

72-82- ja 83-92-VUOTIAIDEN JYVÄSKYLÄLÄISTEN KIINNITTYMINEN  
SOSIAALISIIN VERKOSTOIHIN JA SIIHEN YHTEYDESSÄ OLEVIA TEKIJÖITÄ

Kaisu Kauranen

Gerontologian ja  
kansanterveyden  
pro gradu -tutkielma  
Terveystieteiden laitos  
Jyväskylän yliopisto  
Kevät 2001

## TIIVISTELMÄ

72-82- ja 83-92-vuotiaiden jyvaskyläläisten sosiaalisiin verkostoihin kiinnittyminen ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Kaisu Kauranen: Gerontologian ja kansanterveyden pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden laitos, Jyväskylän yliopisto. Kevät 2001.

Tutkielmassani tarkastelin 72-82- ja 83-92-vuotiaiden jyvaskyläläisten sosiaalisia verkostoja, sosiaalisiin verkostoihin kiinnittymistä ja kiinnittymistiheyteen yhteydessä olevia tekijöitä. Lisäksi tarkastelin verkostotasojen keskinäisiä yhteyksiä. Tutkimusaineistona oli Ikivihreät-projektin seurautus tutkimuksen haastatteluaineisto vuodelta 1996. Haastatteluun osallistui 663 jyvaskyläläistä, joista 72-82-vuotiaita miehiä oli 146 (35,6 %) ja naisia 264 (64,4 %) sekä 83-92-vuotiaita miehiä 66 (26,1 %) ja naisia 187 (73,9 %). Haastatteluprosentti oli 88 %. Tutkimuksessani jaottelin sosiaaliset verkostot läheisyys-etäisyys periaatteen mukaan lähi-, harrastus- ja palveluverkostoon. Kiinnittymistiheyden mittaamiseksi laskin kolmiluokkaiset summamuuttujat verkostotasoille. Nuoremmalla ikäryhmällä, miehillä, naimisissa olevilla, leskillä ja eronneilla, sekä hyvän tai keskinkertaisen toimintakyvyn omaavilla oli tiheimmät (=laajemmat) lähiverkostot. Harvat lähiverkostot kuuluivat naimattomille, huonoksi toimintakykynsä kokeville, vanhemmalle ikäryhmälle ja naisille. Tiheet harrastusverkostot kuuluivat nuoremmalle ikäryhmälle, hyväksi tai keskinkertaiseksi terveytensä ja toimintakykynsä arvioiville, harrastuksia rajoittavia terveysongelmia jonkin verran omaaville sekä niille, joilla oli häiritsevä pitkäaikainen sairaus tai vamma. Harvat harrastusverkostot kuuluivat vastaavasti vanhemmalle ikäryhmälle, huonoksi terveytensä ja toimintakykynsä kokeville, kotipalvelun ja/tai kotisairaanhoidon palveluita tarvitseville sekä niille, joilla oli paljon harrastuksia haittaavia terveysongelmia. Tiheet palveluverkostot kuuluivat niille, joilla oli häiritsevä pitkäaikainen sairaus tai vamma, huono toimintakyky ja niille, jotka tarvitsivat kotisairaanhoidon ja/tai kotipalvelun palveluja. Harvoihin palveluverkostoihin oli yhteydessä hyvä toimintakyky ja pitkäaikaisen sairauden tai vamman puuttuminen. Verkostotasojen välisiä yhteyksiä tarkasteltaessa ilmeni, että pääsääntöisesti verkostotasojen välillä ei ollut yhteyttä. Ainoastaan lähiverkoston ja harrastusverkoston välillä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys, joka viittasi siihen suuntaa, että niillä, joilla oli tiheimmät lähiverkostot oli myös tiheimmät harrastusverkostot ja päinvastoin. Kiinnittymistiheyteen yhteydessä olevista tekijöistä vain koettu toimintakyky oli yhteydessä kaikkien kolmen verkostotason kiinnittymistiheyteen. Hyväksi tai keskinkertaiseksi toimintakykynsä kokevilla oli laajemmat lähi- ja harrastusverkostot sekä harvat palveluverkostot ja päinvastoin. Tutkimusaineisto soveltui hyvin verkostotutkimukseen ja verkostotasojen erilaisuudesta huolimatta koetulla toimintakyvyllä näyttäisi olevan yhteyttä sosiaalisten verkostotasojen laajuuteen.

Avainsanat: iäkkäät, sosiaaliset verkostot, tiheys, laajuus, toimintakyky.

