

LESKEYS, PSYKOLOGINEN RESILIENSSI JA ELÄMÄNLAATU

Anne Pälve

Gerontologian ja kansanterveyden pro gradu
-tutkielma
Liikuntatieteellinen tiedekunta
Jyväskylän yliopisto
Kevät 2019

TIIVISTELMÄ

Pälve, A. 2019. Leskeys, psykologinen resilienssi ja elämänlaatu. Liikuntatieteellinen tiedekunta, Jyväskylän yliopisto, gerontologian ja kansanterveyden pro gradu -tutkielma, 39 s.

Leskeys yleistyy iän myötä ja se on yleisempää naisilla kuin miehillä. Puolison menetys vaikuttaa usein lesken fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen sekä sosiaalisiin suhteisiin ja sitä kautta myös lesken elämänlaatuun. Psykologinen resilienssi tarkoittaa ihmisen joustavuutta sekä sopeutumis- ja selviytymiskykyä hänen kohdatessaan elämässään vastoinkäymisiä tai menetyksiä. Resilienssi auttaa ihmistä toipumaan ja palautumaan vastoinkäymisistä nopeammin sekä käyttämään vaikeankin kokemuksen hyväkseen. Psykologisella resilienssillä on myös myönteinen vaikutus toimintakykyyn ja koettuun elämänlaatuun.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää onko leskeydellä yhteyttä iäkkäiden henkilöiden elämänlaatuun. Lisäksi tarkasteltiin onko psykologisella resilienssillä yhteyttä iäkkäiden leskien ja ei-leskien elämänlaatuun.

Tutkimusaineistona käytettiin Active aging -resilience and external support as modifiers of the disablement outcome (AGNES) -kohorttitutkimuksen kotihaastatteluaineistoa. Tutkimukseen osallistui yhteensä 1018 henkilöä, joista leskiä oli 263. Iältään tutkittavat olivat 75-, 80- ja 85-vuotiaita. Leskeys selvitettiin kysymällä tutkittavien siviilisääty. Psykologista resilienssiä mitattiin 10-kohtaisella Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-10) -mittarilla ja elämänlaatua Older People's Quality of Life (OPQOL-brief) -mittarilla. Tilastollisina menetelminä käytettiin ristiintaulukointia, χ^2 -testiä, Independent Samples T-testiä sekä Pearsonin korrelaatiota ja Fisherin Z-testiä.

Leskeys oli yhteydessä iäkkäiden henkilöiden elämänlaatuun eli leskillä elämänlaatu oli hieman huonompi kuin ei-leskillä ($p=.036$). Psykologisen resilienssin ja elämänlaadun väliltä löytyi myös yhteys. Sekä leskillä ($r=.555$) että ei-leskillä ($r=.522$) muuttujien välillä oli vahva, positiivinen korrelaatio eli mitä parempi psykologinen resilienssi oli, sitä parempi oli myös elämänlaatu. Psykologisen resilienssin ja elämänlaadun välisessä korrelaatioissa ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa.

Leskeyden on todettu olevan riskitekijä elämänlaadun heikkenemiselle. Tässä tutkimuksessa psykologisella resilienssillä oli yhteys elämänlaatuun, joten olisi tärkeä kehittää erilaisia keinoja, jolla voitaisiin tukea leskien resilienssiä. Esimerkiksi vertaistukea kehittämällä voitaisiin parantaa leskien arjessa selviytymistä ja sitä kautta edistää heidän elämänlaatuaan.

Asiasanat: leskeys, leski, psykologinen resilienssi, elämänlaatu, iäkkäät

ABSTRACT

Pälve, A. 2019. Widowhood, psychological resilience and quality of life. Faculty of Sport and Health Sciences, University of Jyväskylä, Gerontology and public health. Master's thesis, 39 pp.

Widowhood is increasing with age and is more common in women than in men. The loss of a spouse often affects the physical and mental health of the widow, as well as social relationships, and hence the quality of life of the widow. Psychological resilience means human flexibility and adaptability and coping ability when faced with adversity or loss in life. A resilient person will recover faster from adversity and will be able to utilize the difficult experience. Psychological resilience also has a positive effect on functioning and quality of life.

The purpose of this study was to explore whether there is an association between the widowhood and the quality of life of older people. In addition, it was studied whether psychological resilience is associated with quality of life of older widows and non-widows.

The research data of this master's thesis is based on face-face interview of the Active aging - resilience and external support as a disablement outcome (AGNES) cohort study. A total of 1,018 people participated in the study, of whom 263 were widows. The age groups were 75-, 80- and 85-year-olds. The widowhood was found out by asking the marital status of the participants. Psychological resilience was measured with a 10-item Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-10). Quality of life was evaluated using the Older People's Quality of Life (OPQOL-brief) questionnaire. Cross-tabulation, χ^2 -test, the Independent Samples T-test, and Pearson's correlation and Fisher's Z-test were used as statistical methods.

There was an association with widowhood and quality of life, meaning that the widow's quality of life was slightly worse than non-widows ($p=.036$). There was also an association between psychological resilience and quality of life. Both widows ($r=.555$) and non-widows ($r=.522$) had strong, positive correlation, i.e. the better the psycho-logical resilience, the better the quality of life. There was no statistically significant difference in correlations between the psychological resilience and the quality of life among widows and non-widows.

Widowhood has been found to be a risk factor for the deterioration of quality of life. In this study, psychological resilience had an association with quality of life, so it would be important to develop various tools to support the resilience of widows. For example, the development of peer support could improve widows' everyday life and thereby enhance their quality of life.

Key words: widowhood, widow, psychological resilience, quality of life, older people

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO.....	1
2 LESKEYS.....	3
3 PSYKOLOGINEN RESILIENSSI.....	6
4 ELÄMÄNLAATU	9
5 LESKEYS, RESILIENSSI JA ELÄMÄNLAATU	13
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	16
7 TUTKIMUSAINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT	17
7.1 Tutkimusaineisto ja tutkimuksen kulku.....	17
7.2 Muuttajat ja mittarit.....	18
7.2.1 Psykologinen resilienssi	18
7.2.2 Elämänlaatu	18
7.2.3 Siviilisäätö ja taustamuuttajat.....	19
7.3 Tilastolliset menetelmät.....	19
8 TULOKSET	20
9 POHDINTA.....	22
LÄHTEET	25

1 JOHDANTO

Puolison kuolema on yksi ihmisen elämän stressaavimmista ja traumaattisimmista kokemuksista ja se heikentää lähes aina iäkkään lesken hyvinvointia ja elämänlaatua (Bennett & Soulsby 2012). Leskeys voi aiheuttaa fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia ja taloudellisia ongelmia. Leskillä esiintyy usein erilaisia kipuja, masennusta, itkuisuutta, yksinäisyyttä ja keskittymisvaikeuksia (Kowalski & Bondmass 2008). Toisaalta leskeys voi myös osaksi parantaa lesken elämänlaatua silloin, jos avioliitto on koettu huonoksi ja siinä on ollut paljon ristiriitoja (Dutton & Zisook 2005). Osa leskeyden aiheuttamista ongelmista on lyhytkestoisia ja osa pidempikestoisia (Pienta & Franks 2006). Leskeys yleistyy iän myötä ja se on yleisempää naisilla kuin miehillä (Bennett & Soulsby 2012).

Ihmisen kohdatessa menetyksen tai muun vaikeuden, reagointi siihen on yksilöllistä. Psykologinen resilienssi, joka määritellään muun muassa ihmisen sopeutumis- ja selviytymiskyvyksi ja joustavuudeksi, auttaa ihmistä toipumaan ja palautumaan vastoinkäymisistä sekä käyttämään vaikeankin kokemuksen hyväkseen (Zautra ym. 2010, Herrman ym. 2011). Siihen onko psykologinen resilienssi yksilön luonteenpiirre vai dynaaminen prosessi vai näitä molempia yhdessä, ei tutkijoillakaan ole yksiselitteistä vastausta. Kun ihmisen sanotaan olevan resilientti, hän on joustava, avoin ja suhtautuu elämään realistisesti (Herrman ym. 2011). Dynaamisessa prosessissa ihmisen ajatellaan työstävän menetystään ja oppivan uusia asioita itsestään sekä löytävän uusia näkökulmia elämäänsä (Herrman ym. 2011, Goodman ym. 2017). Dynaamisessa prosessissa resilienssi kasvaa koko ihmisen elämän ajan erilaisten menetysten ja vastoinkäymisten kautta (Mancini & Bonanno 2010). Oli psykologinen resilienssi sitten luonteenpiirre tai dynaaminen prosessi, niin sillä on myönteinen vaikutus ihmisen toimintakykyyn ja koettuun elämänlaatuun (Mancini & Bonanno 2010, Herrman ym. 2011, Goodman ym. 2017).

Elämänlaatu koostuu objektiivista ja subjektiivisista osatekijöistä. Objektiivisia osatekijöitä ovat muun muassa se kuinka ihminen toimii suhteessa terveyteensä sekä erilaisiin kognitiivisiin asioihin, kuten päätöksentekoon, oppimiseen ja ajatteluun. Lisäksi niihin kuuluvat asuinympä-

ristö ja sen turvallisuus sekä palveluiden saatavuus. Subjektiiivisia osatekijöitä ovat muun muassa ihmisen oma arvio elämästään ja siihen liittyvistä tärkeistä asioista. Elämänlaadun subjektiivisiin osatekijöihin kuuluu myös psyykinen hyvinvointi, johon liittyy mielenterveys, positiivinen mieliala ja yleinen tyytyväisyys elämään (Lawton 1999). Lisäksi taloudellinen turvallisuus vaikuttaa elämänlaatuun (Netuveli & Blane 2008, Webb ym. 2011).

Psykologisen resilienssin yhteyttä iäkkäiden leskien elämänlaatuun on tärkeä tutkia, koska puolison kuolemalla on monenlaisia elämänlaatua heikentäviä seurauksia. Tiedetään, että psykologinen resilienssi auttaa ihmistä selviytymään (Zautra ym. 2010, 4), palautumaan vastoinkäymisistä ja menetyksistä (Herrmann ym. 2011) sekä hyväksymään ne osaksi elämäänsä (Hildon ym. 2008). Siksi olisi tärkeää muistaa hyödyntää resilienssin tarjoamat mahdollisuudet elämänlaadun parantamiseksi.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, onko leskeydellä yhteyttä iäkkäiden henkilöiden elämänlaatuun. Lisäksi tarkastellaan, onko psykologisella resilienssillä yhteyttä iäkkäiden leskien ja ei-leskien elämänlaatuun.

2 LESKEYS

Henkilöstä tulee leski, kun hänen puolisonsa kuolee. Suomessa virallisen siviilisäädyn luokituksen mukaan henkilö voi olla leski vain silloin, kun hänen puolisonsa kuolee heidän ollessa avioliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa. Avoliittoa ei ole virallisesti luokiteltu siviilisäädiksi, joten avioliitossa puolison kuollessa avopuoliso ei ole virallisesti leski vaikka heillä olisi ollut yhteisiä lapsia (Tilastokeskus). Tämä vaikuttaa esimerkiksi taloudellisesti siten, että ”avo-leski” ei saa leskeneläkettä (Kela). Monille ”avo-leskille” tämä on tullut yllätyksenä. Usein ajatellaan, että jos avoparilla on ollut yhteisiä lapsia, niin heille kuuluvat samat oikeudet kuin aviopareille.

