

**AVOTERVEYSPALVELUJEN KÄYTTÖ JA SIIHEN YHTEYDESSÄ OLEVIA
TEKIJÖITÄ 1914-1923 SYNTYNEILLÄ JYVÄSKYLÄLÄISILLÄ**

Auli Malinen

Gerontologian ja

kansanterveyden

pro gradu –tutkielma

Jyväskylän yliopisto

Terveystieteiden laitos

Kevät 2001

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Terveystieteiden laitos

MALINEN AULI: Avoterveyspalvelujen käyttö ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä
1914 – 1923 syntyneillä jyvaskyläläisillä

Gerontologian ja kansanterveyden pro gradu –tutkielma

Kevät 2001

TIIVISTELMÄ

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin Ikivihreät -projektissa vuonna 1996 haastateltujen 73 - 82-vuotiaiden jyvaskyläläisten (n=410) avoterveyspalvelujen käyttöä ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Avoterveyspalveluiksi luettiin asiakkaiden käynnit lääkärissä, fysioterapeutilla, terveydenhoitajalla, sekä lääkäreiden kotikäynnit. Eri ammattiryhmien luona tapahtuneiden käyntien määrän lisäksi selvitettiin avoterveyspalvelujen käyttömäärät sukupuolittain sekä kahdessa viisivuotiskäryryhmässä koetun terveydentilan, koetun taloudellisen tilanteen, yksinäisyyden kokemisen ja siviilisäädyn suhteen. Tiedot kerättiin tutkittavien kotona tehdyillä haastatteluilla. Tilastollisina menetelminä käytettiin ristiintaulukointia, Mann-Whitneyn U-testiä, Spearmanin korrelaatiokertoimia sekä logit-analyysia.

Suurin osa tutkituista ei käyttänyt lainkaan fysioterapian palveluja eikä lääkärin kotikäyntejä vuonna 1996. Miehet käyttivät useammin avoterveyspalveluja ja kävivät lääkärissä useammin kuin naiset. Vertailtaessa avoterveyspalvelujen käyttömääriä kahdessa viisivuotis-ikäryhmässä terveytensä huonommaksi kokeneet vanhemman ikäryhmän henkilöt käyttivät nuorempaa ikäryhmää enemmän avoterveyspalveluja. Huonoksi koettu terveydentila oli eniten yhteydessä avoterveyspalvelujen käyttöön miehillä. Terveydenhoitajan luona kävivät runsaimmin naimisissa olleet miehet. Lääkärissä kävivät eniten taloudellisen tilanteensa hyväksi ja terveytensä huonoksi kokeneet naimisissa olleet henkilöt. Yksinäisyyden kokeminen ja taloudellinen tilanne eivät olleet yhteydessä runsaampaan palvelujen käyttöön.

Tämä tutkimus osoitti, että oman terveyden huonoksi kokeminen lisää avoterveyspalvelujen käyttöä iäkkäillä ihmisillä. Naimisissa olo oli yhteydessä erityisesti iäkkäämmän ryhmän avoterveyspalvelujen käyttöön. Vaikka Jyvaskylän kaupungin palvelujärjestelmä onkin toimiva, fysioterapeutin ja lääkärin kotikäyntien erittäin vähäinen käyttö antaa viitteitä siitä, ettei kaikilla jyvaskyläläisillä ehkä ole tarpeeksi tietoa näiden palvelujen saatavuudesta.

Avainsanat: avoterveyspalvelujen käyttö, iäkkäät henkilöt

SISÄLLYSLUETTELO

TIIVISTELMÄ

1 JOHDANTO	4
2 IÄKKÄIDEN HENKILÖIDEN PALVELUJÄRJESTELMÄ	
2.1 Iäkkäiden henkilöiden palvelujärjestelmien yleispiirteitä ja käsitteitä	6
2.2 Vanhuspalvelujen rakennemuutos	7
2.3 Iäkkäiden ihmisten terveystilanne.....	8
3 TERVEYSPALVELUJEN KÄYTTÖÖN YHTEYDESSÄ OLEVIA TEKIJÖITÄ IÄKKÄILLÄ IHMISILLÄ	10
3.1 Koettu terveys	10
3.2 Sairaudet.....	12
3.3 Taloudellinen tilanne.....	13
3.4 Mielialaongelmat ja yksinäisyyden kokeminen	14
4 JYVÄSKYLÄN KAUPUNKI TUTKIMUSPAIKKANA VUONNA 1996.....	17
4.1 Väestö.....	17
4.2 Vastaanotto toiminta	17
4.3 Hoidon porrastuksen kehittäminen vuonna 1996.....	18
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA ONGELMAT	20
6 TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄT.....	21
6.1 Tutkimusaineisto	21
6.2 Aineiston keruu	21
6.3 Aineiston analyysimenetelmät	22
7 TULOKSET	24
7.1 Taustatiedot	24
7.2 Avoterveyden palvelujen käyttö ammattiryhmittäin	25
7.2.1 Terveystilanteella käynnit.....	25
7.2.2 Fysioterapiakäynnit.....	27
7.2.3 Lääkärikäynnit.....	28
7.2.4 Lääkäreiden kotikäynnit.....	29
7.3 Avoterveyden palvelujen käyttöön yhteydessä olevat tekijät	29
7.3.1 Siviilisääty.....	29

7.3.2 Yksinäisyyden kokeminen	30
7.3.3 Koettu terveydentila	31
7.3.4 Koettu taloudellinen tilanne	31
7.4 Avoterveyspalvelujen käyttö ja siihen yhteydessä olevat tekijät	33
7.4.1 Avoterveyspalvelujen käytön tarkastelu sukupuolittain	34
7.4.2 Avoterveyspalvelujen käytön tarkastelu viisivuotisikäryhmittäin	35
7.5 Siviilisäädyn, yksinäisyyden kokemisen, koetun terveyden ja koetun taloudellisen tilanteen yhteydet lääkärisikäynteihin	36
8 POHDINTA	40
8.1 Terveydenhoitajien ja fysioterapeuttien kontaktit, lääkärin kotikäynnit sekä lääkärisikäynnit	40
8.2 Koetun terveydentilan yhteydet palvelujen käyttöön	41
8.3 Koetun taloudellisen tilan yhteydet palvelujen käyttöön	42
8.4 Siviilisäädyn yhteydet palvelujen käyttöön	42
8.5 Iän yhteydet palvelujen käyttöön	43
8.6 Yksinäisyyden kokemisen yhteydet palvelujen käyttöön	43
8.7 Luotettavuus, tutkimusmenetelmien arviointi ja tulosten yleistettävyys	44
9 JOHTOPÄÄTÖKSET	45
KIITOKSET	46
LÄHTEET	47
LIITTEET	54

1 JOHDANTO

Tilastokeskuksen väestöennusteen (1997) mukaan vuoteen 2030 mennessä Suomessa on noin 1.3 miljoonaa yli 65-vuotiasta. Tällöin joka neljäs on yli 65-vuotias. Erityisesti yli 65-vuotiaiden naisten määrä kasvaa. Yli 75-vuotiaiden määrä kasvaa 27 % vuodesta 1997 vuoteen 2010 ja 54 % vuoteen 2020 mennessä. Yli 85-vuotiaiden määrä kasvaa 32 % vuoteen 2010 ja 57 % vuoteen 2020 mennessä. Suurin nopeasti kasvava ikääntyvien ryhmä on yli 85-vuotiaat.

Sonkinin ym. (2000) mukaan ikääntyneet ihmiset voidaan suhteessa palvelujen tarpeeseen jakaa karkeasti kahteen ryhmään. Seniorit ovat aktiivisia, pääosin terveitä 60-80-vuotiaita. Iäkkäämmät ovat yleensä yli 80-vuotiaita palveluja ja tukea tarvitsevia. 75 vuotta täyttäneistä vain noin 30-35 % käyttää varsinaisia vanhuspalveluja. Laukkasen ja Leinosen (1999) tutkimat nuoremmat 65-75-vuotiaat kohortit olivat terveempiä ja toimintakykyisempiä kuin vanhemmat kohortit. Wallacen (1992), Leinosen ym. (1996) ja Deningin ym. (1998) mukaan sairaudet lisääntyvät iän mukana. Yleisimpiä sairausryhmiä Leinosen ym. (1996) mukaan iäkkäillä ihmisillä ovat sydän- ja verenkiertoelimistön, hermoston ja aistielimien sekä tuki- ja liikuntaelimistön sairaudet. Ikään liittyviä terveystalvelujen käytön syitä ovat myös mielenterveyteen liittyvien sairauksien, hengityselinten sairauksien, reseptilääkkeiden käytön ja pitkäaikaissairauksien suuri kasvu vanhetessa (Heikkinen 1991a, Fried ja Wallace 1992, Aromaa ym. 1997, Arinen ym. 1998). Iäkkäiden ihmisten terveystalvelujen käyttöön on tutkimusten mukaan ollut yhteydessä ikä, koettu terveydentila ja lääketieteellisen hoidon tarve sekä reseptilääkkeiden runsas käyttö (Nyman 1993, Dening ym. 1998). Useat epidemiologiset tutkimukset ovat kuitenkin osoittaneet, että kaikki iäkkäät ihmiset eivät ole sairaita ja raihnaisia (Heikkinen 1991a, Uotinen 1995).

Ikääntyvien ihmisten palvelujärjestelmiin liittyvät kysymykset ovat hyvin tärkeitä. Palvelujärjestelmät ovat kehittyneet pitkän ajan kuluessa, ja usein menneisyydessä tehdyt päätökset näkyvät myös nykykäytännöissä. Palvelujärjestelmän tulisikin kyetä hoitamaan ja tunnistamaan iäkkään ihmisen toimintakyvyn laskussa tapahtuneet muutokset mahdollisimman varhain. Toisaalta tulisi erilaisin yhteiskuntapoliittisin keinoin pyrkiä

vähentämään esimerkiksi sairastumisen, leskeytymisen, yksinäisyyden ja toimintakyvyn heikkenemisen aiheuttamia ongelmia. (Sonkin ym. 2000, Suutama ym. 1999.) Vaaraman ja Lehdon (1996) mukaan vanhusten palveluasuminen on kaksinkertaistunut vuodesta 1990 vuoteen 1997. Vanhainkotipaikat ovat vähentyneet samana aikana noin 3000 paikalla. Vaaraman ja Hurskaisen (1993) mukaan ehkäisevällä vanhuspolitiikalla kuntatasolla olisi terveyspalvelut järjestettävä niin, että kaikki palvelut tukisivat iäkkäiden ihmisten selviämistä kotiooloissaan. Oikein järjestettynä kunnalliset palvelut toimivat niin, että kuntalaisilla ja päätöksentekijöillä on oikea tieto toisistaan ja palvelujen tarpeesta. Tässä tutkimuksessa tiedustellaan kuntalaisilta heidän omia kokemuksiaan heidän koetusta terveydentilastaan, koetusta taloudellisesta tilanteestaan ja yksinäisyydestään. Terveyspalvelujen käyttäjien omilla käsityksillä ja ymmärryksellä on tärkeä merkitys, sillä viime kädessä ihmisten omat käsitykset hyvinvoinnistaan ja palvelujen riittävydestä ovat se perusta, jonka mukaan he myös toimivat arkipäivän valintatilanteissa. (Hastings Center 1996.)

Vaaraman (1992) ja Sonkinin ym. (2000) mukaan juuri ikääntyneiden ihmisten palvelutarpeita tulisi tutkia ja kehittää. Tutkimalla palvelujen käyttöä ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä voitaisiin ehkä vähentää laitoshoidon määrää ja tukea iäkkäiden ihmisten itsenäistä kotona selviytymistä.

2 IÄKKÄIDEN HENKILÖIDEN PALVELUJÄRJESTELMÄ

2.1 Iäkkäiden henkilöiden palvelujärjestelmien yleispiirteitä ja käsitteitä

Suomen terveystalitiikan pitkän aikavälin tavoiteohjelmat ja valtakunnalliset suunnitelmat sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ovat aina 1980-luvulta edellyttäneet väestövastuun toteuttamista ja samanaikaisesti palvelurakenteen muuttumista avohoito-painotteisemmaksi (Vaarama 1995, Vaarama ja Lehto 1996). Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän rakentaminen on alkujaan tähdännyt selkeään työhjakoon. Moninaisen erityislainsäädännön turvin on pyritty siihen, että sekä alueellisesti ja toiminnallisesti saadaan määriteltyä selkeät vastualueet eri palvelujen tuottamisessa ja eri asiakasryhmien kuten esim. vanhusten palvelemisessa. (Nylander ja Nenonen 2000.)

Ikääntyvien ihmisten palvelujen järjestämisvastuu on kunnilla. Sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee valtakunnallisessa sosiaali- ja terveydenhuollon suunnitelmassa tavoitteet, jotka valtioneuvosto hyväksyy kalenterivuositain. Sosiaali- ja terveysministeriön perusturvalautakunta valvoo palvelujen järjestämistä ja voi antaa tarvittaessa suosituksia palvelujärjestelmän parantamiseksi silloin, kun kunnan järjestämät palvelut eivät ole valtakunnallisesti hyväksytyä tasoa. Valtionosuusuudistus tuli voimaan vuonna 1993 ja antaa kunnille enemmän valinnan vapautta sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta 1992.)

Palvelutuotanto tarkoittaa niiden palvelujen kokonaisuutta, joiden avulla voidaan vastata erilaisiin palvelua koskeviin tarpeisiin. Avun tarvetta aiheuttavat mm. alentunut toimintakyky, sairaudet, puutteellinen asuminen, avohuollon palvelujen puute, laitospalvelun tarve, yksinäisyys, turvattomuus, vammaisuus ja kotipalvelujen riittämättömyys. (Vaarama 1992, Terveydenhuolto Suomessa 1996.) Valvanteen ym. (1991) mukaan yli 75-vuotiaat henkilöt saivat apua omaisiltaan 28-48 %, kunnallisilta kodinhoitajilta 6-32 % ja kotisairaanhoidolta 5-18 %.

Palveluketjulla tarkoitetaan saman asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuvaa, sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatorajat ylittävää, suunnitelmallista ja yksilöllisesti toteutuvaa palveluprosessien kokonaisuutta. Joustava palveluketju, toiselta nimeltään hoidon porrastus, tarkoittaa asiakkaan ja/tai häntä koskevan tiedon siirtymistä joustavasti palveluprosessista ja organisaatiosta toiseen. Joustavissa palveluketjuissa kaikkien palveluprosesseihin osallistuvien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden tulee olla tietoisia iäkkään ihmisen ja hänen tietojensa erilaisista siirtymävaiheista ja niihin liittyvistä yhteistyön ja tiedonkulun tarpeista. Palveluketjun työnjakoon kohdistuu nykyään uudenlaisia paineita. Sellaisia ovat: siirtyminen keskitetystä valtiollisesta ohjauksesta kuntakeskeiseen autonomiaan, työkäytäntöjen ja -tekniikkojen aikaansaamat toimintamahdollisuuksien muutokset sekä uudenlaisten yksityisten ja julkisten palvelumuotojen kehittyminen. (Nylander ja Nenonen 2000.)

2.2 Vanhuspalvelujen rakennemuutos

Vanhuspalvelujen rakennemuutoksella 1990-luvun alussa haluttiin edistää iäkkäiden ihmisten oikeutta asua kotonaan mahdollisimman pitkään sekä taata heille tasa-arvoinen kohtelu palvelujärjestelmässä. Laitosvaltaisena pidetty palvelurakenne haluttiin muuttaa avohoitopainotteisemmaksi ja ikääntyvien ihmisten kotona selviämistä tukevaksi. Luotiin myös toimenpideohjelma jonka mukaan erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen paikkoja vähennetään asteittain siten, että vuoteen 2000 mennessä 75 vuotta täyttäneistä 90 % selviytyy kotona joko itsenäisesti tai lähiomaisten ja lähiympäristön tukemana tai sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämien koti- ja avohuollon palvelujen turvin. (Palvelurakennetyöryhmän muistio 1992, Leppo 1996.)

Tämä päätös on johtanut kuitenkin uudenlaisiin ongelmiin. Nykyisen vanhusväestön lisääntymisen myötä laitos- ja palveluasumispaikkoja olisikin lisättävä nopeasti (Sonkin ym. 2000). Vaaraman ja Lehdon (1996) mukaan palvelurakennemuutoksen aikoihin ja jo vuodesta 1988 vuoteen 1994 vanhusten hoivapalveluihin liittyi leikkauksia, joka kohdistuivat erityisesti erikoissairaanhoidon pitkäaikaishoitoon ja vanhusten kotipalveluihin. Samaan aikaan omaishoidon tuki ja vanhusten kotisairaanhoido pysyivät ennallaan, vaikka näiden palvelujen varassa on yhä huonokuntoisempia vanhuksia. Palveluasumisen tarve on yli kaksinkertaistunut vuodesta 1990 vuoteen 1997.

Palveluasunnoissa asuvat iäkkäät ihmiset ikääntyvät edelleen, ja Vaaraman ja Lehdon (1996) mukaan jääkin nähtäväksi, tuleeko 1990-luvun palveluasumisesta 2000-luvun alkuvuosikymmenten pitkäaikaispotilaita hoitavia laitoksia.

Julkista palvelujärjestelmää muovaavaksi tekijäksi on muodostunut palvelujärjestelmän monimuotoisuus, josta käytetään nimitystä hyvinvointipluralismi (Ervasti 1996). Tällä tarkoitetaan sitä, että eri toimijoiden välillä on yhteistyötä ja julkisen sektorin vastuuta hyvinvoinnin tuottajana vähennetään. Ikääntyvien ihmisten palvelujärjestelmässä on Koskisen ym. (1998) mukaan entistä enemmän mukana myös yksityiset ja epäviralliset tahot. Johnsonin ja Barerin (1996) mukaan iäkkäät yli 85-vuotiaat ihmiset selvisivät kotonaan myös omien kompesaatiomekanismiensa ansiosta.

