

VÄHÄN LIIKKUVAT NUORET AIKUISET – ALARYHMIEN TUNNISTAMINEN

ESA ROVIO, HARTO HAKONEN, ANNA KANKAANPÄÄ, JARI ESKOLA, MATTI HAKAMÄKI, TUIJA TAMMELIN,
SATU HELAKORPI, ANTTI UUTELA, EINO HAVAS

Yhteyshenkilö: Esa Rovio, LIKES-tutkimuskeskus, Jyväskylä, Yliopistonkatu 20, 40100 Jyväskylä.
Puh: 050-401 1951, sähköposti: esa.rovio@likes.fi

TIIVISTELMÄ

Rovio, E., Hakonen, H., Kankaanpää, A., Eskola, J., Hakamäki, M., Tammelin, T., Helakorpi, S., Uutela, A., Havas, E. 2009. Vähän liikkuvat nuoret aikuiset – alaryhmien tunnistaminen. *Liikunta & Tiede* 46 (6), 26–33.

■ Suuri osa suomalaisista liikkuu terveytensä kannalta riittämättömästi. Vähäisen liikkumisen syitä aikuisväestön arjessa ei aikaisemmissa tutkimuksissa ole yksityiskohtaisesti tunnistettu. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millaisia vähän liikkuvia nuorten aikuisten alaryhmiä on tunnistettavissa (ryhmien keskimääräinen ikä 38 vuotta tai vähemmän). Tutkimus perustui Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen keräämään Aikuisväestön terveystietäytymisen -kyselyaineistoon (AVTK) vuodelta 2007. AVTK-kysely postitettiin väestörekisteristä satunnaisesti valituille 15–64-vuotiaalle suomalaiselle (n = 5000). Vastausprosentti oli 65 (n = 3245). Faktori- ja klusterianalyysillä tunnistettiin seitsemän vähän liikkuvien nuorten aikuisten ryhmää: (1) nuoret, naimattomat opiskelija- ja työntekijämiehet (*”kuolemattomat nuoret miehet”*, keskimääräinen ikä 23 vuotta), (2) keskimääräistä koulutetummat opiskelevat naiset (*”nuoret opiskelijanaiset”*, keskimääräinen ikä 33 vuotta), (3) työntekijänaiset (*”vakiintuneet naiset”*, keskimääräinen ikä 37 vuotta), (4) raskasta työtä tekevät parisuhteessa elävät (*”syrjäytymisvaarassa olevat miehet”*, keskimääräinen ikä 30 vuotta), (5) työttömät ja yksin elävät miehet (*”syrjäytyneet miehet”*, keskimääräinen ikä 38 vuotta), (6) naimisissa tai avoliitossa elävät keskimääräistä koulutetummat, työtä tekevät naiset ja miehet (*”työ, ura ja perhe”*, keskimääräinen ikä 33 vuotta), joista (7) osalla oli huomattavan paljon sairauksia ja psyykkisiä ongelmia (*”terveytensä menettäneet”*, keskimääräinen ikä 33 vuotta). Tämän tutkimuksen perusteella suomalaisilla nuorilla aikuisilla vähäinen liikunta ei välttämättä liity sosioekonomiseen asemaan. Vähän liikkuvien nuorten aikuisten alaryhmien tunnistaminen mahdollistaa paremmin vähän liikkuvien tavoittamisen ja heille suunnattujen liikuntainterventioiden suunnittelemisen.

Asiasanat: liikkumattomuus, terveys, aikuiset

ABSTRACT

Rovio, E., Hakonen, H., Kankaanpää, A., Eskola, J., Hakamäki, M., Tammelin, T., Helakorpi, S., Uutela, A., Havas, E. 2009. Physically inactive young adults in Finland – identification of the subgroups. *Liikunta & Tiede* 46 (6), 26–33.

■ Many Finnish adults fail to meet the recommended level of physical activity in order to maintain their health. The reasons for the insufficient amount of physical activity have not been specified in detail in the previous studies. The present study aimed to examine, what different kind of physically inactive groups of young adults (aged 15 to 38 years) can be recognized among Finnish adults. The study is based on the data from the “Health Behaviour among the Finnish Adult Population” survey in 2007. For this questionnaire survey a random sample (n = 5000) of Finnish adults aged 15 to 64 years was drawn from the National Population Register. The response rate was 65% (n = 3245). Approximately 37% (1163) of the respondents were classified as physically inactive. Through explorative factor analysis and cluster analysis seven physically inactive groups of young adults were recognized. In the present study physical inactivity in the groups of young adults was not necessarily linked with socioeconomic status. Recognizing the different subgroups enables better tailoring of exercise intervention for physically inactive people.

Keywords: physical inactivity, health, adults

JOHDANTO

Iso osa suomalaisista tarvitsisi terveytensä kannalta enemmän liikuntaa. Erilaisten kyselytutkimusten perusteella terveyden kannalta riittämättömästi liikkuvia on arvioitu olevan aikuisista 35–40 % ja lapsista ja nuorista 50–60 % (Fogelholm ym. 2007). Eniten liikuntaa harrastavat hyvin koulutetut toimihenkilöt. Viime vuosikymmeninä työmatka- ja asiointiaktiivisuus on vähentynyt, mutta myös nuorten miesten fyysinen kunto on heikentynyt (Santtila ym. 2006). Aikuisista vähiten liikkuvat 30–45 -vuotiaat. Liikunnan terveydelliset hyödyt ovat kiistattomat (Liikunta. Käypä hoito -suositus 2008). Liikunta on keskeinen tekijä useiden kansanterveydellisesti tärkeiden sairauksien kuten sydän- ja verisuonitautien, tyyppin 2 diabeteksen, tuki- ja liikuntaelinsairauksien sekä psyykkisten ongelmien ehkäisyssä, hoidossa ja kuntoutuksessa (Liikunta. Käypä hoito -suositus 2008). Liikunta tuottaa fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia (Biddle & Mutrie 2008; Carron ym. 2003; Fogelholm ym. 2007; Palosuo ym. 2007).

Liikunta-aktiivisuuden lisääminen on haastava tehtävä. Aktiivisuutta on pyritty edistämään lukuisin eri tavoin, kuten suullisella neuvonnalla, kirjallisella materiaalilla, sosiaalisella tuella, ohjatulla ryhmäharjoittelulla, harjoitusohjelmilla, käytäytymistieteellisiin teorioihin perustuvilla ohjelmilla ja liikuntakäyttäytymistä mahdollistamalla (Kahn ym. 2002; Kiiskinen ym. 2008; Kinmonth ym. 2008). Fyysistä aktiivisuutta voidaan lisätä jonkin verran lyhyellä aikavälillä, mutta harvoin pysyvästi, eikä liikuntasuosituksen mukaista tasoa yleensä saavuteta. Vaikka interventiotutkimuksia on toteutettu jo kymmenien vuosien ajan, mitään mullistavia havaintoja liikunta-aktiivisuuden edistämiseksi ei ole saavutettu. Johtavat liikuntapsykologian tutkijat sanovatkin fyysisen aktiivisuuden edistämiseen tähtäävän interventiotutkimuksen olevan vasta alkuvaiheessa (Biddle & Mutrie 2008).