Leskeyden esiintyvyys. Leskeys yleistyy iän myötä ja se on yleisempää naisilla kuin miehillä (Bennett & Soulsby 2012). Suomessa oli vuoden 2017 lopussa yli 65-vuotiaita leskiä yhteensä 249 758, joista naisia oli 200 597 ja miehiä 49 161. Samana ajankohtana leskiä oli 60–64-vuotiaista yhteensä 14 984, joista naisia 11 769 ja miehiä 3 215 (Tilastokeskus PX-WEB, 1). Luvuissa on mukana vain avioliitosta tai rekisteröidystä parisuhteesta leskeytyneet. Tilastojen mukaan leskeys on vähentynyt naisilla viimeisen 20 vuoden aikana, kun miehillä se on lisääntynyt (Tilastokeskus PX-WEB, 1) vaikka sekä yli 65-vuotiaiden että 60–64-vuotiaiden osuus väestöstä on kasvanut viimeisen 20 vuoden aikana (Tilastokeskus PX-WEB, 2). Mielenkiintoinen kysymys on, mikä selittäisi tätä ristiriitaa. Ovatko avoliitot mahdollisesti lisääntyneet viimeisen 20 vuoden aikana, joka selittäisi miesten lisääntynyttä leskeytymistä vaikka yleisesti leskeys on naisilla yleisempää (Bennett & Soulsby 2012). Vai voisiko miesten lisääntynyt elinikä ja siten puolisoiden yhdessä pidempään eläminen selittää tätä.

Leskeyden vaikutukset elämään. Avioliitossa elävillä on huomattu olevan parempi terveys kuin ei avioliitossa elävillä (Schaan 2013) ja se suojaa jopa kuolemalta (Moon ym. 2013), joten puolison kuoleminen vaikuttaa aina voimakkaasti ihmisen elämään. Puolison menetys vaikuttaa usein myös heikentävästi iäkkään lesken fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen (Kowanski & Bondmass 2008, Stahl ym. 2016) ja se voi olla jopa riski kuolemalle (Matikainen & Valkonen

1996, Fagundes ym. 2018). Lisäksi puolison kuolema voi vaikuttaa iäkkään lesken sosiaalisiin suhteisiin sekä taloudelliseen tilaan. Bennettin (2010) mukaan puolison menetyksestä johtuvat vaikutukset elämään alkavat vähenemään kahden vuoden jälkeen.

Kowalski & Bondmass (2008) selvittivät poikittaistutkimuksessaan leskien fyysisiä ja psykisiä oireita sekä fyysisten oireiden yhteyttä suruun. Tutkimukseen osallistui 173 naisleskeä iältään 31–91-vuotiaita. Tuloksissa fyysisiä oireina esiin nousivat erilaiset kivut, kuten selkäkipu ja päänsärky, huimaus, painonnousu tai -lasku, verenpaineen nousu sekä hengitysvaikeudet. Samoja oireita raportoivat Utz ym. (2012) pitkittäistutkimuksessaan, jossa he selvittivät äskettäin leskeksi (n=328) jääneiden fyysisiä oireita. Tutkittavista 54 % ilmoitti kokevansa myös väsymystä (Utz ym. 2012). Lisäksi tutkittavilla esiintyi unettomuutta ja painajaisia (Kowalski & Bondmass 2008, Utz ym. 2012). Äskettäin leskeytyneiden on todettu käyttävän unilääkkeitä useammin kuin kauemmin leskenä olleiden (Möller ym. 2011). Psykkisistä oireista esiin nousi masennus ja ahdistus, yksinäisyys, itkuisuus, toivottomuuden tunne ja yleinen huolestuneisuus sekä keskittymisvaikeudet (Kowalski & Bondmass 2008, Utz ym. 2012). Omaishoitajuudella ja koetulla avioliiton laadulla oli myös yhteys masennukseen. Omaishoitajina toimineet iäkkäät lesket raportoivat vähemmän masennusoireita kuin ei-omaishoitajina toimineet, koska omaishoitajuus oli koettu raskaaksi (Schaan 2013). Sekä Kowalskin & Bondmassin (2008) että Utzin ym. (2012) tutkimuksissa löytyi yhteys fyysisten oireiden ja surun ja masennuksen väliltä. Vaikka Utzin ym. (2012) puolentoista vuoden ajan kestäneen tutkimuksen aikana sekä fyysiset että suruun ja masennukseen liittyvät oireet vähenivät keskimäärin alle kolmeen oireeseen, kun niitä alkutilanteessa oli ollut keskimäärin yli neljä (Utz ym. 2012), niin suru on voimakas stressitekijä lesken hyvinvoinnille ja sillä on myös vaikutus lesken terveyteen (Kowalski & Bondmass 2008).

Eräissä tutkimuksissa todettiin, että leskeytymisellä oli yhteys myös nautintoaineiden käyttöön. Lähes puolella tutkittavista, jotka tupakoivat, tupakointi lisääntyi ja 21 % tutkittavista ilmoittivat myös alkoholin kulutuksensa lisääntyneen (Kowalski & Bondmass 2008).

Fagundes ym. (2019) pyrkivät tutkimuksessaan selvittämään oliko suru yhteydessä kehossa ilmenevään tulehdukseen. Leskillä, joilla oli enemmän masennusoireita, todettiin korkeammat

tulehdustasot kuin leskillä, joilla oli vähemmän masennusoireita. Fagundesin ym. (2019) tutkimus oli ensimmäinen, jossa koetun surun voimakkuus näkyi eroavuutena kehon tulehdusmerkkiaineissa. Yleisesti on todettu, että masennukseen liittyy matala-asteinen tulehdus, joka on keskeinen sydän- ja verisuonisairauksien ja kuolleisuuden ennustaja. Puolisonsa menettäneillä on ensimmäisten kuukausien jälkeen kasvanut riski sydän- ja verisuonisairauksiin sekä ennenaikaiseen kuolemaan (Moon ym. 2013). Sydän- ja verisuonisairauksien ja kuolemanriskin välinen yhteys tuli esiin myös Fagundesin ym. (2018) toisessa tutkimuksessa, jossa puolison menettämisestä aiheutuva psykologinen stressi voi alentaa sydämen sykkeen vaihtelua ja näin lisätä riskiä sydän- ja verisuonisairauksille (Fagundes ym. 2018).

Ikääntyneillä esiintyy usein yksinäisyyttä ja leskeys on yksi merkittävä tekijä yksinäisyyden kokemiselle niin naisilla kuin miehillä (Tiikkainen 2007, Routasalo 2010, Dahlberg ym. 2018). Leskeydestä johtuva sosiaalisten suhteiden katkeaminen ja yksinäisyyden kokeminen on yleisempää miehillä (Tiikkainen 2007, Routasalo 2010), mutta kun leskeydestä oli kulunut yli viisi vuotta, yksinäisyyden kokemisessa ei ollut eroa sukupuolten välillä (Nicolaisen & Thorsen 2014).

Leskeys voi vaikuttaa myös lesken taloudelliseen tilanteeseen. Suomessa leski voi saada leskeneläkettä Kansaneläkelaitokselta (Kela) tai kuolleen puolisonsa työeläkelaitokselta. Kelan maksamaa leskeneläkettä voi saada siihen asti, kun leski täyttää 65 vuotta. Työeläkelaitoksen maksamassa eläkkeessä ei ole ikärajaa eli leski voi saada sitä loppuelämänsä ajan. Leskeneläkkeen ehtona molemmissa tapauksissa on, että henkilöt ovat olleet avioliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa ennen puolison kuolemaa (Eläketurvakeskus, Kela). Huono taloudellinen tilanne voi vaikuttaa myös psyykkiseen hyvinvointiin esimerkiksi masennusoireiden lisääntymisenä, joita on todettu esiintyvän enemmän leskimiehille kuin leskinaisille (Schaanin 2013).

3 PSYKOLOGINEN RESILIENSSI

Alun perin resilienssi-käsitettä käytettiin teollisuudessa kuvaamaan aineen tai esineen kykyä palautua alkuperäiseen muotoonsa eli sillä tarkoitettiin aineen tai esineen kimmoisuutta tai joustavuutta. Teollisuudesta resilienssi-käsite on siirtynyt muille aloille, mutta useimmiten se liitetään ihmisen persoonallisuuden ja käyttäytymisen tutkimukseen (Herrman ym. 2011). Viime aikoina resilienssiä on alettu tutkia myös muun muassa yritys-elämän (Carden ym. 2018, Parker & Khadija 2018, Sahebjamnia ym. 2018), talouselämän (Ullah & Khan 2017, Bag ym. 2019), matkailun ja turismin (Podhorodecka 2018, Dogru ym. 2019) sekä ympäristön (Zemp ym. 2017, Tucci 2018) yhteydessä.

Resilienssillä oli useita alakäsitteitä, kuten sosiaalinen resilienssi (Bolzan & Gale 2018, Rakhimova 2018), käyttäytymisen resilienssi (Tak ym. 2014, Schwarz ym. 2016), fyysinen resilienssi (Duan-Porter ym. 2016, Schorr ym. 2018) ja psykologinen resilienssi (Herrman ym. 2011, Goodman ym. 2017). Tässä pro gradu -tutkielmassa resilienssillä tarkoitetaan psykologista resilienssiä.

Määritelmä. Resilienssi on vaikea määritellä yksiselitteisesti, mutta yleisesti se määritellään sopeutumisen- tai selviytymiskyvyksi (Zautra ym. 2010, 4), joustavuudeksi ja kyvyksi palautua vastoinkäymisistä (Herrman ym. 2011) sekä kyvyksi löytää vastoinkäymisistä positiivisia asioita (Zautra ym. 2010, 5, Hermann ym. 2011). Kun iäkkäitä henkilöitä pyydettiin määrittelemään resilienssin, vastauksissa tuli esiin, että resilienssi koettiin positiiviseksi asenteeksi asioihin ja tapahtumiin sekä realismiksi etenkin ikääntymistä kohtaan (Wilesin ym. 2012). Iän lisääntyminen mahdollistaa resilienssin kehittymisen. Gooding ym. (2012) vertasivat tutkimuksessaan muun muassa resilienssin esiintyvyyttä iäkkäiden (yli 65-vuotiaat) ja nuorien (18–25-vuotiaat) aikuisten välillä. Resilienssin mittaus koostui sosiaalisen tuen, emotionaalisen sääntelyn ja ongelmanratkaisun osa-alueista. Tulokset osoittivat, että iäkkäät olivat enemmän resilienttejä kuin nuoret aikuiset, etenkin emotionaalisen sääntelykyvyn ja ongelmanratkaisun suhteen (Gooding ym. 2012). Oman kulttuurin ja oman suvun historian tunteminen sekä oman kielen tai murteen käyttäminen koettiin myös tukevan ja vahvistavan resilienssiä (Wilesin ym.

