen (2010, 104-106) mukaan ovat: ”1. Yhteisön omaehtoinen tutkiskelu ongelmista, tarpeista, toiveista, resursseista ja esteistä. 2. Tarpeiden taustalla olevien syiden tai tavoitteiden määrävien tekijöiden kirjaaminen. 3. Päätös ongelmien tarpeiden tai tavoitteiden tärkeysjärjestyksestä.” Muutoksen tekijän omakohtainen osallistuminen syiden tarkastelemi-

seen ja tärkeyden pohtimiseen on muutoksen pysyvyyden saavuttamiseksi erittäin tärkeää. Sosiaalisen arvioinnin tavoitteita ovat muun muassa saada asiakas aktiivisesti mukaan arviointiin ja määrittää subjektiiviset tekijät, jotka vaikuttavat elämänlaatuun. (Räsänen 2010, 104-106.)

Toinen vaihe on Epidemiologinen arviointi, joka sisältää asiakkaan tärkeiden terveysongelmien määrittelyä, käyttäytymis- ja ympäristötekijöiden vaikuttavuuden tarkastelua sekä tavoitteiden asettelua. Jotta ongelma voidaan ratkaista hyvin ja ammattimaisesti, täytyy ohjaajan perehtyä hyvin aiheen tieteelliseen ja ammatilliseen kirjallisuuteen, esimerkiksi kuolleisuuden, sairastuvuuden sekä työkyvyttömyyden yleisyyden selvittäminen kuuluu oleellisesti tiedon hankintaan. Tässä vaiheessa tarkistetaan, ettei terveysongelma ole kuviteltu vaan todellinen. Jos terveysongelmia löytyy useampia, on tärkeää rajata keskittyminen vain yhteen ongelmaan, miettimällä esimerkiksi millä ongelmalla on suurin vaikutus kuolleisuuteen. Terveyshaitan määrittelyn jälkeen määritetään tavoitteet, joita on neljänlaisia: Yleistavoite, välitavoite, alatavoite sekä strateginen tavoite. Ensimmäinen tavoite on muutos asiakkaan terveysongelmassa, seuraava tavoite on muutos asiakkaan riskitekijöissä, alatavoitteena määritellään tarvittavat tekijät, jotta välitavoite voidaan saavuttaa, ja viimeisenä strategisena tavoitteena määritetään keinot, joilla tavoitteisiin pyritään. (Räsänen 2010, 106-109.)

Kolmas vaihe on käyttäytymisen ja ympäristön arviointi. Tässä vaiheessa erotellaan syyt, jotka ovat yhteydessä terveyskäyttäytymiseen syistä, jotka eivät ole, eli pyritään siis määrittelemään, mitkä käyttäytymistekijät ovat terveyshaitan takana (esimerkiksi liikumattomuus tai tupakointi). Ikä, sukupuoli, geenit ynnä muut sellaiset eivät kuulu käyttäytymistekijöihin, vaan ovat täysin ihmisestä riippumattomia terveystekijöitä. Ympäristöstä arvioidaan kolmea aluetta: fyysistä, sosiaalista ja psyykkistä. Fyysisen alueen arvioimiseen kuuluu esimerkiksi ulkoisten terveyshaittojen määrittely, kun taas sosiaalisella ja psyykkisellä alueella tarkastellaan esimerkiksi ylikuormittumisen riskiä tai jatkuvaa nopeaa muutosta, jotka voivat johtaa stressiin tai muihin terveyshaittoihin. (Räsänen 2010, 110-111.)

Kasvatuksen arvioinnissa terveyskäyttäytymiseen vaikuttavat tekijät jaetaan kolmeen ryhmään: altistaviin (esimerkiksi tieto, asenteet, arvot tai uskomukset), vahvistaviin

(terveyskäyttäytymistä ylläpitävät tekijät) ja mahdollistaviin tekijöihin (esimerkiksi terveyspalveluiden saatavuus ja taloudellisuus). Precede-osion viimeinen vaihe on hallinnon ja politiikan arviointi, jossa tutkitaan niitä tekijöitä, jotka voivat joko edistää tai ehkäistä terveyttä edistävää toimintaa sekä organisaation tai hallinnon sääntöjen ja ohjeiden soveltamista käytäntöön. (Räsänen 2010, 111-114.)

Proceed-osio sisältää neljä eri vaihetta, jotka sisältävät toteutusta ja arviointia. Kuudennen vaiheen aikana viidennessä vaiheessa määritellyt terveyttä edistävät ja ehkäisevät tekijät toteutetaan. Seitsemännessä vaiheessa näitä tekijöitä ja niiden toteutusta arvioidaan. Kahdeksannessa vaiheessa arvioidaan terveyttä edistävien tekijöiden vaikutusta käyttäytymiseen sekä niihin tekijöihin, jotka tukevat terveellistä käyttäytymistä. Yhdeksäs eli viimeinen vaihe käsittää tulosarviointia eli muutoksen perimmäisten vaikutusten määrittelyä terveyteen ja elämänlaatuun. (Green & Mercer, 2002.)

3.3 Mallien vertailua

Prochaskan muutosvaihemalli kehitettiin alun perin kuvaamaan tupakan polton lopettajilla havaittuja vaiheita, mutta myöhemmin mallia on käytetty yhtä lailla kuvaamaan niin diabeteksen omahoitoon kuin painonhallintaan ja liikuntaan liittyviä käyttäytymismuutoksia. (Turku 2007, 55.) Precede-proceed-malli taas on terveysohjelmien suunnittelua ja arviointia varten kehitetty malli, jonka perusajatuksena on, että terveys ja sen riskit ovat monen osatekijän seurausta. (Räsänen 2010, 100.) Transteoreettinen muutosvaihemalli sisältää viisi eri muutosvaihetta (esiharkinta-, harkinta-, suunnittelu-, toiminta- ja ylläpitovaihe). Näiden yleisimpien viiden vaiheen lisäksi mallissa on huomioitu vielä kaksi lisävaihetta: päättymis- sekä repsahdusvaihe. (Morrison & Bennett 2009, 149.)

Precede-proceed-malli jakautuu yhdeksään osaan, joista viisi ensimmäistä ovat muutosta tukevia, ennen varsinaista toteutusta tapahtuvia suunnitelmallisia osia ja neljä viimeistä taas toteutuksellisia ja toteutuksen kehittämiseen ja arviointiin liittyviä osia. (Tones & Green 2005, 111-112.)

Precede-proceed-mallin vahvuus on, että siinä keskitytään tunnistamaan useita terveyteen vaikuttavia tekijöitä, eikä mietitä vain yksittäisiä tekoja, joilla terveyttä voidaan parantaa. (Tones & Green 2005, 111-112.) Lisäksi mallin yhdeksästä vaiheesta viisi ovat

suunnitelmallisia ennen varsinaista toteutusta läpi käytäviä vaiheita eli malli pohjautuu hyvälle taustatiedolle sekä suunnittelulle. (Räsänen 2010, 101.) Transteoreettisen muutosvaihemallin vahvuus on repsahduksen huomioiminen. Mallissa korostetaan repsahdusvaiheen oleellisuutta muutosprosessissa ja turhan häpeän ja syyllisyyden sijaan repsahdusta täytyisi hyödyntää tärkeänä oppimiskokemuksena ja muutosprosessissa eteenpäin vievänä tekijänä. (Turku 2007, 60-61.) Transteoreettisessa muutosvaihemallissa on otettu huomioon myös pystyvyyden tunteen vaikutus muutoksen mahdollisuuteen (Prochaska, Redding & Evers 2008, 102). Pystyvyydentunne vaikuttaa siihen, minkälaisia tavoitteita yksilö itselleen asettaa ja millaisina hän kokee mahdollisuudet onnistua (Karrasch, Lindblom-Ylänne, Niemelä, Päivänsalo & Tynjälä 2007, 67).

3.4 Pystyvyyden tunne

Pystyvyyden tunteella tarkoitetaan yksilön itse muodostamia käsityksiä siitä, miten hän pystyy suoriutumaan erilaisista tilanteista ja kontrolloimaan omia elämäntilanteitaan. Pystyvyyden tunne kehittyy usein omien kokemusten kautta. Jos yksilö jatkuvasti epäonnistuu jossakin tehtävässä, hän alkaa uskoa, ettei hänellä ole siihen tarvittavia taitoja, edellytyksiä ja mahdollisuuksia. Vastaavasti onnistumisen kokemukset taas vahvistavat kuvaa omista kyvyistään ja toimintamahdollisuuksista. Omien kokemusten lisäksi minäpystyvyyteen vaikuttavat sijaiskokemukset eli toisten antama malli. Läheisen onnistuminen jossain tietyssä tehtävässä sekä läheisten kannustus kehittävät positiivista pystyvyyden tunnetta. Minäpystyvyyssuskomukset voivat muuttua vuosien varrella esimerkiksi ympäristön antaman palautteen ja yksilön oman toiminnan seurauksena. Nämä uskomukset myös vaikuttavat siihen, minkälaisia tavoitteita yksilö itselleen asettaa ja millaisina hän kokee mahdollisuudet onnistua. (Karrasch, Lindblom-Ylänne, Niemelä, Päivänsalo & Tynjälä 2007, 67.)

Minäpystyvyys ei ole sama asia kuin yksilön kyvyt. Oikeanlainen toiminta vaatii kykyjen lisäksi kapasiteettia muuttaa taitoja niin, että niillä saavutetaan haluttu tulos. Tämä on tärkeää etenkin vaihtuvissa olosuhteissa ja olosuhteet muuttuvat aina. Esimerkiksi autoa ajaessa pelkkä auton ajamisen taito ei välttämättä riitä, jos olosuhteet muuttuvat huonoiksi. Pystyvyyden tunne tuleekin tärkeäksi silloin, kun olosuhteet koettelevat taitojamme eli ajamme esimerkiksi epäluotettavalla autolla, tuntemattomalla alueella, huo-

noilla opasteilla ja kovassa lumimyrskyssä. Jopa todella taitavat kuljettajat ajavat joskus huonosti, koska olosuhteet muuttuvat stressaaviksi ja ylivoimaisiksi. Tällaisessa tilanteessa kuljettajan täytyy pystyä selviytymään, ajattelemaan selkeästi eri vaihtoehtojen välillä ja välttämään uhkia. Samanlaista pystyvyyden tunnetta ja taitoja vaaditaan terveystapojen muuttamisessa. Minäpystyvyyden vastakohta on epäileminen, jolloin kuljettaja huonoissa olosuhteissa alkaa epäilemään omia taitojaan, mikä johtaa ahdistumiseen, sekaantumiseen ja negatiiviseen ajatteluun. (Reeve 2008, 233.)

Ihminen pystyy hallitsemaan käyttäytymistään ja sen kautta parantamaan vierystilaansa ja elämänlaatuaan. Ihmiset, jotka eivät koe pystyvänsä muuttamaan, eivät usein edes yritä muuttua. Jos he yrittävät muuttaa tapojaan, he usein antavat periksi helposti ja repsahtavat jo alkuvaiheessa takaisin vanhoihin tapoihinsa. Pystyvyyden tunteen on huomattu kasvavan, kun ihminen siirtyy välinpitämättömyydestä omia elämäntapojaan kohtaan suunnittelemaan muutoksen tekemistä konkreettisesti, minkä jälkeen he myös toteuttavat suunnitelmat ja ylläpitävät saavutettuja tuloksia. Myös tunne-elämä vaikuttaa pystyvyyden tunteeseen: Positiiviset tunteet kohottavat ja negatiiviset huonontavat pystyvyyden tunnetta. (Bandura 1997, 279-280.)

Media, etenkin TV, pyrkii jatkuvasti vaikuttamaan ihmisten valintoihin. Sillä on suuri merkitys myös yleisestä tiedottamisesta esimerkiksi terveellisistä tavoista. Usein TV kuitenkin saattaa vain huonontaa tilannetta ja pystyvyyden tuntemista. Ihminen tarvitsee tietoa ongelmansa (esimerkiksi tupakointi, ylipaino) terveyshaitoista ja riskeistä, mutta tieto ei saa kuitenkaan pelotella ihmistä. Monesti TV-media sortuu juuri tähän. Ihmisiä pelotellaan mahdollisilla sairauksilla, mikä laskee pystyvyyden tunnetta eikä muutoksia tehdä, koska ne tuntuvat mahdottomilta. Ihminen tekee päätelmiään eri riskeistä ja terveyshaitoista ja miettii mahdollisia haittoja tai hyötyjä saamansa informaation pohjalta. Onkin todettu, että ihminen muuttaa käyttäytymistään helpommin silloin, kun tietää, että siitä on jotakin hyötyä kuin jos hän vain ennaltaehkäisee tulevia mahdollisia sairauksia. (Bandura 1997, 279-280.)