Suomessa liikunnan edistämiseksi tehdään paljon työtä julkisessa hallinnossa, terveydenhuollossa, järjestöissä, kouluissa, työpaikoilla, liikuntaseuroissa sekä erilaisissa liikuntapalveluja tarjoavissa yrityksissä. Suomalaisille on tarjottu valistusta, suosituksia, terveys- ja liikuntaohjelmia sekä kampanjoita. Keskeisessä roolissa on ollut julkinen hallinto (etenkin OPM ja STM), joka on pyrkinyt vaikuttamaan informaatio- ja resurssiohjauksella sekä säädöksillä kuntien hyvinvointipolitiikkaan, rakenteellisiin syihin (koulutus, elinympäristö, työttömyys), liikuntapaikkojen ja ympäristön rakentamiseen liikuntaa suosivaksi sekä tukenut liikuntajärjestöjä, erilaisia liikuntaa tukevia ohjelmia, koulutusta ja tutkimusta. (Fogelholm ym. 2007; Liikkuva ja hyvinvoiva Suomi 2010-luvulla.)

Lukuisista liikunta-aktiivisuutta lisäävistä toimenpiteistä huolimatta suomalaiset jakautuvat edelleen liikunnan harrastamisen osalta hyvä- ja huono-osaisiin. Vaikka viime vuosikymmeninä suomalaisten terveydentila on monin osin kohentunut, sosioekonomiset terveyserot, jotka liittyvät koulutukseen, ammattiin, tulotasoon ja työmarkkina-asemaan, ovat säilyneet ennallaan tai kasvaneet. Liikunta on vähäisempää vähän koulutettujen, heikosti toimeentulevan ja huonon terveyden omaavan väestön osan keskuudessa. Lisäksi alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä tupakoidaan enemmän, käytetään enemmän alkoholia sekä syödään epäterveellisemmin. Näissä ryhmissä esiintyy myös enemmän vakavia mielenterveyden häiriöitä ja eniten kuolemia aiheuttavien kansantautien vaaratekijöitä, kuten kohonnutta verenpainetta ja kolesterolitasoa sekä ylipainoa. (Moisio ym. 2008; Mäkinen ym. 2009; Palosuo ym. 2007; Prättälä & Paalanen 2007.)

Riittämättömästi liikkuvien aktivointi on monitahoinen ja vaikea kysymys. Vallitseva liikuntakulttuuri ja tarjolla olevat liikkumisen mahdollisuudet eivät puhuttele kaikkia. Liikuntamahdollisuuksia hyödyntävät liikunnallisesti lahjakkaat lapset ja nuoret, maksukykyiset aikuiset ja jo muutenkin liikkuvat (Liikkuva ja hyvinvoiva Suomi 2010-luvulla). Liikkumiseen vaikuttavat lukuisat tekijät kuten

sosioekonomiset ja kulttuuriset ympäristötekijät, yhteisölliset tekijät, fyysinen ympäristö, elintavat, palvelut (saatavuus, sisältö, laatu, kustannukset) ja biologiset tekijät (vrt. Health Belief Model, Janz & Becker 1984). Liikunnallisen elämäntavan omaksuminen on monivaiheinen ja paljon aikaa vaativa prosessi (vrt. Transtheoretical Model, Prochaska & Velicer 1997). Kansallisessa liikuntaohjelmassa (Liikkuva ja hyvinvoiva Suomi 2010-luvulla) korostetaan liikunnallisen elämäntavan roolia arjessa ja vapaa-aikana. Ihmisen tärkein ympäristö on arjen ympäristö, joka rakentuu asunnon, päiväkodin, koulun, työn ja päivittäispalveluiden ympärille. Fyysisen aktiivisuuden idea voisi olla arkielämään luontevasti sopivat liikunnan mahdollisuudet ja houkutukset. Tässä ympäristössä tulisi tukea liikkujan omia valintoja heidän lähtökohdistaan ja kokemusmaailmastaan.

Aiemman tutkimuksen, liikuntapolitiikan ja -organisaatioiden ongelma-kohta on vähän liikkuvien ja syrjäytyneiden kokemusmaailman heikko tavoittaminen sekä liikuntaohjelmien ja päätösten tekeminen tuntematta heidän tarpeitaan. Nykyiset ratkaisut ja ehdotukset perustuvat ajatukseen, että liikunnallisesti passiivisille luodaan aiempaa enemmän mahdollisuuksia madaltamalla liikuntakynnystä lisäämällä liikuntasektorin vetovoimaisuutta ja muiden sektoreiden liikuntaan suuntaamista. Liikunnallisesti passiivisiin henkilöihin liittyviä piirteitä on usein tunnistettu ainoastaan keskiarvotasolla ja tilastollisina tunnuslukuina. Esimerkiksi nuorilla aikuisilla lasten olemassaolon perheessä, matalan koulutustason ja työskentelyn yrittäjänä on kuvattu liittyvän vähäiseen liikunnan harrastamiseen (Tammelin ym. 2003). Tutkijat, päättäjät ja liikuntaorganisaatiot eivät ole riittäväällä tavalla asettuneet vähän liikkuvien asemaan. Nykyinen liikuntaa ja terveystyötä korostava, kapeasti rajautunut ja jopa ylipainoisia tahattomasti syyllistävä keskustelu ei välttämättä tavoita liikkumattomuuden todellisia syitä (Rovio 2007). Vaarana on, että polarisotumiskehitys jatkuu.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, millaisia vähän liikkuvia nuorten aikuisten väestöryhmiä on tunnistettavissa Suomessa. Tässä tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena ovat iältään 15–38 -vuotiaat nuoret aikuiset.

TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkimus perustuu Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (aiemmin Kansanterveyslaitos) keräämään Aikuisväestön terveyskäyttäytymisen -kyselytutkimuksen aineistoon (AVTK) vuodelta 2007. AVTK-kysely postitettiin 5000 väestökisteristä satunnaisesti valituille 15–64-vuotiaalle suomalaiselle. Vastausprosentti oli 65 (n = 3245). Kysely käsittää 100 kysymystä, joiden tarkoituksena on selvittää suomalaisten terveystottumuksia (Helakorpi ym. 2008). Tässä tutkimuksessa käytetyt osiot ovat perusedmografia (12 kysymystä), terveydentila (19), tupakointi (16), ravinto (12), alkoholin käyttö (9), liikunta (6), terveystottumusten muuttaminen (3), liikenne- ja muu turvallisuus (5) sekä terveyden edistämistyö (11).