2012). Määritellessään resilienssiä tutkijat pohtivat sitä onko resilienssi luonteen- tai persoonallisuudenpiirre vai tietynlainen dynaaminen prosessi, jossa resilienssi kasvaa ihmisen koko elämän ajan erilaisten menetysten ja vastoinkäymisten myötä (Boerner & Jopp 2010, 126, Luecken & Gress 2010, 242, Mancini & Bonanno 2010, 259).

Luonteen- tai persoonallisuuspiirre. Tutkimuksissa ihminen, jonka kuvataan olevan resilientti, on avoin, joustava ja ulospäinsuuntautunut (Herrman ym. 2011). Hän luottaa itseensä ja osaa eritellä tunteitaan, vahvuuksiaan ja heikkouksiaan (Skodol 2010, 114). Hän suhtautuu optimistisesti tulevaan (Herrman ym. 2011) ja hänellä on ymmärrys ja kyky kohdata vastoinkäymiset (Rafali & Hiller 2010, 171) ja hän palautuu vastoinkäymistä edeltävälle tai jopa ”korkeammalle” tasolle eli voidaan sanoa, että hän oppii vastoinkäymisistä (Herrman ym. 2011). Wilesin ym. (2012) tutkimukseen osallistujat pitivät resilienttinä ihmisenä henkilöä, joka tunnistaa elämässä hyvät asiat ja hänellä on hyvä itseluottamus sekä hyvä huumorintaju. Saman tutkimuksen haastatteluissa osallistujat korostivat myös sosiaalisen tuen merkitystä niin perheen, ystävien kuin naapurienkin kesken sekä kykyä hyväksyä apua esimerkiksi sairauden takia tai toimintakyvyn heiketessä eli ihmisellä on hyvä sopeutumiskyky sen hetkiseen elämän tilanteeseensa. Myös Hildonin ym. (2008) tutkimuksessa muiden avun vastaanottaminen koettiin merkittäväksi tekijäksi.

Dynaaminen prosessi. Hermann ym. (2011) mukaan resilienssi on dynaaminen prosessi, jossa ihminen muun muassa pystyy palautumaan stressaavan ja psyykkistä hyvinvointiaan horjuttavan vastoinkäymisen jälkeen ja löytämään siitä positiivisia asioita. Aikaisempien vastoinkäymisten jäsentäminen ja tulkitseminen (Hildon ym. 2008) sekä kyky kielteisten tunteiden säätelyyn (Korkeila 2017) ovat välttämättömiä resilienssin kehittymiselle. Kun henkilö pystyy selvittämään vastoinkäymisen merkityksen, niin samalla hän aidosti hyväksyy sen osaksi elämäänsä (Hildon ym. 2008) ja näin voi myös oppia uusia asioita itsestään ja nähdä uusia mahdollisuuksia, joita hän voi hyödyntää tulevaisuudessa (Herrman ym. 2011, Goodman ym. 2017). Saadessaan etäisyyttä tapahtuneeseen, se ei myöskään järkytä ihmisen tasapainoa tunteiden ja päivittäisen arjen välillä (Hildon ym. 2008). Korkeilan (2017) mukaan resilienssin kehittäminen vaatii harjoittelua. Suuri osa eri toiminnoistamme on automaattisia, joten niiden tiedostaminen ja harjoittaminen tukee hyvää mielenterveyttä (Korkeila 2017). Kaiken ikäisten

on tärkeää ylläpitää resilienssiin liittyviä selviytymistaitoja, koska ne tukevat resilienssiä koko elinkaaren ajan (Gooding ym. 2012).

Muut resilienssiin liittyvät tekijät. Tekijät, kuten sosioekonominen eriarvoisuus, ihmisoikeudet ja huonot sosiaaliset suhteet, vaikuttavat resilienssin kehitykseen ja siten yksilön sopeutumiskykyyn riippumatta hänen etnisestä taustastaan tai asuinmaastaan (Zautra ym. 2010, 5, Herrman ym. 2011). Myös lapsuudessa koetut vastoinkäymiset vaikuttavat resilienssin kehittymiseen myöhemmällä iällä. Jos lapsuudessa on ollut turvallisia ihmiskontakteja, kuten omat vanhemmat tai kannustava opettaja ja vastoinkäymiset on kohdattu turvallisessa ympäristössä, ne ovat vaikuttaneet positiivisesti resilienssin kehittymiseen (Herrman ym. 2011).

Vähemmälle huomiolle resilienssin tutkimuksessa on jäänyt perimä. Jokainen ihminen syntyy omien erilaisten taipumuksiensa kanssa ja se tekee meistä erilaisia. Tästä erilaisuudesta johtuen sama ympäristö tuo esiin ihmisten erilaiset reaktiot ja suhtautumiset asioihin ja siksi sillä on myös vaikutus resilienssiin (Lemery-Chalfant 2010, 55).

Pargament & Cummingsin (2010, 193) ja Wilesin ym. (2012) mukaan uskonnollisuus on monille ihmisille merkittävä resilienssiä vahvistava tekijä, koska se auttaa heitä kestäämään elämän tuomat vastoinkäymiset ja jäsentämään elämäntarkoitusta. Esimerkiksi zen-buddhalaisuudessa ajatellaan elämän olevan kärsimystä ja kuolema vapauttaa uudelle tasolle. Tästä johtuen esimerkiksi läheisen ihmisen menetys voi olla helpompi kestää (Boerner & Jopp 2010, 139). Pargament & Cummingsin (2010, 207) tuovat myös esiin, että jotkut uskonnollisuuden muodot voivat enemminkin pahentaa kuin lievittää vastoinkäymisen aiheuttamia seurauksia ja näin alentaa sekä resilienssiä että elämänlaatua ja jopa lisätä negatiivisia tunteita.

Resilienssi on tärkeä tekijä ihmisen elämässä ja se on yhteydessä hänen kokonaisvaltaiseen hyvinvointiinsa. Resilientti eli joustava ja realistisesti elämän vastoinkäymisiin suhtautuva ihminen ymmärtää ja hyväksyy elämän moninaisuuden. Resilienssi myös tukee yksilön kasvua ihmisenä.

4 ELÄMÄNLAATU

Elämänlaatu on monitahoinen ja jopa hieman epämääräinen käsite, jonka määrittäminen ei ole yksinkertaista ja siksi tutkijoillakaan ei ole siitä yhteistä näkemystä (Lawton 1991, Tobiasz-Adamczyk ym. 2017, Vanleerberghe ym. 2017) eikä myöskään siitä mistä ominaisuuksista tai osatekijöistä elämänlaadun mittaaminen koostuu (Vanleerberghe ym. 2017). Vanleerberghe ym. mukaan (2017) on kuitenkin muutamia näkökantoja, joista tutkijat ovat yksimielisiä. Tutkijoiden mukaan elämänlaatu on moniulotteinen ja dynaaminen elämään kuuluva tila, joka muodostuu objektiivisista ja subjektiivisista osatekijöistä. Elämänlaatu vaihtelee ihmisen elämän aikana sekä eri ihmisten välillä johtuen subjektiivista tekijöistä (Vanleerberghe ym. 2017).

World Health Organization (WHO) määrittelee elämänlaadun seuraavasti: se on yksilön käsitys omasta asemastaan elämässä, johon vaikuttavat hänen elinympäristönsä kulttuuri ja erilaiset arvot. Lisäksi yksilön tavoitteet, odotukset, normit ja huolenaiheet ovat yhteydessä elämänlaatuun. Elämänlaatuun vaikuttavat myös henkilön fyysinen ja psyykinen terveys, hänen omatoimijuutensa, sosiaaliset suhteensa ja henkilökohtaiset uskomuksensa sekä näiden suhde henkilön elinympäristön keskeisiin ominaisuuksiin (WHO 1997). WHO:n määritelmää käytetään usein teoreettisena perusmääritelmänä, kun arvioidaan iäkkäiden elämänlaatua (Tobiasz-Adamczyk ym. 2017).

Iäkkäiden elämänlaadun tutkiminen on kiinnostanut tutkijoita jo pidemmän aikaa, koska iäkkäiden määrän ennustetaan edelleen kasvavan useissa maissa. Jotta yhteiskunnan palveluilla voitaisiin tukea iäkkäitä säilyttämään kykynsä itsenäiseen elämään mahdollisimman pitkään, on tärkeää selvittää, mistä osa-alueista iäkkäiden elämänlaatu koostuu. Saadulla tutkimustiedolla voitaisiin kehittää yhteiskunnan tarjoamia palveluita, jotka oikein kohdennettuina olisivat osaltaan alentamassa yhteiskunnan kasvavia sosiaali- ja terveysmenoja (Bowling ym. 2003, Henchoz ym. 2015, Vanleerberghe ym. 2017, Eifert ym. 2018).

Elämänlaadun osa-alueet. Eräs elämänlaatua tarkasteleva malli on Lawtonin malli (1991), jossa elämänlaatu on jaettu eri osa-tekijöihin. Näitä ovat Lawtonin (1999) mukaan *objektiiviset osatekijät*, joihin kuuluvat käyttäytymisen kompetenssi ja ympäristön laatuun liittyvät tekijät. Nämä osatekijät ovat helpommin ulkopuolisen havainnoijan mitattavissa kuin *subjektiiviset osatekijät*, joihin kuuluvat koettu elämänlaatu ja psyykinen hyvinvointi. Tässä tutkimuksessa tarkastelen elämänlaatua Lawtonin mallin mukaisesti.

Objektiiviset osatekijät. Ensimmäisenä objektiivisena osatekijänä on käyttäytymisen kompetenssi eli kuinka ihminen toimii suhteessa terveyteensä, kognitioonsa (esimerkiksi päätöksentekoon, oppimiseen, ajatteluun ja muistiin) sekä merkitykselliseen ajankäyttöön ja sosiaaliseen käyttäytymiseensä (Lawton 1999). Tobiasz-Adamczykin ym. (2017) tutkimuksessa yhtenä sosiaaliseen käyttäytymiseen liittyvänä tekijänä mainittiin iäkkäiden kokemana yksinäisyys, joka usein rajoittaa heidän sosiaalista elämää. Tutkimustuloksissa tuli esiin myös sukupuoleen liittyviä eroja sosiaalisten verkostojen ja sosiaalisen osallistumisen välillä. Tutkijoiden mukaan iäkkäät miehet voisivat hyötyä enemmän interventioista, jotka kohdistuvat sosiaalisten verkostojen ja sosiaalisen tuen vahvistamiseen (Tobiasz-Adamczyk ym. 2017). Webbin ym. (2011) tutkimuksessa selvitettiin sitä, että ennustavatko muutokset terveydessä iäkkäiden elämänlaadun heikkenemistä. Tulokset osoittivat, että muun muassa masennuksen välttäminen ja fyysisen kunnon ylläpitäminen auttoivat ylläpitämään hyvää elämänlaatua (Webb ym. 2011).