Paras tapa kehittää pystyvyyden tunnetta on onnistunut muutos tavoissa. Kehut ja positiivinen palaute yhdessä suostuttelun ja vakuuttelun kanssa on konkreettinen tapa kasvattaa tiettyyn käyttäytymiseen liittyvää pystyvyyden tunnetta. Muiden jo muutoksen

tehneiden ihmisten ja heidän valintojensa ja tapojensa seuraaminen vahvistaa pystyvyyden tunnetta ja madaltaa koettua estettä onnistuneeseen käyttäytymisen muutokseen. Muutoksen aikana on tärkeää seurata muiden ihmisten valintoja ja kehittää sitä kautta pystyvyyden tunnetta. Tämä voi myös auttaa asiakkaita, jotka ovat tietoisia halutusta päämäärästä, mutta eivät ole vielä varmoja, miten päämäärä voidaan saavuttaa. (Pender, Murdaugh & Parsons 2006, 58-59.)

4 Työkyky

4.1 Työkyky käsitteenä

Sekä Gould, Ilmarinen, Järvisalo ja Koskinen (2006, 19-20), Husman, Husman, Karjalainen ja Ahola (2010, 121) että Mäkitalo (2010, 162) ovat sitä mieltä, että työkyky käsitteenä ei asetu vain yhdelle tieteenalalle, joka voisi tehdä yksittäisen määritelmän, vaan työkyky liittyy useaan eri toimijaan kuten terveydenhuoltoon, eläkelaitoksiin, kuntoutuslaitoksiin ja niin edelleen. Mäkitalo (2010 162-163) että Husman ym. (2010, 121-122) kirjoittavat työkyvyn käsitteen eri käsitystyypeistä ja malleista. ”Työkyky” käsitteelle on kolme eri lähestymistapaa. Ensimmäinen on lääketieteellinen käsitys, jossa lähtökohtana on yksilön psykofyysisen järjestelmän kliinisesti määritelty tila, ihmistä lähestytään terveyden tai sairauden näkökulmasta, työkykyä arvioidaan diagnosoimalla ja sitä kehitetään sairauksia hoitamalla. Toinen malli on työkyvyn tasapainomalli, joka määrittää työkyvyn yksilön sisäisten ominaisuuksien ja työn ulkopuolisten vaatimusten suhteeksi. Tässä mallissa työkykyä arvioidaan sekä suorituskykytesteinä että työn vaatimustason mittaamisella ja työkykyä edistetään sopeuttamalla toimintakykyä ja työn vaatimuksia toisiinsa. Kolmas malli on integroitu käsitys työkyvystä. Tällöin yksilö, yhteisö ja toimintaympäristö muodostavat systeemin, jota arvioidaan systeemiä seuraamalla. Tässä mallissa työkykyä pyritään edistämään kehittämällä systeemiä. (Mäkitalo 2010, 163.)

Työkyky on yksilön edellytysten tai voimavarojen sekä työn ja työympäristön asettamien vaatimusten välinen tasapainotila. Työkyvyn perusta luodaan jo nuorena, eikä sitä voi kukaan muu hankkia tai säilyttää kuin yksilö itse. Hyvä työkyky tuo tyydytystä sekä töissä että työn ulkopuolella ja se tarkoittaa halukkuutta ja kykyä tehdä jatkuvaa täysipäiväistä työtä. (Vuori, 2006, 168-169). Hyvän työkyvyn lähtökohtana pidetään yksilön ominaisuuksien ja työn vaatimusten välistä tasapainotilaa. Tämän tilan ylläpitäminen voi olla haastavaa, sillä sekä yksilö että työn vaatimukset muuttuvat jatkuvasti. (Louhevaara & Perkiö-Mäkelä 2000, 244). Yksilötasolla työkyvyyden ominaisuuksiksi luetellaan muun muassa stressinsietokyky, työssä jaksaminen, työn merkitys ja arvomaailma, hallinnantunne sekä työllistyminen. Vastaavasti työelämän tekijöistä käsitteeseen yhdistetään muun muassa työyhteisö, töiden sujuvuus, kiire, työn organisointi ja työnjako. Työkyky ei siis ole riippuvainen vain yksilötekijöistä, vaan se on yksilön, työn ja ympäristön yhteinen ominaisuus. (Ilmarinen, Gould, Järvikoski & Järvisalo 2006, 19-20.)

4.2 Työkyvyttömyys

Samoin kuin työkyky, myöskään työkyvyttömyys ei ole yksiselitteinen käsite. Sosiaalivaikutuksen näkökulmasta ihmiset jaetaan työkykyisiin sekä työkyvyttömiin. Työkyvyttömyys voi olla joko ohimenevää, pysyvää tai sen kestoa ei pystytä vielä arvioimaan. (Karjalainen & Vainio 2010, 21-24.)

4.2.1. Sairauspoissaolot

Ohimeneväksi työkyvyttömyydeksi luokitellaan muun muassa sairauspoissaolot. Suomessa on muihin maihin verrattuna vielä melko vähän sairauspoissaolopäiviä vuotta kohden, mutta luku on silti noussut vuodesta 2000 vuoteen 2008 peräti 27%. Vuonna 2008 sairauspoissaolopäivä oli noin 16,3 miljoonaa, joista 60% johtuivat tuki- ja liikuntaelinsairauksista tai mielenterveyden häiriöistä. Näistä Kansaneläkelaitoksen tilastoista puuttuu lyhyet, alle 10 päivän sairauspoissaolot, sekä pitkät sairauslomat, joiden maksajana toimii jokin toinen taho kuin Kansaneläkelaitos. Sairauspoissaolojen on todettu ennustavan aikaisempaa eläkkeelle jäämisikää ja jopa suurempaa kuolleisuutta. Työpaikat pystyvätkin sairauspoissaolotietojen perusteella kiinnittämään huomiota sellaisiin työntekijöihin, jotka vaativat erikoistoimenpiteitä työkyvyn ylläpitämiseksi. (Karjalainen & Vainio 2010, 21-24.)

4.2.2. Työkyvyttömyyseläkkeet

Työkyvyttömyyseläke luokitellaan pysyväksi työkyvyttömyydeksi. Työkyvyttömyyseläkkeellä oli vuonna 2007 noin 272 000 suomalaista, joista 220 000 oli työelämässä mukana olleita henkilöitä. Vuoden 2007 aikana työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyi 28 200 ihmistä. Suurimmat syyt työkyvyttömyyseläkkeelle jäämiseen ovat tuki- ja liikuntaelinsairaudet (34% eläkkeelle jääneistä vuonna 2008) sekä mielenterveyden häiriöt (30% eläkkeelle jääneistä vuonna 2008). Esimerkiksi masennuksen aiheuttamat työkyvyttömyyseläkkeet ovat 1990-luvun puolivälin jälkeen jopa kaksinkertaistuneet. Vuonna 2007 50-vuotiaiden arvioitu eläkkelle siirtymisikä oli noin 61,6 vuotta. Hallitusohjelmien pitkäaikainen tavoite on nostaa eläkkeelle siirtymisikää 2-3 vuodella. Vuonna 2008 tehdyn Työ ja Terveys -haastattelun mukaan lähes 80% työssä käyvistä uskoi todennäköisesti tai

varmasti pysyvänsä työelämässä vanhuuseläkeikään asti, kun taas 19% ajatteli siirtyvänsä eläkkeelle jo ennen vanhuuseläkeikää. (Karjalainen & Vainio 2010, 21-24.)

4.3 Työkyvyn arviointi

Työkyvyn mittaaminen on sen monimuotoisuuden takia hyvin haastavaa ja sitä on joskus pidetty jopa mahdottomana. Työkykyä on koettu pystyvän arvioimaan, mutta tarkkaa mittaamista ei pystytä koskaan toteuttamaan. Arviointia helpottamaan on suunniteltu erilaisia mittareita. Yksi arvioinnin peruskysymyksiä on kenen näkökulmasta työkykyä arvioidaan. Arvio voi pohjautua ihmisen omaan käsitykseen työkyvystään tai sitä voidaan arvioida eri ammattilaisten ja asiantuntijoiden avustuksella. Työkyvyn osa-alueita tarkkaillaan eri näkökulmista ja erilaisilla painotuksilla riippuen siitä, kuka tutkimusta tekee. Esimerkiksi sosiaalivakuutuksen arvioissa tarkastellaan työntekijän terveyden ja toimintakyvyn ulottuvuuksia, kun taas työpaikkojen työkykytutkimuksissa huomio kiinnittyy myös organisaatioon ja työyhteisöön. Työkyvyn kartoittaminen onkin kehittynyt pikkuhiljaa ihmisen yksilöllisistä tekijöistä työhön liittyvien tekijöiden huomioimiseen. (Gould & Ilmarinen 2010, 33-34.)

Suomalaisten työ, työkyky ja terveys 2000-luvun alkaessa -teoksen mukaan suomalaisissa tutkimuksissa mittarina käytetään usein työkykyindeksiä, jossa itse arvioidaan omaa työkykyä ja pisteytetään jokainen yksittäinen kohta itselleen sopivilla numeroilla. Yhteispistemäärän mukaan ihmiset jaetaan neljään luokkaan: huono (7-27 pistettä), kohtalainen (28-36 pistettä), hyvä (37-43 pistettä) sekä erinomainen (44-49 pistettä). Indeksikoostuu seitsemästä osiosta: nykyinen työkyky verrattuna elinaikaiseen parhaimpaan työkykyyn, työkyky työn vaatimusten kannalta, lääkärin toteamien nykyisten sairauksien määrä, sairauksien arvioitu haitta työssä, sairauspoissaolopäivät viimeisen vuoden (12 kk) aikana, oma arvio kykenevyydestä työhön terveyden puolesta kahden vuoden kuluttua ja psyykkiset voimavarat. Pisteytyksiä eri osa-alueista saa seuraavasti: ensimmäisestä 0-10 pistettä, toisesta 2-10 pistettä, kolmannesta 1-6 pistettä, neljännestä 1-6 pistettä, viidennestä 1-5 pistettä, kuudennesta 1,4 tai 7 pistettä ja seitsemännestä 1-4 pistettä. (Gould & Ilmarinen 2010, 33-34.)

Työkykyindeksin lisäksi on käytössä ollut jo pitkään kolmiportainen työkykyarvio, jossa jokainen osallistuja arvioi omaa työkykyään välittämättä siitä, onko henkilö ansiotyössä vai ei. Kyselyssä vastausvaihtoehtoja on kolme: 1. Täysin työkykyinen 2 Osittain työkyvytön ja 3. Täysin työkyvytön. 1980-vuoden alussa tehdyssä tutkimuksessa huomattiin, että ihmiset, jotka vastasivat kyselyssä olevansa osittain tai täysin työkyvyttömiä siirivätkin lähivuosien aikana eläkkeelle. (Gould & Ilmarinen 2010, 33-34.)

4.4 Työkykyä ylläpitävä toiminta

Työkykyä ylläpitävä toiminta tarkoittaa työhön, työoloihin ja työntekijöihin kohdistuvaa toimintaa, jolla työterveyshuolto tukee ja edistää työntekijöiden työ- ja toimintakykyä. Tykytoiminta kokonaisvaltaisena sisältää työn, työyhteisön sekä työkyvyn sosiaalisen, psyykkisen ja fyysisen ulottuvuuden huomioimista. Tyky-toiminta toteutetaan yhteistyössä monien tahojen kanssa, ja se on suunnitelmallista ja tavoitteellista. Suunnittelussa otetaan huomioon työpaikan olosuhteet ja tarpeet, ja toiminta toteutetaan ensisijaisesti työpaikan sisäisillä toimenpiteillä. (Lahti, Laine, Liira, Manninen & Mölsä 2007, 173.)