Liikunta-aktiivisuuden mittaaminen ja vähän liikkuvien ryhmän määrittäminen

Liikunta-aktiivisuutta mitattiin kahdella AVTK-kyselyn kysymyksellä (numerot 73 ja 74). Vapaa-ajan liikuntaa kartoitettiin kysymyksellä: ”Kuinka usein harrastatte vapaa-ajan liikuntaa vähintään puoli tuntia niin, että ainakin lievästi hengästyitte ja hikoilette?” Vastausvaihtoehdot olivat: 1) en voi vammaan tai sairauden vuoksi harrastaa liikuntaa, 2) muutaman kerran vuodessa tai harvemmin, 3) 2–3 kertaa kuukaudessa, 4) kerran viikossa, 5) 2 kertaa viikossa, 6) 3 kertaa viikossa, 7) 4–6 kertaa viikossa, 8) päivittäin. Työmatkaliikuntaa kartoitettiin kysymyksellä: ”Kuinka monta minuuttia kävelette tai pyöräilette työmatkoillanne? Huom. tarkoittaa meno- ja tulomatkaan yhteensä

käytettyä aikaa.” Vastausvaihtoehdot olivat: 1) en ole työssä tai työ on kotona, 2) kuljen työmatkan kokonaan moottoriajoneuvolla, 3) alle 15 min päivässä, 4) 15–30 min päivässä, 5) 30–60 min päivässä, 6) yli tunnin päivässä). Vastajat jaettiin näiden kahden kysymyksen perusteella vähän liikkuviin ja liikunnallisesti aktiivisiin (Taulukko 1). Henkilö, joka harrastaa kolme kertaa viikossa vapaa-ajan liikuntaa tai päivittäin työmatkaliikuntaa yli 30 minuuttia luokitellaan liikunnallisesti aktiiviseksi. Lisäksi aktiiviseksi voidaan luokitella myös vapaa-ajan liikunnan ja työmatkaliikunnan riittävällä yhdistelmällä taulukon 1 mukaisesti.

TAULUKKO 1. Tutkittavien luokittelu vähän liikkuviin (tumman harmaa) ja muihin (vaalean harmaa) vapaa-ajan liikunnan ja työmatkaliikunnan perusteella

Työmatkaliikunta, minuuttia päivässä	Vapaa-ajan liikunnan useus (vähintään puoli tuntia kerralla, ainakin lievästi hikoillen ja hengästyen), kertaa viikossa			
	< 1	1	2	> 2
ei työmatkaa tai moottoriajoneuvolla				
< 15 min				
15- 30 min				
yli 30 min				

Vähän liikkuvia oli yhteensä 1156 henkilöä (37% kyselyyn vastanneista). Vähän liikkuvien määritelmä perustuu siihen, että tämä liikunnan määrä ei karkeasti ottaen riitä täyttämään terveysliikunnan minimisuositusta, jonka mukaan tarvitaan vähintään 30 minuuttia kohtuukuormitteista kestävyysliikuntaa viitenä päivänä viikossa tai vähintään 20 minuuttia raskasta kestävyysliikuntaa kolmena päivänä viikossa (Haskell ym. 2007; Liikunta. Käypä hoito -suositus 2008 tai <http://www.kaypahoito.fi/>). Lisäksi tämä terveysliikunnan suositus sisältää kehotuksen harrastaa lihaskuntaa ylläpitävää tai lisäävää liikuntaa vähintään kahtena päivänä viikossa. Suosituksen tätä osiota ei huomioitu tässä tutkimuksessa, koska kysymyspatteristossa ei ollut erityisesti lihaskuntoliikuntaa mittaavia kysymyksiä.

Vähän liikkuvien ryhmien tunnistus taustamuuttujien perusteella

Yksittäisiä taustakysymyksiä yhdistämällä muodostettiin 29 pääasias- sa viisiportaista (muutama neljäportainen) muuttujaa, joiden perusteella pyrittiin tunnistamaan vähän liikkuvien ryhmiä.

Taustamuuttujien luokkien muodostaminen toteutettiin viiden eri periaatteen mukaan:

- (1) Yksittäinen skaala-muuttuja luokiteltiin viiteen luokkaan, esim. ”*Kuinka monta kupillista kahvia juotte tavallisesti päivässä?*” Vastausvaihtoehdot: 1) 0 kuppia päivässä, 2) 1–2 kuppia päivässä, 3) 2–3 kuppia päivässä, 4) 4–5 kuppia päivässä ja 5) yli 5 kuppia päivässä.
- (2) Useampi muuttuja summattiin tai määritettiin niiden keskiarvo ja luokiteltiin viiteen sopivaan ryhmään, esimerkiksi muuttuja ”terveyden edistäminen” muodostui useiden kysymysten kyllä-vastausten summasta (esim. ”*Oletteko kuullut Kunnossa Kaiken Ikää -toimintaohjelmasta (KKI-ohjelma?)*” ja ”*Oletteko käyttänyt Sydänmerkki-tuotteita viimeksi kuluneen vuoden (12kk) aikana?*”).

- (3) Yksittäisistä kysymyksistä yhdistettiin viisiportainen muuttuja määrittämällä maksimi/minimi eri kysymysvaihtoehdoista, esimerkiksi: ”*Kuinka usein tavallisesti juotte alkoholijuomia?*” (“...*olutta, väkeviä alkoholijuomia tai viinaa, viiniä?*”). Vastausvaihtoehdot olivat: 1) päivittäin, 2) 2–3 kertaa viikossa, 3) kerran viikossa, 4) 2–3 kertaa kuukaudessa, ja 5) harvemmin tai ei koskaan.
- (4) Kysymys ja luokittelu noudattivat suoraan AVTK-kyselyä, esimerkiksi ”*Kuinka usein Teillä on tapana harjata hampaanne?*” Vastausvaihtoehdot: 1) useammin kuin kerran päivässä, 2) kerran päivässä, 3) harvemmin kuin kerran päivässä, 4) ei koskaan.
- (5) Terveystottumusten muutosalttiutta mitattiin kysymyksillä, jotka kartoittivat sitä, oliko henkilö saanut kehotuksia muuttaa terveystottumuksia (“*Onko joku alla mainituista henkilöistä kuluneen vuoden (12kk) aikana kehottanut teitä Teitä...*”) ja oliko henkilö vuoden aikana muuttanut terveystottumuksiaan (“*Oletteko viimeksi kuluneen vuoden (12kk) aikana muuttanut tottumuksianne...*”) erikseen kohdissa tupakointi, alkoholin käyttö, liikunta, laihdutus ja ruokailutottumukset. Muuttuja ”muutosalttius” muodostui näiden tekijöiden luokitellusta keskiarvoista. Jos kehotuksia tapojen muuttamiseen oli tullut useilta eri tahoilta eikä henkilö ole muuttanut tapojaan, niin tämä oli toinen ääripää. Toinen ääripää oli halukkuus muuttaa tapojaan oma-aloitteisesti tai vain yhdeltä taholta tulleesta kehotuksesta.