Toisena objektiivisina osatekijänä on ympäristön laatu, johon kuuluvat muun muassa ilman ja veden laatu, asuinympäristö ja sen turvallisuus sekä tarvittavien palveluiden saatavuus (Lawton 1999). Rantakokon ym. (2010) mukaan iäkkäät kokivat elämänlaatunsa huonommaksi, jos asuinympäristön läheisyydessä koettiin olevan liikkumista estäviä tekijöitä. Näitä olivat muun muassa huonokuntoiset kadut, levähdyspaikkojen puuttuminen, meluisa liikenne ja vaaralliset risteykset sekä mäkinen maasto. Lisäksi pitkät matkat palveluihin lisäsi merkitsevästi iäkkäiden yksinäisyyden tunnetta (Rantakokko ym. 2014). Sekä Rantakokon ym. (2010) että Henchozin ym. (2015) tutkimuksissa tunne asuinympäristön turvallisuudesta nousi tärkeäksi tekijäksi iäkkäiden elämänlaatua määriteltäessä.

Subjektiiiviset osatekijät. Ensimmäisenä subjektiiivisen osatekijänä on koettu elämänlaatu, jota arvioidessa ihminen itse arvioi elämäänsä ja siinä tärkeinä pitämiään asioita, kuten terveyttään, perhettään, vapaa-aikaansa ja ystäviään (Lawton 1999). Bowling ym. (2003) tutkimuksessa 81 % yli 65-vuotiaista tutkittavista koki hyvien sosiaalisten suhteiden parantavan eniten elämänlaatuun. Erityisesti hyvät perhe-, ystävyys- ja naapuruussuhteet koettiin tärkeiksi tekijöiksi, jotka ylläpitävät hyvää elämänlaatua (Netuveli & Blane 2008, Webb ym. 2011). Suuri osa iäkkäistä henkilöistä koki terveyden ja hyvinvoinnin yhdeksi tärkeimmiksi asioiksi elämässään sekä niiden liittyvän vahvasti koettuun hyvään elämänlaatuun (Netuveli & Blane 2008, Webb ym. 2011, Henchoz ym. 2015). Vapaa-ajan aktiivisuudella oli selvä positiivinen vaikutus yli 60-vuotiaiden sosiaaliseen elämään ja sitä kautta myös heidän terveyteensä (Bonk 2016). Mahdollisuus itsenäiseen liikkumiseen ja erilaisiin kulttuuritapahtumiin osallistuminen olivat tärkeitä asioita iäkkäiden elämässä (Henchoz ym. 2015). Sitä vastoin heikentynyt terveys ja hyvien sosiaalisten suhteiden vähyys koettiin elämänlaatua heikentäväksi (Bowling ym. 2003).

Toisena subjektiiivisenä osatekijänä on psyykinen hyvinvointi, johon kuuluu ihmisen mielen-terveys, positiivinen mieliala sekä yleinen tyytyväisyys elämään (Lawton 1999). Suhtautuminen elämään ja sen tuomiin tapahtumiin määrittivät Bowlingin ym. (2003) tutkimuksessa yli 65-vuotiaiden elämänlaatua. Erityisesti positiivisella suhtautumisella koettiin olevan elämänlaatua parantava vaikutus. Bonkin (2016) tutkimuksessa erityisesti itsenäisellä toimintakyvyllä oli positiivinen vaikutus tyytyväisyyden tunteeseen elämässä.

Muita elämänlaadun osatekijöitä. Taloudellinen turvallisuus, kuten riittävät taloudelliset varat, koettiin tärkeäksi tekijäksi iäkkäiden elämänlaatua arvioitaessa (Bowling ym. 2003, Henchoz ym. 2015, Netuveli & Blane 2008, Webb ym. 2011). Iäkkäät kokivat myös autonomian eli oikeuden määrätä itseensä liittyvistä asioista yhdeksi tärkeimmäksi elämänlaadun kriteeriksi (Henchozin ym. 2015). Webbin ja kumppaneiden (2011) tutkimuksessa esitettiin jo aikaisemmin todettu huomio siitä, että ikä on eniten elämänlaatua heikentävä tekijä. Netuveli & Blane (2008) viittaavat Baltessin (1990) SOC-malliin, joka on sopeutumisprosessi, jonka avulla iäkkäät henkilöt pystyvät ylläpitämään hyvää elämänlaatuaan iän tuomista rajoitteista huolimatta. Mallin mukaan vanhuudessa paremman elämänlaadun voi saavuttaa vähentämällä aktiviteet-

teja, alentamalla tavoitteita tai toiminnan osa-alueita ja keskittymällä niihin, jotka ihminen koee tärkeimmiksi elämänsä kannalta (selection), maksimoimalla valitsemansa resurssit (optimization) ja korvaamalla menetykset vaihtoehdoilla, joilla voi saavuttaa tavoitteensa (compensation). Valinnalla, optimoinnilla ja kompensatiolla voidaan siis osittain selittää iäkkäiden henkilöiden hyvää elämänlaatua.

Elämänlaadun arvioiminen. Elämänlaadun arviointiin on kehitetty erilaisia mittareita, joskin kirjallisuuskatsauksessaan Vanleerberghe ym. (2017) eivät löytäneet yhtään yksittäistä mittaria, joka olisi sisältänyt kaikki relevantit elämänlaadun alueet. WHO (1997) on kehittänyt kaksi elämänlaadun mittaria (WHOQOL-100 ja WHOQOL-BREF), joita voidaan käyttää muun muassa yksilön elämänlaadun arvioimiseen, lääketieteellisten hoitojen vaikuttavuudesta potilaan elämänlaatuun ja terveystalouden arviointiin sekä erilaisten elämänlaatua parantavien toimintatapojen kehittämiseen. Molemmat mittarit on saatavissa yli 20 kielellä ja niiden validiteetti ja luotettavuus on tarkasti testattu. Mittareista WHOQOL-100 on laajempi mittari, joka on jaoteltu yksittäisiin elämänlaadun näkökulmiin (esimerkiksi tunteisiin, sosiaaliseen tukeen ja taloudellisiin resursseihin), laajempiin toimintakokonaisuuksiin (kuten fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin suhteisiin) sekä yleiseen elämänlaatuun ja terveyteen liittyviin kysymyksiin. WHOQOL-BREF on lyhempi versio WHOQOL-100-mittarista. WHOQOL-BREFissä on 26 kysymystä, jotka keskittyvät vain laajempiin toimintakokonaisuuksiin (WHO 1997).

Erityisesti iäkkäiden elämänlaadun arviointiin on kehitetty myös mittareita, kuten OPQOL-35- ja OPQOL-brief-mittarit. Molemmat mittarit ovat valideja ja luotettavia iäkkäiden elämänlaadun arviointiin. OPQOL-35-mittarissa on 35 elämänlaatuun liittyvää väittämää, jotka liittyvät muun muassa iäkkäiden terveyteen, sosiaalisiin suhteisiin, elämäntapaan, psyykkiseen ja emotionaaliseen hyvinvointiin sekä taloudellisiin olosuhteisiin. OPQOL-briefissä on 13 väittämää, jotka on valittu OPQOL-35-mittarista. Väittämien valintaan on osallistunut 236 yli 60-vuotiasta miestä ja naista (Bowling ym. 2013). Tässä tutkimuksessa iäkkäiden elämänlaatua arviointiin OPQOL-brief-mittarilla.

5 LESKEYS, RESILIENSSI JA ELÄMÄNLAATU

Puolison kuolema on usein yksi elämän traumaattisimmista ja stressaavimmista kokemuksista. Kun puoliso kuolee, menetys heikentää lähes aina iäkkään lesken hyvinvointia ja elämänlaatua sekä aiheuttaa monenlaisia muutoksia hänen elämään (Bennett & Soulsby 2012). Nämä muutokset voivat olla sekä lyhytaikaisia että pitkäkestoisempia (Pienta & Franks 2006). Bennett (2010) on arvioinut, että muutokset alkavat vähenemään kahden vuoden jälkeen, mutta jos avioliitossa oli ollut paljon yhteisiä tapoja ja arkipäivän rutiineja, niin niiden muuttuminen muistutti leskeä jatkuvasti menetyksestä ja voi siten vaikuttaa alentavasti lesken elämänlaatuun jopa useita vuosia puolison kuoleman jälkeen (Hildon ym. 2008). Resilienssillä on todettu olevan monia elämänlaatua parantavia ominaisuuksia (Skodol 2010, 114, Zautra ym. 2010, 4-5, Hildon ym. 2008, Herrman ym. 2011, Gooding ym. 2012, Wiles ym. 2012). Sen esiintyminen ja voimakkuus ihmisen elämässä on yksilöllistä, mutta kaikilla resilienssiä on. Haastavaa voi olla resilienssin esiin saaminen ja tukeminen iäkkäillä leskillä. Paremman elämänlaadun kannalta on kuitenkin tärkeää, että yritetään hyödyntää resilienssin elämänlaatua parantava vaikutus iäkkäiden leskien elämässä.

Leskeyteen liittyy useita negatiivisia asioita, kuten suru, epätoivo, masennus, ahdistus, itkuisuus, yksinäisyys ja tyytymättömyys elämään. Näiden on todettu heikentävän iäkkäiden leskien elämänlaatua (Dutton & Zisook 2005, Kowalski & Bondmass 2008, Mancini ym. 2015, Spahni ym. 2016). Masennuksella ja koetulla avioliiton laadulla on todettu olevan myös yhteys elämänlaatuun. Masennusoireita esiintyi enemmän niillä iäkkäillä leskillä, jotka kokivat avioliitonsa olleen hyvä ja siitä oli paljon onnellisia muistoja (Schaan 2013, Spahni ym. 2016) ja vähemmän leskillä, jos avioliitto oli koettu huonoksi tai siinä oli ollut paljon ristiriitoja (Schaan 2013). Iäkkäiden leskien masennusta ja ahdistusta lisäsi myös huoli taloudellisesta tilanteesta, varsinkin jos kuollut puoliso on ollut varakkaampi ja hän on vastannut taloudellisesta hyvinvoinnista (Schaan 2013). Aikaa myöten masennusoireet yleisesti vähenevät (Spahni ym. 2016), mutta pitkittyessään suru aiheuttaa ahdistusta osalle iäkkäistä leskistä (Mancini ym. 2015). Osa iäkkäistä leskistä kokee puolisonsa kuolemasta toipumisen taisteluna, joka tuntuu heistä ylitsepääsemättömältä. Koska puolison kuolema horjutti iäkkäiden leskien henkistä tasapainoa, he

tarvitsevat aikaa ja tukea oman hyvinvoinnin ja elämänhallinnan palautumiseen (Holm & Severinsson 2012).

Yksinäisyyden on todettu heikentävän elämänlaatua. Yksinäisyyttä kokevat sekä nais- että mieslesket, mutta se on yleisempää miesleskillä (Tiikkainen 2007, Routasalo 2010, Spahni ym. 2016, Dahlberg ym. 2018). Yksinäisyyden kokemiseen on monia syitä, mutta sosiaalisten suhteiden katkeaminen on eräs yleisimmistä. Lisäksi pitkittyneellä surulla on todettu olevan yhteys yksinäisyyteen (Mancini ym. 2015), mutta kun puolison kuolemasta on kulunut enemmän aikaa, yksinäisyyden tunne yleensä vähenee (Spahni ym. 2016).