2.3 Iäkkäiden ihmisten terveystalvelut

Iäkkäiden ihmisten terveydenhuollon tavoitteena on terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisyyden ylläpitäminen sekä osallistumisen, sosiaalisen kanssakäymisen ja itsehoidon tukeminen. Kansanterveyslain mukaan tällaisia tehtäviä ovat mm. terveysneuvonnan, terveystarkastusten ja erilaisten seulontatutkimusten järjestäminen. Lisäksi näihin tehtäviin kuuluvat sairaanhoidon, lääkinnällisen kuntoutuksen, mielenterveyspalvelujen ja sairaankuljetusten järjestäminen. (Terveydenhuolto Suomessa 1996.) Keskeistä iäkkäiden ihmisten terveyden edistämiseksi on toimintakyvyn ylläpitäminen. Ehkäisevä, omatoimisuutta edistävä ja kuntouttava ote kaikissa palveluissa ja hoidossa on tärkeää. Kuntien tehtävänä on myös tukea eri järjestöjen, sosiaali- ja terveydenhuollon, kuntoutuslaitosten ja muiden yhteistyötä ikäihmisten terveyden edistämiseksi (Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000–2003, 1999.)

Kun Vaaraman ym. (1999) tutkimuksessa tiedusteltiin iäkkäiden ihmisten omia mielipiteitä heidän palvelujärjestelmästänsä, vastaajat uskoivat sen kehittyneen huonompaan suuntaan. Vain neljäsosa oli sitä mieltä, että sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmä oli muuttunut parempaan suuntaan. Alle 75-vuotiailla oli kielteisempi suhtautuminen vanhuspalvelujen kehitykseen kuin yli 75-vuotiailla, jotka kuitenkin käyttävät palveluja enemmän.

Ennalta ehkäisevä työ on tärkeä osa ikääntyneiden ihmisten terveydenhuoltoa. Ikääntyvällä ihmisellä esiintyvä toimintakyvyn heikkeneminen voi olla vakavan sairauden ensimmäinen tai ainoa oire ja siihen olisi reagoitava nopeasti. Useiden sairauksien kehityksessä on havaittu prekliininen vaihe, jolloin oikein suunnatulla preventiolla pystyttäisiin joitakin ongelmia mahdollisesti kokonaan estämään tai ainakin lieventämään. (Valvanne 1992.) Ennaltaehkäisevän terveyden edistämisen avulla voidaan myös ohjata iäkkäitä ihmisiä omaksumaan ja ylläpitämään terveitä elämäntapoja sekä käyttämään tarkoituksenmukaisesti tarjolla olevia terveystalveluja. (Sakari-Rantala ym. 1995, Leinonen ym. 1996.)

Hyvinvointia ja terveyttä ovat nykyään tuottamassa siis monet erilliset tahot. Ikääntyneen ihmisen arkipäivä on sen kokonaisvaltaista sujumista, joka osin riippuu siitä fyysisestä ja sosiaalisesta ympäristöstä, jossa ihminen elää ja vanhenee. Heitä ei tulisikaan keinoitekoisesti irrottaa sosiaalisista tai muista suhteistaan. Ikääntyneen ihmisen tarvitessa apua, tulevat ensin apuun julkiset verovaroin rahoitettavat kunnalliset palvelut. Kuitenkin näin tuotetut palvelut, kuten terveydenhuolto, ovat vain pieni osa sitä palveluverkostoa mitä vanhus tarvitsee ja käyttää. Usein lähiympäristö ja omaiset toimivat ensimmäisinä avun antajina. (Vaarama 1995, Ervasti 1996; Vaarama ja Lehto 1996, Sonkin ym. 2000.)

3 TERVEYSPALVELUJEN KÄYTTÖÖN YHTEYDESSÄ OLEVIA TEKIJÖITÄ IÄKKÄILLÄ IHMISILLÄ

Iäkkäiden ihmisten toimintakykyä, koettua terveyttä sekä terveys- ja sosiaalipalvelujen käyttöä on tarkasteltu Suomessa useissa tutkimuksissa ja raporteissa (Aromaa ym.1989, Häkkinen 1992; Kalimo 1992; Nyman 1992; Raitasalo 1992, Aro ym. 1993, Aromaa ym. 1997; Vaarama ja Noro 1997, Uutela ym. 1999). Iäkkäiden ihmisten vaikeudet selviytyä päivittäisistä toiminnoista kasvavat erityisesti 75-ikävuoden jälkeen (Valvanne 1992, Aromaa ym. 1997, Laukkanen 1998). Vaaraman ym. (1999) mukaan yli 80-vuotiaista kotona asuvista 70 % saa ulkopuolista apua arkipäivän toimiin, kun vastaava määrä alle 80-vuotiaista on 29 %. Suomalaisten itsensä kokema terveydentila oli vuonna 1996 parempi kuin vuonna 1987. Elämänsä ja terveytensä kokevat parhaimmaksi kaksi ylintä tuloryhmää. Arisen ym.(1998) mukaan tulot vaikuttavat yhä terveyspalvelujen käyttöön mm. siten, että varakkaimmat käyttävät enemmän yksityislääkäripalveluja.

Laman vaikutus palvelujärjestelmän käyttöön voidaan Vaaraman ym. (1999) mukaan nähdä kahdessa eri valossa; toisaalta lama on syönyt iäkkäiden ihmisten terveyspalvelujen voimavaroja, mutta toisaalta se on pannut nopeasti alkuun palvelurakennemuutoksen. Avopalvelujen kehittäminen ei kuitenkaan näytä edistyvän toivotulla tavalla. Sosiaali- ja terveyspalvelujen puute aiheuttaa vähintään joka toiselle ikääntyneelle yleisiä ongelmia. Joka viides yli 60-vuotias on sitä mieltä, että vanhustenhuollon palveluissa on tapahtunut viime aikoina myönteistä kehitystä. Iäkkäät ihmiset ovat alkaneet suhtautua myönteisesti myös yksityisten palvelujen käyttöön.

3.1 Koettu terveys

Koetun terveyden on useissa tutkimuksissa havaittu ennustavan mm. iäkkäiden ihmisten elinaikaa sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä (Longino 1990, Kaplan ym. 1992, Idler ja Benyamini 1997). Vanhusten omasta kokemusmaailmasta heidän hyvän terveytensä yksi tärkeä osa on itsenäinen selviytyminen päivittäisistä toiminnoista (Heikkinen 1994, Lyyra 1999). Esimerkiksi Heikkisen (1991b) mukaan suurin osa 75- ja 80- vuotiaista tunsi itsensä terveeksi vaikka kliinisesti terveitä heistä oli korkeintaan joka kuudes. Aromaan ym. (1997) mukaan koettu terveys ei heikkene samassa suhteessa kuin

ihminen ikääntyy. Jopa kolme neljäsosaa yli 80-vuotiaista piti itseään terveenä tai melko terveenä ja vielä sadan vuoden ikäisistäkin kolmannes oli mielestään melko terve tai terve. Subjekttiivisten osoittimien mukaan terveys ei aina heikkene johdonmukaisesti, kun ikää tulee lisää vaan ihmiset rakentavat arkielämäänsä tukemaan erilaisia kompensatiomekanismeja (Johnson ja Barer 1996). Koskisen (1997) mukaan koettu terveys onkin monissa tapauksissa ikääntyneelle ihmiselle itselleen paljon oleellisempaa kuin taudin olemassaolo tai sen puuttuminen.

Uutelan ym. (1999) tutkimuksessa verrattiin toisiinsa vuoden 1993 ja 1995 terveyttä koskevia tietoja kahdessa eri ikäryhmässä 65–84-vuotiailla miehillä ja naisilla. Koettu terveys oli selvästi yhteydessä ikään ja koulutukseen. Koulutustaustaltaan pidemmän eli kahdeksan vuoden koulutuksen käyneet kokivat itsensä terveemmiksi kuin lyhyemmän koulutuksen saaneet. Nuoremmassa viisivuotiskäryhmässä oli kaksi kertaa enemmän terveytensä vähintään hyväksi kokeneita miehiä kuin vanhimmassa ikäryhmässä, jossa hieman yli 20 % miehistä ja naisista koki terveytensä hyväksi. Mitä vanhempia tutkitut henkilöt olivat, sitä huonommaksi he kokivat terveytensä. Koettu terveys oli myös yhteydessä siviilisäätyyn. Naimisissa olevat kokivat olevansa terveempiä.

Lyyra (1999) on tutkinut kroonista nivelreumaa sairastavien ikääntyneiden ihmisten kokemuksellista terveyttä fenomenologis-hermeneuttista menetelmää käyttäen. Vastaajat näkivät terveyden arvokkaana ja tärkeänä asiana, jota he arvostivat erityisesti sen jälkeen, kun olivat sairastuneet. Kokemuksellinen hyvä terveys näyttäytyi tutkittaville arjen kaikkinaisena sujumisena, kun he selvisivät esim. ruoanlaitosta ym. arjen askareista. Huono terveys puolestaan merkitsi kipuja ja kolotusta. Kokemuksellinen terveys näyttäytyi maailmaan suuntautumisessa; vaikka tutkittavilla olikin vakavia sairauksia, eivät he kokeneet tätä kovin relevantiksi tekijäksi arvioidessaan terveydentilaansa. Kroonisesta sairaudestaan huolimatta iäkkäät ihmiset kokivat terveytensä hyväksi, etenkin jos heidän muut asiansa sujuivat hyvin.

Häggman-Laitilan (1999) tutkimuksessa haastateltavat kokivat oman terveytensä hyvänä olona, taudittomuutena ja oireettomuutena. Heidän terveyskokemuksiaan jaoteltiin tutkimuksessa kolmeen osioon, joista ensimmäisessä ihmiset toimivat itsenäisesti käyttäen itsetuntemustaan sekä etsien hyvän ja huonon olon hoitokeinoja. Nämä ihmiset

hallitsivat elämäänsä, kantoivat vastuun terveydestään ja pitivät terveyttä edistäviä asioita tärkeinä. Toisessa osiossa terveys koettiin ulkoa päin ohjautuvana, normaalisuuteen perustuvana ja sen tavoitteena oli sairauksien hallinta. Saavuttaakseen tavoitteen ihmiset pyrkivät terveellisiin elämäntapoihin ja hoitamaan sairauksiaan ohjeiden mukaan. Terveysneuvonta oli näille ihmisille tärkeää, mutta he kokivat sen myös elämää rajoittavana. Kolmas ryhmä koki terveytensä jäsentymättömänä, ja heille terveys ja omasta terveydestä huolehtiminen olivat etäisiä ja merkityksettömiä asioita. He uskoivat, ettei terveyteen voi itse vaikuttaa. Ihminen voi sairastuttuaan ”tulla terveemmäksi”, koska hän silloin alkaa hoitaa uhatuksi kokemaansa terveyttä.

3.2 Sairaudet

Vanhetessa ihmisen kehossa tapahtuu biologisia rappeutumismuutoksia, joiden seurauksena useimpien tautien todennäköisyys kasvaa. Toisille ihmisille kertyy myös elämän aikana enemmän sairauksille altistavia tekijöitä. Sairaudet, elämäntapa ja vanhenemisprosessi vaikuttavat yhdessä fyysiseen suorituskykyyn, kognitioon, mielialaan ja moniin muihin tekijöihin. Päivittäisistä toiminnoista selviytyminen vaikeutuu, ellei ihmisellä ole omia kompensatiokeinoja ja riittävää ulkopuolista tukea. Ihmisen tulisi osata asettaa toiminnalleen juuri itselleen sopivat tavoitteet ja vaatimukset. (Heikkinen 1997, Laukkanen 1998.) Sairauden ja vanhenemisen erottaminen toisistaan vaikeuttaa vanhenemistutkimusta. Aina ei voida olla täysin varmoja siitä, että joku tapahtuma johtuu vanhenemisestä, sillä taustalla voi olla joku piilevä sairaus (Wallace 1992). Friedin ja Wallacen (1992) mukaan 1900-luvulla on tapahtunut suuri muutos terveyteen vaikuttavien sairauksien tyypeissä. Kun ihmiset vuosisadan alussa kuolivat infektiosairauksiin, he nykyään yhä useammin kuolevat kroonisiin sairauksiin. Jos sairauksien hoito aloitetaan vasta sairauksien ja diagnosoinnin ja toiminnanvajavuuksien toteamisen jälkeen tavoitamme vain jäävuoren huipun sairauksien kehityksessä. (Verbrugge 1990, Tilvis ja Jylhä 1992.)

Valvanteen (1992) mukaan erityisesti lääkärin huomaamalla toimintakyvyn laskulla oli ennusteellista merkitystä iäkkäiden terveydentilan kehittymiselle. Ikääntyvällä ihmisellä olevista oireista olivat huonoenteisimpiä kaatuilu, hengenahdistus ja alentunut näkökyky. Ne johtivat usein sairauden toteamiseen. Kliinisistä löydöksistä huonoin ennuste oli

poikkeavilla verenpainearvoilla sekä sydänfilmissä olleilla muutoksilla. Tyypillisimmät sairaudet iäkkäillä ihmisillä ovat sydän- ja verenkiertoelinten sairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, hengityselinsairaudet ja syöpäsairaudet. Sairauksista pahimpia olivat sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta ja sokeritauti. Vain noin joka kymmenes 75-79-vuotias on terve siinä mielessä, että hänellä ei ole yhtään lääkärin toteamaa sairautta. (Heikkinen 1991a, Aromaa ym. 1997.)

Sairauksien myötä myös lääkkeiden käyttö lisääntyy iäkkäillä ihmisillä. Lehtonen ja Klaukka (1992) ennakoivatkin että reseptilääkkeiden käyttäjistä noin 30 % olisi yli 65-vuotiaita vuonna 2010. Kun iäkkäiden lääkkeet ovat suurimmaksi osaksi reseptilääkkeitä, lisääntyy myös lääkärissä käynnit sairastumisten ja reseptien uusimisten takia. Määrää kasvattavat osaltaan vanhenemiseen yhteydessä olevien sairauksien ja oireiden hoitoon käytettävät lääkkeet kuten esim. sydän- ja verisuonitauti-, särky- ja unilääkkeet sekä vitamiinit ja estrogeenilääkkeet.

3.3 Taloudellinen tilanne

Iäkkäiden ihmisten taloudellinen tilanne on kohenemassa ja heillä on käytössään enemmän rahaa kuin aikaisemmin (Sonkin ym. 2000). Kuitenkin pelkän kansaneläkkeen varassa eläneen henkilön eläketulot olivat vuonna 1997 vain 2929 markkaa kuukaudessa. Työeläkettä saavan henkilön tulot olivat huomattavasti suuremmat eli 6157 markkaa kuukaudessa. (Kansaneläkelaitoksen taskutilasto 1999). Sakari-Rantalan ja Lampisen (1999) tutkimuksessa jyvaskyläläisten ikääntyneiden ihmisten tulojen havaittiin nousseen, ja silti vielä 14 % miehistä ja lähes viidennes naisista koki taloudellisen tilanteensa huonontuneen kahdeksan vuoden (1988-1996) seuruaikana. Vaaraman ym. (1999) tutkimuksessa 53 % vastaajista ilmoitti, että rahat riittävät elämiseen ja 30 % ilmoitti, että rahat riittävät jotenkuten. Vain 3 % ilmoitti, etteivät tulot riitä edes välttämättömimpään.

Aikaisempien tutkimusten mukaan iäkkäiden ihmisten taloudellinen tilanne on ollut yhteydessä terveystaloudellisuuden käyttöön (Nyman 1993, Arinen ym. 1998). Taloudellinen tilanne on sosioekonomisen aseman yksi ulottuvuus koulutuksen, ammatin yms. ohella. Koulutus, tulot ja ammatti ovat usein yhteydessä myös toisiinsa. Korkeammin

koulutetuilla ja parempituloisilla henkilöillä on usein myös parempi terveys ja vähemmän sairauksia (Longigo 1990, Koskinen 1997).

Arisen ym. (1998) ja Nymanin (1993) mielestä tulot vaikuttavat yhä voimakkaasti siihen, mitä ja minkälaisia terveyspalveluja käytetään. Suurituloiset henkilöt hakeutuivat enemmän yksityislääkärille ja he käyttivät enemmän erikoislääkäritason avohoitopalveluja. Myös sairastavuus oli yleisempää köyhemmän kansanosan keskuudessa. Häkkisen (1992) tutkimuksessa osoitettiin kuitenkin selvästi, että terveyspalvelujen käyttö näytti määräytyvän pikemminkin tarpeen kuin maksukyvyyn perusteella. Sairaat hakeutuivat lääkäriin, vaikka heillä olisikin ollut heikko taloudellinen tilanne.

Raution ja Heikkisen (2000) tutkimuksessa selvitettiin 75- ja 80-vuotiaiden jyvaskyläläisten miesten ja naisten siviilisäädyn ja sosioekonomisten tekijöiden yhteyttä mm. koettuun terveyteen, pitkäaikaissairauksien lukumäärään, kipuoireisiin, masennusoireisiin ja kuolleisuuteen. Hyväksi koettu taloudellinen tilanne oli yhteydessä hyvään koettuun terveyteen molemmissa ikäryhmissä, kun perheen nettotulot, siviilisäätö ja koulutus oli huomioitu. Myös Pohjolan ym. (1997) mukaan huonoksi koettu taloudellinen tilanne on yhteydessä huonoksi koettuun terveyteen ja toimintakykyyn.