Tyky-toiminta prosessi alkaa, kun asiakastoimipaikka laatii tarvekartoituksen. Kartoituksessa huomioidaan työntekijöiden terveys ja fyysinen kunto sekä muut työkyvyn edistämisen osa-alueet. Työyhteisössä mietitään, miten voidaan parantaa muun muassa keskinäistä tukea, vuorovaikutusta, tiedonkulkua, yleistä ilmapiiriä ja esimiestyötä, mutta myös työolojen turvallisuutta ja ergonomiaa. Tavoitteena on parantaa mahdollisuuksia kehittyä ja oppia työssä. Tarvekartoituksen jälkeen määritellään tavoitteet, jotka kirjataan työterveyshuollon toimintasuunnitelmaan. Tavoitteiden lisäksi suunnitelmaan kirjataan toiminnan kehittämiskohteet, toimenpiteet ja niiden toteuttajat sekä aikataulu. Tyky-toiminta sidotaan työpaikan arkeen niin, että se edistää ja tukee työntekijöiden työkykyä. (Lahti ym. 2007, 174-175.)

Tyky-ryhmä koostuu henkilöstön, henkilöstöhallinnon, työterveyshuollon sekä työsuojelun edustajista, ja koko tyky-toiminta perustuu yhteistyöhön, sitoutumiseen ja osallistumiseen. Työpaikan ylin johto antaa tyky-ryhmälle toimintavalmiudet. Parhaimmat ja pitkäaikaisimmat vaikutukset työkyvyn ylläpitämiseksi saavutetaan todennäköisesti ke-

hittämällä toimintatapoja, työoloja, organisaatiota ja osaamista, käyttämällä kaikkia käytävissä olevia keinoja sekä toteuttamalla toiminta laaja-alaisena yhteistyönä. (Rauramo 2008, 18-19.)

Yrityksen tulos ja hyvä työympäristö ovat tiukasti sidoksissa toisiinsa. Muun muassa tapaturmista ja sairauspoissaoloista aiheutuvia kuluja voidaan vähentää työympäristön kehittämiseen suuntaavilla toimenpiteillä, jotka vaikuttavat myös työn ja tuotannon häiriöttömyyteen. Työympäristön kehittämisen perusajatuksena on ehkäistä työhön liittyviä terveyshaittoja ja tapaturmia sekä lisätä viihtyvyyttä ja tätä kautta vähentää esimerkiksi turhia tapaturma- ja sairauspoissaolokustannuksia. Etenkin tuottavuuden ja laadun parantamiseksi turvallisten ja terveellisten työolojen merkitys kasvaa. Esimerkiksi sairauspoissaolojen kustannukset voivat nousta suuriksi, kun huomioidaan myös poissaolon aiheuttamat toimintahäiriöt (Toiminnan häiriöttömyys onkin yksi avaintekijöistä tuottavuuden kasvussa). Tehokkaalla toiminnalla voidaan vähentää tapaturmia, jolloin myös vakuutusmaksut pienenevät. Hyvä työympäristö ja siihen panostaminen siis kannattaa. Kustannustehokkainta on todettu olevan työterveyden ja työturvallisuuden ennaltaehkäisevä toiminta. (Rauramo 2008, 18-19.)

4.5 Työpaikkaliikunta

4.5.1. Työpaikkaliikunnan barometri

Suomalaisten työpaikkaliikuntaa on kartoitettu useilla erilaisilla tutkimuksilla. Suomen Kuntoliikuntaliitto ry on tehnyt Työpaikkaliikuntabarometrin vuosina 2002, 2003 ja 2005. Vuoden 2002 barometrissa selvisi, että päätökset työpaikkaliikunnan resursseista teki työpaikan ylin johto 63 prosentissa työpaikoista, vuoteen 2005 mennessä muutos oli melko suuri, sillä vuoden 2005 barometrin mukaan ylin johto teki päätöksen jopa 79 prosentissa työpaikoista. Kyselyn mukaan työpaikkaliikunnan kehittämisestä vastaa johto 38 prosenttia ja henkilöstöhallinto 23 prosenttia työyhteisöistä. Muita vaikuttavia tahoja oli mainittu mm. Työterveyshuolto (kahdeksan prosenttia), Tyky-ryhmä (viisi prosenttia) sekä liikunnan vapaaehtoistoimijat (kolme prosenttia). Työkyvyn ja -vireen ylläpitäminen oli melko yksimielisesti työnantajien suurin motiivi työpaikkaliikunnan tukemiseen. Muita motiiveja oli muun muassa työpaikan ilmapiirin kehittäminen sekä terveyden parantaminen. (Aura 2006, 29.)

4.5.2. Taloudellinen tukeminen

Vuonna 2005 85 prosenttia suomalaisista työskenteli työpaikalla, joissa liikuntaa tuettiin. Luku oli noussut vuoden 2002 barometrissa 4 prosenttiyksikköä, mutta vastaavasti laskenut vuoden 2003 barometrissa saman verran. Suurista työpaikoista kaikki tukivat liikuntaa, keskisuurista työpaikoista lähes kaikki, eli 96 prosenttia, tukivat liikuntaa ja pienissä työpaikoissa liikunta tuettiin 80 prosentissa. Julkinen sektori oli toimialoista aktiivisin liikunnantukija, 96 prosentilla, yksityisissä liikuntaa tuettiin 86 prosentilla ja teollisuudessa 78 prosentilla. Liikuntakielteisten työyhteisöjen määrän on todettu vähenvän, sillä vuoden 2003 barometrissa 71 prosenttia liikuntaa tukemattomista työpaikoista ei aikonut tukea sitä tulevaisuudessakaan, mutta vuoden 2005 tutkimuksessa luku oli laskenut 48 prosenttiin. Viime vuosien aikana työpaikkaliikuntaan suunnatut taloudelliset resurssit ovat kasvaneet huomattavasti. Vuonna 2003 tukea annettiin 96 euroa vuodessa yhtä työntekijää kohden, kun vuonna 2005 summa oli noussut jo 135 euroon. Kokonaisuudessaan liikuntainvestoinnit ovat kahdessa vuodessa kasvaneet jopa 40 prosenttia työntekijää kohden. Työtä alan asiantuntijoille ja ammattilaisille luo se, että rahoituksen lisääntyminen olisi pystyttävä ohjaamaan oikealla tavalla ja oikean kohde-ryhmän terveyttä edistävän liikunnan lisäämiseen. (Aura 2006, 30-32.)

4.5.3. Työpaikkaliikunnan muodot

Työpaikkaliikuntaa ilmenee yleensä kahdessa eri muodossa: Toimintatavoista sekä eri liikuntalajien tukemisesta. Toimintatavoista tärkein oli vuonna 2005 työntekijöiden yksilöllisen liikkumisen taloudellinen tukeminen. Kuntokeskuspalvelut olivat taloudellisen tuen ylivoimaisesti suurin lajikokonaisuus, sillä jopa 74 prosenttia yrityksistä tukivat kuntokeskusliikuntaa. Seuraavaksi suurimpia kokonaisuuksia olivat uinti sekä palloilulajit. Liikuntatapahtumien järjestäminen oli laskenut vuodesta 2003. Myös liikuntaan motivointi on ollut erittäin vähäistä; sadasta yrityksestä vain muutama järjestää motivointia tukevaa toimintaa. (Aura 2006, 32-35.)

4.5.4. Aktiivisuus, seuranta ja tulevaisuus

Vuoden 2005 barometrin mukaan työpaikkojen henkilöstöstä 39 % osallistuu työnantajan tukemaan liikuntaan säännöllisesti ja 55 prosenttia silloin tällöin. Pienemmissä työyhteisöissä työnantajan tukemaan liikuntaan osallistuttiin selkeästi useammin säännöllisesti kuin suuremmissa työyhteisöissä. Työsektoreista eniten säännölliseen liikuntaan osallistuttiin yksityisellä sektorilla. (Aura 2006, 32-35.)

Työpaikkaliikunnan seuranta toteutetaan hyvin vähän. Pienissä yrityksissä työpaikkaliikunnan vaikuttavuutta mitataan huomattavasti vähemmän kuin suuremmissa yrityksissä. Työpaikoilla, joissa liikuntaa tuetaan yli 200 eurolla henkilöä kohden, yli 40 prosentissa ei seurata lainkaan työpaikkaliikunnan vaikuttavuutta tai kohdistuvuutta työntekijöihin. Tulevaisuudessa suurimmalla osalla työpaikoista suurin painopiste työpaikkaliikunnassa tulee olemaan passiivisten työntekijöiden aktivoiminen liikuntaan. Vuodesta 2003 painopiste on kuitenkin liikkunut aktiivisten liikunnan tukemiseen, johtuen ehkä siitä, että jotkut yritykset ovat kyllästyneet passiivisten aktivoimiseen, kun tuloksia ei ole saatu aikaiseksi. (Aura 2006, 32-35.)

5 4event – yritysesittely

”4event on olemassa sinua varten. Tuotamme laadukkaita palveluita neljänä vuodenaikana, 365 päivänä vuodessa, juuri silloin ja siellä, missä sinä niitä tarvitset. 4event Wellbeing -tuotteet painottuvat hyvinvointiin ja liikuntaan, Events & Fun -tuotteet puolestaan ovat innostavia tapahtumia, kokouksia ja niiden oheisohjelmia.

Engerinen elämä ja hyvinvointi ovat kaikkialla. Mutta ne pitää löytää. Me autamme sinua niiden etsimisessä. Tervetuloa voimaan hyvin!” (4event 2011a)

4event on vuonna 2001 perustettu hyvinvointipalveluita tuottava yritys, jonka tavoitteena on auttaa yksittäisiä ihmisiä voimaan paremmin. Fyysisellä kunnolla on suuri merkitys ihmisen mielialaan, jaksamiseen ja hyvinvointiin ja liikunnan onkin todettu olevan loistava ennaltaehkäisevä lääke. Tämän pohjalta 4event on lähtenyt etsimään tietä työssäkäyvien suomalaisten kunnan parantamiseen. (4event 2011b)

5.1 4event valtakunnallisesti

”4event on hyvinvoinnin valtakunnallinen toimija. Laaja Hyvinvointikeskusten verkostomme takaa sen, että palvelumme ovat aina sinua lähellä. Hyvinvointiohjelmamme ja tapahtumamme voidaan toteuttaa lähes missä tahansa, juuri siellä missä sinäkin olet. Liikunta-automme tuo liikunnalliset ohjelmamme ja innostavat ohjaajamme vaikka työpaikkanne pihalle, juuri silloin kun haluatte.” (4event 2011c)

4event on laajentanut toimintaansa kuuteen eri hyvinvointikeskukseen suomessa: Lahti, Helsinki, Hämeenlinna, Tampere, Jyväskylä ja Levi. Tarkoituksena on räätälöidä jokaiselle yritykselle heidän näköisensä tapahtuma tai ohjelma, missä tahansa. 4eventin yhteistyökumppaneina on laadukkaita kokous- ravintola- sekä majoituspalveluita, jotka takaavat onnistuneen kokous- ja virkistyspäivän 4eventin hyvinvointikeskuksissa. (4event 2011c)

5.2 4event palvelut ja tuotteet

4eventin asiakkaat ovat pääasiassa yrityksiä, jotka 4eventin palveluiden avulla pyrkii parantamaan työntekijöidensä työhyvinvointia sekä työssä jaksamista. 4eventin päätuotteina on järjestää erilaisia hyvinvointitapahtumia, sekä hyvinvointipalveluita yrityksille.