## SISÄLLYS

### TIIVISTELMÄ

### ABSTRACT

1 JOHDANTO.....	1
2 KÄSITTEIDEN MÄÄRITTELYÄ.....	3
3 VERKOSTOTUTKIMUKSEN LÄHESTYMISTAPOJA JA METODOLOGIAA.....	5
4 IÄKKÄIDEN SOSIAALISIIN VERKOSTOIHIN LIITTYVIÄ TEKIJÖITÄ.....	7
4. 1 Sosiaalinen lähiverkosto .....	7
4. 2 Harrastaminen.....	11
4. 3 Terveys- ja sosiaalipalveluiden käyttö.....	12
4. 4 Sosiaalisen verkoston koko.....	15
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA ONGELMAT.....	18
6 TUTKIMUSAINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT.....	19
6. 1 Tutkimusaineisto.....	19
6. 2 Tutkimusmenetelmät.....	20
7 TULOKSET .....	23
7. 1 Tutkittavien sosioekonominen tausta ja terveydentila.....	23
7. 2 Sosiaalisen verkoston tasot .....	25
7. 2. 1 <i>Lähiverkosto</i> .....	25
7. 2. 2 <i>Harrastusverkosto</i> .....	27
7. 2. 3 <i>Palveluverkosto</i> .....	30
7. 3 Verkostotasojen kiinnittymistiheys.....	32
7. 3. 1 <i>Lähiverkoston</i> kiinnittymistiheys.....	32
7. 3. 1. 1 Lähiverkoston kiinnittymistiheyteen yhteydessä olevia tekijöitä.....	32
7. 3. 1. 2 Lähiverkoston kiinnittymistiheyteen yhteydessä olevien tekijöiden riskisuhteet.....	34
7. 3. 2 <i>Harrastusverkoston</i> kiinnittymistiheys.....	35
7. 3. 2. 1 Harrastusverkoston kiinnittymistiheyteen yhteydessä olevia tekijöitä.....	36

7. 3. 2. 2 Harrastusverkoston kiinnittymistiheyteen yhteydessä olevien tekijöiden riskisuhteet.....	37
7. 3. 3 <i>Palveluverkoston</i> kiinnittymistiheys.....	39
7. 3. 3. 1 Palveluverkoston kiinnittymistiheyteen yhteydessä olevia tekijöitä.....	39
7. 3. 3. 2 Palveluverkoston kiinnittymistiheyteen yhteydessä olevien tekijöiden riskisuhteet.....	40
7. 4 Verkostotasojen keskinäiset riippuvuudet.....	43
8 POHDINTA .....	44
LÄHTEET.....	53
LIITTEET.....	61
Liite 1 Liitetaulukot	
Liitetaulukko 1 Taustamuuttujien frekvenssi- ja prosenttijakaumat	
Liitekuvio 1    Verkostotasojen summamuuttujien jakaumat graafisesti esitettyinä	
Liitetaulukko 2 Taustatekijöiden ja verkostotasojen kiinnittymistiheyden tilastollisesti merkitsevät ristiintaulukoinnit.	
Liite 2 Haastattelukysymykset	

## ABSTRACT

The attachment to the social networks of 72-82- and 83-92- year-old elderly people in Jyväskylä and the factors connected with it. Kaisu Kauranen pro gradu -study of gerontology and public health. The Department of Health Sciences, the University of Jyväskylä. Spring 2001

The purpose of this study was to describe the social networks of 72- 82- and 83-92- year-old people living in Jyväskylä, the attachment to social networks and the factors connected with the attachment density of the levels of the social networks. As research material I used the follow-up study by the Evergreen-project in 1996. Altogether 663 elderly people were interviewed: 146 (35,6 %) men and 264 (64,4%) women aged 72-82 years, 66 (26,1 %) men and 187 (73,9 %) women aged 83-92 years. The response rate was 88 %. In my study I divided the social networks according to proximity and distance into nearby-, hobby- and service networks. In order to measure the attachment density I counted three-grade sum variables for every level of networks. *The densest* (the most extensive) *nearby networks* belonged to married, widowed, divorced and those who had good or average self-rated functional ability and the younger age group and men. *The rare nearby networks* belonged to unmarried, those who had bad self-rated functional ability, the older age group and women. *The densest hobby networks* belonged to the younger age group, to those who had good or average self-rated health and functional ability, to those who had some health problems restricting hobbies, and those who had disturbing lingering illness or injury. *The rare hobby networks* belonged to the older age group, to those who had bad self-rated health and functional ability, to those who had many health-problems restricting hobbies, and to those who needed home service or home nursing. *The densest service networks* belonged to those who had disturbing lingering illness or injury, who had bad functional ability and those who needed home service or home nursing. *The rare service networks* were connected with good functional ability and the absence of lingering illness or injury. The main rule was that there were no connections between the network levels. Only the nearby networks and hobby networks had a statistical connection: those who had the densest nearby networks also had the densest hobby networks and vice versa. In spite of differences in the contents of the network levels, *the self-rated functional ability* was connected with the attachment density of all three network levels. To those, who had good or average self-rated functional ability, it was more likely to belong to extensive nearby and hobby networks and to rare service networks and vice versa. The research material applied for network research. And it seems that in spite of differences in network levels the self-rated functional ability is connected with the extent of social network levels.

The key words: elderly people, social networks, density, extent, functional ability.

## 1 JOHDANTO

Iäkkäiden sosiaalisia verkostoja ja niiden yhteyksiä iäkkäiden elämän eri alueisiin on tutkittu monesta näkökulmasta. Näissä tutkimuksissa on todettu, että iäkkäiden sosiaalisten verkostojen perusrakenteet ovat useimmiten muotoutuneet aikaisempien elämänvaiheiden aikana. Sosiaalisen verkoston rakenteellisiin ominaisuuksiin kuten kokoon, kiinteyteen, homogeenisuuteen, pysyvyyteen, moninaisuuteen sekä symmetriaan, vaikuttavat monenlaiset tekijät. Tällaisia vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa *henkilöön liittyvät* ominaisuudet: ikä, sukupuoli, siviilisääty, vanhemmuus, persoonallisuus, kyvyt, huonokuntoisuus sekä muut *sosioekonomiset* tekijät, esimerkiksi koulutus ja tulot. Edellisten lisäksi verkoston rakenteeseen vaikuttavat myös niin sanotut *tilanmetekijät*: asumismuoto, asuinpaikka, eläkkeellä olo sekä aktiivinen osallistuminen esimerkiksi järjestötoimintaan. (Antonucci 1985.)