3.4 Mielialaongelmat ja yksinäisyyden kokeminen

Koettu terveydentila ja koettu hyvänolon tunne ovat yhteydessä iäkkään henkilön terveyteen, toimintakykyyn ja mielenterveyteen (Jylhä 1985, Heikkinen 1998, Liang ja Whitelaw 1990). Psykkiset oireet aiheuttavat haittaa, subjektiivista kärsimystä sekä epävarmuutta. Jos ihminen ei onnistu omatoimisesti poistamaan pahaa oloaan, hän hakeutuu terveyspalvelujen puoleen toivoen saavansa tiedollista selkeyttä oireidensa syistä tai saadakseen hoitoa tai kuntoutusta. Raitasalon (1992) mukaan psykkiset oireet, huonomuistisuutta lukuun ottamatta, ovat yleisimpiä naisten keskuudessa. Pitkäaikaissairailta on lähes kaksi kertaa yleisemmin psykkisiä oireita kuin niillä, jotka eivät tunne itseään fyysisesti sairaiksi. Tietoja suomalaisten oireilevuudesta on paljon, mutta tietoja hoitopalvelujen käytöstä puuttuu. (Lehtinen ym. 1991, Raitasalo 1992, Karlsson 1996.)

Iäkkäiden ihmisten tyypillisiä mielialaongelmia ovat ahdistus, yksinäisyys ja masennus. Mieliala voi olla yhteydessä paitsi vanhenemisen mukanaan tuomiin muutoksiin ja elämäntapahtumiin, myös yhteiskunnallisiin tapahtumiin, perheen yksilöllistymiseen tai jopa siihen, kuinka yhteisiä varojamme jaetaan. Masennus ja yksinäisyys liittyvät usein yhteen, mutta niiden yhteys ei ole yksiselitteinen. Hoitamattomana masennus aiheuttaa paljon kärsimystä, toimintakyvyn laskua ja laitoshoidon tarvetta. Laitoksissa olevista vanhuksista jopa 40% kärsii masennuksesta. Alakuloisuudesta kärsii noin kolmasosa ikääntyneistä. (Heikkinen 1998.)

Vanhusbarometrin (1994) mukaan jopa 42 % yli 60-vuotiaista tunsi itsensä yksinäiseksi. Yksinäisyyden kokeminen on yleisempää elämäänsä tyytymättömien, huonon terveydentilan omaavien, yksin asuvien ja yli 80-vuotiaiden joukossa. Rauhalan (1987) mukaan ei ole selvää näyttöä siitä, että yksinäisyys lisääntyisi yli 65-vuotiailla naisilla. Jylhän (1993) mukaan yksinäisyys lisääntyy selvästi vanhuksilla menetysten, leskeyden, sairauksien ja toimintakyvyn heikkenemisen vuoksi. Jylhän ja Jokelan (1990) tutkimus osoittaa myös, että yleiset yhteiskunnalliset ja kulttuurilliset muutokset heijastuvat nopeasti myös iäkkäiden ihmisten elämäntilanteeseen. Naiset ovat huonommassa asemassa, koska he asuvat useimmiten yksin, ovat leskiä, yksinäisiä ja heillä on huonompi taloudellinen tilanne. Alhaisemmassa sosiaalisessa asemassa olevat ihmiset ovat usein sosiaalisesti eristäytyneitä ja sitä kautta kokevat yksinäisyyttä enemmän kuin hyvin toimeentulevat ihmiset (Uutela ym. 1999).

Heikkisen (1991b) mukaan 65 – 84-vuotiaista yksin asuvista miehistä koki vuonna 1988 noin 35 % itsensä yksinäiseksi ja toisen kanssa asuvista miehistä 6 %. Yksin asuvista 65-84-vuotiaista naisista koki itsensä yksinäiseksi 15 % ja toisen ihmisen kanssa asuvista 8 %. Heikkisen (1999) mukaan kahdeksan vuoden seuraututkimuksessa todettiin, että iäkkäiden ihmisten mielialaongelmat lisääntyivät sekä miehillä että naisilla. Masentuneisuuden lisäksi myös yksinäisyyden kokeminen lisääntyi selvästi.

Lehtisen ym. (1991) ja Karlssonin (1996) mukaan suurin osa psykiatrisesti oirehtivista potilaista hoidetaan perusterveydenhuollossa, jonne tehdään vuosittain noin neljä miljoonaa käyntiä ainakin osittain mielenterveysongelmien takia. Potilaiden toistuvat

käynnit vastaanotoilla kielivät siitä, että heillä on kokemuksellinen tunne avuntarpeesta. Terveyspalvelujen suurkäyttäjillä on kliinisesti merkittäviä ahdistuneisuus- ja masennusoireita enemmän kuin muilla potilailla. Suurkäyttäjät ovat lisäksi useimmiten ihmisiä, joille kasautuu ruumiillisia, psyykkisiä sekä sosiaalisia ongelmia ja oireita yhtäaikaaisesti. Karlssonin tutkimuksessa ei kuitenkaan kyetty osoittamaan sitä, että mielenterveysongelmista kärsivien ihmisten lääkarissäkäynnit lisääntyisivät vanhenemisen johdosta. Subjektivisesti tyytyväisimpiä elämäänsä ja tilanteeseensa olivat selkeästi ruumiillista sairautta sairastavat potilaat ja heillä oli myös vähiten ahdistuneisuus- ja masennusoireita. (Karlsson 1996.)

4 JYVÄSKYLÄN KAUPUNKI TUTKIMUSPAIKKANA VUONNA 1996

4.1 Väestö

Vuoden 1995 lopussa Jyväskylässä oli 74 072 asukasta, joista 3 824 oli yli 75-vuotiaita. Vuonna 2010 ennakoidaan Jyväskylässä olevan 12,6 % väestöstä yli 65-vuotiaita, mikä tarkoittaa 11 570 henkilöä. Omassa kodissaan arvioidaan tuolloin asuvan 92 % yli 74-vuotiaista. (Sosiaali- ja terveystoimen vuosi 1996, Tilastokeskus 1997.)

4.2 Vastaanottoiminta

Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja terveyslautakunta päätti kokouksessaan 27.9.1995, että Jyväskylän kaupungin organisaatiota uudistetaan. Kaupunki jaettiin sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen toteuttamista varten kolmeen alueeseen: Läntiseen, Keskustaan ja Itäiseen. Jokaisella alueella on omat vastuutiimit, jotka tuottivat alueensa peruspalvelut palvelulinjoittain vastaanottoiminnan ollessa yksi näistä linjoista. Läntisen alueen terveysasemat toimivat Kyllössä ja Säynätsalossa. Keskustan alueen terveysasema toimi Tapionkadulla ja Itäisen alueen terveysasemat Huhtasuolla ja Kuokkalassa. (Sosiaali- ja terveyslautakunnan pöytäkirja 27.9.1995.)

Jyväskyläläisistä 80 % käytti sairaanhoito- ja mielenterveysvastaanottojen, neuvoloiden sekä koulu-, opiskelija- ja työterveyshuollon palveluja tai kävi kuntoutuksessa tai tutkimuksissa vuonna 1996. Käyntejä vastaanotoilla, kotikäynnit mukaan lukien oli koko väestössä 500 412 eli keskimäärin 6,7 käyntiä jokaista jyvaskyläläistä kohti. Lääkäreiden vastaanottoaikojen saaminen terveysasemille vaikeutui tutkimusvuonna, minkä vuoksi päätettiin, että seuraavana vuonna 1997 siirryttäisiin väestövastuiseen omalääkärijärjestelmään. Eniten lääkrillä käyntejä asukasta kohti oli Säynätsalossa ja vähiten Keskustan terveysasemalla ja Kuokkalassa. (Sosiaali- ja terveystoimen vuosi 1996.)

Vuonna 1996 sairaanhoidovastaanotoilla oli asiakaskäyntejä yhteensä 185 342, joista lääkrillä käyntejä oli 106 470 ja muulla henkilökunnalla käyntejä 78 872. Yli 65-vuotiaat tekivät näitä käyntejä keskimäärin 7.3 kertaa vuoden 1996 aikana. Kotisairaanhoitokäyntejä tehtiin 26 248, joista 22 309 käyntiä tehtiin yli 65-vuotiaiden luokse. Erikoissai-

raanhoidon käyttömäärät lisääntyivät huolestuttavasti ja sen menot kasvoivat 16 miljoonaa markkaa. (Sosiaali- ja terveystoimen vuosi 1996.) Jyväskyläläiset tekivät yksityislääkärikäynteinä 683 käyntiä tuhatta asukasta kohden vuonna 1996 (K-SSHP. Aluetilasto 1996).

4.3 Hoidon porrastuksen kehittäminen vuonna 1996

Vanhustenhuollon tavoitteeksi asetettiin vuonna 1996 se, että 90 % yli 75-vuotiaista asuisi omassa kodissaan avohuollon tukitoimien avulla vuonna 2000 (Karhula ja Päivärinta 1993). Jyväskylän terveystoimen sairaalasta vähennettiin vuoden 1996 alusta lukien 10 hoitopaikkaa ja hoitopaikkoja jäi 288. Pitkäaikaispotilaiden käytössä oli 61 % sairaansijoista. Keskimääräinen hoitoaika oli 31,6 vrk ja potilaiden keski-ikä 80 vuotta. Yli 74-vuotiaista hoitoa sai joka kolmas ja yli 64-vuotiaista lähes joka viides. Sairaalan hoitopäiviä oli 104 477 ja hoidettuja potilaita oli kaikkiaan 3 599. Hoidetuista potilaista oli 95 714 yli 65-vuotiaita. Potilaiden hoitoisuusaste kohosi ja sairaalan kuormitusprosentiksi tuli 99 %. (Sosiaali- ja terveystoimen vuosi 1996.)

Päiväsairaala aloitti uutena toimintana terveystoimen sairaalan yhteydessä. Se lyhensi erikoissairaanhoidon jonoja, sekä vähensi ylipaikkojen käyttöä terveyskeskussairaalassa. Päiväsairaalan 12 hoitopaikalla hoidettiin sellaisia monisairaita, lääketieteellistä hoitoa tarvitsevia potilaita, jotka eivät tarvitse ympärivuorokautista hoitoa. Erityisesti pyrittiin kartoittamaan iäkkäiden toimintakykyyn vaikuttavia keskeisiä tekijöitä ja ehkäisemään mahdollista hoidon tarvetta. Päiväsairaalan asiakasseurannassa ajanjakson 4.3.1996 - 31.7.1996 mukaan asiakkaat kävivät päiväsairaalassa keskimäärin noin 11 kertaa. Yksi käyntikerta tarkoittaa käytännössä yhtä hoitopäivää. Päiväsairaalassa hoidettiin ensimmäisen vuoden aikana 168 potilasta. (Laukkanen 1997.)

Vanhustenhuoltoon perustettiin yhteistyöryhmä, joka pyrki eri asiantuntijoiden avulla tekemään päätökset palvelujen ja hoidon järjestämisestä. Se selvitti vanhusten toimintakykyä, hoitopaikkatilannetta ja pyrki löytämään kullekin iäkkäälle ihmiselle sopivimman hoitopaikan. Kotihoidossa oleville suunniteltiin yksilöllisesti heidän tarvitsemansa palvelut. Yhteistyöryhmä ennakoi hoito- ja palvelutoiminnan

kehittämistarpeita laatimalla säännöllisin väliajoin mahdollista piilevää avuntarvetta kuvaavia selvityksiä. Se myös arvioi vanhustenhuollon hoito- ja palvelutoiminnan tuloksellisuutta ja todellisuutta sekä sisäisen hoidonporrastuksen onnistumista Jyväskylän kaupungin alueella. (Karhula ja Päivärinta 1993.)

Onnistunut hoidon porrastus tarvitsee tuekseen riittävän määrän palvelutaloasumista ja vanhainkotien lyhytaikaishoitoa. Vaikka yhteistyö eri vanhustenhuollon palveluja tuottavien tahojen kesken oli ollut vuonna 1996 tiivistä, tarkoituksenmukainen hoidon porrastus ei onnistunut tavoitteiden mukaisesti mm. siksi, että välimuotoisia asumis- ja hoitopaikkoja ei vanhuksille ollut vielä riittävästi. (Sosiaali- ja terveystoimen vuosi 1996.) Vaarama ja Lehto (1996) arvioivat, että koko maata koskeva palveluasuntojen määrän lisäys on ollut vuosina 1988 - 1995 jopa 112 % ja näin ollen voidaankin puhua sen kaksinkertaistumisesta koko maata ajatellen. Jyväskylässä oli palveluasumista, lyhyt-, jaksotais-, ja pitkähoitopaikkoja Keljon vanhainkodissa, Kortepohjan palvelukodissa, Hoitokoti Hannalassa ja Väinönkadun palvelukeskuksessa. Omia vanhainkotipaikkoja oli vuoden lopussa 254. Asiakkaat olivat huonokuntoisia niin vanhainkodeissa kuin kotipalvelunkin piirissä. Palvelutalojen asukkaista yli 75-vuotiaita oli 82 % ja yli 85-vuotiaita 38 %. (Sosiaali- ja terveystoimen vuosi 1996.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA ONGELMAT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää vuosina 1914-23 syntyneiden 73-82-vuotiaiden jyvaskyläläisten miesten ja naisten avoterveyspalvelujen käyttöä sekä niiden käyttöön yhteydessä olevia tekijöitä vuonna 1996. Pyrkimyksenä oli löytää vastauksia seuraaviin tutkimusongelmiin:

1. Kuinka paljon haastatellut 73–82-vuotiaat jyvaskyläläiset miehet ja naiset olivat käyneet vuonna 1996 lääkärin, fysioterapeutin ja terveydenhoitajan vastaanotoilla tai lääkäri oli käynyt heidän luonaan kotikäynnillä.
2. Olivatko vuonna 1996 haastateltujen 73-82-vuotiaiden henkilöiden yksinäisyyden kokeminen, koettu terveydentila, koettu taloudellinen tila, ikä, sukupuoli ja siviilisääty yhteydessä edellä mainittujen avoterveyspalvelujen käyttöön.
3. Olivatko siviilisääty, yksinäisyyden kokeminen, koettu taloudellinen tilanne ja koettu terveydentila yhteydessä erityisesti lääkärisäkäynteihin.

6 TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄT

6.1 Tutkimusaineisto

Tämän tutkimuksen aineisto on Ikivihreät – projektin vuonna 1996 kerätyn seurantatutkimuksen haastatteluaineistoa. Alkujaan tutkimuksen perusjoukkona oli kaksi ikäryhmää; vuosina 1904–1913 ja 1914–1923 syntyneet henkilöt, jotka asuivat Jyväskylässä 1.2.1988. Molemmista ikäryhmistä tilattiin Tilastokeskuksesta 1000 henkilön satunnaisotos, jota myöhemmin pienennettiin satunnaisesti niin, että molempiin ikäryhmäotoksiin jäi 800 henkilöä. Otoksiin osuneet, silloin laitoksissa asuneet 33 henkilöä rajattiin pois tästä tutkimuksesta. Kieltäytyneiden (275), tavoittamatta jääneiden (27), pois muuttaneiden (51) ja ennen haastattelua kuolleiden (36) jälkeen jäi haastateltavaksi 1224 henkilöä, joista vuosina 1914-1923 oli syntynyt 635.

Vuoden 1996 tutkimukseen pyrittiin saamaan kaikki vuonna 1988 haastatteluissa mukana olleet ja edelleen 18.03.1996 elävät henkilöt. Seuruuajana oli kuollut 441 henkilöä ja Jyväskylästä muuttanut pois 23 henkilöä. Jäljelle jääneet 760 henkilöä muodostivat vuoden 1996 tutkimusotoksen. Heistä saatiin haastatteluun 212 miestä ja 451 naista, yhteensä 663 henkilöä. Tutkimuksen aikana (eli 18.03.1996 jälkeen) kuoli seitsemän henkilöä, eikä neljää henkilöä tavoitettu. Lisäksi tutkimuksesta kieltäytyi 86 henkilöä, joista lähes puolet ei ilmoittanut syytä kieltäytymiseensä ja joka viides mainitsi kieltäytymisensä syyksi huonon terveydentilan. Tässä tutkimuksessa käytetty aineisto on saatu 410:ltä haastatellulta, joista 146 oli miehiä ja 264 naisia. (Kauppinen ja Tyrkkö 1999.)

6.2 Aineiston keruu

Tiedot kerättiin haastatteleamalla otokseen valittuja henkilöitä heidän kotonaan. Haastattelijoita oli molempina vuosina 31. He olivat Jyväskylän yliopiston eri tiedekuntien opiskelijoita ja he saivat tehtäviinsä 40 tuntia koulutusta. Koulutus koski tutkimuksen tarkoitusta, tavoitteita, haastattelun kulkua sekä haastattelulomakkeiden sisältöä. (Kauppinen ja Tyrkkö 1999.)

Terveyspalvelujen käyttöä haastattelulomakkeessa selvitettiin kysymyksillä 1-18. Kysymykset koskivat palvelujen käyttökertojen määrää viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana vuonna 1996. Lisäksi selvitettiin yksinäisyyden kokemista, koettua terveyttä ja koettua taloudellista tilannetta sekä siviilisäätystä. Yksinäisyyden kokemista tiedusteltiin neliluokkaisella kysymyksellä: ”Oletteko tuntenut itsenne yksinäiseksi viimeisen 12 kuukauden aikana” ja vastausvaihtoehdot olivat: 0=en ole yksinäinen, 1=olen silloin tällöin, 2=olen aika yksinäinen, 3=olen hyvin yksinäinen. Koettua terveyttä ja koettua taloudellista tilannetta tiedusteltiin viisiluokkaisella kysymyksellä, jonka vastausvaihtoehdot olivat: 1=erittäin hyvä, 2=hyvä, 3=keskinkertainen, 4=huono, 5=erittäin huono. Vastaajien siviilisäätystä selvitettiin kysymällä: ”Oletteko 1=naimaton, 2=naimisissa, 3=avoliitossa, 4=leski, 5=eronnut.”