Aineiston analyysin seuraavassa vaiheessa 28 muuttujasta (viisiportaisesta kysymyksestä) muodostettiin mittareita eksploratiivisella faktorianalysillä. Tässä tutkimuksessa saatiin 9 eri faktoria, jotka nimettiin seuraavasti: 1) ikä, 2) koulutus, 3) työaika, 4) tupakointi, 5) alkoholin käyttö, 6) ruokailutottumukset, 7) sairaudet, 8) psyykkiset ongelmat ja 9) terveyden edistäminen. Taulukossa 2 on esitetty faktorilatausten voimakkuudet. Merkittäväksi faktorilataukseksi katsottiin arvo 0,3. Samalla menetelmällä saatiin laskettua yksittäiselle henkilölle faktoripistemäärät, joiden perusteella nähdään, kuinka vahvasti kukin henkilö soveltuu kuhunkin faktoriin. Esimerkiksi jos henkilön faktoripistemäärä on alkoholin käytössä suuri (noin 1 tai yli), kyseinen henkilö juo paljon. Jos arvo taas on vahvasti negatiivinen, henkilö ei juo lainkaan. Faktorit nimettiin osin suurimman latauksen saaneen muuttujan, osin faktorilla latautuvia muuttujia yhdistävien tekijöiden mukaan.

TAULUKKO 2. Faktorianalyysin tulokset.

I faktori: Ikä

Ikä	0,864
-----	-------

II faktori: Koulutus

Kouluvuodet	0,491
Työn keveys	0,406
Kaupungistuneisuus	0,401
Hampaiden harjaus	0,351

III Faktori: Työaika

Työaika	0,979
---------	-------

IV Faktori: Tupakointi

Kuinka usein tupakoi	0,903
Savukemäärä	0,868
Kahvin juonti	0,371

V Faktori: Alkoholin käyttö

Alkoholimäärä	0,906
Kuinka usein juo alkoholia	0,725

VI Faktori: Ruokailutottumukset

Makean syönti	0,626
Pikaruonan syönti	0,431
Lihan syönti	0,329

VII Faktori: Sairaudet

Sairauksien määrä	0,743
Lääkkeiden käyttö	0,648
BMI	0,406
Ikä	0,392

VIII Faktori: Psykkiset ongelmat

Psykkiset vaivat	0,757
Oireilu	0,632
Stressi	0,506
Lääkkeiden käyttö	0,355
Sairauksien määrä	0,335
Sairauspoissaolot	0,316

IX Faktori: Terveystiedon edistäminen

Terveystiedon edistäminen	0,528
Liikenneturvallisuus	0,458
Tuoreiden vihannesten/hedelmien/marjojen syönti	0,443
Terveystiedon hankinta	0,434
Muutoshalukkuus	0,385

Kolmannessa vaiheessa vähän liikkuvat aikuiset luokiteltiin eri ryhmiin. Tähän tarkoitukseen käytettiin ryhmittelyä eli (hierarkista) klusterointia, jolla pyrittiin löytämään henkilöt, joiden faktoripistemäärät ovat lähellä toisiaan ja luomaan niistä ryhmiä eli klustereita. Tämä samankaltaisuuden etsiminen on teknisesti arvojen välisten etäisyyksien mittaamista. Ryhmien koot voivat vaihdella, joten tässä tapauksessa käytettiin *Furthest neighbor* -menetelmää. Tällä tavoin muodostettiin annetusta rajoitetusta aineistosta yhdeksän faktorin perusteella 15 eri tunnistettavaa ryhmää (taulukko 3).

TAULUKKO 3. Klusterianalyysin tulokset. Klusteroitujen ryhmien faktoripistemäärien keskiarvot, sukupuolijakaumat ja keskimääräinen ikä hajontoineen

Ryhmä	n	%	Ikä	Koulutus	Työaika	Tupakointi	Alkoholin käyttö	Ruokailutottumukset	Sairaudet	Psykkiset ongelmat	Terveystiedon edistäminen	Naiset %	Miehet %	Ikä (vuotta) keskiarvo	Ikä (vuotta) hajonta
1	81	7,0			0,45	1,07	-0,46			0,75		61,7	38,3	43,0	12,0
2	118	10,2			0,64	1,24				-0,35		44,1	55,9	44,6	9,5
3	104	9,0	-1,19		-0,37	0,31	-0,45		-0,33	-0,34	-0,71	37,5	62,5	22,5	6,2
4	138	11,9	-0,32	0,30	-1,46	-0,52	-0,39		-0,45			80,4	19,6	33,4	15,9
5	20	1,7			-1,25	1,13	0,33	-0,44	1,50	2,00	-0,70	40,0	60,0	41,9	11,5
6	23	2,0			-1,63	1,01	1,33		0,33		-0,63	26,1	73,9	37,7	13,6
7	93	8,0	0,55				1,49			-0,33		25,8	74,2	48,9	8,7
8	46	4,0	-0,66			0,56	1,40	0,48	-0,45	0,37	-0,59	13,0	87,0	29,6	8,7
9	45	3,9	-0,75	0,44	0,76	-0,72		-0,39	-0,31	-0,33		55,6	44,4	33,2	6,9
10	77	6,7	0,33			-0,54			1,77		0,32	57,1	42,9	55,5	7,6
11	33	2,9	1,23		-1,72	1,46				-0,57		27,3	72,7	54,2	10,2
12	158	13,7		0,32	0,68	-0,53		0,37	-0,45		0,30	67,7	32,3	36,6	10,7
13	24	2,1	0,31	0,45	-1,38	-0,61	-0,50	-0,56		1,95		79,2	20,8	39,7	15,7
14	16	1,4	-0,85	0,55	0,94	-0,50		0,31	0,88	2,09		56,3	43,8	32,8	8,8
15	180	15,6	0,65	-0,53	0,58	-0,60	-0,32					48,9	51,1	51,3	12,0
Yht.	1156	100										51,6	48,4	41,0	13,8

Neljännessä vaiheessa jatkoanalyysiin valittiin keskimääräiseltä iältään nuorimmat alaryhmät (ryhmän keskimääräinen ikä oli 38 vuotta tai nuorempi), joita olivat ryhmät 3, 4, 6, 8, 9, 12 ja 14. Faktori- ja klusterianalyysin perusteella saadut havainnot koottiin taulukoihin 4 ja 5. Tarkastelu kohdistettiin nuorten aikuisten ryhmiin, joiden tiedetään Suomessa liikkuvan vähiten. Lisäksi nuorten aikuisten liikkumattomuuden arvioidaan vaikuttavan ympäristöön esimerkiksi omien lasten kautta vanhempia ikäryhmiä voimakkaammin. Kaikkien 15 ryhmän yksityiskohtaisempi esittäminen rajatussa artikkelissa ei olisi myöskään ollut mielekäästä.