Sosiaalisen verkoston rakenteella ja toiminnalla on useissa tutkimuksissa osoitettu olevan yhteyttä terveyden (Litwin 1997) ja hyvinvoinnin kanssa. Eri tekijöiden keskinäisiä vuorovaikutusmekanismeja ja vaikutussuhteita ei ole kuitenkaan tarkasti selvitetty. (Rennemark 1999.) Sosiaalisiin verkostoihin liittyy myös suojaavia vaikutuksia iäkkäiden erilaisissa elämänprosesseissa (Unger ym. 1999). Lähiympäristön antamalla sosiaalisella tuella on havaittu olevan huomattava merkitys iäkkäiden henkilöiden selviytymiseen erityisesti elämän mukanaan tuomien kriisien aikana (Heikkinen 1989). Iäkkäiden terveyspalveluiden käyttöä koskevissa tutkimuksissa on havaittu yhteyksiä iäkkäiden toimintakyvyn, koetun terveyden ja sosiaalisen tuen puuttumisen ja terveyspalveluiden käytön välillä (Litwin 1997).

Sosiaalisia verkostoja voidaan myös tyypitellä eri tavoin. Melkaksen ja Jylhän (1996) tutkimuksessa suomalaiset jaettiin viiteen verkostotyyppiin. Tyypittely perustui läheisten lukumäärään, uskottujen henkilöiden olemassaoloon ja tapaamistiheyksiin sekä käytännöllisen avun mahdollisuuksiin. ”Niukka” verkostotyyppi (35 %) oli yleisin ja sitä kuvasi kaikkien kysytyjen ominaisuuksien osalta niukka sosiaalinen elämä. ”Perhekeskeisen” verkostotyypin (26 %) kaikki kysytyt ominaisuudet olivat lähellä keskiarvoa ja loput verkostotyypit (”runsas”, ”vain ajatuksissa oleva” ja ”toiminnallinen”) (11-15 %) kuvasivat yhden tai use-

amman ominaisuuden osalta vilkkaampaa sosiaalista elämää. Palveluiden tarve ja julkisten palveluiden käyttö vaihtelee verkostotyypeittäin (Litwin 1997).

Nykyinen yhteiskunnallinen suuntaus työikäisen väestönosan muuttoliikkeestä suurempiin asutuskeskuksiin voi vaikuttaa siihen, että iäkkäiden lähiverkostot harvenevat ja he joutuvat turvautumaan yhä enemmän julkisiin palveluihin (Raassina 1994, Wenger 1996). Tulevaisuudessa iäkkäiden verkostojen muutoksiin vaikuttavat myös ikääntyvien henkilöiden suhteellisen osuuden kasvu, erityisesti vanhimman ikäluokan lisääntyminen, lasten lukumäärän väheneminen, lapsettomien naisten osuuden suuruus, avioerojen ja uusperheiden yleistyminen (Raassina 1994).

Tutkimusalueena sosiaaliset verkostot on laaja ja monitahoinen ilmiö. Tutkielmassani kuvailen iäkkäiden jyvaskyläläisten sosiaalisia verkostoja läheisyys-etäisyys näkökulmasta käsin. Keskityn työssäni sosiaalisten verkostojen laajuuden ja siihen yhteydessä olevia tekijöiden tarkasteluun. Lopuksi tarkastelen verkostotasojen keskinäisiä yhteyksiä.

## 2 KÄSITTEIDEN MÄÄRITTELYÄ

Jo 1900-luvun alkupuolella mm. Simmel, Moreno ja Radcliffe-Brown esittivät verkostokäsitteen ja verkostotutkimuksen metodeja (Holland & Leinhardt 1979). Myöhemmin Barnes (1954) ja Bott (1968) kehittivät edelleen sosiaalisen verkoston rakenteiden ja vuorovaikutussuhteiden tutkimusta. Vanhempaan väestöön kohdistuva verkostotutkimus on ollut vilkasta 1980-luvulta lähtien (Biegel ym. 1984), vaikkakin Suomessa iäkkäisiin kohdistunutta verkostotutkimusta on tehty melko vähän (Melkas & Jylhä 1996).

Sosiaalisen verkoston tutkimusta on tehty useilla eri tieteen aloilla (esim. sosiologia, psykologia, lääketiede, antropologia ja gerontologia). Tutkijat ovat määritelleet sosiaalista verkostoa eri tavoin. Käsitteet sosiaalisesta verkostosta ovat kuitenkin tärkeitä, sillä ne ohjaavat tutkimuksen tiedonhankintaa ja vaikuttavat siihen, mikä alue tutkimuksessa painottuu. (Antonucci 1985.) Tämän vuoksi tarkastelen aluksi muutamia yleisimpiä tapoja määritellä sosiaalisia verkostoja.