6.3 Aineiston analyysimenetelmät

Tämän tutkimuksen selitettävänä olleet erilaisten palvelujen käyttöä kuvaavat muuttujat olivat erittäin vinosti jakautuneita havaintojen painottuessa jakauman alkupäähän. Tavalliset normaalijakaumaoletuksen vaatimat tilastolliset menetelmät eivät siis soveltuneet ja siksi tässä työssä käytettiin pelkästään jakaumasta riippumattomia menetelmiä. Erilaisten taustatekijöiden yhteyksiä avoterveyspalvelujen käyttöön testattiin χ^2 -testillä.

Avoterveyspalvelujen käyttömääriä eri ryhmissä kuvattiin laatikkokuvioiden ja viiden pisteen tiivistelmien avulla, joissa muuttujan jakaumasta esitetään minimi, alimman neljänneksen raja, mediaani, ylimmän neljänneksen raja sekä maksimi (vertaa mm. Huhtala 1993). Eroja avoterveyspalvelujen käytön määrissä eri taustamuuttujien suhteen testattiin Mann-Whitneyn U-testillä, jonka avulla voidaan havaita jakaumien sijainnissa olevat erot. Avoterveyspalvelujen käytön määrän riippuvuutta taustamuuttujista testattiin Spearmanin järjestyskorrelaatiokertoimella, joka ei vaadi oletuksia muuttujien jakaumien muodosta, soveltuen vinostikin jakautuneiden muuttujien korrelaatioiden kuvauksiin (vertaa esim. Ranta ym. 1992).

Eri tekijöiden yhteyksistä lääkarissäkäynteihin rakennettiin logit-malli. Mallilla kuvataan, miten todennäköisyys kuulua paljon lääkarissä käyviin verrattuna vähän käyviin vaihtelee eri tekijöiden mukaan. Logit-mallin tulosten tulkinnassa käytettiin riskisuhteita, jotka soveltuvat selittävien muuttujien vaikutusten havainnollistamiseen. Analyysit on tehty käyttäen SPSS©9.0 -ohjelmaa.

Merkitsevyystasot ovat $p < .05$ (melkein merkitsevä*), $p < .01$ (merkitsevä **) ja $p < .001$ (erittäin merkitsevä***).

7 TULOKSET

7.1 Taustatiedot

Koulutus: Noin 80%:lla miehistä ja naisista oli peruskoulutuksena kansakoulu. Kansakoulun käymättä oli lähes 7% miehistä ja 3,5% naisista. Ylioppilastutkinto oli 8%:lla miehistä ja 7%:lla naisista.

Tulot: Miesten ja naisten käytettävissä olevat tulot jakautuivat siten, että ylimmässä viidenneksessä olevien yli 6500 markan kuukausituloihin ylti vajaa 15% miehistä ja vain vajaa 4% naisista. Alle 2000 markan tuloluokassa oli vain yksi mies 134:stä vastanneesta miehestä ja yhdeksän naista 241 vastanneesta naisesta.

Koettu taloudellisen tilanteen muutos: Koetun taloudellisen tilanteen muutosta vuodesta 1988 vuoteen 1996 kysyttiin viisiluokkaisella kysymyksellä. Taloudellisen tilanteensa koki pysyneen ennallaan 76% miehistä ja 72% naisista. Paremmaksi sen oli kokenut muuttuneen 9 % miehistä ja 7 % naisista. Vain yksi mies koki, että hänen taloudellinen tilanteensa oli muuttunut paljon paremmaksi. Huonommaksi, koki tilanteensa vuoden 1988 jälkeen muuttuneen 14% miehistä ja 21% naisista.

Koettu terveydentilan muutos: Koetun terveydentilan muuttumista vuodesta 1988 vuoteen 1996 kysyttiin viisiluokkaisella kysymyksellä. Terveytensä koki pysyneen ennallaan lähes 30% miehistä sekä naisista. Terveydentilansa koki vuoden 1988 jälkeen muuttuneen paremmaksi noin 4 % miehistä ja naisista. Huonommaksi terveytensä sanoi muuttuneen 67 % miehistä ja naisista.

Pitkäaikaissairauksien lukumäärät: Miehistä 12%:lla ja naisista 16%:lla ei ollut yhtään pitkäaikaissairautta. Yksi tai kaksi pitkäaikaissairautta oli 58%:lla miehistä ja 46%:lla naisista. Naisista joka kymmenennellä oli yli viisi pitkäaikaissairautta ja miehistä 4%:lla oli yli viisi pitkäaikaissairautta (Taulukko 1).

Taulukko 1 Pitkäaikaissairauksien määrät 73-82-vuotiailla jyvaskyläläisillä vuonna 1996 (n, %).

Pitkäaikaissairauksien määrä	Miehet		Naiset	
	n	(%)	n	(%)
0	18	(12.4)	41	(15.7)
1	48	(33.1)	56	(21.5)
2	36	(24.8)	63	(24.1)
3	21	(14.5)	48	(18.4)
4	16	(11.0)	26	(10.0)
5 +	6	(4.2)	27	(10.3)
	145	(100.0)	261	(100.0)

7.2 Avoterveyspalvelujen käyttö ammattiryhmittäin

Seuraavaksi tarkasteltiin erikseen terveydenhoitajan luona, fysioterapeutilla ja lääkärin vastaanotolla tapahtuneita käyntejä sekä lääkärin tekemiä kotikäyntejä. Miesten ja naisten väliset erot testattiin χ^2 -testillä.

7.2.1 Terveydenhoitajalla käynnit

Analysoitaessa terveydenhoitajan luona viimeisen 12 kuukauden aikana tapahtuneita käyntejä miehillä ja naisilla vastaukset luokiteltiin kahteen yhdistämällä kaikki vähintään yhden kerran käyneet omaksi ryhmäkseen ja ne, joilla ei ollut kontakteja lainkaan omaksi ryhmäkseen.

Koettu terveydentila ei ollut yhteydessä terveydenhoitajalla käyntimääriin miehillä. Kuitenkin terveytensä huonoksi kokeneista miehistä 39 % kävi terveydenhoitajalla ja terveytensä hyväksi kokeneista 29 %. Huonoksi terveytensä kokeneista naisista 36 % käytti terveydenhoitajan palveluja ja terveytensä hyväksi kokeneista vain 24 %. Koetulla taloudellisella tilanteella ja yksinäisyyden kokemisella ei ollut merkitsevää yhteyttä terveydenhoitajan luona käynteihin kummallakaan sukupuolella. Naisten siviilisääty ei ollut yhteydessä terveydenhoitajakontakteihin (liitetaulukot 5 ja 6).

Naimisissa olevat miehet kävivät suhteellisesti enemmän terveydenhoitajalla kuin ei-naimisissa olleet. Naisilla siviilisäädyn suhteen ei eroa ollut (Taulukko 2).

Taulukko 2 Käynnit terveydenhoitajan luona 73-82 -vuotiailla jyvaskyläläisillä vuonna 1996 siviilisäädyn mukaan (n, %).

Käynnit terveyden- hoitajalla	Miehet				Naiset			
	Naimisissa		Ei-naimisissa		Naimisissa		Ei-naimisissa	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Ei käyntejä	56	(57)	36	(76)	27	(63)	148	(68)
≥ 1 käynti	42	(43)	12	(24)	16	(37)	69	(32)
	98	(100)	48	(100)	43	(100)	217	(100)
	p = .03				p = .54			

Erot miesten ja naisten välillä on testattu χ^2 -testillä

Taulukossa 3 esitetään viimeisen 12 kuukauden aikana tehdyt terveydenhoitajan kontaktit neliluokkaisena. Suurimmalla osalla, eli 63%:lla miehistä ja 67%:lla naisista ei ollut yhtään käyntiä terveydenhoitajan vastaanotolle. Miehistä 17 % ja naisista vajaa 13 % kävi terveydenhoitajan vastaanotolla 1 - 2 kertaa. Sukupuolten välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa.

Taulukko 3 Terveydenhoitajan luona käynnit 73-82-vuotiailla jyvaskyläläisillä vuonna 1996 (n, %).

Terveyden- hoitajalla käynnit	Miehet		Naiset		Yhteensä	
	N	(%)	n	(%)	n	(%)
0	90	(63.4)	174	(66.9)	264	(65.7)
1-2	24	(16.9)	33	(12.7)	57	(14.2)
3-4	13	(9.2)	25	(9.6)	38	(9.5)
5+	15	(10.6)	28	(10.8)	43	(10.7)
	142	(100.0)	260	(100.0)	402	(100.0)
	p=.72					

Miesten ja naisten väliset erot on testattu χ^2 -testillä

7.2.2 Fysioterapiakäynnit

Haastatelluista jyvaskyläläisistä 142 miehestä vain 13 miestä ja 260 naisesta 22 naista ilmoitti käyttäneensä fysioterapian palveluja (Taulukko 4). Sukupuolten välillä ei eroja ollut.

Taulukko 4 Fysioterapiakäynnit 73-82-vuotiailla jyvaskyläläisillä vuonna 1996 (n, %).

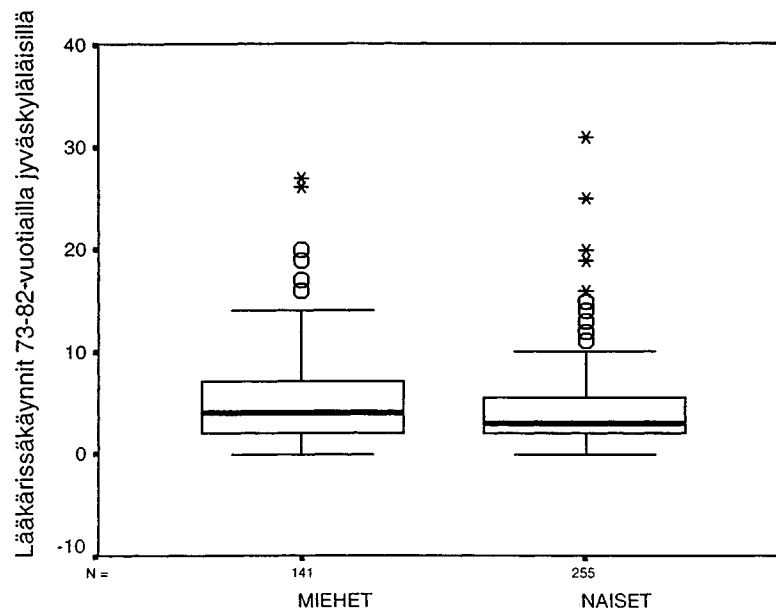
	Miehet = 142		Naiset n = 260	
	n	(%)	N	(%)
0 käyntiä	129	(90.8)	238	(91.5)
1 käynti tai enemmän	13	(9.2)	22	(8.5)
Yhteensä	142	(100.0)	260	(100.0)

p=.81

Erot miesten ja naisten välillä on testattu χ^2 -testillä.

7.2.3 Lääkäriiskäynnit

Miehet kävivät viimeisen 12 kuukauden aikana useammin lääkärissä kuin naiset. (Mann-Whitneyn U-testi, $p = .036$). Lääkäriiskäyntien jakaumat on esitetty kuviossa 2. Puolet miehistä kävi lääkärissä vähintään neljä kertaa ja puolet naisista vähintään kolme kertaa.



Kuvio 2 Lääkäriiskäynnit viimeisen 12 kuukauden aikana vuonna 1996 jyväskyläläisillä 73-82-vuotiailla miehillä ja naisilla.

Lääkäriiskäyntejä tarkasteltiin lisäksi koetun terveydentilan, koetun taloudellisen tilanteen, yksinäisyyden kokemisen ja siviilisäädyn kanssa sukupuolittain. Käyntimäärät jaettiin kahteen luokkaan, enintään kaksi ja yli kaksi kertaa lääkärissä käyneisiin. Erot testattiin χ^2 -testillä (Liitetaulukot 7 ja 8). Huonoksi terveytensä kokeneet naiset kävivät enemmän lääkärissä kuin naiset, jotka kokivat terveytensä hyväksi ($p = .01$).

7.2.4 Lääkärien kotikäynnit

Lääkärien kotikäynnit olivat haastatelluilla vähäisiä. Valtaosa miehistä (96.5 %) ja naisista (97.7 %) ilmoitti, ettei ole käyttänyt tätä mahdollisuutta lainkaan (Taulukko 5).

Taulukko 5 Lääkärien kotikäynnit 73-82-vuotiailla jyvaskyläläisillä vuonna 1996

(n, %).

Lääkärien koti- käynnit	Miehet		Naiset		Yhteensä	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
0 käyntiä	137	(96.5)	255	(97.7)	392	(97.3)
1 käynti tai yli	5	(3.5)	6	(2.3)	11	(2.7)
	142	(100.0)	261	(100.0)	403	(100.0)

p = .47

Erot miesten ja naisten välillä on testattu χ^2 -testillä.

7.3 Avoterveyspalvelujen käyttöön yhteydessä olevat tekijät

Seuraavien tekijöiden ajateltiin olevan yhteydessä avoterveyspalvelujen käyttöön: siviilisääty, yksinäisyyden kokeminen, koettu terveyden tila ja koettu taloudellinen tilanne. Näitä tarkasteltiin sekä yksittäisinä muuttujina että suhteessa avoterveyspalvelujen käyttömääriin.

7.3.1 Siviilisääty

Alunperin viisiluokkainen siviilisäädyn muuttuja supistettiin tilastollista analyysia varten neljään yhdistäen naimisissa ja avoliitossa olevat. Miehistä kaksi kolmasosaa oli naimisissa ja naisista alle viidesosa. Miehistä oli leskiä vajaa viidesosa ja naisista kolme viidesosaa. Miesten ja naisten väliset siviilisäätyjakaumat poikkesivat tilastollisesti merkitsevästi toisistaan ($p < .01$). Miesten ja naisten väliseen tilastolliseen eron merkitsevyyteen vaikutti osin miesten runsas naimisissa olo sekä suuri naisleskien (61%) osuus. Sekä naisista että miehistä oli eronneita 9 %. Naimattomia naisista oli lähes 14 %, kun taas naimattomia miehiä oli vain 5 %. (Taulukko 6).

Taulukko 6 Siviilisäätö 73-82-vuotiailla jyvaskyläläisillä vuonna 1996 (n, %).

Siviilisäätö	Miehet		Naiset		Yhteensä	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Naimisissa / avoliitossa	98	(67.1)	43	(16.3)	141	(34.5)
Naimaton	8	(5.5)	36	(13.7)	44	(10.8)
Leski	27	(18.5)	160	(60.8)	187	(45.7)
Eronnut	13	(8.9)	24	(9.1)	37	(9.0)
	146	(100.0)	263	(100.0)	409	(100.0)

$p < .01$

Erot miesten ja naisten välillä on testattu χ^2 -testillä.

7.3.2 Yksinäisyyden kokeminen

Yksinäisyyden kokemista analysoitaessa tiivistettiin alkuperäinen neliluokkainen muuttuja kolmeen luokkaan. Ensimmäiseen luokkaan sisältyivät kaikki ne, jotka eivät tunneneet itseään yksinäiseksi, toiseen silloin tällöin yksinäiseksi tuntevat ja kolmanteen luokkaan yhdistettiin itsensä aika yksinäiseksi ja hyvin yksinäiseksi kokeneet. Tilastollisesti merkitsevää eroa ei miesten ja naisten välillä ollut (Taulukko 7).

Taulukko 7 Yksinäisyyden kokeminen 73-82-vuotiailla jyvaskyläläisillä vuonna 1996 (n, %).

Yksinäisyyden kokeminen	Miehet		Naiset		Yhteensä	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Ei yksinäinen	103	(73.6)	165	(64.7)	268	(67.8)
Silloin tällöin	24	(17.1)	61	(23.9)	85	(21.5)
Aika yksinäinen	13	(9.3)	29	(11.4)	42	(10.6)
	140	(100.0)	255	(100.0)	395	(100.0)

$p = .19$

Erot miesten ja naisten välillä on testattu χ^2 -testillä.

Suurin osa vastaajista ei tuntenut itseään yksinäiseksi. Kuitenkin lähes neljäsosa naisista tunsi itsensä silloin tällöin yksinäiseksi ja miehistäkin vajaa viidennes. Naisista 11 % tunsi itsensä aika usein tai hyvin yksinäiseksi, miehillä vastaava osuus oli alhaisempi, 9 %. Sukupuolten välinen ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p=.19$).

7.3.3 Koettu terveydentila

Tilastollista analyysia varten koetun terveydentilan viisiluokkainen muuttuja luokiteltiin kolmeen yhdistämällä luokat erittäin hyvä ja hyvä ”hyväksi”, samoin huono ja erittäin huono ”huonoksi”. Terveyden kokemisen suhteen sukupuolet eivät juurikaan eronneet toisistaan (Taulukko 8). Koettu terveydentila oli suurimmalla osalla miehistä (56 %) ja naisista (54%) keskinkertainen. Huonoksi terveydentilansa kokevien osuus oli miehillä lähes neljäsosa, naisilla hivenen alhaisempi. Tilastollisesti merkitsevää eroa miesten ja naisten välillä ei ollut.