Hyvinvointitapahtumat ovat 4eventin järjestäminä hyvinolonteemapäiviä, joiden sisältö vaihtelee suuresti riippuen asiakkaasta. 4event järjestää niin pieniä alle 20 hengen tapahtumia kuin suuria, jopa 1500 ihmisen tapahtumiakin. Hyvinvointiohjelmat taas voivat koostua useasta eri osiosta ja tavoitteena onkin kasata yrityksille pitkiä ohjelmia, jotka tukevat laadukkaita elämäntapoja. Ohjelmat voivat sisältää esimerkiksi sykeliikuntaa, lajikouluja, tuki- ja liikuntaelinsairauksia tukevaa toimintaa sekä tietoiskuja ravitsemuksesta. (Voutilainen, J. 30.9.2011)

5.3 Kehon Ikä -kartoitus

”Kehon Ikä –kartoitus, Polar OwnTest™, on Polarin yhdessä johtavien asiantuntijoiden kanssa kehittämä kunto- ja terveystarkistus. Kehon Ikä –kartoituksen ylivertaisuus perustuu helppoon suoritettavuuteen sekä varsinkin ymmärrettävään ja kannustavaan raporttiin. Juuri tämän vuoksi Kehon Ikä –kartoitus on nopeimmin kasvava kartoitusmetodi Suomessa!” (4event 2011d)

Yksi hyvinvointiohjelmien suurimmista tuotteista on tällä hetkellä Kehon Ikä -kartoitus. Kehon ikä -kartoitus on henkilökohtainen kuntokartoitus, jossa suhteutetaan oma päivämäärillä laskettu ikä oman kehon ikään. Kartoituksesta asiakasyritys saa henkilökohtaisten tulosten ja liikuntavinkkien lisäksi myös taseen, josta käy ilmi, mitkä fyysisen kunnon osa-alueet heidän yrityksessään vaatii eniten parantamista ja mitkä asiat ovat hyvällä mallilla. Jotta jokaisen ihmisen olisi helppo tulla kartoitukseen eikä sitä jännitettäisi kuten tavallista kuntotestiä, on siitä pyritty tekemään helposti toteutettava: se ei vaadi hikoilua, hengästymistä eikä edes liikuntavarusteita. Kehon Ikä –kartoitus on hyvä tapa aloittaa yrityksen hyvinvointimatka. Kun kartoitus on tehty ja työntekijöiden kuntotaso tiedossa, 4event laatii yhdessä asiakasyrityksen kanssa jatkosuunnitelman, jolla pyritään parantamaan työntekijöiden kuntoa ja samalla työssäjaksamista. Hyvinvointimatkan aikana tai sen päätteeksi voidaan Kehon Ikä -kartoitus toteuttaa uudelleen, jotta nähdään onko tuloksia saatu aikaiseksi. (Voutilainen, J. 30.9.2011)

6 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää motivoiko 4eventin Kehon ikä – kartoitus yksilöitä muuttamaan elämäntapojaan ja olivatko vastaajat halukkaita muuttamaan elämäntapojaan tullessaan kartoitukseen. Lisäksi pyrittiin selvittämään mitkä kartoituksen osatekijät vaikuttivat mahdolliseen muutokseen eniten ja mitkä tekijät voisi motivoida elämäntapamuutokseen. Tutkimusongelmat olivat seuraavat:

1. Olivatko vastaajat halukkaita muuttamaan elämäntapojaan ennen Kehon ikä - kartoitusta?
2. Motivoiko Kehon ikä –kartoitus yksilöitä muuttamaan elämäntapojaan?
 - 2.1. Keitä kartoitus motivoi erityisesti?
3. Mitkä tekijät kartoituksessa vaikuttivat eniten muutoshalukkuuteen ja mitkä tekijät voisivat tukea muutosta?

7 Menetelmät

Tutkimuksen aineistonkeruu- ja käsittelymenetelmät voidaan jakaa karkeasti määrällisiin (kvantitatiivisiin) ja laadullisiin (kvalitatiivisiin) menetelmiin (Hakala, J. 2004, 113). Kvalitatiivisia ja kvantitatiivisia tutkimusmenetelmiä käytetään tutkimuksissa joissa tutkitaan ihmisten mielipiteitä, tunteita, kokemuksia tai käyttäytymistä. Molemmat menetelmät antavat käytettäviä ja informatiivisia tuloksia, jos niitä osataan käyttää oikein. Näitä tutkimusmenetelmiä käytetään kuitenkin eri tarkoituksiin. (Davis, M. 2007, 9.)

Määrällinen tutkimus vastaa kysymyksiin kuinka paljon tai miten usein, ja se antaa yleisen kuvan muuttujien välisistä eroista ja suhteista. Määrällisessä tutkimuksessa tutkija ei vaikuta tutkimustulokseen, vaan tulos on aina objektiivinen ja tutkijasta riippumaton. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa pyritään aina selvittämään tietoa muuttujasta eli esimerkiksi henkilöä koskevasta asiasta, toiminnasta tai ominaisuudesta. Tietoa kerätään erilaisia mittareita käyttäen, määrällisessä tutkimuksessa käytettäviä mittareita ovat kysely-, haastattelu- ja havainnointilomake. (Vilkka, H. 2007, 13-14.)

Tutkimuksen tekemiseen valittiin menetelmäksi kvantitatiivinen tutkimus, koska tavoitteena oli kartoittaa tietoja muuttujista, eli henkilöä koskevasta asiasta, toiminnasta tai ominaisuudesta. Tutkimus toteutettiin kyselynä, koska kyselyllä on helppoa kerätä tietoa suuresta kohderyhmästä, joka jakautuu eri ikäisiin naisiin ja miehiin, joiden työkuvat ovat hyvin erilaisia. Kyselyllä otoksesta saadaan monipuolinen ja sillä voidaan kartoittaa useita eri asioita. Kyselyyn vastaaminen on myös helpompaa kuin esimerkiksi haastatteluun. Kyselyn täyttämällä voi pysyä täysin anonyymina ja siten vastata täysin rehellisesti myös henkilökohtaisiin kysymyksiin.

7.1 Tilastolliset menetelmät

Tässä tutkimuksessa käytettiin määrällistä, eli kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Tutkimus toteutettiin internet kyselynä. Kysely tehtiin webropol 1.0 ohjelmalla ja tulokset analysoitiin kyseistä ohjelmaa apuna käyttäen. Webropol ohjelman lisäksi analysointiin käytettiin myös Microsoft Excel 2007 -taulukkolaskentaohjelmaa, jonka avulla eroteltiin

muun muassa naisten ja miesten vastaukset sekä eri ikäryhmien vastaukset toisistaan. Tuloksia tarkasteltiin suhteellisina frekvensseinä eli prosenttiosuuksina. Päätuloksen analysoimisessa käytettiin myös absoluuttisia frekvenssejä eli vastaajien lukumääriä, sekä khiin neliö –testiä. Khiin neliö -testi on matemaattinen kaava, joka vertailee saatuja tuloksia odotusarvoihin.

Yksi kvantitatiivisen, eli määrällisen tutkimuksen tiedonkeruumenetelmä on kysely. Englanninkielinen termi survey-menetelmä tarkoittaa sellaista kyselyä, haastattelua tai havainnoinnin muotoa, jossa aineisto kerätään standardoidusti ja jossa kyselyyn vastaajat muodostavat otoksen tai näytteen tietystä perusjoukosta. Kyselytutkimuksen yksi etu on, että sen avulla voidaan saada paljon vastaajia, joilta voidaan kysyä monia kysymyksiä. Kyselymenetelmä myös säästää tutkijan vaivaa ja aikaa. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 193-195.) Kysely toteutetaan aina standardoidusti eli kysymykset ovat kaikille vastaajille aina samat, ne kysytään jokaiselta samassa järjestyksessä ja samalla tavalla. Kyselylomake on toimiva aineiston keräämisen menetelmä, kun tutkitaan henkilöä ja häntä koskevia asioita, esimerkiksi mielipiteitä, asenteita, ominaisuuksia tai käyttäytymistä. Kyselyä on hyvä käyttää, jos tutkittavia on paljon ja he ovat hajallaan. Myös henkilökohtaisten asioiden tutkimiseen on hyvä käyttää kysely menetelmää. Henkilökohtaisia asioita ovat esimerkiksi koettu terveys, ruokatottumukset, ansiotulot ja terveyskäyttäytyminen. (Vilka 2007, 28.)

Khiin neliö -testillä arvioidaan otoksen yksilöiden jakautumista luokkiin. Jos otoksen jakauma on jollakin tavalla erikoinen, khiin neliö -testi ilmoittaa millä todennäköisyydellä tämä erikoisuus on voinut syntyä pelkän sattuman takia. (Routio, P 2007.) Khiin neliö -testillä tutkitaan lukumäärien eron merkitsevyyttä, eli kuinka suuri on riski, että ryhmien välillä ei ole eroa. Mitä suurempi on odotusarvojen ja havaittujen arvojen ero, sitä pienempi on riski, että ero johtuu sattumasta. (Pikaohjeita SPSS:lle, 2010)

7.2 Kohderyhmä

Kyselyn kohderyhmänä oli viisi 4eventin keskikokoista asiakasyritystä, jotka olivat osallistuneet kehon ikä –kartoitukseen keväällä 2011. Tutkimuksen otokseen oli tavoitteena saada yli 18-vuotiaita, sekä naisia että miehiä. Yritykset olivat kaikki eri alojen yrityksiä,

eli vastaajat olivat lähtöisin hyvin erilaisista työtehtävistä. Vastauksia saatiin 54 kappaletta, eli vastausprosentti oli 30. Vastaajista noin 59% oli naisia ja noin 41% miehiä. Alle 35-vuotiaita vastaajista oli 37%, 36-45-vuotiaita noin 48% ja 46-55-vuotiaita noin 15%.

7.3 Mittarin laadinta

Prosessin aluksi oli epäselvää millä tutkimusmenetelmällä tutkimusta lähdetään toteuttamaan. Alkuperäinen idea oli kerätä tarinoita onnistuneista elämäntapamuutoksista ja analysoida niiden pohjalta yhteisiä tekijöitä. 4eventin kanssa käytyjen keskustelujen myötä tutkimus alkoi kuitenkin muuttua muotoaan ja seuraavaksi harkittiin haastatteleamalla toteutettavaa tutkimusta. Palaverien myötä tutkimuksen tavoitteet tarkentui-
vat entisestään ja lopulta tutkimus päädyttiin toteuttamaan kyselynä.

Tutkimuksen mittarina käytettiin webropol-kyselyä. Webropol on datan- analysointi ja kyselytyökalu, jota voi käyttää internetissä, sen avulla voi luoda online kyselyitä ja analysoida niitä helposti (Webropol the intelligent way, 2010). Webropol-kyselyn etuna on helppo toteutus ja helppo vastaaminen. Sen avulla on myös helppoa analysoida tuloksia. Kyselyn laadinta toteutettiin yhteistyössä 4eventin kanssa ja osa kysymyksistä laadittiin heidän standardoitujen kysymysmallien mukaisesti. Laadinta aloitettiin keskustelemalla tutkimusongelmista ja siihen liittyvistä kysymyksistä. Tavoitteiden ja tutkimusongelmien selkiytyttyä laadittiin alustava kysely, joka lähetettiin 4eventin yhdyshenkilölle, joka käytyään kyselyn läpi antoi korjaus ja lisäys ehdotuksia. Kyselyn lopullinen muoto lähetettiin vielä Haaga-Helian ohjaavalle opettajalle, joka hyväksytti kyselylomakkeen.

Kyselyssä oli yhteensä 15 kysymystä, joista yhdeksän olivat valintakysymyksiä, neljä monivalintakysymyksiä ja kaksi avoimia kysymyksiä. Osa kysymyksistä olivat vain 4eventiä ja kehon ikä –kartoituksen kehittymistä varten laadittuja kysymyksiä, joita ei erityisemmin analysoitu. Tutkimus oli jaettu kahteen osioon riippuen siitä, oliko vastaaja muuttanut elämäntapojaan kehon ikä –kartoituksen myötä vai ei. Seitsemän ensimmäistä kysymystä olivat kaikille yhteisiä taustatieto –kysymyksiä, tämän jälkeen muutoksen tehneille vastaajille oli viisi kysymystä ja vastaajille, jotka eivät tehneet elämäntapamuutosta kolme kysymystä. Kaikkien vastaajien viimeiset kysymykset olivat avoimia

kysymyksiä, joihin sai kertoa vapaasti omasta muutos kokemuksestaan tai siitä mikä voisi motivoida yksilöä parantamaan elämäntapojaan.

7.4 Kyselyn järjestäminen

Kysely toteutettiin webropol 1.0 ohjelmaa käyttäen. Kyselystä luotiin julkinen linkki, joka lähetettiin kyselyyn osallistuvien yritysten yhdyshenkilöille sähköpostiviestinä. Yritysten yhdyshenkilöt välittivät linkin työntekijöille, jotka olivat osallistuneet kehon ikä – kartoitukseen keväällä 2011.