Sosiaaliset verkostot on tavallisesti määritelty niiden *rakenteellisten* ominaisuuksien mukaan kuten esimerkiksi koon, pysyvyyden, homogeenisuuden, symmetrian, kiinteyden ja monitahtisuuden termeillä. (Antonucci 1985.) Verkoston rakenteellisten ominaisuuksien on nähty antavan johdonmukaisempaa ja luotettavampaa tietoa ja sentähden sitä on pidetty parempana vertailuvälineenä kuin vuorovaikutuksen sisältöön ja tuloksiin perustuvaa mallia. (House & Kahn 1985).

Walker ym. (1977) puolestaan ovat määritelleet sosiaalisen verkoston sekä *vuorovaikutuksen sisällön että tulosten* mukaan. Heidän mielestään ”yksilön sosiaalinen verkosto on se henkilökohtaisten kontaktien joukko, jonka kautta yksilö säilyttää sosiaalisen identiteettinsä ja toisaalta saa emotionaalista tukea, aineellista apua ja tietoa sekä solmii uusia sosiaalisia kontakteja”. (Walker ym. 1977, ks. esim. Antonucci 1985.) Tämä vuorovaikutusmalli käsittää vuorovaikutuksen sisällön ja siihen liittyvän tuen sekä sosiaalisen verkoston kontaktien keston, intensiteetin ja lukumäärän. Walkerin ym. käsitys sosiaalisesta verkostosta



on dynaaminen, minkä vuoksi House ja Kahn (1985) pitävät tätä mallia vähemmän luotettavana kuin rakennemallia.

Sosiaalisten verkostojen rakenteen ja dynaamisuuden ohella, Kahn ja Antonucci (1981) ovat kiinnittäneet huomiota verkostojen historiaan. Käsitteellä *convoy (saattajat)* he ovat viitanneet koko elämän aikaisiin verkostoihin ja niissä tapahtuneisiin muutoksiin. Erityisesti vanhempien henkilöiden vuorovaikutussuhteiden nykytilanteen ymmärtämiseksi olisi tärkeä tuntea heidän tukiverkostojensa historiaa ja niissä tapahtuneita muutoksia (Antonucci 1985).

Eriaisista näkökulmista huolimatta sosiaalisten verkostojen tutkijoilla on *yhteisiäkin* kiinnostuksen kohteita. Tällaisia ovat esimerkiksi verkoston jäsenten väliset yhteydet, kuka on yhteydessä kehenkin sekä näiden sosiaalisten yhteyksien laatu ja vaikutukset henkilön käyttäytymiseen sekä sosiaaliseen ympäristöön. (Gothoni 1990.)

Sosiaalisen verkoston kanssa läheisiä käsitteitä ovat sosiaalinen *ryhmä, tukiverkosto ja tukijärjestelmä*. Sosiaalinen verkosto *eroaa sosiaalisesta ryhmästä* siten, että sosiaalisella ryhmällä on selvät rajat (Barnes 1954). Sosiaalisella verkostolla sensijaan ei ole selviä rajoja ja siihen voi kuulua jäseniä, jotka eivät kaikki tunne toisiaan (Seikkula 1994). Sekaannusten välttämiseksi on hyvä myös erottaa toisistaan sosiaalinen verkosto, sosiaalinen tukiverkosto sekä sosiaalinen tukijärjestelmä. *Sosiaalisella verkostolla* tarkoitetaan henkilön koko vuorovaikutusverkostoa. *Sosiaalinen tukiverkosto* on edellistä pienempi käsittäen vain tukea antavat henkilöt. *Sosiaaliseen tukijärjestelmään* sisältyy sekä yksityinen että julkinen tukijärjestelmä. (Gothoni 1990.)

Sosiaalinen verkosto voidaan nähdä *välineenä tai keinona*, jolla sosiaalista tukea jaetaan tai vaihdetaan. Ehkä yksinkertaisin tapa erottaa sosiaalinen tuki ja sosiaalinen verkosto on kuvata sosiaalinen verkosto niiden ihmisten joukkona, jotka saavat tai hankkivat sosiaalista tukea. (Antonucci 1985.)

*Sosiaalista tukea* voidaan myös määritellä useilla tavoilla lähestymistavasta johtuen. Koska tutkimukseni ei käsittele varsinaisesti sosiaalista tukea otan mukaan vain yhden sosiaalisen tuen määrittelyn. Gothonin (1990) mukaan sosiaalisen tuen määrittelyksille ovat yhteisiä seu-

raavat tekijät: 1) sosiaalinen tuki liittyy ihmisten väliseen vuorovaikutukseen, 2) sosiaalista tukea saadaan yleensä pysyväisluonteisten ihmissuhdeverkostojen kautta, 3) sosiaalisella tuella on keskeinen asema yksilön identiteetin muodostumisessa sekä elämän ristiriitatilanteista selviytymisessä ja niihin mukautumisessa.