Taulukko 8 Koettu terveydentila 73-82-vuotiailla jyvaskyläläisillä vuonna 1996

(n, %).

Koettu terveydentila	Miehet		Naiset		Yhteensä	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Hyvä	28	(19.7)	59	(22.8)	87	(21.7)
Keskinkertainen	80	(56.3)	141	(54.4)	221	(55.1)
Huono	34	(23.9)	59	(22.8)	93	(23.2)
	142	(100.0)	259	(100.0)	401	(100.0)

$p = .77$

Erot miesten ja naisten välillä on testattu χ^2 -testillä.

7.3.4 Koettu taloudellinen tilanne

Analysoitaessa jyvaskyläläisten koettua taloudellista tilannetta muuttuja luokiteltiin kolmeen yhdistämällä luokat melko hyvä ja hyvä ”hyväksi” ja melko huono ja huono ”huonoksi”. Kuten taulukko 9 osoittaa haastatellut kokivat taloudellisen tilanteensa vuonna 1996 varsin tyydyttäväksi. Tilastollisesti merkitsevää eroa ei sukupuolten välillä ollut.

Taulukko 9 Koettu taloudellinen tilanne 73-82-vuotiailla jyvaskyläläisillä vuonna 1996 (n, %).

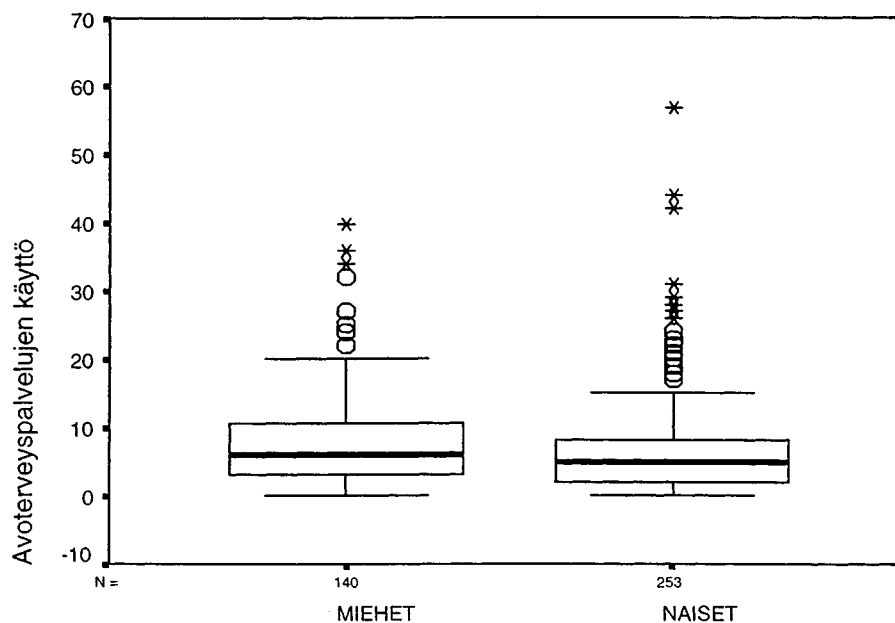
Koettu taloudellinen tilanne	Miehet		Naiset		Yhteensä	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Hyvä	40	(28.2)	89	(34.6)	129	(32.3)
Tyydyttävä	92	(64.8)	145	(56.4)	237	(59.4)
Huono	10	(7.0)	23	(8.9)	33	(8.3)
	142	(100.0)	257	(100.0)	399	(100.0)

p = .26

Erot miesten ja naisten välillä on testattu χ^2 -testillä.

7.4 Avoterveyspalvelujen käyttö ja siihen yhteydessä olevat tekijät

Fysioterapeutin, terveydenhoitajan ja lääkärin luona tehdyistä käynneistä sekä lääkärin tekemistä kotikäynneistä muodostettiin summamuuttuja, jolla kuvattiin avoterveyspalvelujen käyttöä (Liitetaulukko 1). Summamuuttujan jakaumat sukupuolittain näkyy kuviossa 2.



Kuvio 2 Avoterveyspalvelujen käyttö 73-82-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla 12 viimeisen kuukauden aikana.

Testattaessa miesten ja naisten välistä avoterveyspalvelujen käytön eroa Mann-Whitneyn U-testillä, havaittiin, että miehet käyttivät enemmän avoterveyspalveluja kuin naiset ($p=.02$). Ero selittyy pitkälti miesten suuremmalla lääkärikäyntien määrällä. Mediaanitestin mukaan puolet miehistä käytti avoterveyspalveluja yli kuusi kertaa ja yli puolet naisista yli viisi kertaa.

7.4.1 Avoterveyspalvelujen käytön tarkastelu sukupuolittain

Selittävien tekijöiden yhteyttä avoterveyshuollon palvelujen käyttöön testattiin Mann-Whitneyn U-testillä. Avoterveyspalvelujen käyttöä kuvaavan summamuuttujan jakaumat suhteessa selittäviin muuttujiin on kuvattu sukupuolittain klassisella viiden pisteen tiivistelmällä (minimi, alakvartiili, mediaani, yläkvartiili, maksimi) taulukossa 10. Näiden graafiset esitykset, laatikkokuviot, näkyvät liitekuvioissa 1-8. Miehillä koettu terveys vaikutti siten, että hyväksi terveystensä kokeneet käyttivät vähemmän avoterveyspalveluja kuin ne, jotka eivät kokeneet terveyttään hyväksi ($p=.03$). Puolella hyväksi terveystensä kokeneista käyttökertoja oli vähintään 4,5, kun vastaava luku terveystensä ei-hyväksi kokeneilla oli 6. Muilta osin eroja ei havaittu.

Taulukko 10 Terveyspalvelujen käyttömäärät sukupuolittain 73-82-vuotiailla jyvaskyläläisillä koetun terveydentilan, koetun taloudellisen tilanteen, yksinäisyyden kokemisen ja siviilisäädyn suhteen. Viiden pisteen tiivistelmät (minimi, alakvartiili, mediaani, yläkvartiili, maksimi), n ja p-arvot Mann-Whitneyn U-testille.

	Miehet							Naiset						
	Min	Q ₁	Md	Q ₃	Max	(n)	p	Min	Q ₁	Md	Q ₃	Max	(n)	p
Koettu terveys														
hyvä	0	1,5	4,5	7	20	(28)	.031*	0	1	4	8	42	(59)	.081
ei hyvä	0	4	6	11	40	(110)		0	3	5	8	57	(192)	
Koettu talous														
hyvä	0	3,5	6	9,5	40	(39)	.706	0	2	4,5	8	31	(86)	.548
ei hyvä	0	3	6	10	36	(99)		0	2	5	8	57	(164)	
Yksinäisyys														
ei koe	0	3	6	10	40	(101)	.749	0	2	5	8	44	(163)	.747
kokee	0	3,5	6	9,5	34	(35)		0	2	5	8,5	57	(87)	
Siviilisäätty														
leski,eronn,nton	0	4	5	9	32	(46)	.589	0	2	5	8	57	(214)	.641
naimisissa	0	3	6	13	40	(94)		1	2	6	9	42	(39)	

7.4.2 Avoterveyspalvelujen käytön tarkastelu viisivuotiskäyttäjäryhmittäin

Tarkastelua varten tutkittavat jaettiin kahteen ikäryhmään; 73-77-vuotiaisiin ja 78-82-vuotiaisiin. Nuoremman ikäryhmän kohdalla ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja suhteessa siihen, kokivatko he terveytensä tai taloudellisen tilanteensa hyväksi vai ei-hyväksi tai kokivatko he itsensä yksinäiseksi tai ei yksinäiseksi. Kuitenkin kaikissa näissä ryhmissä avoterveyspalvelujen käyttömäärien mediaani vaihteli ja paremmaksi terveydentilansa ja taloudellisen tilanteensa kokeneilla sekä vähemmän yksinäisyyttä tunteneilla oli mediaanin mukaan vähän vähemmän avoterveyspalvelujen käyttöä.

78-82-vuotiaiden ikäryhmässä ei hyväksi terveytensä kokeneet käyttivät avoterveyspalveluja enemmän verrattuna nuorempaan ikäryhmään ($p=0.02$). Hyväksi terveytensä kokeneista puolet käytti avoterveyspalveluja vähintään kaksi kertaa, kun taas terveytensä huonoksi kokeneilla vastaava luku oli 5. Naimisissa ja avoliitossa olevat käyttivät enemmän avoterveyspalveluja kuin lesket, eronneet ja naimattomat ($p=0.03$) (Taulukko 11).

Taulukko 11 Avoterveyspalvelujen käyttömäärät 73-77-vuotiailla ja 78-82-vuotiailla jyvaskyläläisillä koetun terveydentilan, koetun taloudellisen tilanteen, yksinäisyyden kokemisen ja siviilisäädyn suhteen. Viiden pisteen tiivistelmät (minimi, alakvartiili, mediaani, yläkvartiili ja maksimi), havaintojen määrät ja p-arvo Mann-Whitneyn U-testille

	73-77-vuotiaat						78-82-vuotiaat							
	Min	Q ₁	Md	Q ₃	Max	(n)	p	Min	Q ₁	Md	Q ₃	Max	(n)	p
Koettu terveys														
hyvä	0	1,5	5	8,5	42	(56)	.118	0	1	2	6	26	(31)	.018*
ei hyvä	0	3	6	9	57	(203)		0	3	5	9,5	44	(99)	
Koettu talous														
hyvä	0	3	5	9	31	(81)	.813	0	2	4	6,5	40	(44)	.262
ei hyvä	0	3	6	9	37	(178)		0	3	5	9	44	(85)	
Yksinäisyys														
ei koe	0	3	5	9	44	(178)	.519	0	2	5	7	44	(88)	.212
kokee	0	2	6	9	57	(78)		0	2	6	10	32	(44)	
Siviilisäät														
leski,eronn,nton	0	3	5	8	57	(159)	.607	0	2	5	7	44	(101)	.026*
naimisissa	0	2	6	10	42	(103)		1	3	6	14	40	(30)	

Spearmanin korrelaatiokertoimen avulla (Liitetaulukot 3 ja 4) tarkasteltiin valittujen taustamuuttujien ja avoterveyspalvelujen käytön määrän välisiä yhteyksiä. Sekä miehillä että naisilla avoterveyspalvelujen käyttö oli yhteydessä koetun terveydentilan kanssa. Mitä huonommaksi terveys koettiin, sitä enemmän avoterveyspalveluja käytettiin. Muut tekijät eivät korreloineet tilastollisesti merkitsevästi avoterveyspalvelujen käyttöön.

7.5 Siviilisäädyn, yksinäisyyden kokemisen, koetun terveyden ja koetun taloudellisen tilanteen yhteydet lääkärisäkäynteihin

Sukupuolen, siviilisäädyn, yksinäisyyden kokemisen, koetun terveydentilan ja koetun taloudellisen tilanteen yhteyttä lääkärisäkäynteihin viimeisen 12 kuukauden aikana tutkittiin logit-mallin avulla. Lääkärisäkäyntien määrä luokiteltiin kahteen luokkaan: enintään kaksi kertaa ja yli kaksi kertaa käyneet. Selittävät muuttujat on luokiteltu seuraavasti: koettu terveydentila: 0=ei hyvä terveydentila ja 1=hyvä terveydentila, koettu taloudellinen tilanne: 0=ei hyvä taloudellinen tilanne ja 1=hyvä taloudellinen

Taulukko 13 Lääkärissäkäyntien yhteys siviilisäätyn, taloudelliseen tilanteeseen ja koettuun terveydentilaan.

Dikotomisoidut muuttujat	Estimaatti	Keskiarvo
Lääkärissä käynnit	-.24	.28
Lääkärissäkäynnit+siviilisäätty	1.22**	.44
Lääkärissäkäynnit+taloudellinen tilanne	.32	.29
Lääkärissäkäynnit+koettu terveydentila	.75**	.26
Lääkärissäkäynnit+taloudellinen tilanne+siviilisäätty	-1.55**	.52

Taulukossa 14 esitetään yksityiskohtaisemmin koetun taloudellisen tilanteen ja siviilisäädyn yhdysvaikutus lääkärisäkäynteihin. Koettu taloudellinen tilanne vaikutti eri tavalla riippuen siviilisäädystä; naimisissa tai avoliitossa olevista taloudellisen tilanteensa hyväksi kokeneista suhteellisesti suurempi osa (80%) kävi yli kaksi kertaa lääkärisä kun ei parisuhteessa elävät, joilla vastaava osuus oli vain 56 %. Yhdysvaikutus oli tilastollisesti merkitsevä ($p < .01$).

Taulukko 14 Koetun taloudellisen tilanteen ja siviilisäädyn yhteys lääkärisäkäynteihin 73-82-vuotiailla jyvaskyläläisillä vuonna 1996.

Taloudellinen tila	Naimisissa / avoliitossa				Lesket, eronneet, naimattomat			
	Ei hyvä		Hyvä		Ei hyvä		Hyvä	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Lääkärissä käynnit								
Yli 2 kertaa	52	(60)	37	(80)	119	(67)	44	(56)
Enintään 2 kertaa	35	(40)	9	(20)	59	(33)	35	(44)
Yhteensä	87	(100.0)	46	(100.0)	178	(100.0)	79	(100.0)

Taulukossa 15 esitetään koetun terveyden päävaikutus lääkarissäkäynteihin. Yli kaksi kertaa lääkarissä käyneiden suhteellinen osuus ei hyväksi terveytensä kokeneilla oli suurempi (68 %) kuin hyväksi terveytensä kokeneilla (53 %).

Taulukko 15 Koetun terveyden yhteys lääkarissäkäynteihin 73-82-vuotiailla jyvaskyläläisillä lääkarissäkäyntikertojen mukaan vuonna 1996.

	Koettu terveyden tila			
	Ei-hyvä		Hyvä	
	n	(%)	N	(%)
Lääkarissäkäynnit				
Yli 2 kertaa käyneet	207	(68)	46	(53)
Enintään 2 kertaa käyneet	97	(32)	41	(47)
Yhteensä	304	(100)	87	(100)

Naimisissa tai avoliitossa olevilla ja hyväksi taloudellisen tilanteensa kokeneilla riski kuulua yli kaksi kertaa lääkarissä käyneisiin (suhteessa enintään kaksi kertaa käyneisiin) oli lähes kolminkertainen verrattuna niihin, jotka eivät kokeneet taloudellista tilannettaan hyväksi. Ei-parisuhteessa elävillä ei eroa (suhteessa parisuhteessa olleisiin) ollut. Ei-hyväksi terveytensä kokeneilla riski kuulua yli kaksi kertaa lääkarissä käyviin oli liki kaksinkertainen verrattuna niihin, jotka kokivat terveytensä hyväksi (Taulukko 16).

Taulukko 16 Koetun taloudellisen tilanteen yhteys riskisuhteilla tarkasteltuna lääkarissäkäynteihin naimisissa ja ei-naimisissa olevien ryhmissä sekä koetun terveyden ja lääkarissäkäyntien välinen riskisuhde.

Muuttuja	Riskisuhde	(95 %:n luottamusväli)
Koettu taloudellinen tila:		
Hyvä vs. ei-hyvä		
Naimisissa olevat	2.77	(1.19 – 6.44)
Ei- naimisissa olevat	0.62	(.36 – 1.07)
Koettu terveyden tila:		
Ei-hyvä vs. hyvä	1.88	(1.16 – 3.05)

8 POHDINTA

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin 73-82-vuotiaiden jyvaskyläläisten avoterveyspalvelujen käyttöä ja siihen yhteydessä olleita tekijöitä. Tarkoituksena oli selvittää ovatko 73-82-vuotiaiden koettu terveydentila, koettu taloudellinen tilanne, siviilisääty ja sukupuoli yhteydessä neljän avoterveyspalvelun käyttöön. Lähemmin tarkasteltiin terveydenhoitajan ja lääkärin luokse tehtyjä käyntejä. Lääkärissäkäyntien selkeästi muita avoterveyspalveluja suurempi käyttö motivoi selvittämään mitkä tekijät olivat yhteydessä runsaisiin lääkärisssäkäynteihin.

8.1 Terveydenhoitajien ja fysioterapeuttien kontaktit, lääkärin kotikäynnit sekä lääkärisssäkäynnit.

Terveydenhoitajan tapasivat haastatelluista useammin naimisissa olleet miehet. Kivisen ym. (1998) Kuopiossa tekemässä tutkimuksessa kotikäyntejä olivat tehneet pääasiassa terveydenhoitajat ja vain jossain poikkeustapauksessa lääkärit. Terveydenhoitajat kokivat tuntevansa hyvin väestönsä ja lääkäreiltä ei oltu pyydettykään kotikäyntejä. Enemmistö asiakkaita ei katsonut tarvitsevänsä lääkärin, terveydenhoitajan eikä muunkaan kotikäyntejä. Tarvitessaan kotikäyntejä kaksi kolmasosaa oli saanut niitä riittävästi sekä lääkäriltä että terveydenhoitajalta. Myös Jyvaskylän kaupunki vähensi terveydenhoitajien neuvolatoimintaa helmikuussa 1996 (Sosiaali- ja terveystoimen vuosi 1996).

