

**HARRASTUNEISUUDEN YHTEYS ELÄMÄNLAATUUN YKSIN TAI TOISEN
KANSSA ASUVILLA IÄKKÄILLÄ HENKILÖILLÄ**

Anna-Kaisa Pasanen

Gerontologian ja kansanterveyden

pro gradu -tutkielma

Liikuntatieteellinen tiedekunta

Jyväskylän yliopisto

Kevät 2017

TIIVISTELMÄ

Anna-Kaisa Pasanen, 2017. Harrastuneisuuden yhteys elämänlaatuun yksin tai toisen kanssa asuvilla iäkkäillä henkilöillä. Liikuntatieteellinen tiedekunta, Jyväskylän yliopisto, gerontologian ja kansanterveyden pro gradu-tutkielma, 28 s.

Harrastus on töistä ja muista päivittäisistä toiminnoista erillään oleva aktiviteetti, johon yksilöt osallistuvat saadakseen nautintoa tai hyvinvointia. Elämänlaatu viittaa yksilöiden yleiseen hyvinvointiin ja se sisältää muun muassa terveyden, koulutuksen sekä sosiaalisen osallisuuden. Yksin asuminen on yhä yleisempää myös Suomessa ja sen on havaittu olevan yhteydessä matalampaan hyvinvointiin ja elämänlaatuun. Harrastuneisuuden on havaittu olevan yhteydessä parempaan elämänlaatuun, mutta asiaa ei ole tarkasteltu yksin asuvien ja toisen kanssa asuvien vanhusten kesken. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, onko kotona tai kodin ulkopuolella tapahtuva harrastuneisuus yhteydessä parempaan elämänlaatuun yksin tai toisen kanssa asuvilla iäkkäillä ihmisillä.

Tutkimus on osa Life-Space Mobility in Old Age-tutkimusprojektia. Tutkimukseen osallistui 848 kotona itsenäisesti asuvaa 75-90 –vuotiasta henkilöä Jyväskylän ja Muuramen alueelta. Elämänlaatua arvioitiin WHOQOL-BREF-mittarilla. Harrastuneisuutta ja harrastuksissa käymisen useutta arvioitiin haastattelukysymyksillä. Harrastuksen, asumismuodon ja elämänlaadun yhteyttä analysoitiin kaksisuuntaisella varianssianalyysillä ja kovarianssianalyysillä.

Tutkittavista 38 % oli miehiä ja 62 % naisia. Yksin asui 26 % miehistä ja 70 % naisista. Kodin ulkopuolella tapahtuva ryhmäharrastus oli 56 %:lla osallistujista ja kotona tapahtuva harrastus 94 %:lla. Yksin asuminen oli yhteydessä matalampaan ja harrastus korkeampaan elämänlaatuun sekä miehillä että naisilla. Paras elämänlaatu oli toisen kanssa asuvilla miehillä, joilla oli kodin ulkopuolella tapahtuva ryhmäharrastus (elämänlaadun keskiarvo 101.0 ja keskihajonta 1.2) ja huonoin elämänlaatu naisilla, jotka asuivat yksin ja joilla ei ollut kodin ulkopuolella tapahtuvaa ryhmäharrastusta (98.5, 0.9). Elämänlaadun erot selittyivät iän ja alaraajojen toimintakyvyn eroilla. Kotona tapahtuvan harrastuksen ja elämänlaadun välistä yhteyttä ei voitu tutkia, koska lähes kaikki raportoivat kotona tapahtuvan harrastuksen.

Kodin ulkopuolinen ryhmäharrastuneisuus oli yhteydessä parempaan elämänlaatuun niin yksin asuvilla kuin jonkun toisen kanssa asuvilla iäkkäillä henkilöillä, mutta yhteys selittyi iän ja alaraajojen toimintakyvyn eroilla. Saatu tulos on samansuuntainen kuin aiempien tutkimusten tulokset. Tämän poikkileikkaustutkimuksen perusteella ilmiöiden ajallinen järjestys jää epäselväksi. Kuitenkin olisi syytä kiinnittää huomiota siihen, että myös huonokuntoisten ja iäkkäämpien henkilöiden olisi mahdollista päästä kodin ulkopuolelle harrastamaan ja näin ollen mahdollisesti parantaa elämänlaatuaan.

Asiasanat: Elämänlaatu, harrastuneisuus, vanheneminen, väestötutkimus

ABSTRACT

Anna-Kaisa Pasanen, 2017. The association between leisure time activities and quality of life among older people living alone or with someone else. Faculty of Sport and Health Sciences, University of Jyväskylä, Master's Thesis in Gerontology and Public Health, 28 pp.

Leisure time activities are separated from work and other daily activities and people participate in them to receive pleasure and wellbeing. Quality of life refers to general wellbeing among individuals and it includes health, education, social participation and hobbies. Living alone is more and more common in Finland and it is associated with diminished wellbeing and quality of life. Leisure time activities have been found to be associated with better quality of life, but this hasn't been researched comparing aged people living alone and older people living with someone else. The purpose of this research was to examine whether leisure time activities that take place at home or outside home are associated with better quality of life among aged people living alone or living with someone else.

This cross-sectional study is part of the Life-Space Mobility in Old Age (LISPE) research project. The data consist of 848 community-living people aged 75 to 90 in the Muurame and Jyväskylä municipalities. Quality of life was assessed with WHOQOL-BREF assessment instrument. Leisure time activities and participation in them were assessed with interview questions. The association between leisure time activity, housing and quality of life was analyzed with two-way analysis of variance and analysis of covariance.

Of the participants 38 % were men and 62 % were women. 26 % of men and 70 % of women were living alone. Of the participants 56 % had a leisure time activity that took place outside home and 94 % leisure time activity that took place at home. The best quality of life was among men who lived with someone else and had a leisure time activity that took place outside home (the mean value of quality of life was 102.9 and the standard deviation 1.0) and the worst quality of life among women who lived alone and didn't report having leisure time activity (98.5, 0.9). The differences in quality of life were explained by the differences in age and function of lower limbs. The association between quality of life and leisure time activity that took place at home could not be examined due to the high number of reports.

The leisure time activities that took place outside home were associated with better quality of life among both those who lived alone and those who lived with someone else, but the association was explained by the differences in age and the function of lower limbs. The received outcome supports earlier research evidence. On the ground of this cross-sectional study the chronological order of events remains unclear. Those who are older and who have lower functional capacity should have better opportunities to participate in leisure time activities that take place outside home. The society should provide it for them. That way they could have a chance to improve their quality of life.

Keywords: quality of life, leisure time activity, ageing, demography

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	HARRASTUNEISUUS JA IKÄÄNTYMINEN.....	2
	2.1 Ikä ja harrastuneisuus	3
3	IKÄ JA ELÄMÄNLAATU.....	5
	3.1 Elämänlaatu ja ikääntyminen	6
	3.2 Elämänlaadun arviointi	7
4	IÄKKÄIDEN IHMISTEN ASUMISJÄRJESTELYT	10
	4.1 Yksin asuminen iäkkäänä.....	10
	4.2 Iäkkäiden asumisen kulttuurieroja	12
	4.3 Asumisjärjestelyt ja iäkkäiden terveys.....	13
5	HARRASTUNEISUUDEN, ASUMISJÄRJESTELYJEN JA ELÄMÄNLAADUN YHTEYS	15
	5.1 Harrastuneisuuden ja asumisjärjestelyjen yhteys.....	15
	5.2 Harrastuneisuuden ja elämänlaadun yhteys	16
6	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	17
7	TUTKIMUSAINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT	18
	7.1 Tutkimusaineisto ja tutkimuksen kulku	18
	7.2 Päämuuttajat ja taustamuuttajat	18
	7.2.1 Harrastuneisuus	18
	7.2.2 Elämänlaatu.....	19
	7.2.3 Taustamuuttajat.....	19
	7.3 Aineiston analyysi.....	20
8	TUTKIMUSTULOKSET	21
9	POHDINTA	24
	LÄHTEET	29

1 JOHDANTO

Vapaa-aika ja harrastukset ovat osa kaikenikäisten elämää (Cheung ym. 2009). Suurimmalla osalla ihmisistä onkin harrastuksia. Niiden avulla luodaan merkitystä elämälle, ylläpidetään sosiaalisia suhteita ja vietetään vapaa-aikaa. Erilaiset vapaa-ajanviettotavat ja harrastukset ovat tärkeitä elämäntyylin piirteitä (Rowinski 2015). Nykyään harrastuksilla on suurempi merkitys kuin aikaisemmin. Ennen vanhaan ihmisillä ei ollut juuri vapaa-aikaa, vaan päivä kului töiden tekemiseen ja oman elannon hankkimiseen. Yhteiskunnan teollistumisen ja modernisoitumisen myötä vapaa-ajan määrä on kuitenkin kasvanut merkittävästi, ja myös harrastukset ovat saaneet suurempaa jalansijaa ihmisten elämässä (Godbey ym. 2005). Tästä johtuen on tärkeää tutkia harrastusten merkitystä ja vaikutusta myös iäkkäiden henkilöiden elämänlaatuun.

Elämänlaadun parantaminen on ollut jo kauan tavoitteena niin yksilöille, yhteisöille, kuin kansakunnillekin (Costanza ym. 2007). Ikääntyvän väestön hyvinvoinnin ylläpitämisellä on myönteisiä vaikutuksia myös globaaliin talouteen sekä yhteiskunnan rakenteisiin ja dynamiikkaan (Tan ym. 2015). Tutkimusta iäkkäiden elämänlaadun parantamiseen vaikuttavista tekijöistä tarvitaan siis edelleen.

Yli 65-vuotiaiden määrä tulee vääjäämättä kasvamaan maailmanlaajuisesti (Neville ym. 2016). Myös kotona asuvien iäkkäiden määrä kasvaa (Hellström ym. 2004; Rolls ym. 2011). Iäkkäiden myös halutaan asuvan kotona yhä pidempään (Rolls ym. 2011), mutta tähän tilanteeseen voi liittyä paljon ongelmia. Yksin kotona asuvat iäkkäät henkilöt kärsivät usein yksinäisyydestä (Davis ym. 1992; Satariano ym. 2002; Russell 2009) ja heillä voi myös olla huonompi elämänlaatu (Hellström ym. 2004). Vapaa-ajanviettopojen ja sosiaalisten aktiviteettien on havaittu olevan tärkeä osa aktiivista vanhenemista (Bowling 2008), joten on syytä etsiä lisätietoa siitä, millaisia vaikutuksia harrastuksilla ja harrastuneisuudella voi olla iäkkäille henkilöille.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, onko kotona tai kodin ulkopuolella tapahtuva harrastus yhteydessä yksin tai jonkun toisen kanssa asuvien iäkkäiden henkilöiden elämänlaatuun. Tutkimus on osa LISPE-tutkimusprojektia (Rantanen ym. 2012). Tämä tutkimus tuo tietoa siitä, kuinka kotona asuvien iäkkäiden elämänlaatua voidaan parantaa.

2 HARRASTUNEISUUS JA IKÄÄNTYMINEN

Harrastus on suhteellisen pysyvä, tiettyihin toimintoihin kiinnostusta osoittava käyttäytymisen kokonaisuus, johon ei liity toimeentuloa tai jokapäiväisiä velvollisuuksia (Metsämuuronen 1995, 20 Veijasen 2004 mukaan). Se on aktiviteetti, johon yksilöt osallistuvat saadakseen nautintoa tai hyvinvointia. Harrastukset ovat myös töistä ja muista päivittäisistä toiminnoista erillään olevia toimintoja (Verghese ym. 2006). Harrastuksen tai vapaa-ajan aktiviteetin määrittäminen on usein koettu epämääräiseksi ja vaikeaksi, eikä yleisesti hyväksyttyä määritelmää ole olemassa (Minhat & Amin 2012). Vapaa-aika viittaa aikaan, jolloin ei tarvitse käydä töissä, opiskella tai tehdä kotitöitä (Edginton ym. 2002 Minhatin & Aminin 2012 mukaan).

Harrastus voidaan myös ymmärtää harrastuneisuuden kohdentumisena tiettyyn lajiin, tekniikkaan, välineeseen, asiaan tai osa-alueeseen (Metsämuuronen 1995, 21-22 Veijasen 2004 mukaan). Harrastamisen hauskuus ja sen tuottama nautinto ei ole pelkästään päämäärässä, vaan tekemisessä yleensä (Timonen 2009, 205). Timonen (2009, 205) erottelee toisistaan haastavan ja satunnaisen harrastamisen. Harrastukseensa vakavasti suhtautuva aktiivinen harrastaja erotuu mm. taitojen harjoittelun, tekemisestä nauttimisen ja yhteisöllisyyden perusteella satunnaisesta harrastajasta (Timonen 2009, 205).