### 3 VERKOSTOTUTKIMUKSEN LÄHESTYMISTAPOJA JA METODOLOGIAA

Käsitteet sosiaalinen tuki ja sosiaalinen verkosto kuuluvat läheisesti yhteen ja vaikeuttavat siten niiden mittaamista erikseen. Luotettavaa ja yksiselitteistä sosiaalisen tuen ja sosiaalisen verkoston mittausmenetelmää ei vielä ole olemassa. (Lempinen 1995.) House ja Kahn (1985) esittävät, että sosiaalinen verkosto, sosiaalinen tuki ja sosiaaliset suhteet tulisi käsitellä yhdessä. Parasta olisi heidän mielestä tutkia kaikkia kolmea ominaisuutta kerralla tai vähintään kahta ominaisuutta.

Tutkimuksen mittausmenetelmien operationalisoiminen vaikuttaa olennaisesti sosiaalisen verkoston tutkimustuloksiin. Litwin (1996a) esittää kaksi tutkimustapaa. Peruserona näiden kahden vaihtoehdon välillä on se, että *ensimmäisessä vaihtoehdossa*, jota voidaan nimittää myös deduktiiviseksi, tulokset saadaan *aikaisemman tiedon* mukaan laadittujen kysymysten pohjalta ja *toisessa vaihtoehdossa* tulokset saadaan vasta tutkimustuloksista, *ilman ennakkotietoa*. Monia muitakin metodologisia valintoja on tehtävä etukäteen kuten esimerkiksi mitä verkoston kuvausmetodia käytetään, kerätäänkö tietoa kaikilta verkoston jäseniltä vai vain muutamilta ja mitä tietoja kerätään (van Groenou & van Tilburg 1996). Näillä valinnoilla vaikutetaan muun muassa verkoston jäsenten lukumäärään ja verkoston laajuuteen.

Van der Poel (1993) on tutkinut sosiaalisten verkostojen teoriakäsitysten ja mittaustapojen yhteyksiä ja hän esittää neljä *verkostojen mittaustapaa*: 1) *vuorovaikutukseen* perustuva lähestymistapa, 2) *rooleihin* perustuva lähestymistapa, 3) *mieltymyksiin* perustuva lähestymistapa, 4) *vaihtoon* perustuva lähestymistapa. Näiden lisäksi van Groenou ja van Tilburg

(1996) esittävät *tärkeysjärjestykseen* pohjautuvan lähestymistavan. Menetelmät ovat käsitteellisesti hyvin erilaisia ja kartoittavat verkostoa eri puolilta.

Edellisten lisäksi sosiaalista verkostoa on tutkittu myös ns. *egosentrisellä* lähestymistavalla, jossa vastaaja itse nimeää henkilöt, joiden kanssa hän on tekemisissä ja ketkä ovat hänelle tärkeimpiä jäseniä hänen verkostossaan. Egosentrisessä tutkimustavassa saadaan sekä kvalitatiivista että kvantitatiivista tietoa. Tutkimustavasta johtuen otos jää pieneksi. (Litwin 1996a.) Egosentrisen verkoston rakenteita ja sisältöä on usein käytetty kuvaamaan vanhemman väestön verkstorakenteita (van Groneu & van Tilburg 1996).

Van Groenoun ja van Tilburgin (1996) mukaan *iäkkäiden verkostotutkimuksessa* voidaan selvittää a) verkoston sisältöä esimerkiksi sosiaalisen tuen ja elämäntyytyväisyyden välistä suhdetta tai b) rakenteellisia ominaisuuksia kuten kokoa (lukumäärää), laajuutta (etäisyyttä) ja kiinteyttä. Sosiaalisen verkoston laajuutta on kuvattu muun muassa *etäisyys-läheisyys näkökulmasta* käsin. Tähän näkökulmaan perustuen Kumpusalo (1988) käyttää jakoa primaaritasoon (perhe ja lähisukulaiset), sekundaaritasoon (ystävät ja naapurit) ja tertiaaritasoon (viranomaiset ja kylän ulkopuoliset). Jaottelun muotoili alunperin Cassell tehdessään sosiaalisen tuen tutkimusta 1970-luvulla.

Sosiaalista verkostoa on myös *kuvattu* samankeskisten ympyröiden avulla (Biegel ym. 1984, Klefbeck ym. 1988, Gothoni 1990, Naapila 1992) sekä pisteiden ja niitä yhdistävien viivojen tai nuolien avulla (Antonucci 1985, Seikkula 1994). Maantieteellistä verkostokarttaa voidaan hyödyntää erityisesti vammaisten ja vanhusten auttamistyössä, jossa on olennaisen tärkeää läheisiksi koettujen henkilöiden asumisetäisyydet (Ikonen-Nylund & Peterson 1991).

Tutkimuksen *rajaus* on erityisen tärkeä verkostotutkimuksissa. Rajausongelman vaikutuksista verkoston rakenteeseen on olemassa vain muutamia systemaattisia tutkimuksia. (Pattison 1993.)

Tutkimukseni kannalta merkityksellisiä tutkimustapavaihtoehtoja ovat aikaisemmin tehdyn empiirisen tutkimuksen tutkimusaineiston käyttö ja siitä saadun, sosiaalista verkostoa koskevan tiedon tutkiminen etäisyys-läheisyys näkökulmasta käsin.