Tässä tutkimuksessani esiin tulleet lääkärin kotikäynnit ja fysioterapiakäynnit olivat niin vähäisiä, että jäin epäilemään, tietävätkö kaikki vanhukset että näitä palveluja on saatavissa. Haastattelusta on jo aikaa, ja nykyään tilanne saattaisi olla toisenlainen. Jyvaskylän kaupungin terveyskeskuksen sairaalaan tulleiden pitempiaikaista kuntoutusta ja apua tarvitsevien potilaiden kotiutuessa selvitetään aina potilaiden kotitilanne ja tehdään kotikäynti. Tälle kotikäynnille osallistuu miltei poikkeuksetta fysioterapeutti. Käyntien määrä saattaisi nyt olla suurempi. Lääkärin kotikäyntien lisääminen helpottaisi monien hissittömässä talossa asuvien heikkokuntoisten iäkkäiden ihmisten elämää.

Lääkärissäkäyntien määrää tarkasteltiin kahdella eri tutkimusmenetelmällä. Naisilla on monien tutkimusten mukaan ollut enemmän pitkäaikaissairauksia. Naiset hakeutuvat hoitoon ja tutkimuksiin yleensä miehiä helpommin (Nyman 1992). Miehet kävivät tässä

tutkimuksessa naisia useammin lääkäriissä, kun taas huonoksi terveytensä kokeneet naiset kävivät enemmän lääkäriissä kuin ne naiset, jotka kokivat terveytensä hyväksi. Tämän tutkimuksen tulos poikkeaa tältä osin Häkkisen (1992), Nymanin (1992) ja Aromaan (1997) tuloksista, joiden mukaan naiset kävisivät enemmän lääkäriillä.

Logit-mallin avulla tarkasteltiin sitä, mitkä tekijät ovat yhteydessä iäkkäiden ihmisten melko runsaaseen lääkäriissäkäyntiin. Yksinäisyyden kokemisella ja siviilisäädyltä ei ollut yhteyttä lääkäriissäkäynteihin, kuten ei Laukkasen ym. (1999) tutkimuksessakaan. Tässä tutkimuksessa lääkäriissä kävivät enemmän naimisissa ja avoliitossa olleet, terveytensä huonoksi kokeneet ja ne, jotka kokivat taloudellisen tilanteensa hyväksi. Leskien, eronneiden ja naimattomien kohdalla eivät huono taloudellinen tilanne eikä huonoksi koettu terveydentila olleet yhteydessä tarkasteltaessa niitä yhtä aikaa. Huonommaksi koettu terveydentila oli yhteydessä lääkäriissäkäynteihin. Niillä, joilla oli huonoksi koettu terveydentila oli lähes kaksinkertainen riski kuulua enemmän lääkäriissäkäyneisiin. Tämän mukaan terveytensä huonoksi kokeneet hakeutuvat lääkäriin. (vertaa esim. Nyman 1992).

8.2 Koetun terveydentilan yhteydet palvelujen käyttöön

Huonoksi koettu terveydentila lisäsi merkitseväksi avoterveyspalvelujen käyttökertoja erityisesti miehillä. Usein kuitenkin koettu terveydentila voi olla merkityksellisempää kuin sairauden olemassaolo tai sen puuttuminen. Esimerkiksi ne naiset, joilla oli huonoksi koettu terveydentila kävivät tässä tutkimuksessa merkitsevästi enemmän lääkäriissä kuin terveytensä hyväksi kokeneet naiset. Myös tutkimillani jyvaskyläläisillä oli paljon pitkäaikaissairauksia. Häkkisen (1992) ja Kivisen ym. (1997) tutkimuksissa ikääntyvät ihmiset hakevat apua avoterveyspalveluista selvästi todetun sairauden hoitoon tai koettuun oireeseen. Nymanin (1993) mukaan nämä ihmiset ovat myös useimmiten pitkäaikaissairaita.

8.3 Koetun taloudellisen tilanteen yhteydet palvelujen käyttöön

Tämän tutkimuksen mukaan näyttäisi siltä, että iäkkäiden ihmisten koettu taloudellinen tilanne on tyydyttävä. Koetulla taloudellisella tilanteella ei merkitsevää yhteyttä avoterveyspalvelujen käyttöön ollut. Eläkeikäisen väestön yleinen tulotaso on kohonnut viimeisten vuosikymmenten aikana erityisesti eläkkeiden ansiosta. Tutkimukseni tulos poikkeaa tältä osin esim. Arisen ym. (1998) tuloksesta, jonka mukaan taloudellinen tilanne ja erityisesti tulot vaikuttavat terveyspalvelujen käyttöön. Tosin tässä minun tutkimuksessani oli mukana vain pieni osa palveluja. Silti on olemassa vähän koulutusta saaneita, jopa pelkän kansaneläkkeen varassa eläviä, (vertaa Aro ym. 1993, Koskinen 1997) joiden taloudelliset ongelmat kasaavat ympärilleen joukon muita ongelmia. Nymanin (1993) mukaan sosiaali- ja terveyspalvelujen maksullisuus saattaa rajoittaa niiden käyttöä. Aron ym. (1993) mukaan pienituloisimpien joukko (25 % vastaajista) vastusti varsin selkeästi terveyskeskusmaksua, kun ylemmässä tuloluokassa vastustavia oli vain 10 %. Kuitenkin taloudellisen tilanteensa huonommaksi kokeneilla oli enemmän sairauksia.

8.4 Siviilisäädyn yhteydet palvelujen käyttöön

Tässä tutkimuksessa iäkkäämmillä naimisissa olleilla terveytensä huonoksi kokeneilla henkilöillä oli enemmän avoterveyspalvelujen käyttökertoja kuin naimattomilla, eronneilla tai leskillä. Myös lääkärissä ja terveydenhoitajalla kävivät enemmän naimisissa olleet henkilöt. Saattaa olla, että nykyään myös vanhemman ikäryhmän miehet ovat alkaneet huomioimaan terveyttään paremmin ja käyttävät myös sen takia enemmän palveluja. Toki vaimon olemassaolollakin saattaa olla merkitystä. Koskisen ym. (1994) mukaan naimisissa olevien terveys on useilla mittareilla mitaten ollut muiden siviilisäätiryhmien terveyttä parempi. Kyseessä voi olla myös valikoituminen: parisuhde ja perhe tukevat terveyttä mm. tukemalla ja ohjaamalla säännöllisiin ja terveyttä edistäviin palveluihin. Siviilisäätö saattaa vaikuttaa palvelujen käyttöä lisäävästi tulevaisuudessa, koska leskien ja naimattomien määrä oli suuri ja se tulee yhä kasvamaan. Nähtäväksi jää, minkälaisia vaikutuksia tällä on avoterveyspalvelujen käyttöön.

8.5 Iän yhteydet palvelujen käyttöön

Tässä tutkimuksessa tutkittiin kahden eri ikäisen ryhmän avoterveyspalvelujen käyttö. Ikä vaikutti siten, että vanhemmalla ryhmällä (78-82-vuotiaat) oli enemmän runsaampia avoterveyspalvelujen käyttökertamääriä verrattaessa heitä nuorempiin (73-77-vuotiaisiin). Kaikki tutkitut tekijät, kuten huonommaksi koettu terveys, huonommaksi koettu taloudellinen tilanne, yksinäisyyden kokeminen ja naimisissa olo olivat yhteydessä vanhemman ikäryhmän käyntikertojen määrään. Eliniän pidentyessä vanhimpien vanhojen eli yli 85-vuotiaiden joukko kasvaa myös Jyväskylässä. Nämä ihmiset jotka tarvitsevat eniten terveydenhuollonpalveluja, saattavat olla heikommassa asemassa nuorempiin ja hyvin koulutettuihin verrattuna. Ainakin avoterveyspalvelujen kuormitus lisääntyy ja tämä olisi huomioitava palvelujärjestelmää kehitettäessä. Iäkkäiden määrän lisääntyessä tarvitaan myös lisää fysioterapeutin ja terveydenhoitajan virkoja.

8.6 Yksinäisyyden kokemisen yhteydet palvelujen käyttöön

Tässä tutkimuksessa itsensä yksinäiseksi kokeneet eivät käyttäneet palveluja runsaammin kuin muutkaan. Iäkkäistä suurin osa ei tuntenut yksinäisyyttä. Useissa Ikivihreät -projektin tutkimustuloksissa yksinäisyyttä kuitenkin esiintyy ja se vaihtelee kohoten jopa 42 %:iin haastatelluilla (Heikkinen 1998). Koska yksinäisyyden tunne on yleisempää elämäänsä tyytymättömien, huonon terveydentilan omaavien ja yli 80-vuotiaiden joukossa on selvää että ongelmat kasaantuvat. Yksinäisen on vaikeampaa tulla toimeen sairautsiensa kanssa kuin sellaisen, joka saa tukea toisilta (Jylhä 1993). Iäkkäiden ihmisten mielialaongelmien, erityisesti masentuneisuuden ja yksinäisyyden havaitsemiseen, hoitoon ja ehkäisyyn tulisi tulevaisuudessa edelleenkin kiinnittää huomiota. (Jylhä ja Jokela 1990, Jylhä 1993, Heikkinen 1998.) Terveydenhuollon työntekijöiden tulisi tunnistaa ja yrittää auttaa näitä, usein myös terveyspalvelujen suurkuluttajiin kuuluvia ihmisiä. Arveen (1999) tutkimat masentuneet ja yksinäiseksi itsensä kokeneet käyttivät seuranta-ajanjakson kuluessa lisääntyvässä määrin kotisairaanhoidon palveluja. Saattaa olla, että tulevaisuudessa ihmiset yhä enemmän tarvitsevat palveluja kotiinsa.

8.7 Luotettavuus, tutkimusmenetelmien arviointi ja tulosten yleistettävyys

Tässä tutkimuksessa haastateltujen jyvaskyläläisten vastausprosentti oli korkea (88 %). Haastattelututkimuksissa ja niiden tulkinnassa tulisikin vastanneiden tutkimushenkilöiden lukumäärä nousta riittävän korkeaksi, jotta tulokset olisivat luotettavia (Nummenmaa ym. 1995). Tämä alkujaan Ikivihreät-projektin vuoden 1996 seuranta-aineisto oli hyvin koodattua ja täsmällistä ja käytetyt kysymyslomakkeet olivat selkeitä. Samantyyppisiä tutkimuslomakkeita oli käytetty mm. Aromaan ym. (1989) tutkimuksessa.

Iäkkään ihmisen haastatteluun sisältyy aina tekijöitä, joiden taustalla voi olla kuulemiseen, näkemiseen, ymmärtämiseen tai muistamattomuuteen liittyviä ongelmia ja syitä. Suurin osa vastaajista oli kuitenkin pystynyt vastaamaan, vain viidellä oli ollut sijaisvastaaja. Haastatteluun liittyvien luotettavuuteen vaikuttaneiden tekijöiden haittaavaa vaikutusta oli pyritty eliminoimaan kouluttamalla haastattelijoita 40 tunnin mittaisella koulutuksella. Sain käytetyillä tutkimusmenetelmillä riittävän hyvin vastauksen kysymyksiini. Palvelujen käyttöä kuvaava summamuuttuja oli erittäin vino ja se ratkaisi käyttämäni menetelmät. Koska tässä tutkimuksessa tarkasteltiin vain neljää eri avoterveyspalvelua, tulokset eivät ole yleistettävissä kaikkiin iäkkäiden henkilöiden käyttämiin avoterveydenhuollon palveluihin.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämä tutkimus osoittaa, että oman terveyden huonoksi kokeminen lisää avoterveyspalvelujen käytön sekä lääkarissäkäyntien määrää. Naimisissa olo näytti myös lisäävän erityisesti iäkkäämmän ryhmän avoterveyspalvelujen käyttöä. Fysioterapeutin ja lääkärin kotikäyntien erittäin vähäinen käyttö antaa viitteitä siitä, että näiden palvelujen tavoitettavuus ei ole taattua. Koska kaikki ikääntyvät ihmiset eivät hakeudu palvelujärjestelmän piiriin, on epävarmaa tietävätkö he oikeudestaan palvelujen käyttöön. On tärkeää, että alkaviin sairauksiin ja toiminnanvajavuuksiin liittyvät ongelmat havaitaan ajoissa perusterveydenhuollon piirissä. Iäkkäät jyvaskyläläiset eivät juurikaan eronneet palvelujen käytön suhteen maan keskiarvoista vuonna 1996. Jyvaskyläläisten palvelujärjestelmä toimii hyvin ja miehet käyttivät palveluja, erityisesti lääkarissäkäyntejä, naisia runsaslukuisemmin. Terveyskasvatuksella on pyritty vaikuttamaan menneinä vuosina erityisesti miesten terveydentilaan. Ehkä tulos tästä näkyy, ja miehet ovat alkaneet hoitaa terveyttään paremmin kuin aikaisemmin.

Tämäntyyppisillä tutkimuksilla voidaan kiinnittää huomiota kansalaisten terveyspalvelujen käyttöön ja löytää palvelujärjestelmää hyödyntävää tutkimustietoa. Paikkakunnan terveyspalvelujen käyttöön liittyvien tekijöiden tunteminen on tärkeää jo senkin vuoksi, että palvelujärjestelmä voisi toimia mahdollisimman tehokkaasti ja hoitoon hakeutuneet saisivat aina palveluja niitä tarvitessaan. Pyrittäessä edistämään iäkkäiden ihmisten kotona selviämistä mahdollisimman pitkään on avoterveyspalveluilla ja kotipalveluilla keskeinen rooli. Iäkkäiden ihmisten kotona selviämisen tukemiseen tarvittaisiin sellainen palvelumalli, jossa olisi monipuolisesti toisiinsa yhdistettyinä erilaisia, myös yksityisiä, palveluja. Iäkkäät jyvaskyläläiset asuisivat varmaankin mielellään kotonaan ja se edellyttää erilaisia ja yksilöllisesti sovellettavissa olevia ratkaisuja. Vaikka terveyskeskuksen sairaalaan tulevat saavatkin hyvin tietoa palveluista, tulisi myös muiden palveluyksiköiden tiedottaa näistä iäkkäille ihmisille.

KIITOKSET

Professori Eino Heikkistä haluan kiittää monien virheitteni oikomisesta ja mielenkiintoisista keskusteluistamme graduseminaareissa. Satu Helinille, opettajista parhaimmalle, kiitos koko yliopistoajasta, tämän työn lukemisesta ja virheiden korjaamisesta keväällä 2000. Vanhainkodinjohtaja Riitta Välipakan ehdotuksesta työni kirjallisuuskatsaukseen tuli iäkkäiden palvelujärjestelmää käsittelevä osuus. Kiitokseni haluan lähettää Anna-Liisa Lyyrälle tilastollisten analyysien opettamisesta ja avusta tilastollisten analyysien teossa. Lisäksi kiitos Markku Kauppiselle ja ohjaajalleni Tiina-Mari Lyyrälle, jonka napakkuuden ansiosta työni vihdoinkin valmistui. Lisäksi kiitos Raunolle erityisesti siitä tavasta, jolla hän on vuosikausia tukenut ja hoitanut yli 90-vuotiasta äitiäni.

LÄHTEET

- Arinen S, Häkkinen U, Klaukka T, Klavus J, Lehtonen R, Aro S. 1998. Suomalainen terveys ja terveystalouden käyttö. Terveystalouden väestötutkimuksen 1995/1996 päätulokset ja muutokset vuodesta 1987. SVT. Terveys 1998:5. Stakes. Jyväskylä: Kela.
- Aro S, Noro A, Byckling T, Häkkinen U, Salinto M, Kerppilä S. 1993. Aikuisväestön terveystalouden käyttö ja terveydentila. Stakes. Raportteja 120. Jyväskylä: Kirjapaino Gummerus Oy.
- Aromaa A, Heliövaara M, Impivaara O, Knekt P, Maatela J. 1989. Terveys, toimintakyky ja hoidontarve Suomessa. Mini-Suomi tutkimuksen tulokset. Kela. 1989, AL 32.
- Aromaa A, Koskinen S, Huttunen J. 1997. Suomalaisten terveys 1996. Kansanterveyslaitos. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Oy Edita Ab.
- Arve S. 1999. Recognition of depressive elderly people in health care services. Turun yliopisto. Väitöskirja.
- Dening T R, Chi L Y, Brayne C, Huppert F A, Paykel E S, O'Connor D W. 1998. Changes in self-rated health, disability and contact with services in a very elderly cohort: a 6-year follow up study. *Age Aging* 27: 23-33.
- Ervasti H. 1996. Kenen vastuu? Tutkimuksia hyvinvointipluralismista legitimitetin näkökulmasta. Stakes. Tutkimuksia 62. Jyväskylä: Kirjapaino Gummerus Oy.
- Fried L P, Wallace R B. 1992. The complexity of chronic illness in the elderly. From clinic to community. Teoksessa Wallace R B & Woolson R S (eds.) *The epidemiologic study of the elderly*. New York: Oxford University Press, 10-19.
- The Hastings Center. 1996. The goals of medicine. *Hastings Centr Rep.* 26: 1-27.
- Heikkinen E. 1991a. Eläkeikäiseen väestöön kohdistuva epidemiologinen tutkimus. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 28 (5-6): 385-386.
- Heikkinen E. 1997. Background, design and methods of the project. *Scand J Soc Med, Suppl.* 53. Scandinavian University Press. Stockholm, 15-16.
- Heikkinen R-L. 1991b. Psyykkissosiaalisen hyvinvoinnin sekä sosiaalisen yhteisyyden ja suoriutumisen arviointi. Teoksessa Heikkinen R-L, Suutama T (toim.) *Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn ja terveyden arviointi*. Ikivihreät projekti. Osa II. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Kehittämisosaston julkaisuja 1991:10 Valtion painatuskeskus, 111-131.