Harrastukset ja vapaa-ajan aktiviteetit ovat monille iäkkäille henkilöille voimavara, joka auttaa ylläpitämään terveyttä ja sitoutumista elämään (Agahi & Parker 2005). Harrastukset ovat yksilön hyvinvoinnin lähde. Vapaa-aikaa voidaankin näin ollen tarkastella myös terveyden edistämisen näkökulmasta (Agahi & Parker 2005). Harrastuksista on hyötyä iäkkäille ja harrastuneisuus liitetään osaksi hyvää vanhenemista (Minhat & Amin 2012). Tutkimusten mukaan harrastuneisuudella ja mielekkäillä harrastuksilla voidaan vähentää riskiä sairastua dementiaan (Verghese ym. 2003) ja vähentää kuolleisuuden riskiä (Lennartsson & Silverstein 2001).

Usein harrastetaan yhdessä muiden ihmisten kanssa, ja sosiaalisten suhteiden on usein todettu pidentävän elinikää ja tuovan muita terveyshyötyjä (Lennartsson & Silverstein 2001). Sosiaaliin suhteisiin (kuten ystävyys, sukulaisuus) perustuviin harrasteisiin osallistuminen on avainasemassa terveyden edistämässä ja kuolleisuuden riskin pienentämisessä myöhemmällä iällä (Rowe & Kahn 1998 Lennartssonin & Silversteinin 2001 mukaan). Sekä kotona että kodin

ulkopuolella harrastuksiin ja vapaa-ajan aktiviteetteihin osallistumisen on havaittu pienentävän kuolleisuutta ikääntyvässä väestössä (Pynnönen ym. 2012).

On havaittu, että iäkkäiden kannustaminen sosiaalisiin aktiviteetteihin ja harrastamiseen voi ehkäistä heidän terveydentilansa heikkenemistä (Saito ym. 2015). Aktiivisuuden ylläpitäminen myöhemmällä iällä on myös yhteydessä pienentyneeseen sairastuvuus- ja kuolleisuusriskiin sekä parempaan hyvinvointiin (Agahi & Parker 2005). Useat tutkimukset ovat osoittaneet, että harrastukset ovat yhteydessä myös parempaan koettuun terveyteen (Hyypä & Mäki 2001; Nummela ym. 2008). Myös sosiaaliset voimavarat ovat voimakkaasti yhteydessä yksilön parempaan terveyteen (Hyypä & Mäki 2001; Pynnönen ym. 2012).

Harrastuksilla voi olla myös muita myönteisiä vaikutuksia. Älyllisesti haastavat harrastukset (mm. ristikoiden täyttäminen, arvoitusten ratkaiseminen) parantavat keski-ikäisten ja iäkkäiden ihmisten älyllistä toimintakykyä (Schooler & Mulatu 2001). Ne henkilöt, joilla on korkeampi älykkyysosamäärä harjoittavat todennäköisimmin älyllisesti haastavia harrastuksia (Schooler & Mulatu 2001).

Hirosakin ym. (2009) tutkimuksessa käy ilmi, että ne kotona asuvat iäkkäät, joilla on harrastuksia, ovat terveempiä kuin ne iäkkäät, joilla ei ole harrastuksia. Harrastuneisuus on yhteydessä parempaan fyysiseen terveyteen, mielenterveyteen ja harrastukset ovat osa aktiivista ikääntymistä (Nummela ym. 2008; Hirosaki ym. 2009). Ne iäkkäät, jotka harrastavat, ovat todennäköisemmin nuorempia (70–80 -vuotiaita) ja heillä on korkeampi koulutus ja parempi toimintakyky (Agahi & Parker 2005; Minhat & Amin 2012). Myös terveys on harrastuksiin osallistumista ennustava tekijä iäkkäillä henkilöillä (Janke ym. 2006). Kun kroonisten sairauksien lukumäärä kasvaa, myös harrastuksiin osallistuminen vaikeutuu. Sen sijaan ikä ei näyttäisi olevan yhteydessä osallistumisaktiivisuuteen (Janke ym. 2006).

2.1 Ikä ja harrastuneisuus

Yleisimpiä fyysistä aktiivisuutta sisältäviä iäkkäiden henkilöiden harrastuksia ovat muun muassa puutarhanhoito ja kävely (Agahi & Parker 2005; Rowinski ym. 2015). Lisäksi iäkkäiden suosituimpiin harrastuksiin kuuluu lehtien ja kirjojen lukeminen, keskusteleminen, rentoutuminen ja television katselu (Agahi & Parker 2005; Minhat & Amin 2012). Miehet harrastavat

naisia todennäköisemmin kalastusta/metsästystä, tanssimista, puutarhanhoitoa ja sanomalehtien lukemista, mutta naiset harrastavat miehiä todennäköisemmin uskonnollisiin tilaisuuksiin osallistumista ja sanaristikoiden ratkomista (Agahi & Parker 2005).

Iäkkäiden harrastuksia on pääasiassa luokiteltu sosiaalisiin harrastuksiin ja kulttuuriharrastuksiin (opintopiireihin osallistuminen, käynnit taidenäyttelyissä, teattereissa, elokuvissa ja konserteissa, järjestötoiminta ja ravintolassa käynti), fyysisiin harrastuksiin (kävely, puutarhanhoito, kalastus/metsästys ja tanssiminen) ja aktiivisiin harrastuksiin (kuorolaulu, taidemaalaus, musiikin soittaminen, uskonnolliset palvelukset yms.) (Agahi & Parker 2005; Nummela ym. 2008). Sosiodemografisista tekijöistä korkea koulutus, siviilisääty ja asuinpaikkakunta ennustavat harrastuneisuutta kaikkein eniten (Minhat & Amin 2012).

Myös iäkkäiden henkilöiden liikunnan harrastamista on tutkittu. Crombien ym. (2004) tutkimuksessa monen iäkkään henkilön liikunnan harrastaminen vapaa-ajalla oli hyvin vähäistä. Voimakkain syy tähän oli kiinnostuksen puute. Crombien ym. (2004) tutkimuksessa tutkimusaineiston kerääminen tapahtui haastattelumenetelmällä, mutta haastatteluun kutsuttujen vastausprosentti oli suhteellisen matala, 46 prosenttia. Tämä voi vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin ja yleistettävyyteen. Iäkkäillä henkilöillä on paljon tietämystä liikunnan terveyshyödyistä, joten iäkkäiden liikkumattomuus tutkimuksessa ei selity ainakaan tiedon puutteella (Crombie ym. 2004).

Yhdysvaltalais tutkimuksessa verrattiin maalla ja kaupungissa asuvien iäkkäiden naisten liikuntatottumuksia vapaa-ajalla (Wilcox ym. 2000). Wilcoxin ym. (2000) mukaan kaupungeissa liikunnan harrastus oli vähäisempää matalammin koulutautuneilla, iäkkäämmillä ja sosiaalisen tuen puutteessa olevilla naisilla. Maaseudulla liikunnan harrastaminen oli vähäisempää aiemmin mainittujen tekijöiden lisäksi afroamerikkalaisten naisten keskuudessa. Myös mielekkäiden liikuntapaikkojen puute ja se, ettei muita liikkujia usein nähty, vähensi liikuntaharrastuksen todennäköisyyttä. Maalla asuvat naiset liikkuvat myös kaupungissa asuvia naisia vähemmän (Wilcox ym. 2000).

3 IKÄ JA ELÄMÄNLAATU

World Health Organization (WHO) on määritellyt elämänlaadun seuraavalla tavalla: elämänlaatu on yksilöiden käsitys omasta asemastaan elämässä, kun otetaan huomioon se kulttuurin ja arvojärjestelmien konteksti, jossa he elävät ja huomioidaan heidän päämääränsä, odotuksensa, arvonsa ja huolenaiheensa (WHO 1996; Saxena & Orley 1997). Elämänlaatu on käsite, jossa yhdistyvät mahdollisuudet, tarpeet ja subjektiivinen hyvinvointi (Costanza ym. 2007). Elämänlaatuun myös vaikuttaa monella eri tavalla yksilön fyysinen terveys, psykologinen tila, itsenäisyyden taso, sosiaaliset suhteet ja suhde keskeisiin ympäristön piirteisiin (Saxena & Orley 1997). Terveystutkimuksessa elämänlaatu viittaa yksilöiden yleiseen hyvinvointiin. Elämänlaadun määritelmä sisältää myös terveyden, rakennetun ympäristön, fyysisen terveyden ja mielenterveyden, koulutuksen, vapaa-ajan ja sosiaaliseen ryhmään kuulumisen (Rantanen ym. 2012).

Elämänlaatua on pyritty määrittelemään monien vuosikymmenien ajan, mutta vasta viimeisen parin kymmenen vuoden aikana on tutkijoiden keskuudessa päästy jonkinlaiseen yksimielisyyteen käsitteen suhteen (Felce & Perry 1995). Elämänlaatu on moniulotteinen käsite, joka koostuu objektiivisista ja subjektiivisista elementeistä (Felce & Perry 1995; Saxena & Orley 1997; Skevington & O'Connell, 2004; Costanza ym. 2007). Se yhdistää myös laajan valikoiman elämänalueita ja yksilöllisiä arvoja (Felce & Perry 1995). Elämänlaatu ilmenee monenlaisten yksilön, yhteisön, kansallisen sekä globaalien tason tarpeiden arvioinnin kautta (Costanza ym. 2007). Se on subjektiivinen käsite ja näin ollen riippuvainen yksilön tulkinnoista ja näkemyksistä (Ziller 1974 Gabrielin & Bowlingin 2004 mukaan). Sen komponenttien tärkeys ja painoarvo vaihtelevat yksilöiden ja kulttuurien välillä (Henchoz ym. 2015). Elämänlaatua voidaan arvioida yhteiskunnallisen tai yhteisöllisen hyvinvoinnin näkökulmasta tai tarkkaan määritettyjen ryhmä- tai yksilötilanteiden näkökulmasta (Felce & Perry 1995).

Ihmisten tarpeisiin ja tätä kautta myös elämänlaadun muodostumiseen vaikuttavat monenlaiset asiat (Costanza ym. 2007). Jokaisella ihmisellä on perustarpeet, joiden tyydyttäminen on yhteydessä elämänlaatuun. Näihin tarpeisiin kuuluu muun muassa hengissä pysyminen ja toimeentulo (ruoka, suoja, terveydenhoito), turvallisuus, osallisuus, kiintymys, oma identiteetti ja vapaus (Costanza ym. 2007). Jotta ihmiset voivat tyydyttää perustarpeensa, tarvitaan saatavilla

olevia mahdollisuuksia ja tilaisuuksia, jotka rakentuvat neljästä pääomasta: sosiaalisesta, rakennetusta, inhimillisestä ja luonnollisesta pääomasta (Costanza ym. 2007).

3.1 Elämänlaatu ja ikääntyminen

Kehittyneissä maissa 65-vuotiaiden henkilöiden odotetaan elävän vielä 15-20 vuotta (Christensen ym. 2009; Henchoz ym. 2015). 65-85 -vuotiaiden ihmisten on huomattu myös säilyttävän itsenäisyytensä aikaisempaa pidempään (Christensen ym. 2009). Tämän tiedon valossa iäkkäiden henkilöiden elinolosuhteiden optimoiminen ja elämänlaadun ylläpitäminen ja parantaminen ovat yhä tärkeämpiä päämääriä (Netuveli & Blane 2008; Henchoz ym. 2015).

Ikääntymisen itsessään on todettu huonontavan elämänlaatua (Netuveli ym. 2006). Erilaisten sairauksien ja toiminnanvajausten kanssa pärjääminen iäkkäänä on yksi suurimmista haasteista, joka voi kasvattaa iäkkäiden riskiä kokea elämänlaatunsa huonommaksi (Fassino ym. 2002; Netuveli ym. 2006; Netuveli & Blane 2008; Levasseur ym. 2009). Ikääntyminen tuo myös monenlaisia menetyksiä (kuten läheisen ihmisen kuolema), jotka voivat heikentää elämänlaatua (Henchoz ym. 2015). Iäkkäiden henkilöiden elämänlaatua huonontavat myös depressio, huono taloudellinen tilanne ja vaikeudet ADL-toiminnoissa (Netuveli ym. 2006). Myös dementian on havaittu heikentävän iäkkäiden henkilöiden elämänlaatua (Netuveli & Blane 2008).