#### 4 IÄKKÄIDEN SOSIAALISIIN VERKOSTOIHIN LIITTYVIÄ TEKIJÖITÄ

Iäkkäiden sosiaalisten verkostojen tutkimusalue on laaja. Tarkastelen aluksi sosiaalista lähiverkostoa käsitteleviä tutkimustuloksia ja etenen sitten harrastus- ja palveluverkoston tarkasteluun. Lopuksi esitän muutamia iäkkäiden sosiaalisten verkostojen suuruuteen liittyviä tutkimustuloksia.

##### 4. 1 Sosiaalinen lähiverkosto

Sosiaalisen verkoston lähin osa-alue muodostuu samassa taloudessa asuvista henkilöistä. Vuonna 1991 vanhuskotitalouksiin kuului Suomessa keskimäärin 1,2 henkeä (Raassina 1994). *Puolison* kanssa asui 60 vuotta täyttäneistä 49 prosenttia ja 10 prosenttia asui useamman kuin yhden henkilön kanssa. Yksin asuminen lisääntyy iän myötä ja naisilla se on yleisempää kuin miehillä. Yli 75-vuotiaista naisista kaksi kolmesta asui yksin. (Melkas & Jylhä 1996.) Samanikäisistä miehistä vain yksi neljäsosa asui yksin. Helsingissä yksin asuminen on yleisempää kuin muualla Suomessa (Gothoni 1990). Maaseudulla iäkkäistä miehistä 20 prosenttia asuu yksin ja kaupungeissa 60 prosenttia iäkkäistä naisista asuu yksin (Melkas & Jylhä 1996). Ruotsissa vuonna 1994 yli 80-vuotiaista 59 prosenttia asui yksin (Anderson & Sundström 1996).

*Siviilisäätö* on merkittävä iäkkäiden elinolosuhteiden kuvaaja ja siviilisäätö vaikuttaa myös eniten asuinkumppanin olemassaoloon. Sukupuolesta riippumatta naimisissa olevilla

on yleensä kooltaan suurimmat sosiaaliset verkostot, seuraavaksi suurimmat verkostot on leskillä ja naimattomilla on pienimmät sosiaaliset verkostot. (Melkas & Jylhä 1996.) Andersonin ja Sundströmin (1996) mukaan Ruotsissa naimattomien osuus yli 85-vuotiaiden keskuudessa laski hieman (2 %-4 %) vuosien 1987 ja 1994 välillä. Samanaikaisesti eronneiden määrä on hieman noussut vanhimmissa ikäryhmissä.

Siviilisäätynäytännä näyttäisi olevan yhteydessä *ikään ja sukupuoleen* (Gothoni 1990). Sukupuoli on siviilisäädyn ohella myös yhteydessä verkoston jäsenten lukumäärään. Suomessa miehillä on jonkinverran suuremmat kokonaisverkostot kuin naisilla ja erityisesti 75 vuotta täyttäneillä naisilla verkostot ovat huomattavasti pienemmät kuin muilla ryhmillä. (Melkas & Jylhä 1996). Seemanin ym. tutkimuksessa (1996) miehillä oli suuremmat verkostot, enemmän tapaamisia verkoston jäsenten välillä ja he olivat todennäköisemmin naimisissa kuin naiset. Avioliitolla ja puolison kanssa asumisella on naisilla havaittu negatiivinen vaikutus verkoston kokoon. Miehillä vaikutus sensijaan on positiivinen. (Corin 1982.) Leskeydellä on enemmän vaikutusta miesten sosiaalisen verkoston pienenemiseen kuin naisilla (Wenger 1984). Erilaisista mittaustavoista huolimatta nuoremmilla ikäluokilla on havaittu suuremmat verkostot verrattuna vanhempiin ikäluokkiin (van Groenou & van Tilburg 1996).

Gothonin (1990) mukaan naimisissa olevilla sekä niillä, joilla oli useita lapsia oli laajimmat verkostot. Kahdeksalla iäkkäällä kymmenestä on *lapsia* (Melkas & Jylhä 1996). Gothonin (1990) tutkimuksessa keskimääräinen lasten lukumäärä perhettä kohden vaihteli maaseudun ja kaupungin iäkkäiden välillä. Kaupungissa keskimääräinen lapsiluku oli 1,4 lasta ja maaseudulla 3,9 lasta. Lapsettomien osuus oli suurempi Kalliossa kun taas useampilapsiset perheet olivat yleisempiä Kiteellä. Vuonna 1994 65 vuotta täyttäneistä miehistä 16 prosentilla ei ollut lapsia ja vastaavasti naisista 19 prosentilla ei ollut lapsia (Sailas & Mikkonen 1994). Gothonin (1990) tutkimuksessa käy ilmi myös, että *lastenlasten* lukumäärä on suhteessa lasten lukumäärään.

*Sisarusten* osuus verkostosta vähenee iän myötä, mutta jäljellä olevien kesken yhteenkuuluvuuden tunne voi lisääntyä. Leskillä, naimattomilla sekä lapsettomilla sisarusten merkitys verkostossa on suurempi kuin muilla. Kalliossa sisarusten lapsilla oli suurempi merkitys kuin Kiteellä. (Gothoni 1990.) Cicirellin (1979 ks. Cicirelli 1985) tutkimuksessa 70-79-

vuotiailla oli keskimäärin 2,2 sisarusta elossa ja yli 80-vuotiailla oli vastaavasti 1,1 sisarusta elossa.