- Heikkinen R-L. 1994. Vanhenemisen mysteeri, koettu vanheneminen tutkimuskertomusten valossa. *Gerontologia* 8 (4): 227-235, 1994.
- Heikkinen R-L. 1998. Iäkkäiden depressiomaisema. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Heikkinen R-L. 1999. Iäkkäiden jyvaskyläläisten mielialaongelmat ja niiden kehitysuunta kahdeksan vuoden seuruun aikana. Teoksessa Suutama T, Ruoppila I, Laukkanen P (toim.) Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn muutokset. Havaintoja Iki vihreät - projektin 8-vuotisesta seuruututkimuksesta. Helsinki: Kela. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 42: 117-132.
- Huhtala K. 1993. Tilastollinen data-analyysi. Opetusmoniste. Jyväskylän yliopisto. Tilastotieteen laitos, 28-33.
- Häggman-Laitila A. 1999. Terveys ja omatoiminen terveydenhuolto. Kuvaileva teoria yksilöllisistä kokemuksista. *Acta Universitatis Tamperensis* 648. Väitöskirja. Vammala. Vammalan kirjapaino Oy.
- Häkkinen U. 1992. Terveyspalvelujen käyttö, terveydentila ja sosioekonominen tasa-arvo Suomessa. Stakes. Tutkimuksia 20. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behavior* 1997; 38: 21-37.
- Johnson C & Barer B. 1996. Life beyond 85-years. The aura of survivorship. Springer. New York.
- Jylhä M. 1985. Oman terveyden kokeminen eläkeiässä. *Acta Universitatis Tamperensis Ser A, Vol 195*. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Jylhä M, Jokela J. 1990 Individual experiences as a cultural- and a cross cultural study on loneliness among the elderly. *Aging and Society* 10: 295-315.
- Jylhä M. 1993. Vanhuusikä muutoksessa. Kohorttitutkimus eläkeikäisten tamperelaisten terveydestä ja elämäntilanteesta 1979 ja 1989. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturva-ministeriö.
- Kalimo E. 1992. Terveysturvan väestötutkimuksen 1987 käsitteellinen tausta ja arviointikriteerit. Teoksessa Kalimo T, Klaukka T, Nyman K, Lehtonen R, Raitasalo R. Suomalaisten terveysturva ja sen kehitystarpeet. Terveysturvan väestötutkimuksen 1987 päätulokset. Helsinki: Kela. M:81, 37-41.
- Kansaneläkelaitoksen taskutilasto 1999. Saatavana internetistä muodossa <URL: <http://www.kela.fi/tilasto/suomi/julkaisu/taskutilasto/taskutilasto.pdf>.

- Karhula S, Päivärinta E. 1993. Jyväskylän kaupungin vanhuspalvelujen tavoite- ja toimintaohjelma 1993-1995-2000. Jyväskylän kaupunki. Sosiaalikeskuksen julkaisusarja 1/ 1993.
- Karlsson H. 1996. Oireiden ulottuvuuksia. Psykiatrinen tutkimus terveystieteiden tutkimuskeskuksen käyttäjistä. Stakes. Tutkimuksia 67. Jyväskylä: Kirjapaino Gummerus Oy.
- Kaplan G A, Haan M, Cohen R D. 1992. Risk factors and the study of prevention in the elderly: Methodological issues. Teoksessa Wallace R B, Woolson R F (eds.) The epidemiological study of the elderly. New York: Oxford University Press, 20-36.
- Kauppinen M, Tyrkkö K. 1999. Tutkimusasetelma, aineisto ja tilastolliset analyysimenetelmät Ikivihreät-projektin kahdeksan vuoden seuruututkimuksessa. Teoksessa Suutama T, Ruoppila I, Laukkanen P (toim.) Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn muutokset. Havaintoja Ikivihreät-projektin 8-vuotisesta seuruututkimuksesta. Helsinki: Kela. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 1999, 31-38.
- KSSH. Aluetilasto 1996. Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin julkaisuja. Jyväskylä: KSSP.
- Kivinen T, Kinnunen J, Niiranen V, Hyvärinen S (toim.). 1997. Kuntalaisten arviot ja osallisuus sosiaali- ja terveystieteisiin. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 45. Kuopio University Publications E. Social Sciences 45.
- Kivinen T, Sinkkonen S, Laitinen A, Kinnunen J. 1998. Lääkärinvastaanotto- ja neuvolatoiminnan laatu 1994 ja 1997 Kuopiossa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 51. Kuopio: Kuopion yliopiston painatuskeskus.
- Koskinen S, Martelin T, Notkola I-L, Notkola V, Pitkänen K. Suomen väestö 1994. Gaudeamus. Helsinki.
- Koskinen S. 1997. Väestöryhmien väliset terveys- ja muut hyvinvointierot. Tutkimusohjelman taustaselvitys. Suomen akatemian julkaisuja 3/1997. Helsinki: Oy Edita Ab.
- Koskinen S, Aalto L, Päivärinta E. 1998. Vanhustyö. Vanhustyön keskusliitto. Jyväskylä: Kirjapaino Gummerus Oy.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta n:o 733, 1992 II. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Laukkanen P. 1997. Päiväsairaala. Tutkimusta, hoitoa, kuntoutusta ja toimintakyvyn arviointia. Asiakasseuranta. Jyväskylän sosiaali- ja terveyskeskuksen raportteja 1/1 1997. Jyväskylän sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus.

- Laukkanen P. 1998. Iäkkäiden henkilöiden selviäminen päivittäisistä toiminnoista. Jyväskylän yliopisto. *Studies in Sport, Physical Education and Health* n:o 56. Väitöskirja.
- Laukkanen P, Leinonen R, Heikkinen E. 1999. 1904-23 syntyneiden henkilöiden terveydentila kahdeksan vuoden seuraututkimuksessa. Teoksessa Suutama T, Ruoppila I, Laukkanen P (toim.) Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn muutokset. Havaintoja Ikivihreät-projektin 8-vuotisesta seuraututkimuksesta. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 42,1999: 133-169.
- Laukkanen P, Leinonen R. 1999. Terveydentila ja päivittäisistä toiminnoista selviytyminen 65-69-vuotiailla jyvaskyläläisillä vuosina 1988 ja 1996. Julkaisussa Heikkinen E, Lampinen P, Suutama T (toim.) Kohorttiero 65-69-vuotiaiden henkilöiden toimintakyvyssä, terveydessä ja harrastustoiminnoissa. Havaintoja Ikivihreät-projektin kohorttiventailututkimuksesta vuosilta 1988 ja 1996. Helsinki: Kela. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 47, 47-66.
- Lehtinen V, Joukamaa M, Jyrkinen T. 1991. Suomalaisten aikuisten mielenterveys ja mielenterveyden häiriöt. Helsinki ja Turku: Kela, AL:33.
- Lehtonen R, Klaukka T. 1992. Terveydentila ja terveysturvan käyttö vuoteen 2010. Teoksessa Kalimo E, Klaukka T, Lehtonen R, Nyman K (toim.) Suomalaisten terveysturva ja sen kehitystarpeet. Terveysturvan väestötutkimuksen 1987 päätulokset. Helsinki: Kela. M:81, 229-263.
- Leinonen R, Heikkinen E, Era P, Heikkinen R-L, Hirvinen H, Kauppinen M, Laaksonen P, Laukkanen P, Linnove T, Ruoppila I, Silvennoinen S, Suutama T. 1996. Iäkkäiden henkilöiden terveys- ja toimintakykytarkastusten toteutus perusterveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia. Helsinki: Kelan omatarvepaino.
- Leppo K. 1996. Palvelujen rakenneuudistus – tausta, lähtökohdat ja prosessi. Teoksessa Viialainen R, Lehto J (toim.) Sosiaali- ja terveysturvan rakennemuutos. Laitoshoidon vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen. Stakes. Raportteja 192. Jyväskylä: Kirjapaino Gummerus Oy, 9-12.
- Liang J, Whitelaw N A. 1990. Assessing the Physical and Mental Health of the Elderly. Teoksessa Stahl S M (ed). *The Legacy of Longevity. Health and Health Care in Later Life*. Newbury Park. Sage Publications, 35-53.

- Longino C F Jr. 1990. The Relative Contributions of Gender, Social Class and Advancing Age to Health. Teoksessa Stahl S M (ed). *The Legacy of Longevity*. Newbury Park. Sage Publications, 79-92.
- Lyyra T-M. 1999. Ikääntyneen kroonisesti sairaan ihmisen kokemuksellinen terveys. *Gerontologia* 13 (4): 218-227.
- Nummenmaa T, Konttinen R, Kuusinen J, Leskinen E. 1997. Tutkimusaineiston analyysi. Porvoo: WSOY, 125-140 ja 156-170.
- Nyman K. 1992. Terveyspalvelujen käyttö alueittain ja tuloluokittain. Teoksessa Kalimo T, Klaukka T, Lehtonen R, Nyman K (toim.) *Suomalaisten terveysturva ja sen kehitystarpeet*. Terveysturvan väestötutkimuksen 1987 päätulokset. Helsinki: Kela. 131-160.
- Nyman K. 1993. Tasa-arvo suomalaisessa terveydenhuollossa. Valtakunnallinen arviointitutkimus terveyspalvelujen käytön eroista. Helsinki. Kela M:88.
- Nylander O , Nenonen M. 2000. Julkinen sosiaali- ja terveydenhuolto verkottuu. Julkaisussa Uusitalo H, Parpo A, Hakkarainen A (toim.) *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus*. Stakes. Raportteja 250. Jyväskylä: Kirjapaino Gummerus Oy. 185-192.
- Palvelurakennetyöryhmän muistio 1992:17. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Pohjolainen P, Heikkinen E, Lyyra A-L, Helin S, Tyrkkö K. 1997. Socio-economic status, health and life-style in two elderly cohorts in Jyväskylä. *Scand J Soc Med Suppl* 52. Oslo: Scandinavian University Press, 36-43.
- Raitasalo R 1992. Psykykinen oireilu, hoidon tarve ja hoidon käyttö. Teoksessa Kalimo E, Klaukka T, Lehtonen R, Nyman K (toim.) *Suomalaisten terveysturva ja sen kehitystarpeet*. Terveysturvan väestötutkimuksen 1987 päätulokset. Helsinki: Kela M:81, 107-128.
- Ranta E, Rita H, Kouki J. *Biometria*. 1992. Tilastotiedettä ekologeille. Helsinki: Yliopistopaino, 438-442, 193-201.
- Rautio N, Heikkinen E. 2000. Sosioekonomisten tekijöiden yhteys terveyteen 75- ja 80-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla. *Gerontologia* 14 (1): 14-26.
- Rauhala U 1987. Keski-ikäisten naisten yksinäisyys. Sosiaali- ja terveysministeriö. 4: 1987. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

- Sakari-Rantala R, Era P, Heikkinen E, Heikkinen R-L, Laukkanen P, Ruoppila I, Suominen H, Suutama T. 1995. Iäkkäiden toimintakyky- ja terveystutkimus. Kela. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 2. Helsinki: Kelan omatarvepaino.
- Sakari-Rantala R, Lampinen P. 1999. Iäkkäiden jyvaskyläläisten sosiaalis-taloudellinen asema ja elinolot. Julkaisussa Suutama T, Ruoppila I, Laukkanen P (toim.) Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn muutokset. Havaintoja Ikivihreät -projektin 8-vuotisesta seuruututkimuksesta. Kela. Helsinki: Hakapaino Oy. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 42: 39-57.
- Sakari-Rantala R, Laukkanen P, Heikkinen E 1999. Iäkkäiden jyvaskyläläisten itsearvioitu toimintakyky kahdeksan vuoden seuruututkimuksessa. Julkaisussa Suutama T, Ruoppila I, Laukkanen P (toim.) Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn muutokset. Havaintoja Ikivihreät-projektin 8-vuotisesta seuruututkimuksesta. Kela. Helsinki: Hakapaino Oy. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 42: 171-197.
- Sonkin L, Petäjäkoski-Hult T, Rönkä K, Södergård H. 2000. Seniori 2000. Ikääntyvä Suomi uudelle vuosituhannele. Suomen itsenäisyyden juhlarahasto Sitra 233. Taloustieto Oy. Helsinki: Yliopistopaino.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000 – 2003. Valtioneuvoston päätös. STM. Helsinki: Julkaisuja 1999:16.
- Sosiaali- ja terveystoimen vuosi.1996. Jyväskylän Sosiaali- ja terveystalokeskus 1996. Vuosikertomus. Vanhuspalvelut haasteiden edessä. ER-PAINO 1997, 3-14.
- Suutama T, Ruoppila I, Laukkanen P. 1999. Yhteenveto ja päätelmät. Teoksessa Suutama T, Ruoppila I, Laukkanen P (toim.) Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn muutokset. Havaintoja Ikivihreät-projektin 8-vuotisesta seuruututkimuksesta. Kela. Helsinki: Hakapaino Oy. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 42, 237-243.
- Terveydenhuolto Suomessa 1996. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 1. Helsinki: Kirjapaino Libris Oy.
- Tilastokeskus 1997. Sotka tiedosto. Tiedot vuoden 1996 terveystalokuista. Helsinki. Tilastokeskus.
- Tilvis R, Jylhä M. 1992. Vanhusten terveys ja hoidon tarve. Teoksessa Tilvis R, Sourander L (toim.) Geriatria. Duodecim. Jyväskylä: Kirjapaino Gummerus Oy, 21-37.
- Uotinen V. (1995) Minkälainen ihminen on vanha. Ikästereotypiat tuttua vanhaa ihmistä koskevissa kuvauksissa. Gerontologia 9(3): 165-173.

- Uutela A, Helakorpi S, Puska P. 1999. Eläkeikäisen väestön terveystietäytyminen keväällä 1996 ja sen muutokset 1993-1997. Helsinki: Kansanterveyslaitos.
- Vaarama M. 1992. Vanhusten palvelujen tavoitteet ja todellisuus. Katsaus vanhusväestön elinoloihin, palvelutarpeisiin ja sosiaali- ja terveystalouteen. Sosiaali- ja terveysministeriö. Raportteja 48. Helsinki: VAPK.
- Vaarama M, Hurskainen R. 1993. Hyvään vanhuuteen 1990- ja 2000-luvuilla. Toimintasuunnitelma kuntien vanhuspolitiikan kehittämiseen ja strategiseen suunnitteluun. Stakes. Raportteja 92. Jyväskylä: Kirjapaino Gummerus Oy.
- Vaarama M. 1995. Vanhusten hoivapalvelujen tuloksellisuus hyvinvoinnin tuotanto –näkökulmasta. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Stakes. Tutkimuksia 55. Jyväskylä: Kirjapaino Gummerus Oy.
- Vaarama M, Lehto J. 1996. Vanhuspalvelujen rakennemuutos 1988-1994. Teoksessa Viialainen R, Lehto J. Laitoshoidon vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen. Stakes. Jyväskylä: Kirjapaino Gummerus Oy, 39-54.
- Vaarama M, Noro A. 1997. Vanhusten sosiaali- ja terveystalout. Teoksessa Uusitalo H, Staff M (toim.) 1997. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 1997. Raportteja 214. Stakes. Jyväskylä: Kirjapaino Gummerus Oy, 93-104.
- Vaarama M, Hakkarainen A, Laaksonen S. 1999. Vanhusbarometri. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1999:3. Helsinki: Oy Edita Ab.
- Valvanne J. 1992. Vanhusten terveystarkastuslöydösten ennustemerkitys. Helsingin yliopisto. Geriatrian yksikkö. II sisätautien klinikka. Väitöskirja.
- Vanhusbarometri 1994. STM. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1994:6 Helsinki.
- Wallace R B 1992. Aging and Disease: from laboratory to the community. Teoksessa Wallace R.B & Woodson R.F (eds.) 1992. The Epidemiological Study of The Elderly. New York. Oxford University Press, 1992, 3-9.
- Verbrugge L M. 1990. The Iceberg of Disability. Teoksessa Stahl S M (ed). The Legacy of Longevity: Health and Health Care in Later Life. Newbury Park. Sage Publications, 55-75.
- Julkaisematon lähde: Sosiaali- ja terveystaloutkunnan pöytäkirja 27.09.1995. Jyväskylän kaupunki. Sosiaali- ja terveystaloutkeskus. Jyväskylä.

LIITETAULUKOT JA LIITEKUVIOT

Liitetaulukko 1 Avoterveyspalvelujen käyttökerrat (fysioterapiakäynnit, lääkärin kotikäynnit, terveydenhoitajalla käynnit ja kaikki lääkärisikäynnit yhteensä) 1914-1923 syntyneillä jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla viimeisen 12 kuukauden aikana 1996.

Käyntikerrat	Miehet n = 140		Naiset n = 253	
	n	%	n	%
0 käyntiä	4	(2.9)	16	(6.3)
1 käynti	12	(8.6)	26	(10.3)
2 käyntiä	12	(8.6)	30	(11.9)
3 käyntiä	9	(6.4)	22	(8.7)
4 käyntiä	14	(10.0)	25	(9.9)
5 käyntiä	14	(10.0)	21	(8.3)
6 käyntiä	16	(11.4)	30	(11.9)
7 käyntiä	8	(5.7)	10	(4.0)
8 käyntiä	5	(3.6)	14	(5.5)
9 käyntiä	6	(4.3)	9	(3.6)
10 käyntiä	5	(3.6)	6	(2.4)
11-19 käyntiä	22	(15.7)	23	(9.1)
20-29 käyntiä	9	(6.4)	13	(5.1)
30-39 käyntiä	3	(2.1)	4	(1.6)
40-57 käyntiä	1	(0.4)	4	(1.6)

Liitetaulukko 2 Kaikki lääkäriissäkäynnit 1914-1923 syntyneillä miehillä ja naisilla 12 viimeisen kuukauden aikana vuonna 1996 (n, %).