Ennen kyselyn lähettämistä laadittiin tutkimuslupahakemus, jossa kerrottiin kuka tutkimuksen teki, mistä tutkimuksessa oli kyse, miksi tutkimus tehtiin ja miksi kyselyyn vastaaminen on tärkeää. Tutkimuslupahakemus lähetettiin sähköpostilla 4eventin keskikokoisille asiakasyrityksille. Tutkimusluvan hyväksymisen jälkeen yritysten yhdyshenkilöille lähetettiin saatekirje sekä linkki webropol tutkimukseen.

Tutkimus toteutettiin 14.12.2011-15.1.2012 välisellä ajalla. Kysely lähetettiin viidelle yhdyshenkilölle, jotka välittivät kyselyn eteenpäin yhteensä noin 180 henkilölle. Saateviestin ja kyselylinkin lisäksi yhdyshenkilöille lähetettiin kaksi muistutusviestiä kyselyyn osallistumisesta ja viimeisen vastauspäivän lähenemisestä.

7.5 Tutkimuksen luotettavuus

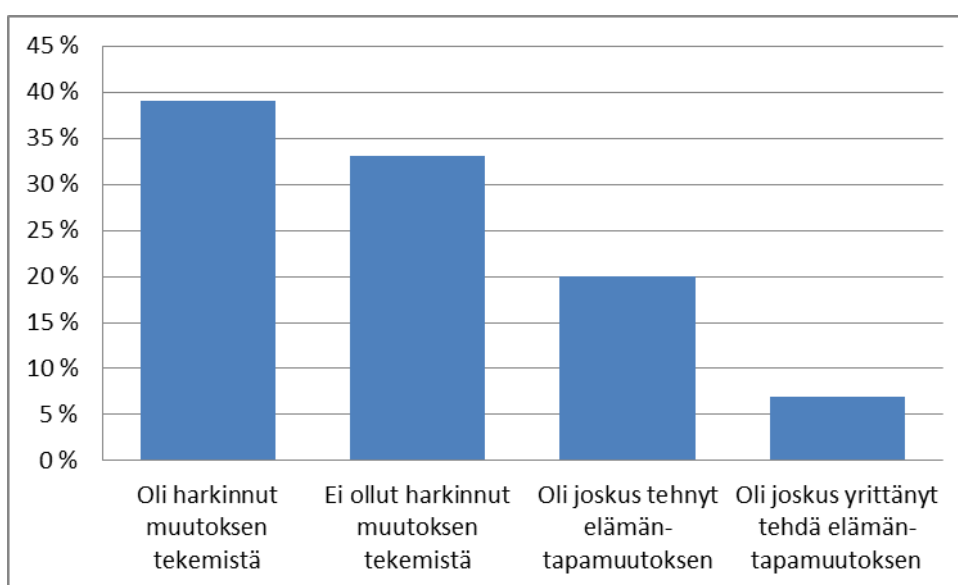
Tutkimuksen reliabiliteetti tarkoittaa tulosten pysyvyyttä mittauskerrasta riippumatta. Miten tarkka ja luotettava tutkimus on riippuu siitä, miten hyvin toistetussa tutkimuksessa saadaan samoja tuloksia tutkijasta riippumatta. Reliabiliteetti vaikuttaa muun muassa se miten onnistuneesti otos edustaa perusjoukkoa, mikä on vastausprosentti, ja millaisia mittausvirheitä tutkimukseen sisältyy. Tutkimuksen validiteetilla taas tarkoitetaan tutkimuksen kykyä mitata juuri sitä, mitä oli tarkoituksena mitata. (Vilka 2007, 149-150.) Validius ja reliaabelius muodostavat yhdessä tutkimuksen kokonaisluotettavuuden. Kokonaisluotettavuus on hyvä, jos mittaamisessa on mahdollisimman vähän satunnaisvirheitä ja otos edustaa perusjoukkoa. (Vilka 2007, 152.)

Tutkimuksen otoksen laatu oli hyvä. Otoksessa oli sekä miehiä että naisia, alle 35-vuotiaista 55-vuotiaisiin saakka. Vastaajien työtaustat olivat erilaisia ja vastaajat olivat myös fyysiseltä kunnoltaan hyvin eritasoisia, joten otoksen voidaan katsoa edustavan monipuolisesti yritysten työntekijöitä. Tutkimustulosten yleistettävyyttä kuitenkin heikentää se, että etenkin kysymyksiin, jotka kysyttiin vain niiltä vastaajilta, jotka olivat tehneet elämäntapamuutoksen Kehon ikä –kartoituksen myötä, saatiin vastauksia melko vähän. Kokonaisuutena tutkimusvastaukset kuitenkin edustavat kohderyhmää kattavasti. Myös validiteetiltaan tutkimus oli onnistunut, sillä kyselyllä saatiin vastaukset niihin kysymyksiin, joihin oli tarkoitus.

8 Tutkimustulokset

8.1 Olivatko vastaajat halukkaita muuttamaan elämäntapojaan ennen Kehon ikä –kartoitusta?

Kyselyllä kartoitettiin vastaajien fyysisen kunnan lähtötasoa sekä valmiutta muutoksen tekemiseen ennen heidän osallistumistaan kehon ikä –kartoitukseen. Kyselyssä tiedusteltiin vastaajien fyysisen kunnan lähtötasoa ja heidän tietoisuuttaan omasta kunnostaan. Ennen kehon ikä –kartoitusta 38,9% (21 henkilöä) tiesivät terveystarvojensa ja kuntosaa olevan keskimääräisellä tasolla, hieman pienempi osa vastaajista, 31,5% (17 henkilöä) tiesivät terveystarvojensa ja kuntosaa olevan parantamisen tarpeessa, vielä pienempi osa, 27,8% (15 henkilöä) tiesivät terveystarvojensa ja kuntosaa olevan hyvällä tasolla. Vain 1,9% (1 henkilö) vastaajista ei lainkaan tiennyt missä kunnossa oli ennen kartoitukseen saapumista.

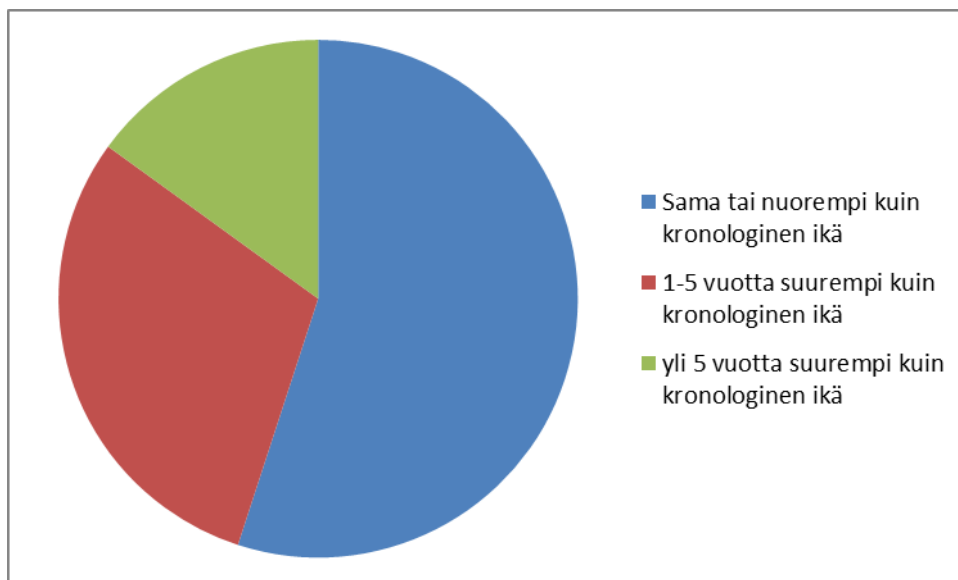


Kuvio 1. Vastaajien halukkuus muutoksen tekemiseen ennen kartoitusta.

Tutkimuksessa kysyttiin olivatko vastaajat joskus tehneet elämäntapamuutoksen, yrittäneet tehdä muutosta, olivatko he harkinneet muutoksen tekemistä tai eivätkö he olleet koskaan edes harkinneet muuttavansa elämäntapojaan. Kuten kuviosta 1. näkyy, vastaajista jopa 38,9% (21 henkilöä) olivat harkinneet elämäntapamuutoksen tekemistä ennen

kartoitusta, kun vastaavasti 33,3% (18 henkilöä) ei ollut koskaan harkinnut muuttavansa elämäntapojaan. 20,4% (11 henkilöä) oli joskus tehnyt elämäntapamuutoksen onnistuneesti ja 7,4% (4 henkilöä) vastaajista oli joskus yrittänyt tehdä elämäntapamuutoksen onnistumatta siinä.

Kehon ikä –kartoituksen jälkeen jokainen osallistuja saa kehon ikä –raportin joka antaa jokaiselle osallistujalle heidän oman kehoniän. Vastaajista 55,6% (30 henkilöä) kehon ikä oli sama tai nuorempi kuin heidän kronologinen ikänsä. 29,6% (16 henkilöä) kehon ikä oli yhdestä viiteen vuotta suurempi kuin heidän kronologinen ikä, 14,8% (8 henkilöä) vastaajista kehon ikä oli yli viisi vuotta suurempi kuin päivämäärillä laskettu ikä.

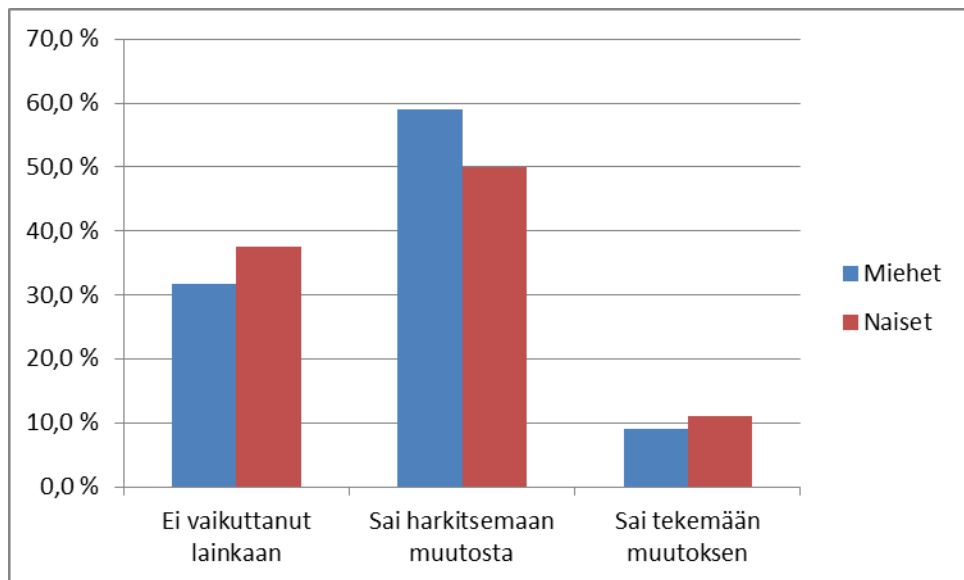


Kuvio 2. Vastaajien kartoituksen antama kehon ikä verrattuna kronologiseen ikään.

8.2 Motivoiko Kehon ikä –kartoitus yksilöitä muuttamaan elämäntapojaan?

Tutkimuksessa selvitettiin motivoiko kehon ikä –kartoitus yksilöitä muuttamaan elämäntapojaan. Kysyttäessä Kehon ikä –kartoituksen vaikutusta elämäntapoihin, 35 % (19 henkilöä) vastaajista vastasi, että kehon ikä –kartoitus ei vaikuttanut heihin lainkaan, 54% (29 henkilöä) alkoivat harkitsemaan elämäntapamuutoksen tekemistä ja 11% (6 henkilöä) tekivät elämäntapamuutoksen kartoituksen jälkeen.