Iäkkäiden elämänlaadun kannalta merkittäviä teemoja ovat muun muassa hyvät sosiaaliset suhteet, hyvä fyysinen ja psykologinen terveys, turvallisuuden tunne, tarvittavien palveluiden hyvä saavutettavuus, harrastukset ja sosiaaliset aktiviteetit, itsenäisyys sekä riittävä toimeentulo (Gabriel & Bowling 2004; Netuveli & Blane 2008; Henchoz ym. 2015). Sopeutumiskyky ja sinnikkyys näyttäisivät myös vaikuttavan elämänlaadun ylläpitämiseen (Netuveli & Blane 2008). Myös hyvä naapurustoympäristö parantaa elämänlaatua (Gabriel & Bowling 2004). Iäkkäät henkilöt näyttävät myös keskittyvän enemmän olemassa oleviin voimavaroihin kuin puuttuviin resursseihin (Henchoz ym. 2015). Tehostetun palveluasumisen piirissä asuvat iäkkäät kokevat toisenlaiset asiat elämänlaatunsa kannalta tärkeiksi kotona asuviin verrattuna (Gabriel & Bowling 2004).

Urciuolin ym. (1998) tutkimuksessa verrattiin kotona asuvien ja palvelukodissa asuvien yli 85-vuotiaiden iäkkäiden elämänlaatua keskenään. Tuloksissa selvisi, ettei elämänlaatu eronnut tilastollisesti merkitsevästi ryhmien välillä. Kotona asuvat iäkkäät ovat riippumattomampia kuin laitoksessa asuvat ikätoverinsa, mutta muita eroja ei ryhmien välillä löydetty. Näyttääkin siltä, että vanhimmista vanhimmilla iäkkäillä asuinpaikka ei juuri vaikuta heidän elämänlaatuunsa (Urciuoli ym. 1998).

Hellströmin ym. (2004) tutkimuksessa kartoitettiin kotona asuvien iäkkäiden henkilöiden elämänlaatua. Tutkimuksessa verrattiin kotona asumiseen apua saavien iäkkäiden henkilöiden elämänlaatua niihin iäkkäisiin, jotka eivät saaneet apua. Ne henkilöt, jotka saivat apua kotona asumiseen, olivat iäkkäämpiä kuin verrokkiryhmä, he olivat yleisimmin naisia ja asuivat yksin useimmiten leskeytymisen seurauksena. Heillä oli myös enemmän lapsia, enemmän itseraportoituja sairauksia ja oireita sekä huonompi elämänlaatu kuin verrokkiryhmällä (Hellström ym. 2004).

3.2 Elämänlaadun arviointi

WHO on kehittänyt useita kansainvälisiä arviointimenetelmiä elämänlaadun mittaamiseen (Saxena & Orley 1997). On olemassa sekä yleisiä elämänlaadun arviointimenetelmiä, että sairausspesifejä mittareita (Jacobson ym. 1994). Eliniän pidentymisen seurauksena myös kroonisten sairauksien määrä on lisääntynyt (Fassino ym. 2002). Sairauksilla on suuri vaikutus elämänlaatuun, joten myös sairausspesifejä elämänlaadun mittareita tarvitaan. WHO alkoi ensimmäistä kertaa keskittyä elämänlaadun käsitteen määrittelemiseen 1980-luvulla (Saxena & Orley 1997). Tällöin ymmärrettiin, että terveyden mittaamisen painotus on laajentunut sisältämään muitakin kuin vain perinteiset mittarit, kuten sairaalloisuuden ja kuolleisuuden. Tämän lisäksi käytetään paljon muitakin mittareita, kuten koettu terveys, vammautuminen, vamma ja toimintakyky. Nämä mittarit eivät kuitenkaan vielä onnistu täydentämään ja selittämään subjektiivisen elämänlaadun laajaa käsitettä (Saxena & Orley 1997).

WHOQOL-100 on alkuperäinen elämänlaadun arviointiin kehitetty laaja arviointimenetelmä (Saxena & Orley 1997). Se koostuu 24 näkökulmasta, jotka on ryhmitelty kuuteen alkuperäiseen alueeseen. Jokaista näkökulmaa kohti on neljä kysymystä, jotka koskevat yleistä elämänlaatua ja yleisterveyttä (WHO 1996; Saxena & Orley 1997). Mittari on saatavilla 12 eri kielellä

15 kansallisena versiona, jotka ovat suoraan vertailtavissa keskenään. WHOQOL-100 on mittari, jonka pituus asettaa joitain rajoitteita pitkittäistutkimuksissa käyttämisessä, sillä näissä tutkimuksissa vaaditaan toistettuja mittauksia (Saxena & Orley 1997).

WHOQOL-BREF on edellistä hieman suppeampi yleisen elämänlaadun mittari, joka koostuu neljästä osa-alueesta: fyysinen, psykologinen, sosiaalinen ja ympäristö (WHO 1996; Skevington ym. 2004). Kliinisissä olosuhteissa ja epidemiologisissa kartoituksissa tarvitaan sellaisia arviointimenetelmiä, jotka ovat helposti toteutettavissa ja jotka eivät aiheuta kohtuuttomasti vaivaa vastaajalle (Skevington ym. 2004). Näihin tutkimuksiin WHOQOL-BREF soveltuu hyvin. WHOQOL-BREFin on todettu olevan luotettava, kulttuurien välisestikin validi ja reliabiliteetiltaan hyvä yleisen elämänlaadun arviointimenetelmä (Skevington ym. 2004).

EuroQol on terveyteen liittyvän elämänlaadun mittari, joka koostuu viisiosaisesta kyselylomakkeesta ja itsearvioidusta VAS-janasta (visual analogue scale) (Hurst ym. 1997). Itsearvioituja vaikeuksia arvioivat viisi osa-aluetta ovat liikkuminen, itsehoito, yleisimmät aktiviteetit, kipu/haitta sekä ahdistuneisuus/masentuneisuus. Kukin osa-alue on jaettu kolmeen arviointitasoon, jotka arvioivat ongelman vakavuutta (ei vaikeuksia kyseisessä toiminnassa, joitain vaikeuksia ja suuria vaikeuksia). Lisäksi tutkittava merkitsee 20 cm pitkälle VAS-janalle terveyttään arvioivan kohdan, jossa parhaan mahdollisen terveyden pistemäärä on 100 ja huonoimman mahdollisen 0. EuroQol on helppokäyttöinen, validi sekä herkkä reagoimaan muutoksiin. Se on myös tarpeeksi luotettava ryhmien väliseen vertailuun (Hurst ym. 1997).

Diabetes Quality of Life Measure on diabetesta sairastaville suunnattu elämänlaadun mittari (Jacobson ym. 1994). Se koostuu 46 ydinosiosta, jotka pisteytetään 1:stä 5:en Likert-asteikolla. Alin pistemäärä merkitsee, ettei tutkittavalla ole koskaan huolia tai ongelmia kyseisen asian suhteen ja hän on aina tyytyväinen. Korkein pistemäärä puolestaan merkitsee, että tutkittavalla on aina huolia tai ongelmia asian suhteen eikä hän ole ikinä tyytyväinen. Diabetes Quality of Life Measure korreloi kohtalaisesti yleisen elämänlaadun ja tunnetilan mittareiden sekä sairauden sopeuttamisen kanssa. Mittarin validiteetti on siis verrattain hyvä (Jacobson ym. 1994).

Psykososiaalinen elämänlaadun osa-alueiden itsearvioiva kyselylomake on palvelukotiasukkaiden elämänlaadun kartoittamiseen kehitetty mittari (Kane ym. 2003). Se mittaa nautintoa, ihmissuhteita, mukavuutta, turvallisuutta, toimintakykyä, autonomiaa, yksityisyyttä, tarkoituk-

senmukaisia aktiviteetteja, itsekunnioitusta ja hengellistä hyvinvointia. Nämä osa-alueet kattavat elämänlaadun psykologisen, sosiaalisen ja fyysisen hyvinvoinnin (Kane ym. 2003; Aspden ym. 2014).

Elämänlaatumittarin valinta riippuu siitä, mikä mittarin tarkoitus on ja millaisiin tutkimuskysymyksiin etsitään vastausta (Waters ym. 2009). Myös tutkimusasetelma täytyy ottaa huomioon, sillä kaikki mittarit eivät sovellu parhaiten toistuviin mittauksiin. Esimerkiksi WHOQOL-100 –mittari on hyvin laaja arviointimenetelmä, eikä sen käyttäminen ole mielekäästä monia toistoja vaativissa tutkimuksissa (Saxena & Orley 1997). Mittarin valinnassa täytyy huomioida muun muassa arviointimenetelmän alkuperäinen käyttötarkoitus, mittarin todellinen keskittymisen kohde sekä arviointimenetelmän täyttämiseen käytettävä aika (Waters ym. 2009). Itsearvioivia elämänlaadun kyselylomakkeita suositellaan iäkkäille henkilöille, joilla ei ole dementiaa (Aspden ym. 2014).

4 IÄKKÄIDEN IHMISTEN ASUMISJÄRJESTELYT

Iäkkäillä ihmisillä on monenlaisia asumisjärjestelyitä (Evandrou ym. 2001). He voivat asua yksin joko naimattomuuden, leskeytymisen tai avioeron seurauksena. Osa asuu puolison tai ainakin yhden aikuisen lapsensa kanssa. On myös heitä, jotka asuvat usean ikätoverinsa kanssa samassa taloudessa (Evandrou ym. 2001). Myös asuinympäristöt vaihtelevat, sillä iäkäs henkilö voi asua omassa kodissaan, laitoksessa, palvelukodissa tai muunlaisessa yhteisöllisen asumisen asumisratkaisussa. Muutokset iäkkäiden ihmisten asumisjärjestelyissä johtuvat yleensä merkittävistä elämänmuutoksista, kuten laitokseen muuttamisesta tai puolison kuolemasta (Evandrou ym. 2001). Laitoksessa asuva iäkäs henkilö on useimmiten naimaton nainen (De Vos & Sandefur 2002).

Omassa kodissa asuvat iäkkäät asuvat globaalisti katsottuna yleensä joko yksin tai puolison kanssa (Tan ym. 2015). Iäkkäiden itsenäisesti asumisen trendi - jolla tarkoitetaan joko yksin tai puolison kanssa asumista - liittyy kulttuurin normeihin ja on seitsemän kertaa yleisempää kehittyneissä maissa kuin kehittyneissä (Tan ym. 2015). Pohjois-Euroopassa yhdeksän kymmenestä iäkkäästä asuu itsenäisesti, mutta esimerkiksi Singaporessa vain 30 prosenttia (Tan ym. 2015). Vuonna 2011 Suomessa lähes 90 prosenttia yli 75-vuotiaista asui kotona (Valtioneuvoston periaatepäätös 2013, 3).

4.1 Yksin asuminen iäkkäänä

Toisesta maailmansodasta lähtien iäkkäiden asumisjärjestelyt ovat merkittävästi muuttuneet Euroopassa ja muissa kehittyneissä maissa, sillä yksin asuvien iäkkäiden määrä on merkittävästi noussut (Kobrin 1976; Davis ym. 1997; Tomassini 2004; Rolls ym. 2011; Kim ym. 2015). Yksin asuvien iäkkäiden määrän on ennustettu edelleen kiihtyvän ja kasvavan 2100-luvun puoliväliin asti (Rolls ym. 2011).

Myös Suomessa on yhä enemmän yksin asuvia iäkkäitä. Lähes 200 000 75 vuotta täyttäneistä iäkkäistä henkilöistä asuu yksin (Tilastokeskus 2013). Yleisin syy iäkkäiden yksin asumiseen on leskeytyminen ja seuraavaksi yleisimpiä syitä ovat avioero tai naimattomuus. Myös puolison joutuminen laitoshoitoon voi olla syy yksin asumiselle (Tilastokeskus 2013). Koska naisilla on

korkeampi eliniänodote, he asuvat miehiä todennäköisemmin yksin vanhoina (De Vos & Sandefur 2002; Lin ym. 2008).

Yksin asuminen ja oleminen ennustavat ikääntyneiden henkilöiden yksinäisyyttä (Routasalo & Pitkälä 2003). Sosiaalisen tuen puuttuminen on yleistä yksin asuvien iäkkäiden keskuudessa, mikä saattaa olla yksi pääsyy siihen, miksi yksin asuvat iäkkäät henkilöt kokevat yksinäisyyttä (Jennifer Yeh & Lo 2004). Yksinäisyys onkin merkittävä ongelma monille iäkkäille (Donaldson & Watson 1996; Victor ym. 2000; Tomaka ym. 2006). Vaaraman ym. (2010, 155) selvityksen mukaan yksinäisyys näyttää olevan vakava ongelma noin joka kymmenennelle 80 vuotta täyttäneelle, ja tämä yleistyy hieman 85 ikävuoden jälkeen. Naiset kokevat yksinäisyyttä hieman miehiä useammin (Vaarama ym. 2010, 155). Väestön ikääntymisen on ennakoitu olevan yksi tekijä, joka lisää yksinäisyyttä kokevien ihmisten määrää (Saari 2010 Vaaraman ym. 2010, 52 mukaan).