Lääkäriissä käynnit	Miehet n = 141		Naiset n = 255		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%
0 käyntiä	6	(4.3)	24	(9.4)	30	(7.6)
1-3 käyntiä	52	(36.9)	109	(42.7)	161	(40.7)
4-10 käyntiä	66	(46.8)	101	(39.2)	167	(42.2)
11-19 käyntiä	13	(9.2)	16	(6.3)	29	(7.3)
20-31 käyntiä	4	(2.8)	5	(2.4)	9	(2.3)
Yhteensä	141	100.0	255	100.0	396	100.0

Liitetaulukko 3 Taustatekijöiden keskinäiset järjestyskorrelaatiot (Spearmanin rho) miehillä (**=p<01, *=p<05; 2-suuntainen testaus, n vaihtelee miehillä 136-142).

	1.	2.	3.	4.
1. Avoterveyspalvelujen käyttö	1.0			
2. Yksinäisyyden kokeminen	.02	1.0		
3. Koettu terveydentila	.21*	.14	1.0	
4. Koettu taloudellinen tila	-.24	.10	.23**	1.0

Liitetaulukko 4 Taustatekijöiden keskinäiset järjestyskorrelaatiot (Spearmanin rho) naisilla (**= $p < 0.01$, *= $p < 0.05$; 2-suuntainen testaus, n vaihtelee naisilla 250-255).

	1.	2.	3.	4.
1. Avoterveyspalvelujen käyttö	1.00			
2. Yksinäisyyden kokeminen	.00	1.00		
3. Koettu terveydentila	.18**	.25*	1.00	
4. Koettu taloudellinen tila	.12	.08	.28**	1.00

Liitetaulukko 5 Terveystenhoitajakontaktien määrä vuonna 1996 haastatelluilla 73-82-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä koetun terveydentilan, koetun taloudellisen tilanteen, yksinäisyyden kokemisen ja siviilisäädyn mukaan prosentteina (%). Erot on testattu χ^2 -testillä.

Terveystenhoitaja- kontaktien määrä miehillä (%)	Koettu terveys		Koettu talous		Yksinäisyys		Siviilisäätö	
	hyvä	huono	hyvä	huono	ei yks	on yks	nton	naimisissa
Ei käyntejä	71	61	62.5	63	63	64	76	57
1 käynti tai enemmän	29	39	37.5	37	37	36	24	43
	100	100	100	100	100	100	100	100
	p = .29		p = .96		p = .90		p = .03	

Liitetaulukko 6 Terveystenhoitajakontaktien määrä vuonna 1996 haastatelluilla 73-82-vuotiailla jyvaskyläläisillä naisilla koetun terveydentilan, koetun taloudellisen tilanteen, yksinäisyyden kokemisen ja siviilisäädyn mukaan prosentteina (%). Erot on testattu χ^2 -testillä.

Terveystenhoitaja- kontaktien määrä naisilla (%)	Koettu terveys		Koettu talous		Yksinäisyys		Siviilisäätö	
	hyvä	huono	hyvä	huono	ei yks	on yks	nton	naimisissa
Ei käyntejä	76	64	67	66	64	70	68	63
1 käynti tai enemmän	24	36	33	34	36	30	32	37
	100	100	100	100	100	100	100	100
	p = .07		p = .90		p = .38		p = .54	

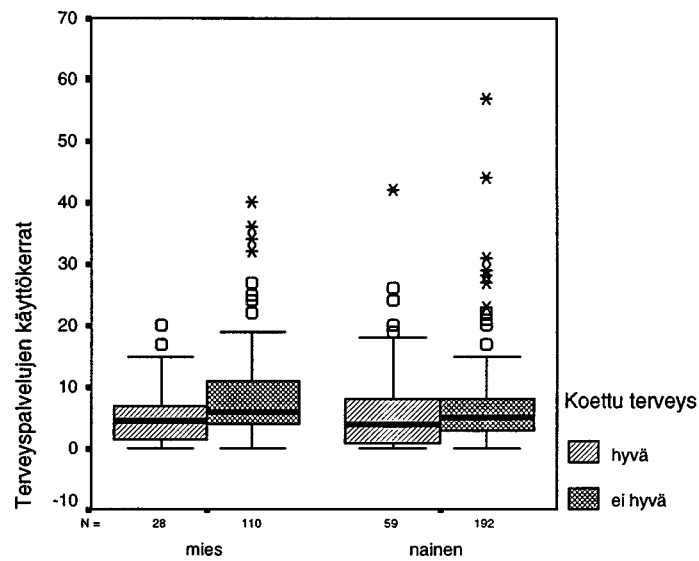
Liitetaulukko 7 Lääkärikkäkäyntien määrä vuonna 1996 haastatelluilla 73-82-vuotiailla jyväs kyläläisillä miehillä koetun terveydentilan, koetun taloudellisen tilanteen, yksinäisyyden kokemisen ja siviilisäädyn mukaan prosentteina (%). Erot on testattu χ^2 -testillä.

Lääkärikkäkäyntien määrä miehillä (%)	Koettu terveys		Koettu talous		Yksinäisyys		Siviilisäät y	
	hyvä	huono	hyvä	huono	ei yks	on yks	nton	naimisissa
Enintään 2 käyntiä	36	31	28	33	32	33	28	34
Yli 2 käyntiä	64	69	72	67	68	67	72	66
	100	100	100	100	100	100	100	100
	p = .60		p = .58		p = .86		p = .44	

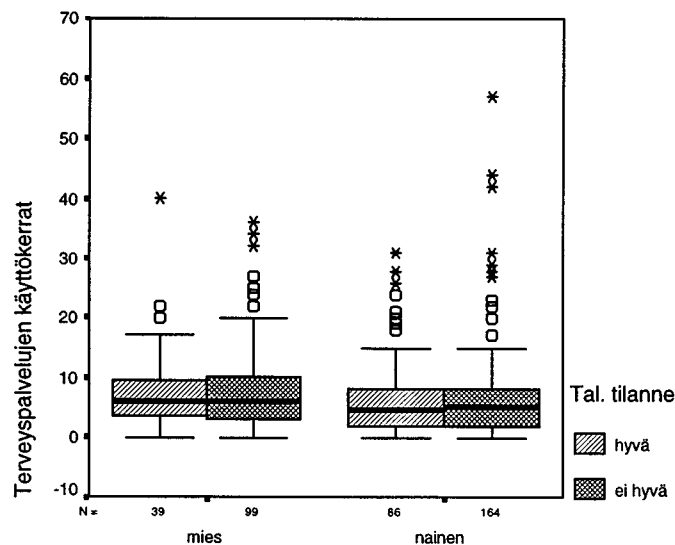
Liitetaulukko 8 Lääkärikkäkäyntien määrä vuonna 1996 haastatelluilla 73-82-vuotiailla jyväs kyläläisillä naisilla koetun terveydentilan, koetun taloudellisen tilanteen, yksinäisyyden kokemisen ja siviilisäädyn mukaan prosentteina (%). Erot on testattu χ^2 -testillä.

Lääkärikkäkäyntien määrä naisilla (%)	Koettu terveys		Koettu talous		Yksinäisyys		Siviilisäät y	
	hyvä	huono	hyvä	huono	ei yks	on yks	nton	naimisissa
Enintään 2 käyntiä	52.5	33	38	37	36	40	39	32.5
Yli 2 käyntiä	47.5	67	62	63	64	60	61	67.5
	100	100	100	100	100	100	100	100
	p = .01		p = .83		p = .58		p = .46	

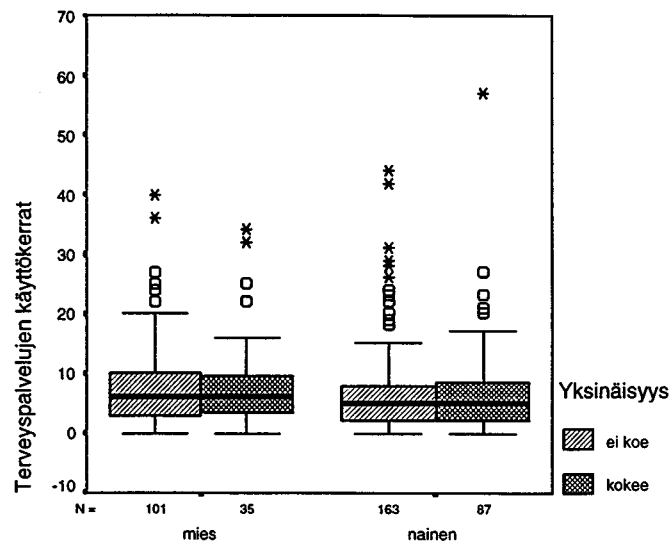
Kuvioliitteet 1-8 Avoterveyspalvelujen käyttömääriä kuvaavat jana-laatikkokuviot ja käyttömäärien tilastolliset merkitsevyydet Mann-Whitneyn U-testin mukaan.



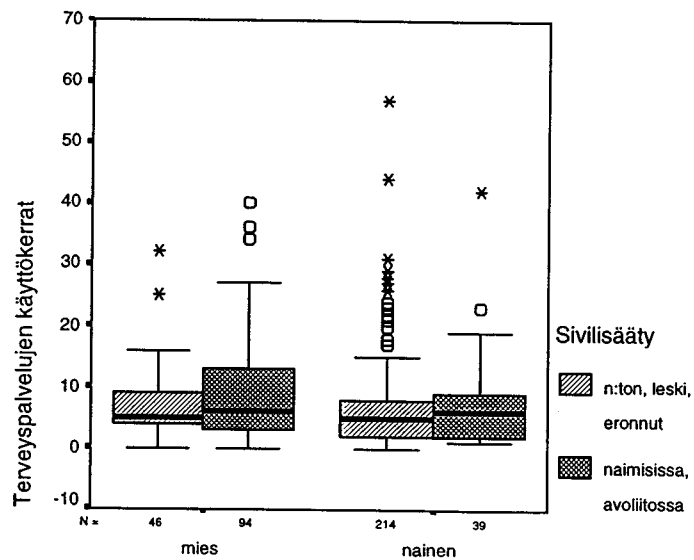
Liitekuvio 1 Avoterveyspalvelujen käyttökertoja kuvaavat jana-laatikkokuviot 73-82-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla vuonna 1996 koetun terveydentilan mukaan. Mann-Whitneyn U-testi miehillä ($p=.031$) ja naisilla ($p=.081$)



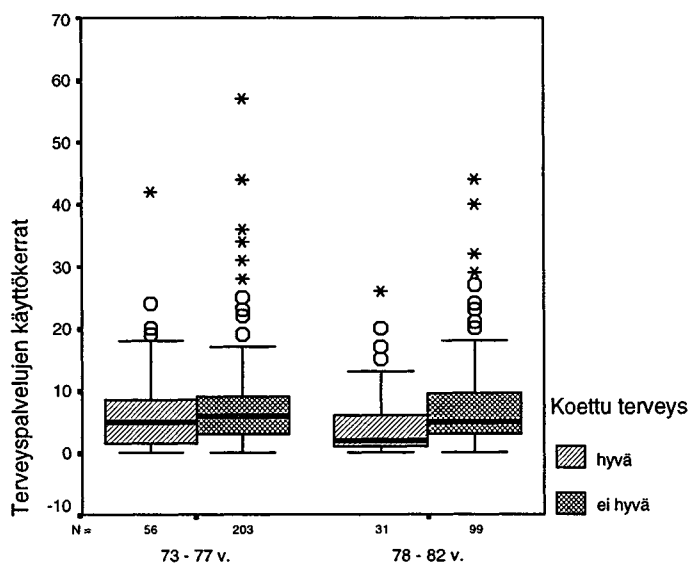
Liitekuvio 2 Avoterveyspalvelujen käyttökertoja kuvaavat jana-laatikkokuviot 73-82-vuotiailla miehillä ja naisilla koetun taloudellisen tilanteen mukaan vuonna 1996. Mann-Whitneyn U-testi miehet ($p=.706$) ja naiset ($p=.548$).



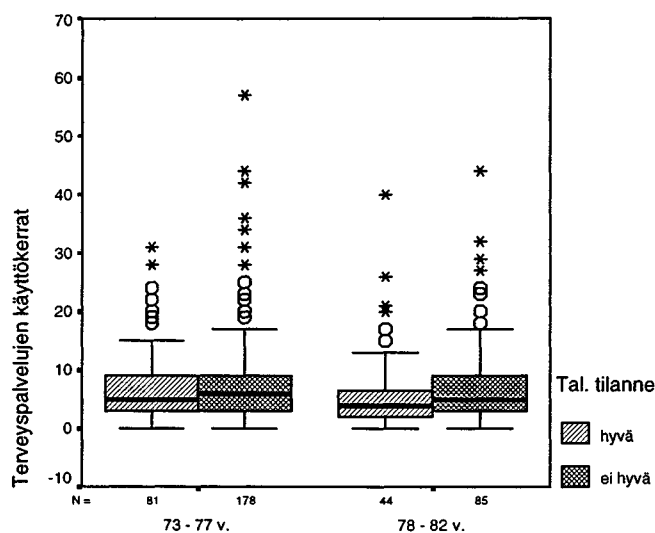
Liitekuvio 3 Avoterveyspalvelujen käyttökertoja kuvaavat jana-laatikkokuviot 73-82-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla vuonna 1996 yksinäisyyden kokemisen mukaan. Mann-Whitneyn U-testi miehillä ($p = .749$) ja naisilla ($p = .747$).



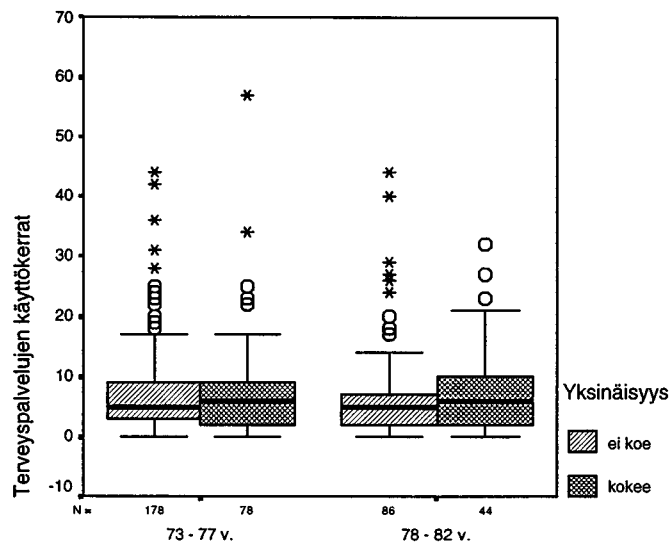
Liitekuvio 4 Avoterveyspalvelujen käyttökertoja kuvaavat jana-laatikkokuviot 73-82-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla vuonna 1996 siviilisäädyn mukaan. Mannin-Whitneyn U-testi miehillä ($p = .589$) ja naisilla ($p = .641$).



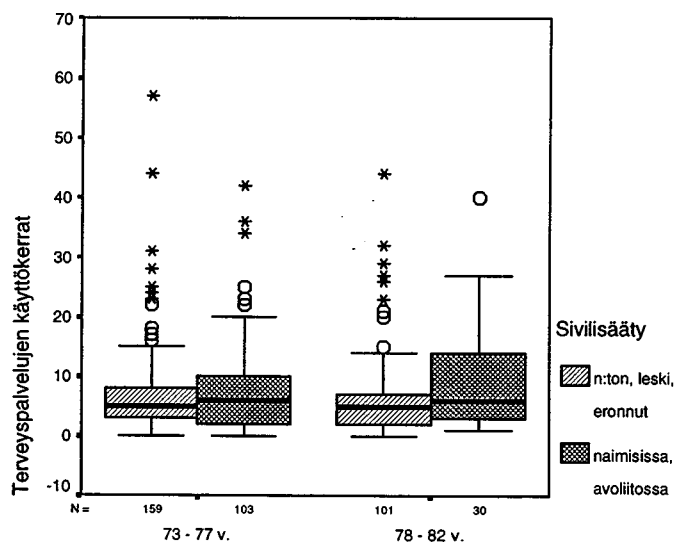
Liitekuvio 5 Avoterveyspalvelujen käyttökertoja kuvaavat jana-laatikkokuviot 73-77-vuotiailla ja 78-82-vuotiailla jyvaskyläläisillä henkilöillä vuonna 1996 koetun terveyden-tilan mukaan. Mann-Whitneyn U-testi 73-77-vuotiaat ($p=.118$) ja 78-82-vuotiaat ($p=.018$).



Liitekuvio 6 Avoterveyspalvelujen käyttökertoja kuvaavat jana-laatikkokuviot 73-77-vuotiailla ja 78-82-vuotiailla jyvaskyläläisillä henkilöillä vuonna 1996 koetun taloudellisen tilanteen mukaan. Mann-Whitneyn U-testi 73-77 vuotiailla ($p=.813$) ja 78-82-vuotiailla ($p=.262$).



Liitekuvio 7 Avoterveyspalvelujen käyttökertoja kuvaavat jana-laatikkokuviot 73-77-vuotiailla ja 78-82-vuotiailla jyvaskyläläisillä henkilöillä vuonna 1996 yksinäisyyden kokemisen mukaan, Mann-Whitneyn U-testi: 73-77-vuotiailla ($p=.519$) ja 78-82-vuotiailla ($p=.212$).



Liitekuvio 8 Avoterveyspalvelujen käyttökertoja kuvaavia jakaumia 73-77 ja 78-82-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla vuonna 1996 siviilisäädyn mukaan. Mann-Whitneyn U-testi 73-77-vuotiailla ($p=.607$) ja 78-82-vuotiailla ($p=.026$).