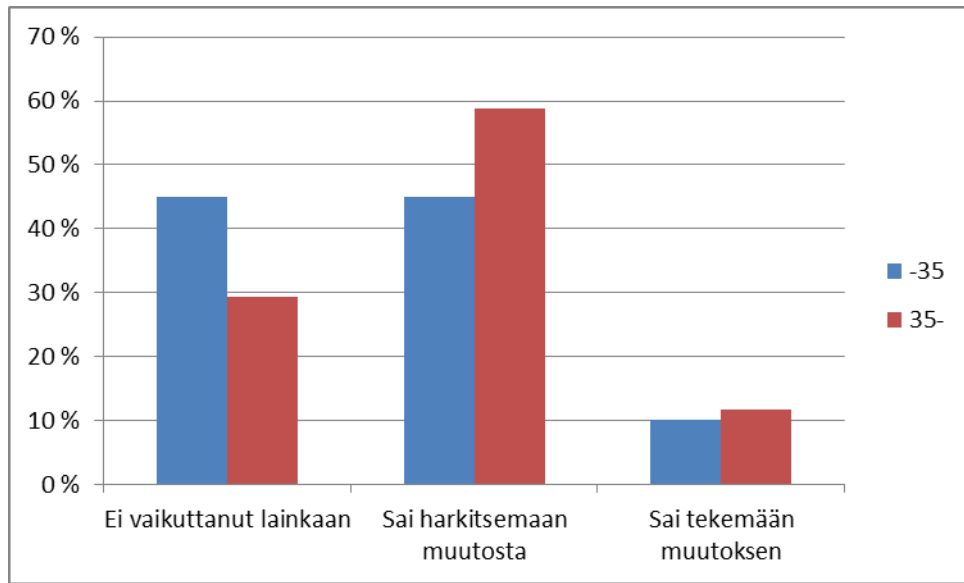
Alakysymyksenä tutkittiin keitä kehon ikä –kartoitus erityisesti motivoi elämäntapamuutokseen. Tarkasteltaessa tulosten yhteyttä sukupuoleen tai ikään, ei tilastollisesti merkittäviä löydöksiä löydetty.



Kuvio 3. Kehon ikä -kartoituksen aikaansaaman elämäntapamuutoksen yhteys sukupuoleen

Kuten kuvio 3. näkyy, naisista 38% (12 henkilöä) ei kokenut kehon ikä –kartoituksen vaikuttaneen heihin lainkaan, 50% (16 henkilöä) alkoi harkitsemaan muutoksen tekemistä kartoituksen jälkeen ja noin 11% (4 henkilöä) teki elämäntapamuutoksen kartoituksen jälkeen. Miehistä 32% (7 henkilöä) olivat sitä mieltä, että kartoitus ei vaikuttanut heihin lainkaan, 59% (13 henkilöä) alkoi harkitsemaan muutoksen tekemistä kartoituksen jälkeen ja 9% (2 henkilöä) muutti elämäntapojaan kartoituksen myötä. Sukupuol-

ten väliset erot eivät olleet tilastollisesti merkittäviä (Khiin neliö testin arvo: $P=8,63$).



Kuvio 4. Kehon ikä -kartoituksen aikaansaaman elämäntapamuutoksen yhteys ikään.

Kuviosta 4. selviää, että alle 35-vuotiasta vastaajista 45% (9 henkilöä) ei kokenut kehon ikä –kartoituksen vaikuttavan heihin lainkaan, 45% (9 henkilöä) alkoi harkitsemaan muutosta ja 10% (2 henkilöä) teki elämäntapamuutoksen. Yli 35-vuotiasta vastaajista 29% (10 henkilöä) ei kokenut kartoituksen vaikuttavan heihin lainkaan, 59% (20 henkilöä) alkoi harkitsemaan muutoksen tekemistä ja 12% (4 henkilöä) muutti elämäntapojaan kehon ikä –kartoituksen jälkeen. Ikäluokkien väliset erot eivät olleet tilastollisesti merkittäviä (Khiin neliö testin arvo: $P=1,21$).

Elämäntapamuutoksen tehneiltä kysyttiin myös omia tuntemuksia kehon ikä kartoituksesta ja miten he onnistuivat muuttamaan elämäntapojaan, tähän he saivat vastata avoimesti. Monet vastasivat, että eniten heitä motivoi oman jaksamisen parantaminen. ”Muistutus ruokavalion tärkeydestä ja ruokailutottumuksista sai minut havaitsemaan pieniä ”virheitä” omassa ruokailussani. Jo näiden pienien virheiden korjaaminen sai aikaan paremman olon sekä nyt jaksan paremmin päivän askareissa!” kertoi yksi vastaaja. Toinen kertoi suurimman tekijän muutoshalussa olleen stressin lievittäminen ja kehon ikä-mittaus antoi hänelle selkeät ohjeet siitä mitä pitäisi muuttaa. Yhdelle motivaattorina toimi se, että kehon ikä –mittaus toistettiin, jolloin hän halusi saada toisella mit-

tauskerralla paremmat tulokset kuin ensimmäisellä. ”Kehon ikä –kartoitus oli mitä loistavin motivoija.”

8.3 Mitkä tekijät kartoituksessa vaikuttivat eniten muutoshalukkuuteen ja mitkä tekijät voisivat tukea muutosta?

Kyselyssä selvitettiin mitkä kehon ikä –kartoituksen osatekijät ja niiden tulokset vaikuttivat muutoshalukkuuteen eniten. Näihin kysymyksiin vastasivat kaikki, jotka olivat tehneet elämäntapamuutoksen kehon ikä –kartoituksen myötä. Puolet vastanneista vastasivat, että kartoituksen antama kehon ikä vaikutti heidän päätökseensä muuttaa elämäntapojaan, kun puolet taas eivät kokeneet varsinaisen kehon iän vaikuttaneen päätökseensä.

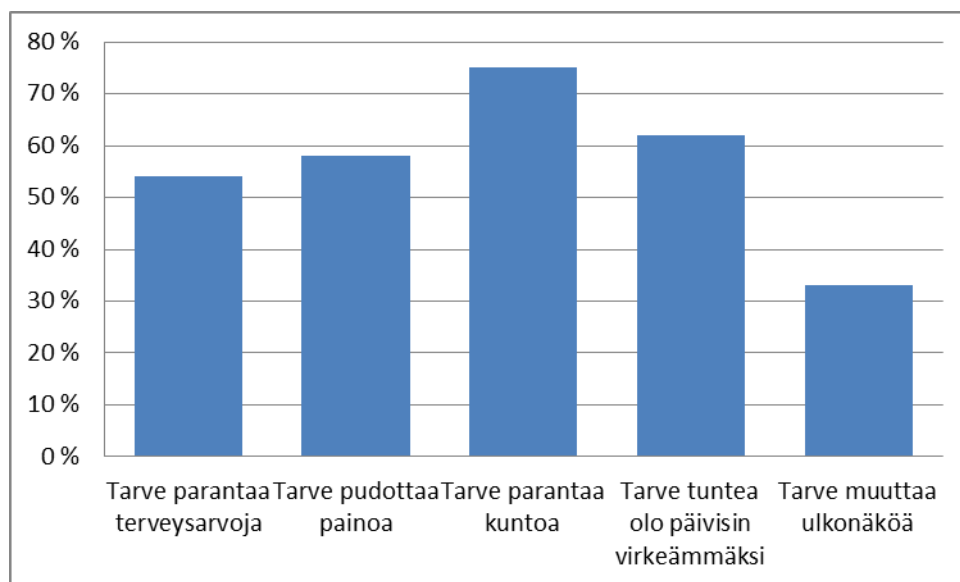
Kartoituksessa oli yhteensä kahdeksan osatekijää; kardiovaskulaarinen kunto, verenpaine, hauisten voima, vatsalihasten voima, alaraajojen voima, notkeus, kehonkoostumus ja painoindeksi. Ainoastaan kaksi näistä vaikuttivat muutoksen tehneiden muutoshalukkuuteen. 33,3% (2 henkilöä) vastaajista kokivat kardiovaskulaarisenkunnan olleen suurin muutoshalukkuuden herättäjä, loput 66,7% (4 henkilöä) kokivat kehonkoostumuksen, eli rasvaprosentin olleen muutoshalukkuuden herättävin tekijä.

Kyselyssä kysyttiin minkälaisia muutoksia vastaajat olivat tehneet ruokailu ja liikuntatottumuksiinsa. Kaikki vastaajat olivat muuttaneet ruokailutottumuksiaan. Yleisin muutos ruokailutottumuksissa oli herkkujen vähentäminen (83,3% - 5 henkilöä) ja toiseksi yleisin hedelmien, vihannesta ja marjojen lisääminen päivittäiseen ruokavalioon (66,7% - 4 henkilöä). Vähiten muutoksia oli tapahtunut energiapitoisten juomien vähentämisessä, rasvan laadun huomioimisessa ja ruokailunrytmittämässä siten, että puolet päivän aterioista olisi syötynä klo 16.00 mennessä. Näissä kaikissa vastausprosentti oli 16,7 (1 henkilö). 33,3% (2 henkilöä) vastaajista on parantanut hiilihydraattien laatua ja 50 % (3 henkilöä) on pyrkinyt syömään kaksi lämmintä ateriaa päivässä. Puolet vastaajista ovat myös alkaneet syömään monipuolisen aamupalan ja lounaan.

Kaikki vastaajat olivat muuttaneet myös liikuntatottumuksiaan. Liikuntatottumusten muutokset oli jaettu viiteen ryhmään; hyötyliikunnan lisääminen, työmatkaliikunnan

lisäämien, kestävyysliikunnan lisääminen, lihaskuntoa kehittävän liikunnan lisääminen ja yleisesti liikunnan määrän lisääminen. Kukaan vastaajista ei ollut lisännyt hyötyliikunnan tai työmatkaliikunnan määrää. Kestävyysliikuntaa ja yleisesti liikunnan määrää oli lisännyt 66,7% (4 henkilöä) vastaajista ja lihaskuntoa kehittävää liikuntaa oli lisännyt puolet vastaajista (3 henkilöä).

Tutkimuksessa selvitettiin myös mitkä tekijät voisivat tukea muutoksen tekemistä ja motivoida yksilöitä muuttamaan elämäntapojaan. Selvitykseen liittyneet kysymykset kysyttiin vastaajilta, jotka eivät tehneet elämäntapohinsa muutosta kehon ikä – kartoituksen jälkeen.



Kuvio 5. Mitkä tekijät voisivat motivoida yksilöä parantamaan elämäntapojaan.

Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että kunnon parantamisen tarve motivoisi elämäntapamuutokseen, näin vastasi 75% (36 henkilöä) vastaajista. 62,5% (30 henkilöä) vastaajista uskoivat, että tarve tuntea olonsa vireämmäksi päivisin motivoisi heitä muuttamaan elämäntapansa. Myös painonpudotus (58,3% - 28 henkilöä), sekä tarve parantaa terveysarvoja (54,2% - 26 henkilöä) koettiin motivoivaksi syyksi elämäntapojen muutokseen. Pienin muutoshalun herättävä tekijä oli tarve muuttaa ulkonäköä, tämän uskoi motivoivan 33,3% (16 henkilöä) vastaajista.

Vastaajat, jotka eivät tehneet muutosta elämäntapoihinsa kartoituksen myötä, kokivat melko tasapuolisesti parantamisen varaa olevan sekä liikunta- että ruokailutottumuksissa. 60,4% (29 henkilöä) koki ruokailutottumustensa vaativan enemmän muutosta kuin liikuntatottumukset. 58,3% (28 henkilöä) vastaajista taas kokivat liikuntatottumustensa tarvitsevan enemmän muutosta kuin ruokailutottumuksensa.

Vastaajia pyydettiin myös kertomaan vapaasti minkä tavan he voisivat kokea motivoivaksi, kun kyseessä on elämäntapojen muuttaminen terveellisemmiksi. Joidenkin vastaajien mielestä paras motivaatio keino on peiliin katsominen ja vaa'alla käyminen, toiset toivoivat liikuntaseteleitä tai tuki/vertaisryhmää. Monet vastasivat, että muutoksen tulisi lähteä omasta itsestä ja että paras sekä pakottavin tarve elämäntapamuutokseen olisi muutos terveydentilassa. Muutama myös toivoi löytävänsä omaa liikuntalajia, joka innostaisi heitä liikkumaan ja yksi vastaajista koki motivoivimmaksi keinoksi keskistyleiri-tyyppisen pakotusmallin. Monet myös vastasivat, että koska heidän terveydentilansa on kunnossa ja kehon ikä –kartoitus tulokset olivat keskivertoiset, he eivät koe tarvetta muuttaa tapojaan vaikka tietävätkin, että heidän elämäntapansa eivät ole täysin kunnossa.