TULOKSET

Tässä tutkimuksessa tunnistettiin seitsemän vähän liikkuvien nuorten aikuisten ryhmää. Taulukossa 4 on esitetty näiden seitsemän ryhmän taustatietoja ja taulukossa 5 elintapoja, sairauksia, muutosalttiutta ja suhdetta terveyden edistämiseen.

TAULUKKO 4. Vähän liikkuvien nuorten aikuisväestöryhmien taustatiedot: ryhmän nimi, numero (perustuu klusterianalyysiin), koko, sukupuoli ja perhetilanne, ikä, koulutuksen kesto, työtilanne ja työn luonne.

Ryhmä	Sukupuoli ja perhetilanne	Ikä, vuosina, keskiarvo	Koulutuksen kesto, vuosina	Työtilanne ja työn luonne
"Kuolemattomat nuoret miehet" (ryhmä 3, n=104, 9%)	- miehiä 63% - parisuhteessa 33% - lapsettomia 75%	23	11,6	- opiskelijoita 49%, työntekijöitä 31% - kokoaikatyössä 49%
"Nuoret opiskelijanaiset" (ryhmä 4, n=138, 12%)	- naisia 80% - parisuhteessa 55% - lapsettomia 59%	33 vuotta	13,7 vuotta	- opiskelijoita 48% - muita kuin koko tai osa-aikatyössä olevia 93%
"Vakiintuneet naiset" (ryhmä 12, n=158, 14%)	- naisia 68% - parisuhteessa 83% - lapsia 70%, enemmän kuin yksi lapsi 55%	37 vuotta	13,4 vuotta	- ylempiä toimihenkilöitä 37%, alempia toimihenkilöitä 35% - kokoaikatyössä 83%, osa-aikatyössä 17% - kevyt istumatyö tai kevyt liikkuva työ 76%
"Syrjäytymisvaarassa olevat miehet", (ryhmä 8, n=46, 4%)	- miehiä 87% - parisuhteessa 50%	30 vuotta	12,9 vuotta	- työntekijöitä 49% - kokoaikatyössä 67%, osa-aikaisessa 17% - raskas tai keskiraskas työ 48% - moottoriajoneuvolla työmatkansa kulkevia 78%
"Syrjäytyneet miehet" (ryhmä 6, n=23, 2%)	- miehiä 74% - parisuhteessa 22% - lapsettomia 78%	38 vuotta	12,7 vuotta	- työttömiä 39%, opiskelijoita 35% - muita kuin koko tai osa-aikatyössä olevia 83%
"Työ, ura ja perhe" (ryhmä 9, n=45, 4%)	- naisia 56% - parisuhteessa 78% - lapsia 50%, enemmän kuin yksi lapsi 33%	33 vuotta	15,3 vuotta	- ylempiä toimihenkilöitä 28%, alempia toimihenkilöitä 30% - kokoaikatyössä 98% - kevyt istumatyö tai kevyt liikkuva työ 80%
"Terveytensä menettäneet" (ryhmä 14, n=16, 1%)	- naisia 56% - parisuhteessa 50% - lapsettomia 63%	33 vuotta	15,3 vuotta	- ylempiä toimihenkilöitä 31%, alempia toimihenkilöitä 31% - kokoaikatyössä 75%, osa-aikatyössä 25% - kevyt istumatyö 69%

TAULUKKO 5. Vähän liikkuvien nuorten aikuisväestöryhmien elintavat (tupakointi, alkoholi, ruokailutottumukset), sairaudet, psyykkiset ongelmat, kiinnostus terveyden edistämiseen ja muutosalttius

Ryhmä	Tupakointi	Alkoholi	Epäterveelliset ruokailutottumukset	Sairaudet	Psyykkiset ongelmat	Välipitämättömyys terveyden edistämiseen	Ei muutosalttiutta
"Kuolemattomat nuoret miehet" (ryhmä 3, n=104, 9%)	++	+	++	-	-	+++	++
"Nuoret opiskelijanaiset" (ryhmä 4, n=138, 12%)	-	+	-	-	-	-	-
"Vakiintuneet naiset" (ryhmä 12, n=158, 14%)	-	+	-	+	+	-	+
"Syrjäytymisvaarassa olevat miehet" (ryhmä 8, n=46, 4%)	+++	+++	+++	+	++	+++	+++
"Syrjäytyneet miehet" (ryhmä 6, n=23, 2%)	+++	+++	+++	++	+	+++	+++
"Työ, ura ja perhe" (ryhmä 9, n=45, 4%)	-	++	-	-	-	+	-
"Terveytensä menettäneet" (ryhmä 14, n=16, 1%)	+	+	++	+++	+++	+	+

Taulukon asteikossa merkkien määrä (- hyvin vähän, + jonkin verran, ++ paljon, +++ hyvin paljon) kuvaa tilanteen haitallisuutta kyseisen ryhmän kannalta.

Ryhmä 1: "Kuolemattomat nuoret miehet"

Ryhmään 1 kuuluu pääasiassa alle 25-vuotiaita (ka. 23 vuotta), naimattomia, opiskelevia ja työtä tekeviä miehiä. Nämä nuoret miehet tupakoivat keskimääräistä enemmän, mutta käyttävät alkoholia keskimääräistä vähemmän. Heillä on epäterveellisiä ruokailutottumuksia. He jättävät usein aamupalan väliin, syövät keskimääräistä vähemmän tuoreita vihanneksia, hedelmiä ja marjoja sekä käyttävät keskimääräistä enemmän rasvaa, syövät varsin usein lihaa ja harvemmin kalaa ja kanaa. He ovat fyysisesti ja psyykkisesti terveitä. Normaali painoisten osuus ryhmässä on keskimääräistä suurempi. Tässä ryhmässä on vähiten terveyden edistämistä kiinnostuneita. Ryhmä profiloituu selkeästi näiden seitsemän nuorten aikuisväestöryhmien joukossa aivan omaksi ryhmäkseen. Muissa kuudessa ryhmässä on aina yhteys toiseen ryhmään.

Ryhmä 2: "Nuoret opiskelijanaiset"

Ryhmään 2 kuuluu pääasiassa alle 34-vuotiaita (ka. 33 vuotta), usein naimisissa tai avoliitossa olevia ja keskimääräistä koulutettumia nuoria naisia. Useimmat heistä ovat opiskelijoita, jotka eivät ole työelämässä tai tekevät osa-aikaista työtä. Ryhmän jäsenten elintavat ovat melko terveelliset. He eivät tupakoi ja käyttävät alkoholia melko vähän. Näillä naisilla on myös paljon terveellisiä ruokailutottumuksia. He syövät aina aamupalan, keskimääräistä enemmän hedelmiä, marjoja ja tuoreita vihanneksia sekä käyttävät rasvaa keskimääräistä vähemmän. Samoin kuin edellisessä ryhmässä he ovat fyysisesti ja psyykkisesti terveitä. Ylipainoisten osuus on ryhmässä keskimääräistä pienempi ja siihen kuuluvilla on eniten alttiutta muuttaa elintapoja ja kiinnostusta terveyden edistämiseen.