Yksin asuvat iäkkäät henkilöt voivat olla yksinäisyyden lisäksi erityisen alttiita köyhyydelle, sosiaaliselle eristäytymiselle, huonontuneelle psykologiselle hyvinvoinnille ja epäsuotuisille terveyshaitoille (Davis ym. 1992; Satariano ym. 2002; Russell 2009). Davisin ym. (1992) mukaan monet iäkkäät haluavat elää itsenäisesti, joten he saattavat elää yksin siihen asti, kunnes heidän terveytensä huononee siihen pisteeseen, etteivät he enää kykene toimimaan itsenäisesti. Tämän seurauksena he yleensä muuttavat laitosympäristöön (Davis ym. 1992).

Yksinäisyys on yksilön subjektiivinen kokemus siitä, ettei hänellä ole tyydyttäviä ihmissuhteita (Routasalo & Pitkälä 2003). Sosiaalinen eristäytyminen, yksinäisyys ja riittävän tuen puute vaikuttavat merkittävästi hyvinvointiin (Andersson 1998; Tomaka ym. 2006). Ne vaativat veronsa erityisesti eläköityneen ja iäkkään väestön psykologisesta hyvinvoinnista ja fyysisestä terveydestä (Tomaka ym. 2006). Termejä yksinoleminen, yksin asuminen, sosiaalinen eristäytyminen ja yksinäisyys käytetään usein päällekkäin, vaikka olisi tärkeää erottaa ne toisistaan (Victor ym. 2000). Yksinäisyyden kokemukseen ovat yhteydessä vähäiset sosiaaliset suhteet ja sosiaalisen verkoston puute (Routasalo & Pitkälä 2003). Vastaavasti monenlainen sosiaalinen tuki ja merkittävät sosiaaliset kontaktit ovat yhteydessä parempaan terveyteen ja hyvään ikääntymiseen (Holmén & Furukawa 2002; Tomaka ym. 2006).

Routasalon & Pitkälän (2003) mukaan yksinäisyys tulee erottaa sosiaalisesta eristyneisyydestä, joka ei ole sama asia kuin koettu yksinäisyys. Sosiaalinen eristäytyminen voi kuitenkin ilmetä yhtä aikaa yksinäisyyden kanssa. Yksinäisyys voi olla yhteydessä masennukseen ja se myös usein sisällytetään masennuksen ja ahdistuneisuuden yhteyteen sen sijaan, että se tunnistettaisiin erilliseksi ongelmaksi (Donaldson & Watson 1996). Yksinäisyys on tärkeä hyvinvoinnin indikaattori iäkkäiden ihmisten keskuudessa (Holmén & Furukawa 2002) ja se voidaan nähdä tärkeänä osana sekä elämänlaatua että subjektiivista hyvinvointia (Victor ym. 2000).

4.2 Iäkkäiden asumisen kulttuurieroja

Maantieteelliset ja kulttuurilliset erot iäkkäiden asumisjärjestelyissä ovat edelleen merkittäviä (Kim 2014, 51; Kim ym. 2015; Tan ym. 2015). Aasiassa iäkkäät ovat perinteisesti asuneet aikuisten lastensa kanssa. Tässä kulttuurissa aikuisten lasten on odotettu tuottavan vanhemmilleen tarvittaessa fyysisen ja taloudellisen huolenpidon heidän asuessaan samassa taloudessa (Johar & Maruyama 2011; Kim ym. 2015). Aikuisten lasten rooli samassa kotitaloudessa on ollut ratkaiseva iäkkäiden vanhempien hyvinvoinnille maissa, joissa julkinen tukijärjestelmä ei ole hyvin kehittynyt (Kim 2014). Suomessa ja muissa länsimaissa iäkkäät henkilöt asuvat yleisimmin aviopuolionsa kanssa ja harva asuu sukulaisten kanssa (De Vos & Sandefur 2002).

Japanissa iäkkäiden yleisin asumismuoto on omien naimisissa olevien lasten kanssa asuminen (Brown ym. 2002). Tämän asumismuodon yleisyys johtunee siitä, että Japanissa ollaan mieltyneitä perinteiseen ajatukseen siitä, että ikääntyneenä asutaan vanhimman lapsen kanssa. Lisäksi vanhimman lapsen puolison tulee myös tarjota hoivaa appivanhemmilleen. Nämä taloudet muodostuvat yleensä aikaisin ja myös säilyvät muuttumattomina kauan. Iäkkäät haluavat jo hyvissä ajoin varmistaa tulevien vanhuusvuosiensa hyvinvoinnin asumalla omien lastensa kanssa (Brown ym. 2002).

Vaikka länsimaissa yhteiskunta kantaa päävastuun iäkkäiden henkilöiden hoivasta, terveyden heikentyessä turvaudutaan yleensä ensisijaisesti perheen jäsenten, kuten puolison, apuun (De Jong Gierveld 2001). Myös lapset tarjoavat monenlaista apua ikääntyvälle vanhemmalleen, joka haluaa jatkaa kotona itsenäisesti asumista. Tähän apuun sisältyy muun muassa terveydenhoitoa, sosiaalista kumppanuutta ja kodin hoidossa auttamista (De Jong Gierveld 2001).

Iäkkäiden terveydentilan heikentymisen on Japanissa havaittu myös käynnistävän muutoksia asumisjärjestelyissä, sillä krooniset sairaudet pienentävät iäkkään todennäköisyyttä asua naimattoman lapsensa kanssa (Brown ym. 2002). Sen sijaan parempi koettu terveys kasvattaa iäkkään todennäköisyyttä asua naimattomien lasten kanssa (Brown ym. 2002).

4.3 Asumisjärjestelyt ja iäkkäiden terveys

Asumisjärjestelyillä voi olla merkittävä vaikutus iäkkäiden terveyteen ja psykologiseen hyvinvointiin (De Jong Gierveld 2001; Kim 2014). Monenlaiset asumisjärjestelyt määrittävät yksilöiden rooleja kotitaloudessa ja ne myös kertovat siitä, kuinka erilaiset mahdollisuudet yksilöillä on saada ja käyttää voimavaroja. Asumisjärjestelyjen ja terveyden sekä psykologisen hyvinvoinnin on havaittu olevan yhteydessä toisiinsa (Kim 2014). Erityisesti miehet näyttävät hyötyvän puolison kanssa asumisesta, sillä yksin asuvilla miehillä kuolleisuusriski on toisen kanssa asuvia suurempi (Davis ym. 1992). On olemassa myös tutkimuksia, joissa toimintakyvyn ja sairauksien määrän ei havaittu olevan yhteydessä yksin asumisen tai asumisjärjestelyjen muutoksen kanssa (Bolina & Tavares 2016).

Davisin (ym. 1997) tutkimuksessa kartoitettiin asumisjärjestelyjen muutoksen vaikutusta iäkkäiden selviytymiseen ja elinikään. Naiset, jotka asuivat tutkimuksen alkuvaiheessa jonkun muun kuin puolisonsa kanssa tai jotka muuttivat puolisonsa luota jonkun muun luokse asumaan, olivat suuremmassa kuolemanriskissä kuin muissa olosuhteissa asuvat naiset. Tähän ei vaikuttanut naisten terveydentila tai toimintakyky. Miehillä alkuvaiheen asumisjärjestelyillä ei ollut yleisesti vaikutusta kuolleisuusriskin kannalta (Davis ym. 1997).

On havaittu, että ihmiset, jotka asuvat puolison kanssa ja pitävät säännöllisesti yhteyttä ystäviin ja sukulaisiin, tekevät todennäköisemmin terveydelle edullisia käyttäytymisvalintoja, kuten harrastavat liikuntaa vapaa-ajallaan (Satariano ym. 2002). On olemassa myös toisenlaisia tutkimustuloksia. Tsain (2017) tutkimuksessa huomattiin, että puolison kanssa asuvat henkilöt kävelivät vähemmän verrattuna yksin asuviin. Tämä johtui todennäköisesti siitä, että puoliset huolehtivat kumppanistaan ja tämän asioiden hoitamisesta. On mahdollista, että yksin asuvilla on toisen kanssa asuvia suurempi tarve hoitaa päivittäisiä asioita henkilökohtaisesti. Tästä johtuen myös yksin asuvien kävelymäärä voi olla toisen kanssa asuvia suurempi (Tsai 2017).

Linin ym. (2008) mukaan asumisjärjestelyt vaikuttavat iäkkäiden henkilöiden hyvinvointiin. Moni iäkkäistä haluaa vanhemmiten pitää kiinni itsenäisyydestään ja valitsee yksin asumisen. Vanhemmiten myös yksin asuvien määrä kasvaa. Taiwanilaisessa tutkimuksessa maaseudulla yksin asuvien masennuksesta kärsivien iäkkäiden huomattiin olevan suuremmassa riskissä huonompaan elämänlaatuun (Lin ym. 2008). Asumisjärjestelyt vaikuttavat iäkkäiden henkilöiden terveyteen monella tavalla, joten on tärkeää selvittää, voiko harrastuneisuus vaikuttaa esimerkiksi yksin asumisen haittoihin.

5 HARRASTUNEISUUDEN, ASUMISJÄRJESTELYJEN JA ELÄMÄNLAADUN YHTEYS

5.1 Harrastuneisuuden ja asumisjärjestelyjen yhteys

Saiton ym. (2015) tutkimuksessa tarkasteltiin sitä, kuinka Japanissa sukupuoli tai asuinalue (kaupunki tai maaseutu) vaikuttaa kotona asuvien iäkkäiden harrastuneisuuteen ja sosiaaliseen aktiivisuuteen. Havaittiin, että miehet osallistuivat naisia todennäköisemmin palkkatyöhön, harrastuksiin ja viikoittaiseen ulkona käymiseen. Sen sijaan naiset osallistuivat useammin ryhmäaktiiviteetteihin ja olivat yhteyksissä ystäviinsä. Myös alueellisia eroja havaittiin, sillä kaupungissa asuvat ihmiset kävivät todennäköisimmin ulkona mutta pitivät maalla-asuvia vähemmän yhteyttä ystäviinsä (Saito ym. 2015).

Satarianon ym. (2002) tutkimuksessa kartoitettiin asumisjärjestelyjen, sosiaalisten kontaktien ja vapaa-ajalla suoritettua liikunnan yhteyttä. Tutkimuksessa havaittiin, että asumisjärjestelyt ja sosiaaliset suhteet vaikuttavat liikunnan harrastamiseen vapaa-ajalla. Yhteyden voimakkuus kuitenkin vaihteli sukupuolen ja liikunnan tyyppin mukaan. Puolisonsa kanssa asuvat naiset harjoittivat todennäköisimmin raskasta fyysistä aktiivisuutta kuin ne naiset, jotka eivät asuneet puolisonsa kanssa. Sen sijaan miesten asumisjärjestelyt eivät vaikuttaneet yhtä selvästi heidän liikunnan määräänsä (Satariano ym. 2002).

Laajemman asuin ympäristön on havaittu olevan yhteydessä aktiiviseen sosiaaliseen osallisuuteen (Barnes ym. 2007). Tämä voi kertoa siitä, että myös sosiaalisten harrastusten määrä on suurempi niillä, joiden elinpiiri on laajempi. Tutkimustulokset ovat kuitenkin ristiriidassa sen suhteen, onko liikunnan harrastaminen yleisempää yksin asuvien vai toisen kanssa asuvien välillä. Tsain (2017) tutkimuksessa huomattiin, että yksin asuvat kävelivät puolison kanssa asuvia enemmän, mutta Satarianon (2002) tutkimuksessa puolison kanssa asuminen edisti liikunnan harrastamista.

5.2 Harrastuneisuuden ja elämänlaadun yhteys

On pitkään ajateltu, että merkityksellisiin harrastuksiin osallistuminen on tärkeä tekijä ”menestyksekkäässä” ikääntymisessä (Silverstein & Parker 2002). Tämän on nähty selittävän aktiivisuusteoriaa, jossa erilaisten harrasteiden katsotaan paikkaavan eläköitymisen ja ikääntymisen myötä menetettyjä tuottavia rooleja (kuten työnteko) (Silverstein & Parker 2002).

Bowlingin (2008) tutkimuksessa kartoitettiin iäkkäiden ihmisten näkemyksiä aktiivisena ikääntymisestä. Yleisimmin aktiiviseen vanhenemiseen ajateltiin kuuluvan fyysisen terveydentilan ja toimintojen ylläpitämisen, mutta toiseksi yleisimpänä listattiin harrastukset ja sosiaaliset yhteydet. Sosiaaliset kontaktit ja suhteet mainittiin useimmin elämänlaadun yhteydessä. Se, että ikääntyvät henkilöt näkevät harrastukset niin oleellisena osana aktiivista vanhenemista, tukee jatkuvuusteoriaa (Bowling 2008). Jatkuvuusteoria korostaa omien arvojen, suhteiden ja elämäntyylien siirtämistä keski-ikästä myös vanhemmalle iälle (Atchley 1989).