Joissakin tapauksissa leskeys voi parantaa lesken elämänlaatu ja tuoda hänen elämään positiivisia asioita. Näitä ovat muun muassa elämän uudenlainen arvostus, parantuneet selviytymistaidot ja ihmisenä kehittyminen (Dutton & Zisook 2005). Kun leski pystyy kohtaamaan menetyksensä (Rafali & Hiller 2010, 171) sekä säätelemään (Gooding ym. 2012) ja erittelemään (Skodol 2010, 114) tunteitaan, hän pystyy palautumaan ja oppimaan menetyksestään sekä suhtautumaan luottavaisesti tulevaisuuteensa (Herrmann ym. 2011). Lisäksi puolison menetys voi parantaa lesken psykologista toimintakykyä silloin, jos kuollut puoliso on ollut hyvin sairas tai avioliitto on koettu huonoksi ja siinä on ollut paljon ristiriitoja (Dutton & Zisook 2005).

Leskeyttä tutkittaessa on löydetty yhteys fyysisten oireiden ja puolison kuoleman aiheuttaman surun väliltä. Iäkkäillä leskillä esiintyy esimerkiksi erilaisia kipuja, huimauksesta sekä verenpaineen nousua (Kowalski & Bondmass 2008). Puolison kuolema aiheuttaa myös psykologista stressiä, jonka on todettu voivan aiheuttaa muutoksia sydämen sykkeessä (Fagundes ym. 2018) sekä kohottavan tulehdusarvoja elimistössä (Fagundes ym. 2019). Kaikki nämä fyysiset oireet voivat heikentää iäkkäiden leskien terveyttä (Kowalski & Bondmass 2008, Fagundes ym. 2018, Fagundes ym. 2019). Iäkkäillä leskillä on todettu yleisesti uni- ja keskittymisvaikeuksia sekä väsymystä (Kowalski & Bondmass 2008, Utz ym. 2012). Pitkittänyt suru heikentää iäkkäiden leskien elämänlaatua muun muassa estämällä leskiä solmimasta uusia ihmissuhteita. He eivät myöskään jaksa paneutua mieluisina kokemuksiinsa asioihin ja heillä on enemmän käyttäytymistä,

joka ei tue menetyksestä toipumisessa (Mancini ym. 2015). Erilaisiin vaikeuksiin liittyvistä ongelmista on hyvä olla tietoinen, mutta on muistettava se, että ne eivät ole yleistettävissä käsiteltäessä surua (Dutton & Zisook 2005).

Sekä nais- että mieslesket olivat tyytymättömämpiä elämäänsä kuin avioliitossa elävät eikä ajan kuluminen helpottanut tätä tunnetta. Tämä voi johtua siitä, että vaikka puolison menettämisen ajatellaan kuuluvan vanhuuteen, menetyksellä on pitkäkestoisia, negatiivisia seuraamuksia tilanteeseen sopeutumisessa (Spahni ym. 2016). Erityisesti leskeys ”nuorena vanhuudessa” (young old age) on vähemmän odotettavissa kuin myöhemmin vanhuudessa. Nuoremmat iäkkäät ovat ehkä vähemmän valmistautuneita kuin vanhemmat iäkkäät kohtaamaan puolisonsa menettämisen (Bennett & Soulsby 2012).

Joutsenniemi ja Lipponen (2015) kirjoittavat artikkelissaan posttraumaattisesta kasvusta, jonka he liittivät resilienssiin. Molemmissa on kyse menetyksien tai vaikeiden kokemusten kautta tapahtuvasta ihmisenä kasvamisesta. Posttraumaattinen kasvu on yksilöllistä, joka ei poista menetykseen liittyvää kipua tai surua (Tedechi & Calhoun 2004). Henkilöltä, joka kykenee posttraumaattiseen kasvuun, löytyy samoja luonteenpiirteitä kuin resilientiltä henkilöltä eli ulospäinsuuntautuneisuutta, avoimuutta ja joustavuutta (Tedechi & Calhoun 2004, Herrman ym. 2011). Lisäksi henkilö osaa eritellä tunteitaan ja keskittyä ongelmien ratkaisemiseen niiden kieltämisen tai tukahduttamisen sijaan (Linley & Joseph 2004, Skodol 2010, 114). Leskillä, jotka pystyvät kohtaamaan menetyksensä, on hyvät mahdollisuudet toipua ja rakentaa elämäänsä uudelleen ilman puolisoaan. Mancinin ym. (2015) mukaan toipuminen tukee käsitystä siitä, että toipuminen on osa normatiivista surureaktiota.

Koska leskeys usein heikentää iäkkäiden elämänlaatua, on tärkeää tutkia resilienssin yhteyttä elämänlaatuun. Näin saadaan lisää tietoa siitä kuinka tukea iäkkäitä leskiä heidän muuttuneessa elämäntilanteessaan.

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena oli selvittää onko leskeydellä yhteyttä iäkkäiden henkilöiden elämänlaatuun. Lisäksi tarkasteltiin onko psykologisella resilienssillä yhteyttä iäkkäiden leskien ja ei-leskien elämänlaatuun.

Tutkimuskysymyksiä olivat:

1. Onko leskeydellä yhteyttä iäkkäiden henkilöiden elämänlaatuun?
2. Onko psykologisella resilienssillä yhteyttä iäkkäiden leskien ja ei-leskien elämänlaatuun?

7 TUTKIMUSAINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT

7.1 Tutkimusaineisto ja tutkimuksen kulku

Tässä pro gradu –tutkielmassa aineistona on käytetty “Active aging – resilience and external support as modifiers of the disablement outcome” (AGNES) -kohorttitutkimuksen kotihaastatteluaineistoa. AGNES-tutkimuksen tarkoituksena on tutkia muun muassa terveyden, toimintakyvyn, aktiivisena vanhenemisen ja sosiaalisen tuen yhteyttä ikääntyvän väestön hyvinvointiin. AGNES-tutkimus noudattaa Helsinki julistuksen (The Declaration of Helsinki) eettisiä ohjeita ja se on saanut Keski-Suomen sairaanhoitopiirin eettiseltä toimikunnalta luvan tutkimuksen toteuttamiseen. Tutkimuksen eettisyys toteutuu muun muassa niin, että se ei sisällä mitään fyysisiä tai psyykkisiä tekijöitä, joista olisi haittaa tutkittavien jokapäiväisessä elämässä. Ennen haastattelun aloittamista haastattelijat pyytävät osallistujaa allekirjoittamaan kirjallisen suostumuslomakkeen. Osallistuja voi kuitenkin perua suostumuksensa milloin tahansa tutkimuksen aikana tai yksittäisen tutkimusosan osalta. Lisäksi osallistujalla on halutessaan mahdollisuus kysyä tutkimuksesta ja sen menettelyistä tutkimushenkilökunnalta (Rantanen ym. 2018).

Tutkimukseen osallistujat poimittiin väestörekisteristä käyttäen kriteerinä kolmea ikäluokkaa (75-, 80- ja 85-vuotta) ja asuinalueita (10 kilometriä Jyväskylän keskustasta tai alue, johon pääsee julkisilla kulkuvälineillä). Lisäksi osallistujien tuli asua itsenäisesti, olla halukkaita osallistumaan tutkimukseen ja kykeneviä kommunikoimaan haastattelijoiden kanssa. Haastattelut toteutettiin vuosina 2017–2018. Tutkimukseen osallistujien lopullinen määrä oli 1018 henkilöä. Osallistujille lähetettiin kirje, jossa heille kerrottiin tutkimuksesta ja siitä, että heihin ollaan lähiaikoina yhteydessä puhelimitse haastatteluajan sopimiseksi. Koulutetut haastattelijat toteuttivat haastattelut tutkimukseen osallistuvien ikäihmisten kodeissa (Rantanen ym. 2018). Tutkimuksen aineiston keruu on kuvattu Rantasen ym. (2018) artikkelissa.

7.2 Muuttujat ja mittarit

7.2.1 Psykologinen resilienssi

Psykologisen resilienssin mittaamiseen käytettiin Campbell-Sills & Stein (2007) kehittämää CD-RISC-10 mittaria, jonka väittämät ovat suomennettu AGNES-tutkimusta varten (Rantanen ym. 2018). CD-RISC-10 mittari on lyhyempi versio Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) mittarista (Connor & Davidson 2003). CD-RISC-10 mittari koostuu 10 väittämästä, joilla selvitetään tutkittavien kykyä selvitä vastoinkäymisistä ja muutoksista elämässään. Väittämät ovat johdonmukaisia ja valideja psykologisen resilienssin mittaukseen (Connor & Davidson 2003). CD-RISC-10 mittarin väittämiä ovat muun muassa ”Selviydyn elämässä vastaan tulevista asioista”, ”Yritän nähdä ongelmissa myös niiden humoristiset puolet”, ”Säilytän keskittymiskykyäni paineen alla” ja ”En lannistu helposti epäonnistumisista”. Tutkittavia pyydettiin arvioimaan missä määrin väittämät pitävät paikkansa heidän elämässään. Väittämät ovat luokiteltu viisipisteisellä Likertin asteikolla 0-4 (nolla=ei lainkaan totta ja neljä=lähes aina totta), jolloin kokonaispistemäärä vaihtelee 0-40 pisteen välillä. Kokonaispistemäärä kertoo resilienssin tason eli mitä korkeamman pistemäärän tutkittava saa, sitä korkeampi on hänen psykologinen resilienssinsä (Connor & Davidson 2003, Campbell-Sills & Stein 2007, Rantanen ym. 2018).

7.2.2 Elämänlaatu

Elämänlaatua arvioitiin 13-kohtaisella Older People’s Quality of Life (OPQOL-brief) kyselylomakkeella, jonka väittämät ovat suomennettu AGNES-tutkimusta varten (Rantanen ym. 2018). OPQOL-brief-kyselylomake on lyhyempi versio OPQOL-35-kyselylomakkeesta (Bowling ym. 2013). Tutkimukseen osallistujia pyydettiin arvioimaan väittämiä, jotka liittyvät heidän jokapäiväiseen elämäänsä (esim. ”Kaiken kaikkiaan nautin elämästäni” tai ”Teen itselleni mieluisia asioita”), terveyteensä (esim. ”Olen riittävän terve toimiakseni itsenäisesti”), suhtautumiseensa elämään (esim. ”Otan elämän vastaan sellaisena kuin se on ja teen siitä niin hyvän kuin

voin) sekä heidän taloudelliseen tilanteeseensa ("Minulla on riittävästi rahaa pystyäkseni maksamaan tavanomaiset kuluni"). Väittämien vastausvaihtoehdoissa pisteytys on 1–5 (1=täysin eri mieltä, 2=eri mieltä, 3=ei samaa eikä eri mieltä, 4=samaa mieltä ja 5=täysin samaa mieltä). Kyselystä saatava kokonaispistemäärä vaihtelee 13–65 pisteen välillä. Mitä korkeamman pistemäärän tutkittava saa, sitä korkeampi on hänen elämänlaatunsa. OPQOL-brief mittaristo on hyvin luotettava ja validi mitattaessa iäkkäiden henkilöiden elämänlaatua (Bowling ym. 2013).