Ryhmä 3: "Vakiintuneet naiset"

Ryhmään 3 kuuluu pääasiassa 25–44-vuotiaita (ka. 37 vuotta), usein parisuhteessa eläviä, koulutettuja naisia, joilla on usein yksi tai useampi lapsi. He ovat työelämään suuntautuneita etupäässä ylempiä ja alempia toimihenkilöitä. He eivät tupakoi ja käyttävät alkoholia vähän. Ryhmän jäsenillä on paljon terveellisiä ruokailutottumuksia. He nauttivat lähes poikkeuksetta aamupalan, syövät eniten tuoreita vihanneksia ja keskimääräistä enemmän hedelmiä ja marjoja. Kuitenkin ryhmään kuuluvat syövät makeaa – suklaata, makeisia ja jäätelöä – keskimääräistä enemmän. Heillä on jonkin verran sairauksia ja oireilua kuten ruuansulatusvaivoja ja päänsärkyä sekä psyykkisiä oireita ja stressiä. Ryhmässä on keskimääräistä enemmän muutosalttiutta ja kiinnostusta terveyden edistämiseen. Ryhmät 2 ja 3 muistuttavat toisiaan, mutta ryhmän 3 jäsenet ovat iältään vanhempia, työelämässä ja hankkineet lapsia.

Ryhmä 4: "Syrjäytymisvaarassa olevat miehet"

Ryhmään 4 kuuluu pääasiassa alle 25–34-vuotiaita (ka. 30 vuotta) miehiä, jotka ovat aika usein naimisissa tai avoliitossa. He ovat usein työntekijöitä, jotka tekevät raskasta tai keskiraskasta työtä ja kulkevat työmatkansa autolla. Tässä ryhmässä raskas ruumiillinen työ saattaa selittää vähäistä vapaa-ajan liikuntaa. Miehet tupakoivat ja käyttävät runsaasti alkoholia, usein humalahakuisesti ja jopa päivittäin. Näillä miehillä on runsaasti epäterveellisiä ruokailutottumuksia. He jättävät melko usein aamupalan väliin, syövät pikaruokaa, makeisia, makkaraa ja muita lihajalosteita, vähemmän kalaa ja kanaa. He syövät niukasti hedelmiä, marjoja ja vihanneksia sekä juovat sokeroituja virvoitusjuomia ja kahvia. Kuitenkin ylipainoisten osuus on ryhmässä keskimääräistä vähäisempi. Ryhmässä on jonkin verran sairauksia ja oireilua kuten ruuansulatusvaivoja, selkikipuja, päänsärkyä sekä psyykkisiä ongelmia kuten stressiä, jännitystä ja kovaa painetta. Nämä miehet ovat keskimääräistä enemmän poissa töistä sairauden takia. Ryhmässä paljon niitä, joita ei kiinnosta elintapojen muutos ja terveyden edistäminen.

Ryhmä 5: "Syrjäytyneet miehet"

Ryhmään 5 kuuluu pääasiassa alle 25–44-vuotiaita (ka. 38 vuotta) naimattomia, lapsettomia, työttömiä ja opiskelevia sekä aika usein yksin asuvia miehiä. Kuten ryhmän 4 miehet myös ryhmän 5 miehet tupakoivat ja käyttävät runsaasti alkoholia, usein humalahakuisesti ja huomattavan usein, jopa päivittäin. Myös näillä miehillä on runsaasti epäterveellisiä ruokailutottumuksia. He jättävät melko usein aamupalan ja lounaan väliin, eivätkä syö puuroja, muroja, jogurttia tai viiliä. Ryhmän jäsenet syövät melko paljon pikaruokaa, mutta niukasti hedelmiä, marjoja ja vihanneksia sekä juovat kahvia. Reilusti ylipainoisten osuus on ryhmässä keskimääräistä suurempi. Ryhmässä on myös keskimääräistä enemmän sairauksia ja oireita, esimerkiksi ruuansulatusvaivoja. Useilla ovat veren kolesteroliarvot koholla, joillakin on diabetes. Ryhmässä esiintyy myös psyykkisiä oireita kuten unettomuutta. Sen jäsenillä on usein työ- ja toimintakykyä haittaava vamma tai sairaus.

Tässä ryhmässä on eniten niitä, joita elintapojen muutos ei kiinnosta ja paljon niitä, joita terveyden edistäminen ei kiinnosta. Ryhmä 5 muistuttaa paljon ryhmää 4, mutta ryhmän 5 jäsenet ovat iältään vanhempia, naimattomia ja sairaampia. He ovat fyysisesti huonompikuntoisia ja heillä on vähemmän psyykkisiä ongelmia. Lisäksi ryhmässä 4 on enemmän työntekijöitä ja ryhmässä 5 lähinnä työttömiä. Alkoholin käyttö ryhmässä 5 kohdistuu ryhmää 4 useammin väkeviin. "Syrjäytyneet" on vahva ilmaisu ryhmän nimeksi. Ryhmässä on kuitenkin paljon yksin eläviä, työttömiä ja runsaasti alkoholia käyttäviä, jotka eivät ole kiinnostuneita muuttamaan elintapojaan.

Ryhmä 6: "Työ, ura ja perhe"

Ryhmään 6 kuuluu 25–44-vuotiaita (ka. 33 vuotta) usein naimisissa tai avoliitossa olevia keskimääräistä koulutettumia naisia (useammin naisia) ja miehiä, joilla on usein yksi tai useampi lapsi. Ryhmässä on eniten kevyttä istumatyötä tai liikkuvaa työtä tekeviä. Sen jäsenet eivät tupakoi, mutta juovat alkoholia hieman keskimääräistä enemmän, tasaisesti pieniä määriä, muttei humalahakuisesti. Ryhmälle ovat ominaisia terveelliset ruokailutottumukset. Siihen kuuluvat syövät hyvin usein aamupalan, syövät keskimääräistä enemmän hedelmiä, marjoja, tuoreita vihanneksia, vähärasvaisia juustoja, vähän makeaa ja rasvaa sekä juovat rasvatonta maitoa ja virvoitusjuomien sijaan tuoremehuja. Ryhmän jäsenet lounastavat usein ravintolassa tai baarissa. Ylipainoisten osuus on ryhmässä keskimääräistä pienempi. Siihen kuuluvat kokevat keskimääräistä vähemmän stressiä ja hakevat keskimääräistä vähemmän sairauslomaa. Heillä on myös paljon muutoshalukkuutta muuttaa elintapoja ja kiinnostusta terveyden edistämiseen.