Sukulaisverkoston merkitys kasvaa iän ja sairauksien lisääntyessä ja muiden yhteyksien ja valintamahdollisuuksien vähentyessä (Gothoni 1990). Maaseudulla lasten lukumäärä ja sukulaisverkoston koko ovat suuremmat ja kaupungeissa taas on useammilla läheisiä ystäviä kuin maaseudulla (Melkas & Jylhä 1996).

Iäkkäillä suomalaisilla on keskimäärin neljästä viiteen *ystävää*. Kolmella neljästä yli 75-vuotiaasta on yksi hyvä ystävä. Kodin ulkopuolinen uskottu ystävä oli 70 prosentilla. Suurimmalla osalla ystävät asuivat suhteellisen lähellä. Useimmilla iäkkäillä on läheisiä ystäviä, mutta iän myötä sekä läheisten että luotettujen ystävien lukumäärä pienenee ja keskittyy lähinnä sukulaisten pariin. (Sauli ym. 1989, Melkas & Jylhä 1996.) Naisilla läheisten ystävien joukkoon kuuluvat aviopuolison lisäksi lapset sekä kodin ulkopuolisia henkilöitä (Gothoni 1990, van Groenou & van Tilburg 1996). Miehet ilmaisivat läheiseksi ystäväkseen useammin puolisonsa (Peters & Kaiser 1985). Espanjalaisessa tutkimuksessa naisilla oli vähemmän ystäviä kuin miehillä ja mitä läheisemmät perhesuhteet olivat sitä pienempi oli ystävien osuus verkostossa (Beland & Zunzunegui 1996).

*Naapureita* kuuluu usein iäkkäiden verkostoon, mutta työtoverit ovat vanhemmassa ikäryhmässä harvinaisempia (Melkas & Jylhä 1996). Gothonin (1990) tutkimuksessa Kiteellä yhteys naapureihin oli voimakkaampaa kuin Kalliossa. Samansuuntaisia olivat Elinolotutkimuksen (Sauli ym. 1989) tulokset. Pääkaupunkiseudulla tämän tutkimuksen mukaan 30 prosenttia iäkkäistä tapasi naapureitaan kerran tai useammin viikossa ja 43 prosenttia ei tavannut naapureitaan juuri koskaan. Vastaavasti Itä-Suomessa 67 prosenttia iäkkäistä tapasi naapureita viikottain ja 17 prosenttia ei tavannut juuri lainkaan. Gothonin (1990) tutkimuksen mukaan naapureiden merkitys avunannossa on vähäinen. Naapuruussuhteita leimaa enemmän lyhytaikainen sitoutuminen, vaikka vanhemmille henkilöille on ominaista pysyvät ja pitkäaikaiset ihmissuhteet (Peters & Kaiser 1985).

Vanheneminen tuo mukanaan muutoksia verkoston *laajuuteen*. Vanhimman ikäryhmän kohdalla pienenemistä sosiaalisissa verkostoissa tapahtuu kaukaisempien sukulaisten ja ei-

sukulaisten ryhmässä. (van Groenou & van Tilburg 1996.) Muutokset *terveydessä ja toimintakyvyssä* vaikeuttavat sosiaalisten suhteiden ylläpitoa sekä sukulaisiin että ei-sukulaisiin. Erityisesti tämä näkyy yhteydenpidossa ei-sukulaisiin. Toimintakyvyn vaikeudet näkyivät pienempinä sukulais- ja ei-sukulaisverkostoina. Alentunut toimintakyky näkyi siten, että hyvän toimintakyvyn omaavilla oli keskimääräinen läheisten ystävien lukumäärä 5,4, mutta alentuneen toimintakyvyn seurauksena läheisten ystävien lukumäärä laski 4,0: an. (Melkas & Jylhä 1996.) Gothonin (1990) tutkimuksessa laaja ja monipuolinen verkosto näytti olevan yhteydessä terveydentilaan. Terveystilalla oli yhteys ystävien lukumäärään myös espanjalaisessa tutkimuksessa (Beland & Zunzunegui 1996). Maaseudulla asuvilla on useampia jäseniä verkostossaan kuin kaupunkilaisilla ja paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevilla on laajemmat verkostot kuin alemmassa asemassa olevilla (Antonucci 1985).

*Maantieteellinen hajonta* verkostossa osoittaa asuvatko jäsenet samalla paikkakunnalla tai kuinka pitkän matkan päässä he asuvat. Iäkkäiden verkostot ovat yleisesti ottaen paikallisia, vaikkakin lapset ja sukulaiset voivat asua kaukana. Etäisyyden merkitys on tärkeä erityisesti iäkkäälle, joka tarvitsee jokapäiväisissä toiminnoissa apua. (van Groenou & van Tilburg 1996.)