9 Pohdinta

Tämän tutkimuksen päälöydöksenä voidaan pitää sitä, että Kehon ikä –kartoitus voi motivoida yksilöitä muuttamaan elämäntapojaan. Kartoituksen myötä elämäntapamuutoksen tehneet ihmiset olivat parantaneet sekä liikunta- että ravitsemustottumuksiaan. Yksilön iällä tai sukupuolella ei ole yhteyttä muutoshalukkuuden heräämiseen kartoituksen jälkeen. Tutkimustulokset viittaavat siihen, että kartoitus toimii elämäntapamuutoksen motivointikeinona todennäköisesti sellaisilla henkilöillä, joilla kartoituksen tulokset olivat keskitasoa heikompia. Sen sijaan ihmiset, jotka fyysisen kuntonsa osalta sijoittuvat vähintään keskitasolle, eivät koe kartoitusta motivoivaksi. Toisaalta kartoitus kuitenkin kannustaa näitä henkilöitä jatkamaan samaan malliin ja pitämään tämän hetkistä elämäntavoistaan kiinni. Lisäksi kartoitusta edeltävä muutoshalukkuus näyttää olevan yhteydessä siihen, motivoiko Kehon ikä –kartoitus muuttamaan elämäntapoja.

Eniten muutoshalukkuuteen vaikuttivat tulokset kehonkoostumus mittauksesta, eli rasvaprosentista, ja kardiovaskulaarisesta kunnosta. Rasvaprosenttimittauksen tulos on saattanut yllättää kartoitukseen osallistuneita, sillä aina rasvanmäärä kehossa ei näy ulospäin vaan se on sisäelinten ympärille kertynyttä ”piilo”rasvaa. Tämä on voinut motivoida vastaajia muuttamaan etenkin ruokailutottumuksiaan. Kardiovaskulaarinen kunto kertoo siitä miten hyvin yksilö jaksaa päivittäisissä askareissa: kotitöissä, töissä ja harrastuksissa. Kardiovaskulaarisen kunnan kohottaminen parantaa arjessa jaksamista, joka saattaa olla syy siihen, miksi juuri tämä tekijä motivoi elämäntapamuutokseen. Keskitasoa alhaisempi tulos rasvaprosentin ja kardiovaskulaarisen kunnan mittauksesta voi olla yhdistelmänä herättävä, eikä ole ihme, että juuri nämä tekijät motivoivat elämäntapamuutokseen enemmän kuin muut kartoituksen antamat tulokset.

Tutkimustuloksissa erittäin positiivista on, että Kehon ikä –kartoitus sai yli puolet vastaajista harkitsemaan muutoksen tekemistä ja 11% vastaajista tekemään muutoksen. Vain kolmannes vastaajista ei kokenut kartoituksella olleen minkäänlaista vaikutusta. On mahdollista, että tulokseen voi vaikuttaa se, että Kehon ikä –kartoitus on erilainen testausmenetelmä kuin perinteiset kuntotestit. Kartoituksessa ei tarvitse hikoilla ja rehkii. Tämän takia osa vastaajista saattoi kokea kartoituksen epäpäteväksi etenkin, jos he olivat aiemmin osallistuneet erilaisiin kuntotesteihin.

9.1 Kehittämisehdotukset ja käytännön sovellusmahdollisuudet

Kehon ikä –kartoitus ei yksistään motivoi yksilöitä suuriin elämäntapamuutoksiin. Pelkkä kartoituksen antama tulos ei saa ihmisiä innostumaan omien tapojensa muokkaamisesta vaan muutoksen tekeminen ja tapoihin oppiminen vaatii paljon enemmän työtä. Tämän takia 4event voisikin kehittää toimintaansa muun muassa seuraavilla tavoilla:

Tutkimuksen perusteella Kehon ikä –kartoitusta voitaisiin kehittää kartoituksen jälkeisellä toiminnalla. Yksilöitä voisi motivoida elämäntapamuutokseen esimerkiksi tuki- tai vertaisryhmien järjestäminen. Kartoituksen jälkeen siihen osallistuneille voitaisiin tarjota ryhmää, joka auttaa elämäntapamuutoksen tekemisessä ja jossa on muita samassa tilanteessa ja samoja asioita vastaan kamppailevia ihmisiä. Ryhmäläisten kanssa voisi keskustella omista onnistumisista ja repsahduksista, saada vinkkejä siitä, miten muut jaksavat pitää huolta liikkumisesta ja ruokavaliosta ja mahdollisesti löytää sieltä myös liikuntaseuraa. Tällaisessa tuki- tai vertaisryhmässä annettaisiin ammattilaisten voimin apuja ja neuvoja parempien elämäntapojen omaksumiseen esimerkiksi selkeillä, yksittäisillä ”kotitehtävillä”, joita tulisi toteuttaa seuraavaan tapaamiseen asti (esimerkiksi annoskoon pienentäminen). Lisäksi ryhmäläiset tsemppaisivat toinen toisiaan ja ryhmän tapaamisissa pelkkien faktojen lisäksi keskityttäisiin myös ryhmän yhtenäisyyden ja hyvän hengen kehittämiseen. Tuki-tai vertaisryhmään saisivat tulla kaiken ikäiset naiset ja miehet, eri työtehtävistä ja yrityksistä. Palvelua ei siis tarjottaisi vain yhteen kartoitukseen osallistuneiden, yhden yrityksen työntekijöille, vaan useille eri yrityksille ja nimenomaan yksilöille.

Toinen etenkin liikuntaan kannustava kehittämistoimenpide voisi olla erilaisten lajikoulujen järjestäminen. Ryhmille voitaisiin järjestää esimerkiksi viikottain tai kuukausittain yhteisiä liikuntahetkiä, joissa kokeltaisiin eri lajeja. Jokainen voisi löytää mieleisensä lajin, ja lajikoulut voisivat motivoida joitakin jopa aloittamaan säännöllisen liikuntaharrastuksen.

Tulosten perusteella voidaan todeta, että elämäntapamuutoksen tekeminen ei ole helppoa. Jos avustetussa ympäristössä, jossa Kehon ikä –kartoituksen lisäksi usein jatketaan hyvinvointiohjelmia esimerkiksi ravinto- ja liikuntatietämyksellä, elämäntapamuutoksen onnistuu tekemään vain pieni prosentti, voi vain kuvitella, miten haastavaa muutoksen tekeminen on ilman ammattilaisten apua.

9.2 Jatkotutkimusehdotukset

Kehon ikä –kartoituksen tehokkuudesta elämäntapamuutosta tehdessä voi tehdä jatkotutkimuksia esimerkiksi seuraavista aiheista:

Yksilöitä, jotka tekivät elämäntapamuutoksen Kehon ikä –kartoituksen ansiosta, voisi haastatella muutoksen tekemisestä. Haastattelulla voitaisiin tutkia löytyykö elämäntapamuutoksen tehneiden yksilöiden tarinoista yhtäläisyyksiä, joita voisi hyödyntää Kehon ikä –kartoituksessa tai muussa 4eventin toiminnassa.

Yksilön lähtötilanteen vaikutusta elämäntapamuutos motivaatioon voisi tutkia tarkemmin. Vaatiiko muutoksen tekeminen jo valmiiksi motivoituneen lähtötilanteen? Esimerkiksi aiempia elämäntapamuutos yrityksiä tai elintapasairauksia. Vai voiko pelkkä kartoitus herättää muutoshalukkuuden niin vahvasti, että yksilö pystyy muuttamaan tapojaan.

9.3 Oppiminen ja kehittyminen prosessin aikana

Opinnäytetyöprosessi oli erittäin opettavainen kokemus. Työn tekeminen oli todella haastavaa, koska en ollut koskaan aiemmin tehnyt mitään vastaavaa. Alussa oli vaikeaa hahmottaa tulevaa kokonaisuutta ja saada selkeää kuvaa siitä, mitä oli alkamassa tekemään. Epäselvään ja tietämättömään tunteeseen nähden onnistuin loppujen lopuksi työssäni hyvin. Erityisen tyytyväinen olen työn aikaiseen aloittamiseen. Sain tehdä työtä rauhassa pikkuhiljaa edeten eikä kiire tullut missään vaiheessa. Tästä syystä ehdin hioa tekstiäni ja tehdä pieniä korjauksia moneen otteeseen. Eniten kritiikkiä annan itselleni lähteiden etsimisestä ja kartoittamisesta. En kartoittanut mahdollisia lähdekirjallisuutta tarpeeksi kattavasti alussa, mikä vaikeutti taustaosan kirjoittamista.

Opinnäytetyön kirjoittamisesta opin etenkin lähteiden käyttämistä ja lähteiden luotettavuuden arvioimista. Opin kirjoittamaan tieteellistä tekstiä, joka perustuu faktoihin ja perusteltuihin väittämiin. Tutkimuksen tekeminen opetti organisoimista, keskustelu ja kehittymiskykyä sekä materiaalin analysoimista ja tulkintaa. Opin katsomaan asioita tutkimusongelmien näkökulmasta ja arvioimaan tutkimuksen sisältöä nimenomaan haluttujen tulosten perusteella. Kokonaisuudessaan opinnäytetyön tekeminen oli erittäin opettavainen kokonaisuus ja sitä tehdessä ymmärsin yhä enemmän ja enemmän, miksi opinnäytetyö tehdään. Suurin anti opinnäytetyön tekemisessä oli oppia suuren kokonaisuuden hallintaa: aikataulun laatimista ja ylläpitämistä, vastuuta työn valmistumisesta ja laadusta, itseuria ja suunnittelun taitoa.

Lähteet

Aromaa, A. & Koskinen, S. 2010. Suomalaisten työ, työkyky ja terveys 2000-luvun alkaessa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.

Aura, O. 2006. Työpaikkaliikunnan barometri. Teoksessa: Aura O. & Sahi, T. (toim.) Työpaikkaliikunnan hyvät käytännöt. 2. painos. s. 29-35. Edita Publishing Oy. Helsinki.

Bandura, A. 1997. Self-efficacy, The exercise of control. W. H. Freeman and Company. New York.

Davies, M. 2007. Doing a Successful Research Project. Palgrave macmillan. New York.

Ewles, L. & Simnett, I. 1992. Terveyden edistämisen opas. Otava. Keuruu.

Fogelholm, M. & Oja, P. 2011. Terveysliikuntasuosituksset. Teoksessa: Fogelholm, M., Vuori, I. & Vasankari, T. (toim.) Terveysliikunta. 2. Painos. s. 68-71. Duodecim. Helsinki.

Green, L. & Mercer, S. 2002. Precede-Proceed Model. Encyclopedia of Public Health. Luettavissa: <http://www.enotes.com/precede-proceed-model-reference/precede-proceed-model>. Luettu 22.12.2011.

Haglund, B., Huupponen, T., Ventola, A-L. & Hakala-Lahtinen, P. 2010. Ihmisen ravitsemus. 10. uudistettu painos. WSOY. Helsinki.

Hakala, J. 2004. Opinnäytetyöopas ammattikorkeakouluille. Gaudeamus. Helsinki.

Helakorpi, S., Mäkelä, P., Helasoja, V., Karvonen, S., Sulander, T. & Uutela, A. 2007. Alkoholien käyttö. Teoksessa: Palosuo, H., Koskinen, S., Lahelma, E., Prättälä, R., Martelin, T., Ostamo, A., Keskimäki, I., Sihto, M., Takala, K., Hyvönen, E. & Linnanmäki,

E.(toim.) Terveyden eriarvoisuus Suomessa, Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. s. 141-147. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Tammi. Helsinki.

Hirvonen, E., Koponen, P. & Hakulinen, T. 2002. Yksilö, perhe ja yhteisö muutoksessa. Teoksessa: Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M. & Sirola, K. (toim.) Terveyden edistäminen, uudistuvat työmenetelmät. s. 36-37, 50-51. WSOY. Helsinki.

Huovinen, M. & Leino, U. 2000. Suomen terveellisin kirja. WSOY. Porvoo.