Onishin ym. (2006) tutkimuksessa selvitettiin millaisiin miellyttäviin harrastuksiin kotona asuvat iäkkäät haluavat osallistua. Lisäksi selvitettiin näiden harrastusten yhteyttä elämänlaatuun. Tutkimus tehtiin maaseudulla Japanissa. Tutkimuksessa havaittiin, että jonkin tietyn aktiviteetin (esimerkiksi perheen tai naapureiden kanssa tapahtuvan) kokeminen miellyttävänä oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä parempaan elämänlaatuun. Havaittiin myös, että asuinkumppani ja harrastus ovat tärkeässä roolissa elämänlaadun suhteen (Onishi ym. 2006).

Harrastukset voivat olla tärkeitä sosiaalisen integraation kasvattajia tai ylläpitäjiä myöhemmällä iällä (Toepoel 2013). Sosiaaliset suhteet ovat erityisesti iäkkäille monien harrastusten perustavanlaatuisen osa, ja sosiaalisten yhteyksien hankkiminen voikin olla ensisijainen tavoite harrastamiselle (Toepoel 2013). Cheung ym. (2009) tutkivat vapaa-ajan vaikutusta terveyteen liittyvään elämänlaatuun hongkongilaisilla iäkkäillä. Heidän tutkimuksessaan todettiin, että erityisesti kognitiiviset ja sosiaaliset harrastukset voivat johtaa parempaan terveyteen liittyvään elämänlaatuun (Cheung ym. 2009).

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää harrastuneisuuden yhteyttä elämänlaatuun yksin asuvilla ja toisen kanssa asuvilla iäkkäillä henkilöillä.

Tutkimuskysymys:

- Onko kotona tai kodin ulkopuolella tapahtuva harrastuneisuus yhteydessä iäkkäiden yksin tai toisen kanssa asuvien henkilöiden parempaan elämänlaatuun?

7 TUTKIMUSAINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT

7.1 Tutkimusaineisto ja tutkimuksen kulku

Tässä poikkileikkaustutkimus on osa ”Life-Space Mobility in Old Age” (LISPE) – tutkimushanketta. Pro gradu –työssäni analysoidaan vuoden 2012 haastatteluaineistoa. Tutkimuksessa oli mukana yhteensä 848 75-90 –vuotiasta Jyväskylän ja Muuramen alueella kotona asuvaa henkilöä. Tutkimuksessa käytetyt tutkimusmenetelmät on kuvattu yksityiskohtaisesti aiemmin (Rantanen ym. 2012).

Tutkittavat etsittiin säännönmukaisella satunnaistetulla menetelmällä väestörekisteristä ja tämän perusteella valituille tutkittaville tiedotettiin tutkimuksesta ja osallistumismahdollisuudesta (Rantanen ym. 2012). Ensimmäisen yhteydenoton aikana kartoitettiin osallistujien määrä ja heidän halukkuutensa osallistua tutkimukseen. Ensin 2269:lle otokseen valikoituneelle henkilölle lähetettiin kirje, jossa kerrottiin tietoa tutkimuksesta ja ilmoitettiin tulevasta puhelinsoitosta koskien tutkimukseen osallistumista. Puhelinsoiton yhteydessä 1070 henkilöä kieltäytyi osallistumasta tutkimukseen. Jäljelle jääneistä henkilöistä 304 ei täyttänyt sisäänottokriteereitä ja 41 henkilöä jättäytyi pois ennen osallistujien kotona käytävää lähtötasohaastattelua. Haastattelun aikana neljä osallistujaa suljettiin tutkimuksesta pois kommunikointiongelmien takia ja tiedot kahdesta osallistujasta menetettiin teknisen vian vuoksi. Tutkimuksen lähtötilanteessa osallistujien lopullinen määrä oli 847 (Rantanen ym. 2012).

7.2 Päämuuttajat ja taustamuuttajat

7.2.1 Harrastuneisuus

Tutkimuksessa kysytyt harrastuneisuutta arvioivat kysymykset kehitettiin 1980-luvulla suoritettuun Iki vihreät-projektiin liittyvien kokemusten perusteella (Pynnönen ym. 2012). Iäkkäiden keskuudessa suosittujen harrastusten luokittelun lähtökohtana oli kolme ulottuvuutta: ryhmätoiminta, sosiaalisuus ja harrastuksen tapahtuminen joko sisällä tai ulkona. Tutkittavien harrastuneisuutta kartoitettiin yhteensä kolmella kysymyksellä, jotka olivat ” Harrastatteko lukemista,

soittamista, käsitöitä, maalaamista? (kotona tehtävät harrastukset)”, ”Käyttökö konserteissa, teattereissa, elokuvissa, taidenäyttelyissä, kahviloissa, tms.? (kodin ulkopuoliset harrastukset, ei ryhmätoimintaa)” ja ”Osallistutteko ryhmätoimintaan tai kerhoihin, esimerkiksi kuoroon, liikuntaryhmiin, järjestö- tai seurakuntatoimintaan? (kodin ulkopuoliset ryhmäharrastukset)”.

Harrastuneisuutta kartoittavan kysymyksen vastausvaihtoehdoissa mitattiin sitä, kuinka usein tutkittava harrastaa kyseistä aktiviteettia (päivittäin tai lähes päivittäin, noin kerran viikossa, 2-3 kertaa kuukaudessa, noin kerran kuukaudessa, muutamia kertoja vuodessa, harvemmin, ei lainkaan). Tässä analyysissä muuttuja luokiteltiin kaksiluokkaisesti niin, että henkilöllä joko oli tai ei ollut harrastusta. Jos henkilö harrasti noin kerran kuukaudessa tai useammin, katsottiin henkilöllä olevan harrastus. Tähän valintaan päädyttiin harkinnan perusteella.

7.2.2 Elämänlaatu

Osallistujien elämänlaatua mitattiin WHOQOL-BREF-mittarilla. Mittari koostuu 26:sta osasta ja se käsittää neljä osa-aluetta: fyysisen terveyden, psykologisen terveyden, sosiaaliset suhteet ja ympäristön. Analyyseissä on käytetty muuttujana elämänlaadun kokonaispistemäärää (WHOQOL-index), joka heijastaa yleistä elämänlaatua. Mittarin pisteytys tehdään asteikolle 0-130. Korkeampi pistemäärä osoittaa paremmaksi koettua elämänlaatua. Analyyseissä käytettiin WHOQOL-BREF-mittarin kokonaispistemääriä.

7.2.3 Taustamuuttajat

Alaraajojen toimintakykyä mitattiin käyttämällä Short Physical Performance Battery (SPPB)-testiä. Mittaukset suoritettiin tutkittavien kotona. Mittari sisältää kolme testiä, jotka arvioivat tasapainoa seistessä, kävelynopeutta 2.44 metrin matkan aikana ja tuolilta nousukykyä. Jokainen tehtävä on pisteytetty asteikolla 0-4. Short Physical Performance Battery -testi on validi ja iäkkäiden parissa usein käytetty menetelmä, jossa matala pistemäärä ennustaa kaatumisia, itsenäisyyden menetystä ja kuolleisuutta (Sayers ym. 2006). Analyysissä käytettiin alkuperäisten mittausten yhteydessä määriteltyjä luokituksia.

Sosiodemografisia tekijöitä arvioitiin tiedustelemalla osallistujilta kenen kanssa he asuvat (yksin, avio- tai avopuolison kanssa, omien lasten tai lastenlasten kanssa, sukulaisten, sisarusten

tai muiden kanssa). Analyyseissa vaihtoehdot luokiteltiin kaksiluokkaiseksi (yksin, jonkun toisen kanssa). Taloudellista tilannetta selvitettiin pyytämällä tutkittavia arvioimaan taloudellista tilannettaan 5-luokkaisella asteikolla (erittäin hyvä, hyvä, kohtalainen, huono ja erittäin huono). Analyyseissä koettu taloudellinen tilanne muutettiin kolmiluokkaiseksi (erittäin hyvä, hyvä ja kohtalainen/huono/erittäin huono). Tutkittavilta kysyttiin myös yksittäisten sairauksien lukumäärää. Analyyseissä sairauksien lukumäärästä laskettiin keskiarvo.

7.3 Aineiston analyysi

Elämänlaatu on sukupuolisidonnainen asia, joten aineistoa tarkasteltiin miesten ja naisten kesken. Jatkuvien muuttujien keskiarvojen eroja naisten ja miesten välillä tarkasteltiin iän, SPPB-testin tulosten ja elämänlaadun kokonaispistemäärän osalta riippumattomien muuttujien t-testillä, sillä muuttujat olivat normaalisti jakautuneita. Luokiteltuja muuttujia tarkasteltiin ristiintaulukoinnin ja Khiin neliötestin (χ^2) avulla eli tarkasteltiin, onko asumismuodolla, harrastuneisuudella, taloudellisella tilanteella ja sairauksien lukumäärällä eroa miesten ja naisten välillä.

Aluksi aineistosta tarkasteltiin muuttujien frekvenssejä ja normaalijakautuneisuutta. Kaksisuuntaisen varianssianalyysin avulla selvitettiin harrastuneisuuden yhteyttä elämänlaatuun yksin asuvilla iäkkäillä. Kovarianssianalyysillä selvitettiin ilmiötä selittäviä muuttujia. Päävaste-muuttuja oli elämänlaadun mittarin kokonaispistemäärä (WHOQOL-index). Ensin rakennettiin perusmalli, jossa selittävinä muuttujina olivat sukupuoli, asumismuoto sekä harrastuneisuus. Sen jälkeen malli vakioitiin iällä ja alaraajojen toimintakyvyllä. Tutkimusaineisto analysoitiin käyttämällä IBM SPSS Statistics 24-ohjelmaa. Tilastollisten testien merkitsevyytasoksi asetettiin kaikkiin testeihin $p < 0.05$.

8 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkittavia oli yhteensä 847. Miehiä oli 322 ja naisia 525. Miesten keski-ikä oli 79.6 ja naisten 80.4. Miesten ja naisten elämänlaatu ei eronnut tilastollisesti merkitsevästi toisistaan ($p=0.057$). Miehillä oli naisia parempi alaraajojen toimintakyky ($p=0.032$). Lähes kaikilla vastaajilla oli kotona tehtävä harrastus (miehistä 91.9 % ja naisista 95.2%), ja kodin ulkopuolella tapahtuvan harrastuksen (ei sisällä ryhmätoimintaa) osalta ei saatu selkeitä eroja ryhmien välille (miehistä 30.2 % ja naisista 34.8 % oli harrastus). Ei ollut siis mielekasta analysoida näitä asioita sen enempää. Analyysiin valittiin harrastusmuuttujaksi kodin ulkopuolella tapahtuva ryhmätoimintaharrastus (esimerkiksi kuoro, liikuntaryhmä, järjestö- tai seurakuntatoiminta). Niin miehistä kuin naisistakin yli puolella oli kodin ulkopuolinen ryhmäharrastus (miehet 54.2 % ja naiset 57 %; Taulukko 1).