Ryhmä 7: "Terveytensä menettäneet"

Ryhmään 7 kuuluu alle 25–34-vuotiaita (ka. 33 vuotta), usein naimisissa tai avoliitossa olevia keskimääräistä koulutettumia naisia (useammin naisia) ja miehiä, jotka tekevät pääasiassa kevyttä istumatyötä. He eivät tupakoi ja juovat alkoholia keskimääräisesti. Ryhmän jäsenten ruokailutottumukset ovat keskimääräistä epäterveellisempiä. He syövät makeaa, makeisia, pikaruokaa, useammin lihaa kuin kanaa ja kalaa sekä juodaan virvoitusjuomia. Ryhmän jäsenillä on eniten fyysisiä sairauksia ja oireita kuten ruuansulatusvaivoja ja vatsasairauksia, selkäkkipua ja selkäsairauksia, päänsärkyä, hammas-särkyä, kohonnutta veren kolesterolia ja verenpainetta sekä astmaa. Ryhmässä on myös eniten psyykkisiä ongelmia kuten masennusta, unettomuutta, stressiä, jännitystä tai painetta, ja he käyttävät paljon masennus-, uni-, päänsärky- ja rauhoittavia lääkkeitä. Ryhmässä on paljon sairauspoissaoloja, ja sen jäsenet käyvät hammaslääkärissä sekä lääkärin vastaanotolla keskimääräistä enemmän. Ylipainoisten osuus on keskimääräistä suurempi.

Iso osa ryhmän jäsenistä kokee terveydentilansa ja ruumiillisen kuntosuonon huonoksi tai melko huonoksi ja useimmat heistä eivät jaksu juosta pitkäköö matkaa (yli puoli kilometriä). Ryhmässä on keskimääräistä hieman vähemmän muutosalttiutta. Ryhmän jäsenet etsivät keskimääräistä paljon enemmän terveyden edistämiseen liittyvää tietoa, mutta he ovat kuitenkin keskimääräistä vähemmän kiinnostuneita terveyden edistämistään. Ryhmä 7 muistuttaa ryhmää 6, mutta ryhmässä 7 on epäterveellisempiä ruokailutottumuksia, he ovat sairaampia, ylipainoisia ja heillä on paljon psyykkisiä ongelmia. Myös osa-aikatyötä tekeviä on ryhmässä enemmän.

POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä tutkimuksessa tunnistettiin seitsemän vähän liikkuvien nuorten aikuisten ryhmää. Ryhmä 1 "*kuolemattomat nuoret miehet*" oli nuoret, naimattomat opiskelija- ja työntekijämiehet (keskimääräinen ikä 23 vuotta), joita terveyden edistäminen ei (vielä) kiinnostanut. Kaksi ryhmää muodosti keskimääräistä koulutetummat opiskelija- (ryhmä 2 "*nuoret opiskelijanaiset*", ka. 33 v) ja työntekijänaiset (ryhmä 3 "*vakiintuneet naiset*", ka. 37 v), joilla oli paljon myönteisiä elintapoja (vähäinen tupakointi ja alkoholinkäyttö) ja ruokailutottumuksia. Heitä kiinnosti terveyden edistäminen ja he olivat muutosalttiita. Aineistossa oli tunnistettavissa myös raskasta työtä tekevät (ryhmä 4 "*syrjäytymisvaarassa olevat miehet*", ka. 30 v) parisuhteessa olevat tai työttömät ja yksin elävät (ryhmä 5 "*syrjäytyneet miehet*", ka. 38 v) miehet, jotka käyttivät runsaasti alkoholia, tupakoivat ja söivät epäterveellisesti. Heitä elintapojen muuttaminen ja terveyden edistäminen kiinnosti niukasti. Kaksi ryhmää muodosti naimisissa tai avoliitossa olevat keskimääräistä koulutetummat, työtä tekevät naiset ja miehet, jotka tekivät kevyttä työtä (ryhmä 6 "*työ, ura ja perhe*", ka. 33 v ja ryhmä 7 "*terveytensä menettäneet*", ka. 33 v). Ryhmään 7 kuuluvilla oli huomattavan paljon sairauksia ja psyykkisiä ongelmia.

Mielenkiintoista on se, että niukka liikunta ei tämän tutkimuksen mukaan liity yksin sosioekonomiseen asemaan. Suomessa on useita nuorten aikuisten väestöryhmiä, joille liikunta ei ole luonnollinen osa arkea. Heille liikkumattomuus on ilmeisesti osa nuorten aikuisten kulttuuria ja elämäntapaa. Monet elämäntilanteeseen, työtilanteeseen ja muihin terveystottumuksiin liittyvät tekijät määrittävät ryhmä. Sosioekonomista asemaa kuvaava koulutuksen pituus oli yksi tekijä monien muiden tekijöiden joukossa.

Tämän tutkimuksen havaintojen merkittävyttä nostaa se, että tulokset ovat verrattain hyvin yleistettävissä väestötasolla ja kuvaavat siten suomalaisten liikuntatottumuksia. Esimerkiksi nuorten vähän liikkuvien aikuisväestöryhmien koko suhteutettuna koko väestöön on 576 000 ihmistä. Suurin tunnistetuista ryhmistä (ryhmä 3) olisi kooltaan 172 000 ja pieninkin (ryhmä 7) 17 000 ihmistä.

Nuorten aikuisväestöryhmien tunnistaminen mahdollistaa täsmällisemmin suunnattujen liikuntainterventoiden suunnittelun. Esimerkiksi tämän tutkimuksen perusteella hyviä interventioiden kohteita voisivat olla ryhmä 2 ("*nuoret opiskelijanaiset*"), ryhmä 3 ("*vakiintuneet naiset*") ja ryhmä 6 ("*työ, ura ja perhe*"). Näissä ryhmissä on muutosalttiutta ja myös kiinnostusta terveyden edistämiseen. Sen sijaan ryhmän 4 ("*syrjäytymisvaarassa olevat miehet*") ja ryhmän 5 ("*syrjäytyneet miehet*") miehiä voi terveyden edistämisen näkökulmasta olla edellisiä hankalampi tavoittaa. Tärkeä havainto on kuitenkin se, että jokaisessa nuorten aikuisten ryhmässä on niitä, jotka olisivat otollisia kohteita elämäntavan muutokselle. Oikein kohdennettu ja riittävän houkutteleva viesti voisi entistä paremmin tavoittaa suomalaisia terveellisten liikuntatottumusten pariin.

Tässä tutkimuksessa tunnistettiin ryhmä tilastollisina tunnusluokina ja keskiarvotasolla. Tärkeää olisi saada vieläkin yksityiskohtaisempaa tietoa, mitä liikkumattomuus on ihmisen arjessa. Liikunta-aktiivisuutta tulisi pyrkiä ymmärtämään entistä enemmän myös

sosiologian ja sosiaalipsykologian viitekehyksistä käsin. Sosiologisesti tarkasteltuna kiinnostuksen kohteena tulisi nostaa yksilön arkielämä sekä sen sosiaaliset ja kulttuuriset muodot kuten työelämän ja vapaa-ajan yhteensovittaminen, perheen yhteisen ajan jäsentyminen esimerkiksi ruokailunhetkien ympärille tai tietoyhteiskunnan kuten tietokonepelien ja internetin näkyminen perheen arjessa.