7.2.3 Siviilisäätö ja taustamuuttajat

Tutkittavien siviilisäätö selvitettiin kysymyksellä "Mikä on siviilisäätösi tällä hetkellä?". Vastausvaihtoehdot olivat naimaton, naimisissa, avoliitossa, leski tai eronnut. Taustamuuttajina käytettiin sukupuolta ja ikää, jotka saatiin väestörekisteristä.

7.3 Tilastolliset menetelmät

Tutkimusaineiston analysointi tehtiin SPSS Statistics 24.0 -ohjelmalla. Kaikissa analyyseissä tilastollisen merkitsevyyden rajana oli $p < 0,05$.

Ennen tilastollisia analyysejä siviilisäätö luokiteltiin kaksiluokkaiseksi, jossa luokka yksi oli leski ja luokka kaksi oli ei-leski (naimaton, naimisissa, avoliitossa tai eronnut). Tämän jälkeen tarkasteltiin muuttujien frekvenssejä. Muuttujia kuvailtiin keskiarvoilla ja keskihajonnoilla. Leskeyttä, sukupuolta ja ikää tarkasteltiin ristiintaulukoinnilla ja niiden välisiä yhteyksiä χ^2 -testillä. Elämänlaadun eroja leskien ja ei-leskien välillä testattiin Independent Samples T-testillä. Psykologisen resilienssin ja elämänlaadun välistä yhteyttä tarkasteltiin Pearsonin korrelaatiokertoimella (r) ja korrelaatiokerrointen eroja leskien ja ei-leskien välillä Fisherin Z-testillä (Z).

8 TULOKSET

Tutkimukseen osallistujien taustatiedot esitetään taulukossa 1. Tutkittavia oli yhteensä 1018 henkilöä, joista miehiä oli 435 ja naisia 583. Leskiä kaikista tutkittavista oli neljäs osa ja leskeys oli yleisempää naisilla. Leskiä tutkittavista oli eniten 85-vuotiaissa, kun ei-leskiä eniten oli 75-vuotiaissa. Elämänlaadun pisteet (ka) kaikilla tutkittavilla oli 54,4 ja leskillä 53,7 ja ei-leskillä 54,7. Resilienssin pisteet (ka) kaikilla tutkittavilla oli 31,1 ja leskillä 31,0 ja ei-leskillä 31,2.

TAULUKKO 1. Tutkittavien taustatiedot.

	Kaikki n=1018 (%)	Leski n=263 (25.8 %)	Ei-leski n=755 (74.2 %)	p-arvo*
Ikäluokka				<0.001
75 v.	457 (44.9)	75 (28.5)	382 (50.6)	
80 v.	334 (32.8)	86 (32.7)	248 (32.8)	
85 v.	227 (22.3)	102 (38.8)	125 (16.6)	
Sukupuoli				<0.001
miehet	435 (42.7)	57 (21.7)	378 (50.1)	
naiset	583 (57.3)	206 (78.3)	377 (49.9)	

* yhteyksiä testattu χ^2 -testillä

Tarkasteltaessa leskeyden yhteyttä iäkkäiden elämänlaatuun todettiin, että leskeydellä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys elämänlaatuun ($p=.036$). Leskillä elämänlaatu oli hieman huonompi kuin ei-leskillä (taulukko 2).

TAULUKKO 2. Leskeyden yhteys ikääntyneiden elämänlaatuun.

	Kaikki n=967		Leski n=243		Ei-leski n=724		
Elämänlaatu (OPQOL-brief)	ka	SD	ka	SD	ka	SD	p-arvo**
	54,4	5,87	53.7	6.60	54.7	5.60	.036

ka=keskiarvo, SD=keskihajonta; ** yhteys testattu Independent Samples T-test

Taulukossa 3 esitetään psykologisen resilienssin ja elämänlaadun välinen korrelaatio. Sekä leskillä että ei-leskillä muuttujien välillä oli vahva ja positiivinen korrelaatio eli mitä parempi psykologinen resilienssi oli, sitä parempi oli myös elämänlaatu. Tilastollisesti korrelaatio oli erittäin merkitsevä molemmissa ryhmissä ($p < 0,001$). Leskien ja ei-leskien korrelaatioiden ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä.

TAULUKKO 3. Psykologisen resilienssin ja elämänlaadun välinen yhteys sekä yhteyden eron tilastollinen merkitsevyys leskillä ja ei leskillä.

	Leski		Ei-leski		Z	p-arvo
	r	p-arvo	r	p-arvo		
Psykologinen resilienssi *	.555	<0.001	.522	<0.001	.615	0.54
Elämänlaatu						

r=Pearsonin korrelaatiokerroin

Z=Fisherin Z-testi

9 POHDINTA

Tämän pro gradu -tutkielman tavoitteena oli selvittää onko leskeydellä yhteyttä iäkkäiden henkilöiden elämänlaatuun. Lisäksi halusin tarkastella psykologisen resilienssien yhteyttä iäkkäiden leskien ja ei-leskien elämänlaatuun.

Tutkimuksen ensimmäinen tutkimuskysymys sai tukea eli leskeydellä havaittiin olevan yhteys iäkkäiden elämänlaatuun. Tulosten mukaan lesket kokivat elämänlaatunsa huonommaksi kuin ei-lesket. Leskeyden yhteys huonompaan elämänlaatuun on osoitettu monissa tutkimuksissa (Bowling ym. 2003, Netuveli & Blane 2008, Webb ym. 2011, Utz ym. 2012), joten tulos on linjassa aikaisempien tutkimusten kanssa.

Tutkimuksen toisessa tutkimuskysymyksessä tarkasteltiin psykologisen resilienssien yhteyttä iäkkäiden leskien ja ei-leskien elämänlaatuun. Psykologisen resilienssin ja elämänlaadun väliltä löytyi yhteys. Korrelaatiotarkastelussa leskillä ja ei-leskillä oli psykologisen resilienssin ja elämänlaadun välillä vahva, positiivinen korrelaatio. Tämä tarkoittaa sitä, että mitä korkeamman pistemäärän tutkittava sai CD-RISC-10 -kyselyssä, sitä parempi oli hänen resilienssinsä ja sitä parempi oli myös hänen elämänlaatunsa. Tilastollisesti korrelaatio oli erittäin merkitsevä. Sitä vastoin psykologisen resilienssin ja elämänlaadun välisessä korrelaatioissa ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa leskien ja ei-leskien välillä.

Tarkasteltaessa tämän tutkimuksen vahvuuksia, voidaan todeta, että tutkimuksessa käytettiin luotettavia tutkimusmittareita. Psykologisen resilienssin mittaamiseen käytettiin CD-RISC-10 mittaria ja elämänlaatu arvioitiin Older People's Quality of Life (OPQOL-brief) mittarilla. Tutkimuksen vahvuutena voidaan pitää myös tutkittavien suurta määrää (n=1018) ja tutkittavien kolmea ikäluokkaa (75-, 80- ja 85-vuotiaita), jotka antavat monipuolisuutta tutkimustuloksiin. Tutkimusympäristö voi myös vaikuttaa vastauksiin. Tässä tutkimuksessa haastattelut tehtiin tutkittavien kotona, jolloin voidaan olettaa, että tuttu ympäristö ei aiheuta niin paljoa jännittämistä kuin vieras ympäristö, joten vastauksia voidaan näiltä osin pitää luotettavina.

Tutkimuksen rajoituksena voidaan pitää sitä, että tutkimusaineistosta ei selvinnyt milloin tutkittava oli jäänyt leskeksi. Tällä voi olla vaikutus vastauksiin. Suru ja muut puolison kuolemaan liittyvät vaikeudet alkavat yleensä vähenemään, kun puolison kuolemasta on kulunut enemmän aikaa (Bennettin 2010). Kun kysytään kokemuksiin perustuvia kysymyksiä, niin tällöin vastauksiin liittyy riski siitä, että tutkittavalla on oletus kuinka kysymyksiin tulisi vastata tai hän haluaa antaa elämästään paremman vaikutelman kuin se oikeasti on (van Herk, Poohinga & Verhallen 2004). Tätä riskiä voi pienentää koulutettujen tutkimushaastattelijoiden luoma avoin ilmapiiri.

Tutkimukset osoittavat, että puolison kuolema heikentää lesken elämänlaatua (Kowalski & Bondmass 2008, Bennett & Soulsby 2012, Schaan 2013). Osalla ihmisistä on luontaisesti positiivisempi suhtautuminen elämään ja sen tuomiin haasteisiin ja vaikeuksiin (Herrman ym. 2011, Wilesin ym. 2012) ja siten he pystyvät paremmin toipumaan puolison menetyksestä. Haasteena ovat ne lesket, joilla tämä ominaisuus ei ole kovin vahva. Kuinka heidät löydetään ja millaista tukea suruun ja muihin leskeydestä johtuviin vaikeuksiin he tarvitsisivat? Toisaalta resilienssiä pidetään dynaamisena prosessina, jossa resilienssi kasvaa koko ihmisen elinkaaren ajan erilaisen vastoinkäymisten myötä (Hermann ym. 2011, Gooding ym. 2012). Kuinka tätä prosessia voisi tukea? Esimerkiksi erilaiset matalankynnyksen ohjatut toimintaryhmät ja vertaistukitoiminta voisivat olla eräs ratkaisu. Nämä toimintamuodot voisivat tarjota heille mahdollisuuden käsitellä kokemiaan tunteita turvallisessa ympäristössä. Lisäksi he voisivat käsitellä menetystään samassa elämäntilanteessa olevien kanssa, jolloin menetys olisi helpompi hyväksyä. Seurakunnat ja Eläkeliitto järjestävät leskille kohdennettua toimintaa. Eläkeliiton Yhtäkkiä yksin -sopeutusvalmennukset ovat ammattilaisien ohjaamia ja edullisia osallistujille, mutta niitä järjestetään vuonna 2019 vain viisi valmennusta (Eläkeliitto).

Yksinäisyyden tunne on yleistä iäkkäillä leskillä (Tiikkainen 2007, Routasalo 2010, Dahlberg ym. 2018). Bowlingin ym. (2003) tutkimuksessa suurin osa (89%) leskistä koki hyvien sosiaalisten suhteiden parantavan elämänlaatua. Sosiaalisen tuen tarjoaminen menetysten yhteydessä yleensä auttaa, mutta sen vaikutus menetykseen sopeutumiseen on jäänyt epäselväksi. Tuen tarjoaminen menetysten yhteydessä on monimutkaista ja sillä voi joissakin tapauksissa olla kielteisiä vaikutuksia (Mancini ym. 2015). Tästä huolimatta olisi kuitenkin tärkeää, että lähipiiri

ja ystävät pitäisivät yhteyttä puolisonsa menettäneeseen ja tarjoaisivat hänelle tukeaan (Wiles ym. 2012). Myös eri yhdistykset (esimerkiksi Helsinkimissio ry) ja järjestöt (esimerkiksi Suomen Punainen Risti) tarjoavat ystävätoiminnan kautta tukea yksinäisille.