TAULUKKO 1. Miesten ja naisten taustatiedot. (N=847)

	Miehet n= 322		Naiset n=525		p-arvo
	f	%	f	%	
Asuu yksin	85	26.4	367	69.9	<0.001 ^a
On kodin ulkopuolinen ryhmäharrastus	174	54.2	300	57.0	0.421 ^a
On kotiharrastus	296	91.9	500	95.2	0.049 ^a
On kodin ulkopuolinen harrastus	97	30.2	183	34.8	0.170 ^a
Taloudellinen tilanne					0.044 ^a
Erittäin hyvä	31	9.7	40	7.6	
Hyvä	148	46.3	208	39.5	
Kohtuullinen	141	44.1	278	52.9	
/huono/erittäin huono					
	ka	kh	ka	kh	
Ikä	79.57	4.13	80.43	4.31	0.237 ^b
SPPB	9.82	2.31	9.50	2.62	0.032 ^b
QOL-indeksi	101.70	11.03	99.40	12.17	0.057 ^b
Sairauksien määrä	3.97	2.22	4.62	2.52	<0.001 ^b

^a = Ryhmien väliset erot testattu riippumattomien otosten t-testillä, ^b = ryhmien väliset erot testattu χ^2 -testillä
QOL-indeksi = WHOQOL-BREF-mittarin kokonaispistemäärä, SPPB = Short Physical Performance Battery,
f=frekvenssi, %=prosenttiarvo, ka=keskiarvo, kh=keskihajonta

Harrastuneisuuden yhteyttä elämänlaatuun tarkasteltiin kaksisuuntaisella varianssianalyysillä (ANOVA). Tutkimuksen päätulokset näkyvät taulukossa 2. Analyysissa yhden tutkittavan tiedot puuttuivat, joten tutkittavia oli analyysissä mukana yhteensä 846. Vakioimattomassa mallissa asumismuoto ja harrastuneisuus olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä QOL-indeksin havaittuihin arvoihin. Kun arvot vakioitiin iällä ja alaraajojen toimintakyvyllä, eivät asumismuoto ja harrastuneisuus kuitenkaan enää olleet tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä QOL-indeksin arvoihin. Yhdysvaikutuksia sukupuolen ja asumismuodon, sukupuolen ja harrastuneisuuden sekä harrastuneisuuden ja asumismuodon välillä ei havaittu elämänlaadun muuttujassa ($p > 0.05$). Kaikkein korkein elämänlaatu oli miehillä, jotka asuivat jonkun toisen kanssa ja joilla oli kodin ulkopuolinen ryhmäharrastus (QOL-indeksin keskiarvo 101.0 ja keskihajonta 1.2). Matalin elämänlaatu oli naisilla, jotka asuivat yksin ja joilla ei ollut kodin ulkopuolista ryhmäharrastusta (98.5, 0.9).

Taulukossa 2 esitetään kaksisuuntainen varianssianalyysi sekä vakioimattomat ja vakioidut arvot elämänlaatuindeksistä. Vakioimattomassa mallissa niillä, jotka asuivat jonkun kanssa, oli parempi elämänlaatu kuin niillä, jotka asuivat yksin ($p = 0.001$). Vakioimattomassa mallissa myös niillä, joilla oli harrastus, oli parempi elämänlaatu kuin niillä, joilla harrastusta ei ollut ($p < 0.001$). Sukupuoli ei vaikuttanut tilastollisesti merkitsevästi elämänlaatuun ($p = 0.221$). Vakioidussa mallissa asumismuoto ja harrastuneisuus eivät enää vaikuttaneet tilastollisesti merkitsevästi elämänlaatuun ($p = 0.310$ ja $p = 0.116$). Tulokset viittaavat myös siihen, että harrastavilla yksin asuvilla oli parempi elämänlaatu kuin jonkun toisen kanssa asuvilla, jotka eivät harrastaneet. Ero ei ollut kuitenkaan tilastollisesti merkitsevä.

Taulukossa 2 esitetään myös vakioimattomat arvot osallistujien alaraajojen toimintakykyä mittaavan testin (SPPB) tuloksista ja iästä. Mallissa SPPB-tulokset olivat jonkun toisen kanssa asuvilla parempia kuin yksin asuvilla. Ne, jotka asuivat jonkun kanssa, olivat myös nuorempia kuin ne, jotka asuivat yksin. Tulosten perusteella voidaan sanoa, että harrastuneisuus oli yhteydessä parempaan elämänlaatuun yhtä lailla yksin kuin toisen kanssa asuvilla, joskin yksin asuvien elämänlaatu oli huonompi kuin toisen kanssa asuvien. Yksin asumisen ja harrastamisen elämäntyylierot selittyivät iän ja alaraajojen toimintakyvyn erojen perusteella.

TAULUKKO 2. QOL-indeksin vakioidut ja vakioimattomat keskiarvot ja keskihajonnat, sekä iän ja SPPB-tulosten vakioimattomat keskiarvot ja keskihajonnat. (N=846)

	Miehet								Naiset								p-arvo**		
	Asuu yksin				Asuu jonkun kanssa				Asuu yksin				Asuu jonkun kanssa						
	On harrastus n=47		Ei ole har- rastusta n=37		On harrastus n=127		Ei ole har- rastusta n=110		On harrastus n=212		Ei ole har- rastusta n=155		On harrastus n=87		Ei ole har- rastusta n=71		Sukupuoli	Asuminen	Harrastus
	ka	kh	ka	kh	ka	kh	ka	kh	ka	kh	ka	kh	ka	kh	ka	kh			
Ikä	80.6	4.1	81.2	4.8	79.2	3.9	79.0	4.0	80.7	4.2	81.8	4.4	78.0	3.4	79.5	4.1	0.990	<0.001	<0.001
SPPB	9.6	2.5	8.6	3.3	10.4	2.0	9.7	2.0	9.8	2.3	8.7	3.2	10.5	1.8	9.2	2.5	0.967	<0.001	0.021
QOL	100.0	11.0	98.3	11.1	104.4	10.8	100.5	10.8	100.4	12.5	96.2	11.1	103.3	10.9	98.8	13.3	0.221	0.001	<0.001
QOL*	100.7	1.6	100.3	1.8	102.9	1.0	100.4	1.0	100.4	0.7	98.5	0.9	101.0	1.2	99.3	1.3	0.147	0.310*	0.116*

*Vakioitu iällä ja alaraajojen toimintakyvyllä

**Kaksisuuntainen varianssianalyysi

Yhdysvaikutuksia sukupuolen ja asumismuodon, sukupuolen ja harrastuneisuuden sekä harrastuneisuuden ja asumismuodon välillä ei elämänlaadun muuttujassa havaittu ($p>0.05$). QOL = WHOQOL-BREF-mittarin kokonaispistemäärä, SPPB = Short Physical Performance Battery, ka=keskiarvo, kh=keskihajonta

9 POHDINTA

Tämä tutkimus osoittaa, että kodin ulkopuolella tapahtuva ryhmäharrastus on yhteydessä parempaan elämänlaatuun sekä yksin että jonkun toisen kanssa asuvilla iäkkäillä henkilöillä, mutta yhteys selittyy harrastajien nuoremman iän ja paremman alaraajojen toimintakyvyn perusteella. Myös asumismuoto oli yhteydessä elämänlaatuun siten, että yksin asuminen oli yhteydessä matalampaan elämänlaatuun. Kaikkein korkein elämänlaatu tämän tutkimuksen mukaan on niillä iäkkäillä henkilöillä, joilla on kodin ulkopuolella tapahtuva harrastus ja jotka asuvat jonkun toisen kanssa. Tämän poikkileikkaustutkimuksen perusteella ilmiöiden ajallinen järjestys jää kuitenkin epäselväksi. Tulosta selittää todennäköisesti se, että nuoremmille ja parempikuntoisille iäkkäille henkilöille kodin ulkopuolelle harrastamaan lähteminen on vaivattomampaa kuin huonompikuntoisille ja vanhemmille henkilöille.

Iäkkäiden henkilöiden kodin ulkopuolella tapahtuva ryhmäharrastus oli yhteydessä parempaan elämänlaatuun sekä yksin asuvilla että toisen kanssa asuvilla ja yhteys oli samanlainen. Tämä tutkimus vahvistaa siis aiempaa tutkimustietoa harrastusten hyödyistä. Hyväkuntoisilla näytti tutkimukseni mukaan kuitenkin olevan paremmat mahdollisuudet kodin ulkopuolelle harrastamaan lähtemiseen. Tämä tarkoittaa sitä, että myös iäkkäämpien ja huonokuntoisempien harrastusmahdollisuuksiin tulisi panostaa ja heidän pääsyään harrastuspaikoille tulisi helpottaa. Huono toimintakyky on monilla iäkkäillä merkittävä este mitä tulee kodin ulkopuolella liikkumiseen (Viljanen ym. 2016). Kyky kulkea paikasta toiseen milloin vain halutessaan on avaintekijä iäkkäiden henkilöiden hyvässä vanhenemisessä ja hyvinvoinnissa (Satariano ym. 2012). Tämän seurauksena kodin sisälle vastentahtoisesti jäävät iäkkäät kokevat elämänlaatunsa usein muita huonommiksi. Rantakokon ym. (2013) tutkimuksessa havaittiin, että liikkumisaktiivisuus elinpiirissä on yhteydessä iäkkäiden elämänlaatuun. Tutkimukseni tulos voi kertoa myös siitä, että kotiin mahdollisesti vastentahtoisesti jääminen voi olla yhteydessä huonompaan elämänlaatuun.

Aiemman tutkimustiedon mukaan harrastuneisuus on yleisempää nuoremmilla iäkkäillä henkilöillä (70–80-vuotiaat) ja varsinkin niillä iäkkäillä, joiden toimintakyky on hyvä (Agahi & Parker 2005). Oman tutkimukseni tulokset tukevat tätä tutkimusnäyttöä, sillä elämänlaadun erot selittyivät iällä ja alaraajojen toimintakyvyllä. Ikääntyessä myös toiminnallisten esteiden ja

vammojen esiintyminen kasvaa (Satariano ym. 2012). Myös oman tutkimukseni tulos viittaa siihen, että vanhemmiten kodin ulkopuolella liikkuminen vaikeutuu ja estää kodin ulkopuoliseen harrastukseen osallistumisen. Omasta tutkimuksestani voidaan myös tehdä se havainto, että vanhemmiten alaraajojen toimintakyky heikkenee, ja nimenomaan jalkojen toimintakyky on olennainen edellytys liikkumiselle. Tutkimuksessa havaittu harrastajien nuorempi ikä sekä parempi alaraajojen toimintakyky selittävät tätä ilmiötä.

Tutkimukseni tulos kertoo siitä, että huonompikuntoisilla iäkkäillä ei näytä olevan yhtä hyviä mahdollisuuksia päästä harrastamaan kodin ulkopuolelle kuin hyväkuntoisilla. Myös Pynnösen ym. (2012) tutkimuksessa havaittiin, että liikkumiskyky oli edellytys harrastamiselle. Harrastuneisuudesta on kuitenkin kaikille hyötyä. Tutkimusten mukaan harrastuneisuudella ja mielekkäillä harrastuksilla voidaan muun muassa vähentää riskiä sairastua dementiaan (Verghese ym. 2003) ja vähentää kuolleisuuden riskiä (Lennartsson & Silverstein 2001). Harrastuneisuuden on ylipäättään todistettu olevan hyödyllistä ja olevan positiivinen linkki hyvään vanheneeseen (Minhat & Amin 2012). Myös oma tutkimukseni vahvistaa harrastuneisuuden hyötyjä, sillä niillä yksin asuvilla, jotka harrastivat, oli parempi elämänlaatu kuin niillä yksin asuvilla, jotka eivät harrastaneet.

Aiemman tutkimustiedon mukaan sosiaalisen aktiivisuuden on havaittu olevan yhteydessä kuolleisuuteen (Sabin 1993; Pynnönen ym. 2012). Pynnösen ym. (2012) tutkimuksessa havaittiin, että yhteisöllisiin ja tuottaviin sosiaalisiin aktiviteetteihin osallistuminen oli yhteydessä vähentyneeseen kuolleisuuden riskiin. Osittain Pynnösen ym. (2012) tuloksia selittää kuitenkin se, että sosiaalisesti aktiiviset olivat myös muita osallistujia terveempiä. Myös Sabinin (1993) tutkimuksessa huomattiin, että sosioekspressiiviset suhteet (kirkossa käynti, vapaaehtoistyö, ystävien ja naapureiden näkeminen) vähentävät kuolleisuutta. Sabinin (1993) tutkimuksessa vaikutus havaittiin kuitenkin sekä terveiden että sairaampien iäkkäiden kohdalla. Ryhmäharrastuksen kautta iäkkäät ovat väistämättä vuorovaikutuksessa muihin ihmisiin, joten harrastuneisuus voi olla merkittävä väylä sosiaalisen aktiivisuuden ylläpidossa. Tutkimukseni tukee myös tätä tulosta, sillä ryhmäharrastus kodin ulkopuolella kuuluu sosiaalisiin aktiviteetteihin. Kuolleisuusanalyysi on verrannollinen elämänlaatumittaukseen, sillä huonomman elämänlaadun on todettu olevan yhteydessä kuolleisuuteen (Mapes ym. 2003). Merkitsevät sosiaaliset kontaktit ovat yhteydessä parempaan terveyteen ja hyvään ikääntymiseen (Holmén & Furukawa 2002; Tomaka ym. 2006). Myös kodin ulkopuolinen ryhmäharrastus voi tarjota iäkkäälle mahdollisuuden sosiaaliseen kanssakäymiseen.