Sosiaalipsykologisesti kiinnostavia kohteita olisivat yksilö ryhmän jäsenenä ja erilaiset sosiaaliset ilmiöt ryhmässä. Yksilö olisi tunnistettava erilaisten ryhmien, etenkin perheen jäsenenä. Nämä mikroryhmät vaikuttavat mitä todennäköisimmin keskeisesti yksilön liikuntatottumuksiin. Tärkeää olisi ymmärtää, kuinka vähän liikkuvan rooli muodostuu ja kuinka yksilön arjessa olevat ihmiset pitävät sitä yllä asettumalla vastarooliin. Ryhmän jäsenen aseman – kuten liikkumattomuuden – purkaminen ja muuttaminen ei ehkä onnistu, jos liikkumaton henkilö on ympäristössään ainoa muutosta haluava. Asemaa ryhmässä ylläpitävät myös muiden jäsenten odotukset. Liikuntatottumusten osalta ei siis ole aivan sama, missä roolissa yksilö toimii itselleen tärkeissä arjen ryhmissä. Mielenkiintoista olisi ymmärtää, kuinka liikunnallisesti passiiviset puhuvat ja tuottavat rooliaan (positiivista) yhdessä muiden heille tärkeiden ryhmien ihmisten kanssa. Sosiologisesti ja sosiaalipsykologisesti tulkittuna liikkumattomuudessa on kyse monimutkaisista lapsuuden ja nuoruuden kasvuympäristön arvoihin sekä dynamiikkaan liittyvistä ilmiöistä. Tutkimuksia liikuntatottumusten rakentumisesta perheen arjessa ei ole.

Vastausten lisäksi tämä tutkimus herättää lisäkysymyksiä. Koska määrällinen kyselymittari tavoittaa vain rajallisesti vähän liikkuvien kokemusmaailmaa, tarvitaan tulevaisuudessa myös laadullista, tapaus-tutkimuksellista otetta esimerkiksi haastatteleamalla tutkimuksessa tunnistettuja kohderyhmien ihmisiä. Vähäisen liikunnan elämäntapaa ja ilmiötä tulee tutkia tilanteeseen sopivilla kohdeherkillä mittareilla ja menetelmillä.

Suomalaisilla nuorilla aikuisilla niukka liikunta ei välttämättä liity yksin sosioekonomiseen asemaan, vaan on jo osa elämäntapaa ja kulttuuria. Alaryhmien tunnistaminen mahdollistaa paremmin suunnattujen liikuntainterventioiden suunnittelemisen ja vähän liikkuvien tavoittamisen.

LÄHTEET

- Biddle, S. J. H., & Mutrie, N.** 2008. Psychology of physical activity. Determinants, well-being and interventions. 2nd edition. London: Routledge.
- Carron, A. V., Hausenblas, H. A., & Estabrooks, P. A.** 2003. The psychology of physical activity. New York: McGraw-Hill.
- Fogelholm, M., Paronen O., & Miettinen M.** 2007. Liikunta - hyvinvointipoliittinen mahdollisuus. Suomalaisen terveystieteiden tutkimuskeskuksen tila ja kehittyminen 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:1.
- Haskell, W., Lee, M., Pate, R., Powell, K., Blair, S., Franklin, B., Macera, C., Heath, G., Thompson, P., & Bauman, A.** 2007. Physical activity and public health. Updated recommendation for adults from the American college of sports medicine and American heart association. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 39 (8), 1423–1434.
- Santtila, M., Kyröläinen, H., Vasankari, T., Tiainen, S., Palvalin, K., Häkkinen, A., & Häkkinen, K.** 2006. Physical fitness profiles in young Finnish men during the years of 1975–2004: The population based study. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 38 (11), 1990–1994.
- Helakorpi, S., Prättälä, R., & Uutela, A.** 2008. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2007. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, B6/2008.
- Janz, N., & Becker, M.** 1984. The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly* 11 (1), 1–47.
- Kahn, E., Ramsey, L., Brownson, R., Heath, G., Howze, E., Powell, K., Stone, E., Rajab, M., & Corso, P.** 2002. The effectiveness of interventions to increase physical activity. A systematic review, *American journal preventive medicine* 22 (4S), 73–107.
- Kiiskinen, U., Vehko, T., Matikainen, K., Natunen, S., & Aromaa, A.** 2008. Terveystieteiden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:1.
- Kinmonth, A., Wareham, N., Hardeman, W., Sutton, S., Prevost, A., Fanshawe, T., Williams, K., Ekelund, U., Spiegelhalter, D., & Griffin, S.** 2008. Efficacy of a theory-based behavioural intervention to increase physical activity in an at-risk group in primary care (ProActive UK): a randomised trial. *Lancet* 371, 41–48.
- Liikkuva ja hyvinvoiva Suomi 2010-luvulla.** Ehdotus kansalliseksi liikuntaohjelmaksi julkisen ohjauksen näkökulmasta. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2008:14.
- Liikunta. Käypä hoito -suositus.** 2008. *Duodecim* 124 (19), 2252–73.
- Moisio, P., Karvonen, S., Simppu, J., & Heikkilä, M. (toim.).** 2008. Suomalaisen hyvinvointi 2008. Stakes.
- Mäkinen, T., Borodulin, K., Laatikainen, T., Fogelholm, M., & Prättälä, R.** 2009. Twenty-five year socioeconomic trends in leisure-time and commuting physical activity among employed Finns. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports* 19 (2):188–197.
- Palosuo, H., Koskinen, S., Lahelma, E., Prättälä, R., Martelin, T., Ostamo, A., Keskimäki, I., Sihto, M., Talala, K., Hyvönen, E., & Linnanmäki E.** 2007. Terveystieteiden eriarvoisuus Suomessa, Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:2.
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F.** 1997. The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion* 12 (1), 38–48.
- Prättälä, R., & Paalanen, L. (toim.).** 2007. Elintavat ja niiden väestöryhmät Suomessa. Terveystieteiden tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B2/2007.
- Rovio, E.** 2007. Liikuntapaatosta ja divisioonapäiväkäsytystä. *Liikunta & Tiede* 44 (1), 66.
- Tammelin, T., Näyhä, S., Laitinen, J., Rintamäki, H., & Järvelin, M-R.** 2003. Physical activity and social status in adolescence as predictors of physical inactivity in adulthood? *Preventive Medicine* 37 (4), 375–381.

INTERNET-LÄHTEET

- <http://www.health.gov/PAGuidelines/>
<http://www.ukkinstituutti.fi/>
<http://www.kaypahoito.fi/>