On tärkeää, että iäkkäät lesket olisivat tietoisia siitä, että heillä on mahdollisuus muuttaa elämänsä puolison menetyksen jälkeen. Oikeanlainen ja oikeanaikainen lesken kannustaminen ja tukeminen puolisonsa kuoleman aiheuttaman elämänmuutoksen läpikäymiseen voisi auttaa leskeä ymmärtämään itsensä ja elämäntilanteensa uudella lailla (Holm & Severisson 2012). Tällaiseen prosessiin iäkkäät tarvitsevat apua. Eräs sopiva ryhmä avun tarjoamiseen olisivat sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset, jotka kohtaavat työssään paljon iäkkäitä. Kunnilla tulisi olla erityisesti työntekijöitä, joilla olisi aikaa työskennellä haavoittuvassa asemassa olevien ihmisten kanssa, joihin osa iäkkäistä leskistä kuuluu. Toimintaterapeutit olisi eräs ammattiryhmä, jotka sopisivat tähän tehtävään. Heidän koulutuksensa koostuu ihmisen ja hänen toiminnan ja osallisuuden kokonaisvaltaisesta arvioimisesta, opastamisesta ja tukemisesta (Toimintaterapeuttiliitto). Holmin & Severinssonin (2012) muistuttavat, että iäkkäiden leskien arkea tulee seurata tarpeeksi pitkän aikaa, jotta voidaan olla varmoja heidän selviämisestään jokapäiväisestä elämästään.

Resilienssi mahdollistaa elämänlaadun ylläpitämisen ja paranemisen niin fyysisesti kuin psyykkisesti. Tarvitaan erilaiset tukitoimenpiteitä, joissa huomioitaisiin iäkkäiden leskien yksilöllisyys. Tällaiset tukitoimenpiteet vaativat uusia toimintatapoja ja uudenlaista suhtautumista niin päättäjiltä kuin sosiaali- ja terveysalan työntekijöiltä. Lisäksi tarvitaan taloudellisia panostuksia henkilöresurssien ja itse toiminnan toteutukseen. Taloudelliset panostukset saataisiin osaksi kompensoitua sillä, että tukitoimilla pystyttäisiin jossain määrin vähentämään ja/tai siirtämään myöhemmäksi iäkkäiden leskien terveys- ja hoivapalveluiden tarvetta. Olivat toimenpiteet mitkä tahansa, tärkein tavoite tulisi olla iäkkäiden leskien hyvän elämänlaadun takaaminen.

LÄHTEET

- Bag, S., Gupta, S. & Foropon, C. 2019. Examining the role of dynamic remanufacturing capability on supply chain resilience in circular economy. *Management Decision* 57 (4), 863–885. doi:ezproxy.jyu.fi/10.1108/MD-07-2018-0724.
- Bennett, K. M. 2010. How to achieve resilience as an older widower: turning points or gradual change? *Ageing & Society* 30, 369–382. doi:10.1017/S0144686X09990572.
- Bennett, K. M. & Soulsby, L. K. 2012. Wellbeing In Bereavement And Widowhood. *Illness, Crisis & Loss* 20 (4), 321–337.
- Boerner, K. & Jopp, D. 2010. Resilience in Response to Loss. Teoksessa J.W. Reich, A. J. Zautra & J. S. Hall (toim.) *Handbook of Adult Resilience*. New York: A Division of Guilford Publications, Inc, 126–145.
- Bolzan, N. & Gale, F. 2018. Social resilience: Transformation in two Australian communities facing chronic adversity. *International Social Work* 61 (6), 843–856. doi:10.1177/0020872816673888.
- Bonk, E. 2016. The influence of activeness and independence on the quality of life of senior citizens. *Polish Psychological Bulletin* 47 (3), 338–345. doi:10.1515/ppb-2016-0040.
- Bowling, A., Gabriel, Z., Dykes, J., Dowding, L.M., Evans, O., Fleissig, A., Banister, D. & Sutton, S. 2003. Let's ask them: A National Survey of Definitions of Quality of Life and its Enhancement Among People over 65 and over. *International Journal of Aging & Human Development* 56 (4), 269–306. doi:10.2190/BF8G-5J8L-YTRF-6404.

- Bowling, A., Hankins, M., Windle, G., Bilotta, C. & Grant, R. 2013. A short measure of quality of life in older age: The performance of the brief Older People's Quality of Life questionnaire (OPQOL-brief). *Archives of Gerontology and Geriatrics* 56 (1), 181–187. doi.org/10.1016/j.archger.2012.08.012.
- Campbell-Sills, L. & Stein, M.B. 2007. Psychometric Analysis and Refinement of the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-Item Measure of Resilience. *Journal of Traumatic Stress* 20 (6), 1019–1028.
- Carden, L. L., Maldonado, T. & Boyd, R. O. 2018. Organizational resilience: A look at McDonald's in the fast food industry. *Organizational Dynamics* 47 (1), 25–31. doi:10.1016/j.orgdyn.2017.07.002.
- Connor, K. M. & Davidson, J. R. T. 2003. Development of a new resilience scale: The Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety* 18, 76–82. doi.org.ezproxy.jyu.fi/10.1002/da.10113.
- Dalhberg L., Agahi, N. & Lennartsson, C. 2018. Lonelier than ever? Loneliness of older people over two decades. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 75, 96–103. doi:10.1016/j.archger.2017.11.004.
- Dogru, T., Marchio, E. A., Bulut, U. & Suess, C. 2019. Climate change: Vulnerability and resilience of tourism and the entire economy. *Tourism Management* 72, 292–305. doi:10.1016/j.tourman.2018.12.010.
- Duan-Porter, W., Cohen, H. J., Demark-Wahnefried, W., Sloane, R., Pendergast, J. F., Snyder, D. C. & Morey, M. 2016. Physical resilience of older cancer survivors: An emerging concept. *Journal of Geriatric Oncology* 7 (6), 471-478. doi: 10.1016/j.jgo.2016.07.009.
- Dutton Y.C. & Zisook, S. 2005. Adaptation To Bereavement. *Death Studies* 29, 877–903. doi:10.1080/07481180500298826.

- Eifert, E. K., Hall, M., Hall Smith, P. & Wideman, L. 2018. Quality of life as a mediator of leisure activity and perceived health among older women. *Journal of Women & Aging*. doi:org/10.1080/08952841.2018.1444937.
- Eläkeliitto. Sopeutumisvalmennus leskille. Viitattu 22.4.2019. <https://www.elakeliitto.fi/sopeutumisvalmennus-leskille>.
- Eläketurvakeskus. Eläkkeet eri elämäntilanteissa. Leskelle ja lapsille perhe-eläkettä. Viitattu 4.1.2019. <https://www.tyoelake.fi/elakkeet-eri-elamantilanteissa/leskelle-ja-lapsille-perhe-elaketta/>.
- Fagundes, C. P., Brown, R. L., Chen, M. A., Murdock, K. W., Saucedo, L., LeRoy, A., Wu, E. L., Garcini, L. M., Shahane, A. D., Baameur, F & Heijnen, C. 2019. Grief, depressive symptoms, and inflammation in the spousally bereaved. *Psychoneuroendocrinology* 100, 190–197.
- Fagundes, C.P., Murdock, K. W., LeRoy, A., Baameur, F., Thayer, J. F. & Heijnen, C. 2018. Spousal bereavement is associated with more pronounced ex vivo cytokine production and lower heart rate variability: Mechanisms underlying cardiovascular risk? *Psychoneuroendocrinology* 93, 65–71.
- Gooding, P. A., Hurst, A., Johnson, J. & Tarrier, N. 2012. Psychological resilience in young and older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 27 (3), 262–270. doi:org.ezproxy.jyu.fi/10.1002/gps.2712.
- Goodman, F. R., Disabato, D. J., Kashdan, T. B. & Machell, K.A. 2017. Personality Strengths as Resilience: A One-Year Multiwave Study. *Journal of Personality* 85 (3), 423–434. doi:10.1111/jopy.12250.

- Grundy, E. & Tomassini, C. 2010. Marital history, health and mortality among older men and women in England and Wales. *BMC Public Health*, 10:554. doi:10.1186/1471-2458-10-554.
- Helsinkimissio ry. Vähemmän yksinäisyyttä. Viitattu 12.5.2019. <https://www.helsinkimissio.fi/>
- Henchoz, Y., Meylan, L., Goy, R., Guessous, I., Bulan, C., Demont, M., Rodondi, N. & Santos-Eggimann, B. 2015. Domains of importance to the quality of life of older people from two Swiss regions. *Age and Ageing* 44, 979–985. doi:10.1093/ageing/afv130.
- Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B & Yuen, T. 2011. What is Resilience? *The Canadian Journal of Psychiatry* 56 (5), 258–265.
- Hildon, Z., Smith, G., Netuveli, G. & Blane, D. 2008. Understanding adversity and resilience at older ages. *Sociology of Health & Illness* 30 (5), 726–740. doi:10.1111/j.1467-9566.2008.01087.x.
- Holm, A. L. & Severinsson, E. 2012. Systematic review of the emotional state and self-management of widows. *Nursing and Health Sciences* 14, 109–120. doi:10.1111/j.1442-2018.2011.00656.x.
- Joutsenniemi, K. & Lipponen, K. 2015. Resilienssi ja posttraumaattinen kasvu. *Suomen Lääkärilehti* 39 (vsk 70), 2515–2519.
- Kela. Leskeneläke. Viitattu 4.1.2019. <https://www.kela.fi/leskenelake>.
- Kansaneläkelaki (568/2007). Perhe-eläke. Leskeneläke. Viitattu 4.1.2019. [https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070568?search\[type\]=pika&search\[pika\]=leski*#O3L5](https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070568?search[type]=pika&search[pika]=leski*#O3L5).
- Korkeila, J. 2017. Terve mieli terveissä aivoissa. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 133 (2), 209–214.

- Kowalski, S.D. & Bondmass, M.D. Physiological and psychological symptoms of grief in widows. *Research in nursing & health*, 2008, 31, 23–30.
- Lawton M.P. 1991. A Multidimensional View of Quality of Life in Frail Elders. Teoksessa J.E. Biren, J.E. Lubben, J.C. Rowe & D.E. Deutchman (toim.) *The Concept and Measurement Multidimensional View of Quality of Life in the Frail Elders*. Academic Press, 3–27.
- Lawton M.P. 1999. Quality of Life in Chronic Illness. *Gerontology* 45, 181–183.
- Lemery-Chalfant, K. 2010. Genes and Environments. How They Work Together to Promote Resilience. Teoksessa J.W. Reich, A. J. Zautra & J. S. Hall (toim.) *Handbook of Adult Resilience*. New York: A Division of Guilford Publications, Inc, 55–78.
- Linley, A. & Joseph, S. Positive change following trauma and adversity: a review. *Journal of Traumatological Stress* 17 (1), 11–21
- Luecken, L. J. & Gress, J. L. 2010. Early Adversity and Resilience in Emerging Adulthood. Teoksessa J.W. Reich, A. J. Zautra & J. S. Hall (toim.) *Handbook of Adult Resilience*. New York: A Division of Guilford Publications, Inc, 238–257.
- Mancini, A. D. & Bonanno, G. A. 2010. Resilience to Potential Trauma. Toward a Lifespan Approach. Teoksessa J.W. Reich, A. J. Zautra & J. S. Hall (toim.) *Handbook of Adult Resilience*. New York: A Division of Guilford Publications, Inc, 258–280.
- Mancini, A. D., Sinan, B. & Bonanno, G. A. 2015. Predictors of Prolonged Grief, Resilience, and Recovery Among Bereaved Spouses. *Journal of Clinical Psychology* 71 (12), 1245–1258. doi:10.1002/jclp.22224.