Tutkimuksessa käytettiin aineistona LISPE-tutkimusprojektin haastatteluaineistoa, joten käytin niitä kysymyksiä ja niiden perusteella saatuja vastauksia, jotka aineistosta löytyivät. Tämä tutkimus ei vastaa siihen, millaiset kodin ulkopuolella tapahtuvat ryhmäharrasteet ovat suotuisimpia elämänlaadun kannalta. Aiempi tutkimusnäyttö kuitenkin viittaa nimenomaan mielekkäiden harrastusten vaikuttavuuteen, joten tärkeintä lienee se, minkä harrastuksen itse kukin kokee itse mukavaksi. Jatkotutkimuksissa voitaisiin ottaa selvää siitä, kuinka sosiaalisen aktiivisuuden rooli näkyy ryhmäharrasteissa ja myös sitä, mitkä ryhmäharrastukset ovat elämänlaadun kannalta kaikkein suotuisimpia.

Aiempaa tutkimustietoa harrastuneisuuden ja elämänlaadun välisestä yhteydestä on suhteellisen vähän (Onishi ym. 2006; Cheung ym. 2009). Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan näin ollen pitää löydöksenä, joka laajentaa ikääntyvien henkilöiden hyvinvointiin vaikuttavien tekijöiden tietämystä. Tutkimus tuo myös tietoa yksin asumisen haittojen parantamisesta. Yksin asuminen lisää riskiä iäkkäiden yksinäisyydelle ja masentuneisuudelle (Jennifer Yeh & Lo 2004), joten on löydettävä keinoja siihen, kuinka yksin asuvien iäkkäiden elämänlaatua ja hyvinvointia voidaan parantaa.

Tässä tutkimuksessa harrastukseksi määriteltiin sellainen toiminta, joka tapahtuu vähintään kerran kuukaudessa. On kuitenkin huomioitava, että on olemassa harrastus- ja ryhmätoimintaa, jota järjestetään ja johon osallistutaan myös harvemmin kuin kerran kuussa. Tässä tutkimuksessa raja täytyi kuitenkin vetää johonkin, joten vähintään kerran kuussa tapahtuva toiminta harrastamisen määrittelyn toteutumiseksi tuntui sopivimmalta. Vanhemmiten aktiivinen harrastaminen useasti viikossa voi olla hankalampaa, ja vähintään kerran kuukaudessa tapahtuva harrastaminen tuntui realistisimmalta ja yleisimmältä vaihtoehdolta. Täytyy kuitenkin muistaa, että esimerkiksi päivä- tai Marttatoimintaan osallistuminen kerran parissa kuukaudessa voi olla iäkkäälle ihmiselle tärkeä ja kokemuksellinen harrastus, vaikkei tässä tutkimuksessa sitä otettuun rajaukseen mukaan. Jatkotutkimuksissa voitaisiin selvittää, saataisiinko toisenlaisia tuloksia, mikäli mukaan otettaisiin vain kaikkein aktiivisimmin harrastavat iäkkäät henkilöt, esimerkiksi kerran viikossa tai useammin harrastavat.

Tutkimuksen alkuperäinen tarkoitus oli ottaa myös kotona tapahtuva harrastuneisuus analyysiin mukaan. Aineiston tarkastelussa kuitenkin paljastui, että kotona harrastaminen on iäkkäiden keskuudessa hyvin yleistä, sillä lähes jokaisella kotona asuvalla iäkkäällä oli kotiharrastus.

Myös aiemman tutkimustiedon mukaan kotona tehtävät harrastukset (esimerkiksi lehtien ja kirjojen lukeminen) ovat iäkkäiden suosituimpia harrastuksia (Agahi & Parker 2005; Minhat & Amin 2012). Myös kodin ulkopuoliset harrastukset, johon ei liity ryhmätoimintaa (esimerkiksi käynti konserteissa, teattereissa, elokuvissa, taidenäyttelyissä, kahviloissa) piti alun perin ottaa mukaan analyysiin. Tutkittavista kuitenkin liian harvalla oli tämän tyyppinen harrastus, joten aiheen tutkiminen ei ollut mielekästä. Valitsin tutkimukseeni muuttujaksi vain kodin ulkopuolella tapahtuvan ryhmäharrastuneisuuden, sillä muuten ryhmien välillä ei olisi ollut riittävästi eroja.

Oman tutkimuksen mukaan näyttää siltä, että kotona harrastaminen on iäkkäiden keskuudessa pikemminkin sääntö kuin poikkeus. Tähän voi olla monia syitä. Monelle iäkkäälle kotona harrastaminen lienee vaivatonta eikä vaadi ylimääräisiä ponnisteluja. Tämä tutkimus ei kuitenkaan voinut ottaa selvää siitä, onko kotona harrastaminen yhteydessä parempaan elämänlaatuun. Aiempi tutkimustieto viittaa siihen, että myös kotona ja kodin ulkopuolella harrastaminen on suotuisaa elämänlaadulle (Lennartsson & Silverstein 2001).

LISPE-tutkimus hyväksyttiin Jyväskylän yliopiston eettisessä toimikunnassa (Rantanen ym. 2012). Tutkimuksen eettisyys on otettu huomioon, sillä tutkimusaineistoa on käsitelty luottamuksellisesti ja tutkittavien osallistuminen tutkimukseen on ollut täysin vapaaehtoista. Tutkittavilla on myös ollut mahdollisuus jättäytyä tutkimuksesta pois missä tahansa tutkimuksen vaiheessa. Lisäksi muilla tutkijoilla oli mahdollisuus päästä tarkastelemaan tutkimusaineistoa (Rantanen ym. 2012).

LISPE-tutkimus on optimoitu ulkona liikkumisen selvittämiseen ja siksi se soveltuu myös kodin ulkopuolisen harrastuneisuuden selvittämiseen. Myös harrastuneisuuden määrittely on optimoitu tutkimusprojektiin. Lisäksi tutkimuksessa käytettävässä aineistossa on mukana suuri joukko osallistujia, joten tutkimuksen vahvuudeksi voidaan myös katsoa tutkimusaineisto. Myös tutkimuksessa käytettävät mittarit ovat valideja. Tutkittavat rekrytoitiin hankkeeseen väestörekisteriotteen perusteella, joten tällä tavalla pystytiin korjaamaan vapaaehtoisuuteen liittyvää harhaa. Tutkimuksessa käytettiin luokiteltua aineistoa, jossa jokaisessa ryhmässä oli jäseniä. Näin saatiin tehtyä moniulotteinen analyysi.

Tämä tutkimus on poikkileikkaustutkimus, joten ilmiön ajallinen järjestys jää selvittämättä. Jatkossa aiheesta tulisi tehdä pitkittäistutkimuksia, jotta ilmiöiden ajallinen järjestys pystyttäisiin

selvittämään. Lisäksi tutkimuksessa on tutkittu vain kerran kuukaudessa tapahtuvia harrastuksia, ei esimerkiksi säännöllisesti kerran kahdessa kuukaudessa tapahtuvia harrastuksia. Tämä saattoi rajata pois joitakin tutkittavia.

Tutkimuksen tulokset ovat yleistettävissä ainakin Pohjoismaihin, sillä ei ole syytä olettaa, että keskisuomalaisten iäkkäiden henkilöiden harrastustottumukset tai elämänlaatu eroaisivat esimerkiksi helsinkiläisten tai tukholmalaisien kesken. On syytä huomioida, että eri kulttuureissa on eroja asumisjärjestelyjen välillä. Esimerkiksi Aasian maissa iäkkäiden henkilöiden yksin asuminen on länsimaita harvinaisempaa (Brown ym. 2002; De Vos & Sandefur 2002).

Tutkimukseni tulos vahvistaa aiempaa tutkimusnäyttöä siitä, että harrastuneisuus voi olla yhteydessä iäkkäiden henkilöiden parempaan elämänlaatuun. Tulisikin kiinnittää enemmän huomiota siihen, kuinka kaikkien iäkkäiden harrastusmahdollisuuksia voidaan parantaa niin, että myös heikompikuntoiset pääsisivät harrastamaan kodin ulkopuolella. Ratkaisu tähän voisi löytyä esimerkiksi kunnallisista yhteisistä kyydityksistä harrastuspaikkoihin. Tämä on tietenkin resurssikysymys, johon ei välttämättä rahaa löydy. Olisi kuitenkin tärkeää huolehtia myös iäkkäiden yksin asuvien hyvinvoinnista, jotta he kokevat elämänlaatunsa paremmaksi ja voivat myös asua kotonaan mahdollisimman pitkään. Tätä kautta myös yhteiskunta säästäisi pitkällä aikavälillä rahaa ja palvelukotien ja laitosten paikkoja. On myös syytä muistaa, että iäkkäiden ihmisten kokema subjektiivinen hyvinvointi, toteutunut ihmisarvo ja ylipäänsä arvokas, huomaani kohtelu ovat tärkeitä arvoja.

LÄHTEET

- Agahi N. & Parker M. G. 2005. Are today's older people more active than their predecessors? Participation in leisure-time activities in Sweden in 1992 and 2002. *Ageing & Society* 25, 925–941. doi:10.1017/S0144686X05004058
- Andersson, L. 1998. Loneliness research and interventions: a review of the literature. *Aging & Mental Health*, 2 (4), 264-274.
- Aspden, T., Bradshaw, S. A., Playford, E. D., & Riazi, A. 2014. Quality-of-life measures for use within care homes: a systematic review of their measurement properties. *Age and ageing*, 43 (5), 596-603.
- Atchley, R.C. 1989. A continuity theory of normal aging. *The Gerontologist*, 29, 183–190.
- Barnes, L. L., Wilson, R. S., Bienias, J. L., Mendes de Leon, C. F., Kim, H. J. N., Buchman, A. S., & Bennett, D. A. 2007. Correlates of life space in a volunteer cohort of older adults. *Experimental aging research*, 33 (1), 77-93.
- Bolina, A. F., & Tavares, D. M. D. S. 2016. Living arrangements of the elderly and the socio-demographic and health determinants: a longitudinal study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, 1-10.
- Bowling A. 2008. Enhancing later life: How older people perceive active ageing? *Aging & Mental Health* 12 (3), 293–301.
- Brown J. W., Liang J., Krause N., Akiyama H., Sugisawa H. & Fukaya T. 2002. Transitions in Living Arrangements Among Elders in Japan: Does Health Make a Difference? *Journal of Gerontology* 57B (4), 209–220.
- Cheung, M. C., Ting, W., Chan, L. Y., Ho, K. S., & Chan, W. M. 2009. Leisure participation and health-related quality of life of community dwelling elders in Hong Kong. *Asian Journal of Gerontology and Geriatrics*, 4 (1), 15-23.
- Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R., & Vaupel, J. W. 2009. Ageing populations: the challenges ahead. *The Lancet*, 374 (9696), 1196-1208.
- Costanza R., Fishera B., Alib S., Beerc C., Bondd L., Boumansa R., Danigelise N. L., Dickinson J., Elliott C., Farleya J., Gayerg D. E., MacDonald Glennh L., Hudspethb T., Mahoneyi D., McCahillj L., McIntoshk B., Reedl B., Rizvim S. A. T., Rizzon D. M., Simpaticoj T. & Snapp R. 2007. Quality of life: An approach integrating opportunities, human needs, and subjective well-being. *Ecological Economics* 61, 267–276.

- Crombie I. K., Irvine L., Williams B., McGinnis A. R., Slane P. W., Alder E. M., McMurdo M. E. T. 2004. Why older people do not participate in leisure time physical activity: a survey of activity levels, beliefs and deterrents. *Age and Ageing* 33 (3), 287-292.
- Davis, M. A., Neuhaus, J. M., Moritz, D. J., & Segal, M. R. 1992. Living arrangements and survival among middle-aged and older adults in the NHANES1 Epidemiologic Follow-Up Study. *American Journal of Public Health* 82, 401-406.
- Davis M. A., Moritz, Deborah J., Neuhaus, J. M., Barclay J. D., Gee, L. 1997. Living arrangements, changes in living arrangements, and survival among community dwelling older adults. *American Journal of Public Health* 87 (3), 371-377.
- De Jong Gierveld, J., De Valk, H., & Blommesteijn, M. 2001. Living arrangements of older persons and family support in more developed countries.
- De Vos, S., & Sandefur, G. 2002. Elderly living arrangements in Bulgaria, The Czech Republic, Estonia, Finland, and Romania. *European Journal of Population/Revue européenne de démographie*, 18 (1), 21-38.
- Donaldson, J. M., & Watson, R. 1996. Loneliness in elderly people: an important area for nursing research. *Journal of advanced nursing*, 24 (5), 952-959.
- Evandrou, M., Falkingham, J., Rake, K., Scott, A., & ESRC Research Group Simulating Social Policy for an Ageing Society. 2001. The dynamics of living arrangements in later life: evidence from the British Household Panel Survey. *POPULATION TRENDS-LONDON-*, 37-44.
- Fassino S., Leombruni P., Daga G. A., Brustolin A., Rovera G. G., & Fabris F. 2002. Quality of life in dependent older adults living at home. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 35, 9-20
- Felce D., & Perry J. 1995. Quality of Life: Its Definition and Measurement. *Research in Developmental Disabilities* 16 (1), 51-74
- Gabriel, Z., & Bowling, A. 2004. Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing and Society*, 24(05), 675-691.
- Godbey, G. C., Caldwell, L. L., Floyd, M., & Payne, L. L. 2005. Contributions of leisure studies and recreation and park management research to the active living agenda. *American journal of preventive medicine*, 28 (2), 150-158.
- Hellström Y., Persson G., & Hallberg I. R. 2004. Quality of life and symptoms among older people living at home. *Journal of Advanced Nursing* 48(6), 584-593.