Husman, P., Husman, K., Karjalainen, A. & Ahola, K. 2010. Työkyky ja työkyvyttömyys. Teoksessa Kauppinen, T., Hanhela, R., Kandolin, I., Karjalainen, A., Kasvio, A., Perkiö-Mäkelä, M., Priha, E., Toikkanen, J. & Viluksela, M. (toim.). Työ ja terveys suomessa 2009. s. 121. Työterveyslaitos. Helsinki.

Huttunen, J. 2006. Kansanterveys. Päähteistä johtuvat kansanterveysongelmat. Teoksessa Orkovaara, P. & Taskinen, H. (toim.), Lukion Dynamo, s. 112-151. 2.-3. painos. Gummerus. Jyväskylä.

Hyyppä, T. & Kronholm, E. 1998. Uni ja Vire. Gummerus. Jyväskylä.

Härmä, M. & Sallinen, M. 2004. Hyvä uni – Hyvä työ. Duodecim, Kansanterveyslaitos. Helsinki.

Ilmarinen, J., Gould, R., Järvikoski, A. & Järvisalo, J. 2006. Työkyvyn moninaisuus. Teoksessa: Gould, R., Ilmarinen, J., Järvisalo, J. & Koskinen, S. Työkyvyn ulottuvuudet. s. 17-18. Helsinki

- Karjalainen, A. & Vainio, H. 2010. Katsaus suomalaisten työterveyteen. Teoksessa Martimo, K-P., Antti-Poika, M. & Uitti, J. (toim.) 2010. Työstä terveyttä. s. 21-24. Duodecim, Työterveyslaitos. Helsinki.
- Karrasch, M., Lindblom-Ylänne, S., Niemelä, R., Päivänsalo, T-M. & Tynjälä, P. PS. Lukion Psykologia 5. Otava. Helsinki.
- Lahti, T., Laine, V., Liira, J., Manninen, P. & Mölsä, K. 2007. Työkykyä ylläpitävä toiminta Teoksessa: Manninen, P., Laine, V., Leino, T., Mukala, K. & Husman, K. (toim.) Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. s.173-175. Työterveyslaitos. Helsinki.
- Lahti-Koski, M. 2006. Ravinto terveyden edistäjänä. Teoksessa: Orkovaara, P. & Taskinen, H. (toim.), Lukion Dynamo. s. 16-41. 2.-3. painos. Gummerus. Jyväskylä.
- Louhevaara, V. & Perkiö-Mäkelä, M. 2000. Miten liikunta on esillä työelämässä. Teoksessa: Miettinen, M. (toim.) Haasteena huomisen hyvinvointi – Miten liikunta lisää mahdollisuuksia?. s. 244. LIKES. Helsinki.
- Marttunen, M. 2006. Unesta elinvoimaa. Teoksessa: Orkovaara, P. & Taskinen, H. (toim.) Lukion Dynamo, s. 42-49. 2.-3. painos. Gummerus. Jyväskylä.
- Morrison, V. & Bennett, P. 2009. 2. Painos. An Introduction to Health Psychology. Pearson Education Limited. Englanti.
- Mäkitalo, J. 2010. Työkyvyn ulottuvuudet. Teoksessa: Martimo, K-P., Antti-Poika, M. & Uitti, J. (toim.) Työstä terveyttä. s. 162-163. Duodecim. Helsinki.
- Niemi, A. 2007. Terveysliikuntaa. Primo Health. Jyväskylä.
- Nupponen, R. & Suni, J. 2011. Henkilökohtainen liikuntaneuvonta. Teoksessa: Fogelholm, M., Vuori, I. & Vasankari, T. (toim.) Terveysliikunta. s. 214-218. Duodecim. Helsinki.

- Pakeman, S. 2000. Terveellisen ravinnon aakkoset. Gummerus. Jyväskylä.
- Parkkinen, K. & Serti, P. 1999. Ruoka ja ravitseminen. Otava. Keuruu.
- Pender, N., Murdaugh, C. & Parsons, M-A. 2006. Health Promotion in Nursing Practice. 5. painos. Pearson Education, Inc. New Jersey, USA.
- Pikaohjeita SPSS:lle, 2010. Luettavissa:
<http://www.helsinki.fi/~reunamo/opetus/spssohje.htm>. Luettu: 3.2.2012.
- Prochaska, J., Redding, C. & Evers, K. 2008 The Transtheoretical model and stages of change. Teoksessa: Glanz, K., Rimer, B. & Viswanath, K. (toim.) Health Behavior and Health Education. s. 97-121. Jossey-Bass. San Francisco.
- Rauramo, P. 2008. Työhyvinvoinnin portaat. Edita Publishing Oy. Helsinki.
- Reeve, J. 2009. Understanding motivation and emotion. 5. painos. John Wiley & Sons, Inc. Hoboken.
- Routio, P. 2007. Tietojen arvioiminen. Luettavissa:
<http://www2.uiah.fi/projekti/metodi/088.htm#khii>. Luettu: 3.2.2012.
- Räsänen, J. 2010. Terveystiedon edistämisen suunnittelua ja arviointia: Precede-Proceed-malli. Teoksessa Pietilä, A-M (toim.), Terveystiedon edistäminen. WSOYpro Oy. Helsinki.
- Tones, K. & Green, J. 2005. Health Promotion. SAGE Publications, Lontoo.
- Turku, R. 2007. Muutosta Tukemassa. 2. Painos. Edita Publishing Oy. Helsinki.
- UKK-instituutti 2011. Terveystiedon edistämisen suositukset. Luettavissa:
<http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka> Luettu 20.3.2012
- Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa – Määrällisen tutkimuksen perusteet. Tammi. Helsinki.

Voutilainen, J. 30.10.2011. Toimitusjohtaja. 4event. Haastattelu. Lahti.

Vuori, I. 2006. Terveysliikuntaa ja toimintakykyä. Teoksessa: Orkovaara, P. & Taskinen, H. (toim.) Lukion Dynamo, s. 50-65. 2.-3. painos. Gummerus. Jyväskylä.

Vuori, I. 2006. Työkykyisyys – tärkeä voimavara. Teoksessa: Orkovaara, P. & Taskinen H. (toim.), Lukion Dynamo. s. 168-173. 2.-3. painos. Gummerus. Jyväskylä.

Vuori, I. 2007. Liikunnan vaikutukset toimintakykyyn ja työkykyyn. Teoksessa. Aura, O. & Sahi, T. (toim.) Työpaikkaliikunnan hyvät käytännöt. 2. painos. s. 54-55. Edita Publishing Oy. Helsinki.

Vähäsarja, K., Poskiparta, M., Kettunen T. & Kasila, K. 2004. Transteoreettinen muutosvaihemalli perusterveydenhuollon liikuntaneuvonnassa. Liikunta & Tiede, 41, 6, s. 81-88.

Webropol the intelligent way, 2010. Luettavissa: <http://w3.webropol.com/finland>.
Luettu: 27.1.2012.

WHO 2012. Reproductive health. Luettavissa:

<http://translate.google.fi/?hl=fi&tab=wT#en|fi|Reproductive%20health>. Luettu: 11.1.2012.

4event 2011a. Luettavissa: <http://4event.fi>. Luettu: 30.10.2011.

4event 2011b. 4event-filosofia. Luettavissa: <http://www.4event.fi/tutustu-4eventiin/4event-filosofia/>. Luettu: 30.10.2011

4event 2011c. 4event valtakunnallisesti. Luettavissa: <http://www.4event.fi/tutustu-4eventiin/4event-valtakunnallisesti/>. Luettu: 30.10.2011.

4event 2011d. Kehon ikä –kartoitus, elinikäinen hyvinvointivalmentajasi.
<http://www.4event.fi/palvelut/hyvinvointi/kehon-ika-kartoitus/>

Liitteet

Liite 1. Kyselylomake

1. Sukupuoli *

- Nainen Mies

2. Ikä *

- 35
 36-45
 46-55
 56-

3. Ennen Kehon ikä -kartoitusta *

- Tiesin terveysarvojeni ja kuntoni olevan hyvällä tasolla.
 Tiesin terveysarvojeni ja kuntoni olevan keskimääräisellä tasolla.
 Tiesin olevani kunnan kohotuksen ja terveysarvojen parantamisen tarpeessa.
 En tiennyt missä kunnossa olen.

4. Ennen Kehon ikä -kartoitusta *

- Olin harkinnut elämäntapamuutoksen tekemistä.
 En ollut harkinnut elämäntapamuutoksen tekemistä.
 Olin joskus tehnyt elämäntapamuutoksen onnistuneesti.
 Olin joskus yrittänyt tehdä elämäntapamuutoksen onnistumatta siinä.

5. Kartoituksen antama kehon ikäni oli *

- Sama tai nuorempi kuin kronologinen ikäni. (=päivämäärillä laskettu ikä)

- 1-5 vuotta suurempi kuin kronologinen ikäni.
- Yli 5 vuotta suurempi kuin kronologinen ikäni.

6. Kehon ikä raportti *

- Antoi selkeän kuvan terveystilastani.
- Ei antanut selkeää kuvaa terveystilastani.

7. Kehon ikä -kartoitus *

- Ei vaikuttanut minuun lainkaan.
- Sai minut harkitsemaan elämäntapamuutosta.
- Sai minut tekemään elämäntapamuutoksen.

Kysymykset vastaajille, jotka eivät tehneet elämäntapamuutosta Kehon ikä – kartoituksen myötä:

8. Elämäntapamuutokseen minua voisi motivoida *

- Tarve parantaa terveystilastani.
- Tarve pudottaa painoa.
- Tarve parantaa kuntoa.
- Tarve tuntea olo päivisin virkeämmäksi.
- Tarve muuttaa ulkonäköä.

9. Omasta mielestäni parantamisen varaa minulla olisi eniten *

- Ruokailutottumuksissa.
- Liikuntatottumuksissa.

Kysymykset vastaajille, jotka tekivät elämäntapamuutoksen Kehon ikä –kartoituksen myötä:

10. Kartoituksen antama kehon ikäni sai minut muuttamaan elämäntapojani. *

- Kyllä. Ei.

11. Minkä kartoituksen osatekijän tulos vaikutti muutokseen eniten? *

- Kardiovaskulaarinenkunto. (=lepotesti)
 Verenpaine.
 Hauisten voima.
 Vatsalihasten voima.
 Alaraajojen voima. (=seinäistunta)
 Notkeus.
 Kehonkoostumus. (=rasvaprosentti)
 Painoindeksi.

12. Kartoituksen jälkeen olen tehnyt seuraavia muutoksia ravitsemukseeni: *

- Syön nykyään monipuolisen aamupalan ja lounaan.
 Syön puolet päivän ruoasta klo 16.00 mennessä.
 Olen kiinnittänyt huomiota rasvan laatuun. (Käytän nykyään salaatin kastikkeita, käytän ruoanlaitossa rypsi- tai oliiviöljyä, syön kalaa vähintään 2 kertaa viikossa.)
 Olen lisännyt hedelmiä, vihanneksia ja marjoja päivittäiseen ruokavaliooni.
 Olen vähentänyt herkkuja.
 Olen vähentänyt energiapitoisia juomia.
 Olen parantanut hiilihydraattien laatua.
 Pyrin syömään 2 lämmintä ateriaa päivässä.
 En ole muuttanut ruokailutottumuksiani.

13. Kartoituksen jälkeen olen parantanut seuraavia liikuntatottumuksiani: *

- Olen lisännyt hyötyliikuntaa.
- Olen lisännyt työmatkaliikuntaa.
- Olen lisännyt kestävyysliikuntaa.
- Olen lisännyt lihaskuntoa kehittäväää liikuntaa.
- Olen yleisesti lisännyt liikunnan määrää.
- En ole muuttanut liikuntatottumuksiani.

Viiimeiset avoimet kysymykset kaikille:

Kerro oma tarinasi!

14. Jos Kehon Ikä kartoitus motivoi sinua muuttamaan elämäntapojasi, kerro oma menestystarinasi! (Mikä herätti halun muutokseen? onko muutoksesi ollut pysyvä? mitä muutoksia olet huomannut kehossasi tai olossasi?)

15. Jos Kehon Ikä kartoitus ei motivoinut sinua muuttamaan elämäntapojasi, niin kerro mikä olisi sinulle paras motivaattori kartoituksen sijasta.