- Matikainen, P. & Valkonen, T. 1996. Mortality after the death of a spouse: Rates and causes of death in a large Finnish cohort. *American Journal of Public Health* 86 (8), 1087–1093.
- Moon, R. J., Glymour, M. M., Vable, A. M., Liu, S. Y. & Subramanian, S. V. 2014. Short- and long-term associations between widowhood and mortality in the United States: longitudinal analyses. *Journal of Public Health* 36 (3), 382–389. doi.org/10.1093/pubmed/fdt101.
- Möller, J., Björkenstam, E., Ljung, R. & Yngwe, M. 2011. Widowhood and the risk of psychiatric care, psychotropic medication and all-cause mortality: A cohort study of 658,022 elderly people in Sweden. *Aging & Mental Health* 15 (2), 259–266. doi: 10.1080/13607863.2010.513041.
- Netuveli, G. & Blane, D. 2008. Quality of life in older ages. *British Medical Bulletin* 85, 113–126. doi:10.1093/bmb/ldn003
- Nicolaisen, M. & Thorsen, K. 2014. Loneliness among men and women - a five-year follow-up study. *Aging & Mental Health* 18 (2), 194–206. doi:10.1080/13607863.2013.821457.
- Ong, A.D., Bergeman, C. S. & Bisconti, T.L. 2004. The Role of Daily Positive Emotions During Conjugal Bereavement. *Journal of Gerontology, Psychological Sciences* 59 B (4), 168–176.
- Parker, H. & Khadija, A. 2018. The role of resilience capabilities in shaping how firms respond to disruptions. *Journal of Business Research* 88, 535-541. doi:10.1016/j.jbusres.2017.12.022.
- Pienta, A. M. & Franks, M. S. 2006. A closer look at health and widow-hood: Do health behaviors change after spousal loss. Teoksessa D. Carr, R. M. Nesse, & C. B. Wortman (toim.) *Spousal bereavement in later life*. New York: Springer, 117–142.

- Podhorodecka, K. 2018. Tourism economies and islands' resilience to the global financial crisis. *Island Studies Journal*, Charlottetown 13 (2), 163–184. doi:10.24043/isj.43.
- Rafaeli, E. & Hiller, A. 2010. Self-Complexity. A Source of Resilience? Teoksessa J.W. Reich, A. J. Zautra & J. S. Hall (toim.) *Handbook of Adult Resilience*. New York: A Division of Guilford Publications, Inc, 171–192.
- Rantakokko, M., Iwarsson, S., Kauppinen, M., Leinonen, R., Heikkinen, E. & Rantanen, T. 2010. Quality of Life and Barriers in the Urban Outdoor Environment in Old Age. *Journal of the American Geriatrics Society* 58 (11), 2154–2159. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.03143.x.
- Rakhimova, N. 2018. Aging with financial insecurity: social resilience and adaptation in urban areas of the United States. *Natural Resources Forum* 42 (4), 227–242. doi: 10.1111/1477-8947.12160
- Rantakokko, M., Iwarsson, S., Vahaluoto, S., Portegijs, E., Viljanen, A. & Rantanen, T. 2014. Perceived environmental barriers to outdoor mobility and feelings of loneliness among community-dwelling older people. *The Journals of Gerontology: Series A*, 69 (12), 1562–1568. doi:10.1093/gerona/glu069.
- Rantanen, T., Saajanaho, M., Karavirta, L., Siltanen, S., Rantakokko, M., Viljanen, A., Rantalainen, T., Pynnönen, K., Karvonen, A., Lisko, I., Palmberg, L., Eronen, J., Palonen, E-M., Hinrichs, T., Kauppinen, M., Kokko, K. & Portegijs, E. 2018. Active aging – resilience and external support as modifiers of the disablement outcome: AGNES cohort study protocol. *BMC Public Health* 18:565. doi: 10.1186/s12889-018-5487-5.

- Sahebjamnia, N., Torabi, S. A. & Mansouri, S. A. 2018. Building organizational resilience in the face of multiple disruptions. *International Journal of Production Economics* 197, 63–83. doi:10.1016/j.ijpe.2017.12.009.
- Schaan, B. 2013. Widowhood and depression among older Europeans - the role of gender, caregiving, marital quality, and regional context. *Journals of Gerontology, Psychological Sciences and Social Sciences* 68 B (3), 431–442. doi:10.1093/geronb/gbt015.
- Schorr, A., Carter, C. & Ladiges, W. 2018. The potential use of physical resilience to predict healthy aging. *Pathobiology Of Aging & Age-Related Diseases* 8, 1–4. doi:10.1080/20010001.2017.1403844.
- Schwarz, M., Kallus, K. W. & Gaisbachgrabner, K. 2016. Safety culture, resilient behavior, and stress in air traffic management. *Aviation Psychology and Applied Human Factors* 6 (1), 12–23. doi:10.1027/2192-0923/a000091.
- Singh, K. & Srivastava, S. K. 2014. Loneliness and Quality of Life Among Elderly People. *Journal of Psychosocial Research* 9 (1), 11–18.
- Skodol, A. E. 2010. The Resilient Personality. Teoksessa J.W. Reich, A. J. Zautra & J. S. Hall (toim.) *Handbook of Adult Resilience*. New York: A Division of Guilford Publications, Inc, 112–125.
- Spahni, S., Kate M. Bennett, K. M. & Perrig-Chiello, P. 2016. Psychological adaptation to spousal bereavement in old age: The role of trait resilience, marital history, and context of death. *Death Studies*, 40 (3), 182–190. doi:org/10.1080/07481187.2015.1109566.
- Stahl, S.T., Arnold, A.M., Chen, J.-Y., Anderson, S. & Schulz, R. 2016. Mortality after bereavement: the role of cardiovascular disease and depression. *Psychosomatic Medicine* 78, 697–703. doi.org/10.1097/PSY.0000000000000317.

Suomen Punainen Risti. Ystävöiminta. Viitattu 12.5.2019. <https://rednet.punainenristi.fi/ystavatoiminta>

Tak, Y. R., Kleinjan, M., Lichtwarck-Aschoff, A. & Engels, R. CME. 2014. Secondary outcomes of a school-based universal resiliency training for adolescents: a cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health* 14:1171. doi: 10.1186/1471-2458-14-1171.

Tedeschi, R. G. & Lawrence, G. C. 2004. Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry* 15 (1), 1–18.

Tilastokeskus. Tietoa tilastoista. Käsitteet. Siviilisääty. Viitattu 20.11.2018. <http://www.stat.fi/meta/kas/siviilisaaty.html>.

Tilastokeskus. Tuotteet ja palvelut. Tilastotietokannat. StatFin. Väestö. Väestörakenne. Siviilisääty iän ja sukupuolen mukaan. PX-WEB, 1. Viitattu 20.11.2018. http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin__vrm__vaerak/stat-fin_vaerak_pxt_017.px/table/tableViewLayout2/?rxid=2a86339e-b922-4c76-b08f-4afdcc4fe569

Tilastokeskus. Tuotteet ja palvelut. Tilastotietokannat. StatFin. Väestö. Väestörakenne. Väestö iän ja sukupuolen mukaan. PX-WEB, 2. Viitattu 20.11.2018. http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin__vrm__vaerak/stat-fin_vaerak_pxt_001.px/table/tableViewLayout2/?rxid=2a86339e-b922-4c76-b08f-4afdcc4fe569

Tobiasz-Adamczyk B., Galas A., Zawisza K., Chatterji S., Haro JM., Ayuso-Mateos JL., Koskinen S. & Leonardi M. 2017. Gender-related differences in the multi-pathway effect of social determinants on quality of life in older age—the COURAGE in Europe project. *Quality of Life Research* 26, 1865–1878. doi: 10.1007/s11136-017-1530-8.

- Toimintaterapeuttiliitto. Toimintaterapeutti. Viitattu 12.5.2019. <http://www.toimintaterapeuttiliitto.fi/toimintaterapeutti/>
- Tucci, F. 2018. Resilience and green economies for the future of architecture and the built environment. *Journal of Technology for Architecture and Environment* 15, 153–164.
- Ullah, I. & Khan, M. 2017. Microfinance as a tool for developing resilience in vulnerable communities. *Journal of Enterprising Communities: People and Places in the Global Economy* 11 (2), 237–257. doi:10.1108/JEC-06-2015-0033.
- Utz, R.L., Caserta, M. & Lund, D. 2012. Grief, Depressive Symptoms, and Physical Health Among Recently Bereaved Spouses. *The Gerontologist* 52 (4), 460–471. doi:10.1093/geront/gnr110.
- van Herk, H., Poortinga, Y. H., & Verhallen, T. M. M. 2004. Response styles in rating scales: Evidence of Method Bias in Data From Six EU Countries. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 35 (3), 346–360. doi:10.1177/0022022104264126.
- Vanleerberghe P., De Witte N., Claes C., Schallock R.L. & Verte D. 2017. The quality of life of older people aging in place: a literature review. *Quality of Life Research*, 26, 2899–2907. doi:10.1007/s11136-017-1651-0.
- Webb, E., Blane, D., McMunn, A. & Netuveli, G. 2011. Proximal predictors of change in quality of life at older ages. *Journal of Epidemiology and Community Health* 65, 542–547. doi:10.1136/jech.2009.101758.
- Wiles, J. L., Wild, K., Kerse, N. & Allen, R. E. S. 2012. Resilience from the point of view of older people: ‘There's still life beyond a funny knee’. *Social Science & Medicine* 74 (3), 416–424. doi:10.1016/j.socscimed.2011.11.005.

- World Health Organization (WHO). 1997. Programme on mental health. WHOQOL Measuring Quality of Life. Viitattu 12.5.2019. http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf.
- Zautra, A. J., Hall, J. S. & Murray, K. E. 2010. Resilience. A New Definition of Health for People and Communities. Teoksessa J.W. Reich, A. J. Zautra & J. S. Hall (toim.) Handbook of Adult Resilience. New York: A Division of Guilford Publications, Inc, 3–29.
- Zemp, D. C., Schleussner, C.-F., Barbosa, H. M. J. & Rammig, A. 2017. Deforestation effects on Amazon forest resilience. *Geophysical Research Letters* 44 (12), 6182–6190. doi:10.1002/2017GL072955.