- Henchoz, Y., Meylan, L., Goy, R., Guessous, I., Bula, C., Demont, M., ... & Santos-Eggimann, B. 2015. Domains of importance to the quality of life of older people from two swiss regions. *Age and ageing*, 44 (6), 979-985.
- Hirosaki M., Ishimoto Y., Kasahara Y., Kimura Y., Konno A., Sakamoto R., Nakatsuka M., Ishine M., Wada T., Okumiya K., Fujisawa M., Otsuka K. & Matsubayashi K. 2009. Community-dwelling elderly Japanese people with hobbies are healthier than those lacking hobbies. *Geriatrics Society* 57 (6), 1132-1133.
- Holmén, K., & Furukawa, H. 2002. Loneliness, health and social network among elderly people—a follow-up study. *Archives of gerontology and geriatrics*, 35 (3), 261-274.
- Hurst, N. P., Kind, P., Ruta, D., Hunter, M., & Stubbings, A. 1997. Measuring health-related quality of life in rheumatoid arthritis: validity, responsiveness and reliability of EuroQol (EQ-5D). *Rheumatology*, 36 (5), 551-559.
- Hyypä M.T, & Mäki J. 2001. Individual-level relationships between social capital and self-rated health in a bilingual community. *Preventive Medicine* 32, 148–55.
- Jacobson, A. M., De Groot, M., & Samson, J. A. 1994. The evaluation of two measures of quality of life in patients with type I and type II diabetes. *Diabetes care*, 17 (4), 267-274.
- Janke, M., Davey, A., & Kleiber, D. 2006. Modeling change in older adults' leisure activities. *Leisure Sciences*, 28 (3), 285-303.
- Jennifer Yeh, S. C., & Lo, S. K. 2004. Living alone, social support, and feeling lonely among the elderly. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 32 (2), 129-138.
- Johar M. & Maruyama S. 2011. Intergenerational cohabitation in modern Indonesia: filial support and dependence. *Health Economics*. 20 (1), 87-104.
- Kane, R. A., Kling, K. C., Bershadsky, B., Kane, R. L., Giles, K., Degenholtz, H. B., ... & Cutler, L. J. 2003. Quality of life measures for nursing home residents. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 58 (3), 240-248.
- Kim, B. R. 2014. Health and living arrangements among older adults in diverse social and cultural contexts. University of Michigan. (Viitattu 10.10.2016) https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/108962/poya_1.pdf?sequence=1
- Kim J., Lee Y.-S. & Lee J. 2015. Living arrangements and suicidal ideation among the Korean older adults. *Aging & Mental Health* 20 (12), 1305-1313. <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2015.1078280>

- Kobrin F. E. 1976. The primary individual and the family: Changes in living arrangements in the United States since 1940. *Journal of Marriage and the Family* 38, 233–239.
- Lennartsson, C., & Silverstein, M. 2001. Does engagement with life enhance survival of elderly people in Sweden? The role of social and leisure activities. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56 (6), 335-342.
- Levasseur M., Tribble D. S. & Desrosiers J. 2009. Meaning of quality of life for older adults: Importance of human functioning components. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 49, 91–100.
- Lin, P. C., Yen, M., & Fetzer, S. J. 2008. Quality of life in elders living alone in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (12), 1610-1617.
- Mapes, D. L., Lopes, A. A., Satayathum, S., McCullough, K. P., Goodkin, D. A., Locatelli, F., ... & Bommer, J. 2003. Health-related quality of life as a predictor of mortality and hospitalization: the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Kidney international*, 64 (1), 339-349.
- Minhat, H. S., & Amin, R. M. 2012. Sociodemographic determinants of leisure participation among elderly in Malaysia. *Journal of community health*, 37 (4), 840-847.
- Netuveli, G., & Blane, D. 2008. Quality of life in older ages. *British medical bulletin*, 85 (1), 113-126.
- Netuveli G., Wiggins R. D., Hildon Z., Montgomery S. M. & Blane D. 2006. Quality of life at older ages: evidence from the English longitudinal study of aging (wave 1). *Journal of Epidemiology & Community Health* 60, 357-363.
- Neville S., Russell J., Adams J. & Jackson D. 2016. Living in your own home and being socially connected at 95 years and beyond: a qualitative study. *Contemporary Nurse* 52 (2-3), 258-268.
- Nummela, O., Sulander, T., Rahkonen, O. & Uutela, A. 2008. Associations of self-rated health with different forms of leisure activities among ageing people. *International Journal of Public Health* 53 (5), 227-235.
- Onishi J., Masuda Y., Suzuki Y., Gotoh T., Kawamura T. & Iguchi A. 2006. The pleasurable recreational activities among community-dwelling older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 43, 147–155.
- Pynnönen, K., Törmäkangas, T., Heikkinen, R. L., Rantanen, T., & Lyyra, T. M. 2012. Does social activity decrease risk for institutionalization and mortality in older people? *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 67, 765–774.

- Rantakokko, M., Portegijs, E., Viljanen, A., Iwarsson, S., & Rantanen, T. 2013. Life-Space mobility and quality of life in community-dwelling older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61 (10), 1830-1832.
- Rantanen T., Portegijs E., Viljanen A., Eronen J., Saajanaho M., Tsai L.-T., Kauppinen M., Palonen E.-M., Sipilä S., Iwarsson S. & Rantakokko M. 2012. Individual and environmental factors underlying life space of older people – study protocol and design of a cohort study on life-space mobility in old age (LISPE). *BMC Public Health* 12, 1018.
- Rolls L., Seymour J. E., Froggat K. A. & Hanratty B. 2011. Older people living alone at the end of life in the UK: Research and policy challenges. *Palliative Medicine* 25 (6), 650–657. TDOI: 10.1177/0269216310373165 pmj.sag
- Routasalo, P. & Pitkälä K. 2003. Ikääntyvien yksinäisyys – miten sitä on tutkittu gerontologiassa? *Gerontologia* 1/2003, 23–29. <http://elektra.helsinki.fi/se/g/0784-0039/17/1/ikaantyv.pdf> (Viitattu 23.3.2017)
- Rowinski, R., Dabrowski, A. & Kostka, T. 2015. Gardening as the dominant leisure time physical activity (LTPA) of older adults from a post-communist country. The results of the population-based PolSenior Project from Poland. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 60 (3), 486-491.
- Russell, D. 2009. Living Arrangements, Social Integration, and Loneliness in Later Life: The Case of Physical Disability*. *Journal of Health and Social Behavior*, 50 (4), 460-475.
- Sabin, E. P. 1993. Social relationships and mortality among the elderly. *Journal of Applied Gerontology*, 12, 44–60.
- Saito T., Kondo K., Murata C., Jeong S., Suzuki K. & Kondo N. 2015. Gender and regional differences in going-out, social, and leisure activities among older adults: Findings from the JAGES Project. *Journal of Public Health*, 62 (10) 596-608. http://doi.org/10.11236/jph.62.10_596
- Satariano, W. A., Guralnik, J. M., Jackson, R. J., Marottoli, R. A., Phelan, E. A., & Prohaska, T. R. 2012. Mobility and aging: new directions for public health action. *American Journal of Public Health*, 102 (8), 1508-1515.
- Satariano, W. A., Haight, T. J., & Tager, I. B. 2002. Living arrangements and participation in leisure-time physical activities in an older population. *Journal of Aging and Health*, 14 (4), 427-451.

- Saxena S. & Orley J. 1997. Quality of life assessment: the World Health Organization perspective. *European Psychiatry* 12 (3), 263-266.
- Sayers, S. P., Guralnik, J. M., Newman, A. B., Brach, J. S., & Fielding, R. A. 2006. Concordance and discordance between two measures of lower extremity function: 400 meter self-paced walk and SPPB. *Aging clinical and experimental research*, 18 (2), 100-106.
- Schooler C. & Mulatu M. S. 2001. The Reciprocal Effects of Leisure Time Activities and Intellectual Functioning in Older People: A Longitudinal Analysis. *Psychology and Aging* 16 (3), 466-482. DOI: 10.1037//0882-7974.16.3.466
- Silverstein, M., & Parker, M. G. 2002. Leisure activities and quality of life among the oldest old in Sweden. *Research on Aging*, 24 (5), 528-547.
- Skevington S. M., Lofty M., & O'Connell K. A. 2004. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research* 13, 299–310.
- Skevington, S. M., & O'Connell, K. A. 2004. Can we identify the poorest quality of life? Assessing the importance of quality of life using the WHOQOL-100. *Quality of life Research*, 13 (1), 23-34.
- Tan K. K., He H. G., Chan S. W. & Vehviläinen-Julkunen K. 2015. The experience of older people living independently in Singapore. *International Nursing Review* 62, 525-535.
- Tilastokeskus. 2013. Monet syrjäseutujen vanhukset asuvat vielä puutteellisesti. http://www.stat.fi/artikkelit/2012/art_2012-12-10_006.html?s=1 (Viitattu 24.2.2017)
- Timonen P. 2009. Arkiset haaveet – luontoharrastukset nautinnon lähteenä. Teoksessa Liikkanen M. (toim.) *Suomalainen vapaa-aika*. 1. painos. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press, 203-224.
- Toepoel, V. 2013. Ageing, leisure, and social connectedness: how could leisure help reduce social isolation of older people? *Social indicators research*, 113 (1), 355-372.
- Tomassini C., Glaser K., Wolf D. A., Broese van Groenou M. I. & Grundy E. 2004. Living arrangements among older people: an overview of trends in Europe and the USA. *Population Trends*.

- Tomaka, J., Thompson, S., & Palacios, R. 2006. The relation of social isolation, loneliness, and social support to disease outcomes among the elderly. *Journal of aging and health*, 18(3), 359-384.
- Tsai, L.-T. 2017. Walking, physical activity and life-space mobility among older people. *Jyväskylän yliopisto. Studies in sport, physical education and health* 254.
- Urciuoli O., Dello Buono M., Padoani W. & De Leo D. 1998. Assessment of quality of life in the oldest-olds living in nursing homes and at home. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 6, 507-514.
- Valtioneuvoston periaatepäätös. 2013. Ikääntyneiden asumisen kehittämisohjelma vuosille 2013–2017. Viitattu 29.5.2017. http://www.ym.fi/fi-fi/asuminen/ohjelmat_ja_strategiat/Ikaantyneiden_asumisen_kehittamisohjelma
- Vaarama, Marja & Moisio, Pasi & Karvonen, Sakari (toim.) 2010. *Suomalaisten hyvinvointi 2010*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80297/8cec7cec-5cf3-4209-ba7a-0334ecdb6e1d.pdf?sequence=1%23page=127> (Viitattu 24.2.2017).
- Veijanen L. 2004. *Kaverit, perhe ja harrastukset*. Jyväskylän yliopisto. Opettajankoulutuslaitos. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 2.4.2017. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/10242/G0000620.pdf?sequence=1>
- Verghese, J., LeValley, A., Derby, C., Kuslansky, G., Katz, M., Hall, C., Buschke H. & Lipton, R. B. 2006. Leisure activities and the risk of amnesic mild cognitive impairment in the elderly. *Neurology*, 66 (6), 821-827.
- Victor, C., Scambler, S., Bond, J., & Bowling, A. 2000. Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology*, 10 (04), 407-417.
- Viljanen, A., Mikkola, T. M., Rantakokko, M., Portegijs, E. & Rantanen, T. 2016. The association between transportation and life-space mobility in community-dwelling older people with or without walking difficulties. *Journal of Aging and Health*, 28 (6), 1038-1054.
- Waters, E., Davis, E., Ronen, G. M., Rosenbaum, P., Livingston, M., & Saigal, S. 2009. Quality of life instruments for children and adolescents with neurodisabilities: how to choose the appropriate instrument. *Developmental medicine & child neurology*, 51 (8), 660-669.
- Wilcox, S., Castro, C., King, A. C., Housemann, R., & Brownson, R. C. 2000. Determinants of leisure time physical activity in rural compared with urban older and ethnically

diverse women in the United States. *Journal of epidemiology and community health*, 54 (9), 667-672.

World Health Organisation. 1996. WHOQOL-BREF: Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63529/1/WHOQOL-BREF.pdf>