#### 4.2 Harrastaminen

Sosiaalista aktiivisuutta ja osallistumisaktiivisuutta on mitattu muun muassa järjestöihin osallistumisella, opiskelulla ja harrastuksilla. Belandin ja Zunzuneguin (1996) tutkimus osoitti, että sukulaisten lukumäärä sekä ystävät vaikuttivat sosiaaliseen aktiivisuuteen perheen ulkopuolelle. Keski-suomalaisien 75-84-vuotiaiden harrastukset yleensä, ja erityisesti erilaiset kerhot, lisääntyivät eläkkeelle jäämisen jälkeen (Suutama ym. 1988). Tampereella kerhotoimintaan osallistui viidesosa iäkkäistä, miehet hieman vähemmän kuin naiset (Kaukonen & Takkunen 1991). Yli 60-vuotiaista suomalaisista yli puolet (54 %) osallistuu johonkin seuraavista *järjestöistä*: etujärjestöön (28 %), vapaaehtoistyötä tekevään järjestöön (16 %) tai seurakunnan toimintaan (24 %). Miehet osallistuvat naisia useammin etujär-

jestöjen toimintaan ja naiset vastaavasti ovat useammin mukana seurakunnan ja vapaaehtoisjärjestöjen toiminnassa. Etujärjestöjen toimintaan osallistuvat useammin vain peruskoulutuksen saaneet ja enemmän koulutusta saaneet osallistuvat useammin seurakunnan ja vapaaehtoisjärjestöjen toimintaan. (Vaarama ym. 1999.) Espanjalaisessa tutkimuksessa terveydentilan lasku vaikutti muihin harrastustoimintoihin, muttei kirkossa käyntiin. Kirkossa käyntiin oli yhteydessä vain kognitiiviset vaikeudet ja toimintakykyvaikeudet (IADL). (Beland & Zunzunegui 1996.)

Ikivihreät-projektin *liikuntaharrastusta* koskevassa tutkimuksessa todettiin liikunnan harrastuksen vähenevän kahdeksan vuoden seuranta-aikana. Ohjattuun liikuntaa osallistuminen säilyi naisilla kuitenkin ennallaan ja miehillä se lisääntyi. (Hirvensalo & Lampinen 1999.)

Kymmenesosa yli 60-vuotiaista suomalaisista *opiskelee*. Naiset opiskelevat miehiä useammin. Opiskelu näyttää vähenevän iän myötä, sillä 70 vuotta täyttäneistä opiskelua harrasti enää vain kolme prosenttia. Korkeasti koulutetut olivat aktiivisempia opiskelussa. Heistä kolmannes opiskeli vapaa-aikanaan. (Vaarama ym. 1999.)

Monipuolinen harrastaminen vanhuudessa edellyttää hyvää terveyttä. Monimuotoisesti aktiivisia iäkkäitä Gothonin (1990) tutkimuksessa oli noin 10 prosenttia ja harrastukset ja aktiivisuus näytti kasautuvan samoille henkilöille. Iäkkäiden jyvaskyläläisten kahdeksan vuoden seuraututkimuksessa ilmeni harrastusten määrällinen väheneminen molemmissa ikäryhmissä (72-82-vuotiaat ja 83-92-vuotiaat). Naisilla harrastusten väheneminen näyttäisi olevan yleisempää kuin miehillä. (Pikkarainen & Heikkinen 1999.)



#### 4.3 Terveys- ja sosiaalipalveluiden käyttö

Iäkkäät ovat merkittävä sosiaali- ja terveystalveluiden käyttäjäryhmä, sillä avun tarve arkipäivän toimintoihin kasvaa iän myötä (Koskinen 1993). Mini-Suomi tutkimuksen (Aromaa ym. 1989) vanhimmassa ikäryhmässä (75-99-vuotiaat) miehet kävivät *lääkärissä* useammin vuoden aikana kuin naiset ja *terveydenhoitajan* palveluita käyttivät naiset useammin kuin miehet. Vuonna 1989 vanhimman ikäryhmän naisista yksi viidesosa kävi vuoden aikana lääkärin vastaanotolla vähintään kuusi kertaa ja käyntien keskiarvo oli 4,7. Terveystalveluiden kotikäyntejä oli eniten 80-89-vuotiailla naisilla vuonna 1989 (Koskinen 1993). Vanhimmassa ikäluokassa (75-99-vuotiaat) *sairaalapäivät* kaksinkertaistuivat ja miehet kävivät useammin *hammaslääkärissä* kuin naiset (Aromaa ym. 1989).

75- ja 80-vuotiaat jyvaskyläläiset naiset käyttivät *laitoshoidtoa* vuosina 1990-1994 useammin kuin miehet ja ikääntymisen myötä käyttö lisääntyi. Yksin asumisella ei ollut tilastollista merkitystä laitoshoidon käyttöön. Pitkäikäishoittoon vanhainkodissa oli yhteydessä vähäinen koulutus, yksinäisyyden kokeminen, lasten sekä sisarusten ja sukulaisten tuen puute. Naisilla sisarusten ja sukulaisten antama tuki vähensi laitoshoidon käyttöä. (Sydänmaa 1999.)

Tampereella *kotitalvelua* käytti 30-96 prosenttia tutkituista ikäryhmästä riippuen. Eniten apua saivat yli 85-vuotiaat sekä naiset. Tukitalveluiden (jalkahoito, saattohoito ja palvelukeskus) käyttö kasaantui yli 75- vuotiaille yksin asuville naisille. Ikäryhmästä riippuen sosiaalityöntekijän palveluita tarvitsi 4-7 prosenttia iäkkäistä. (Kaukonen & Takkunen 1991.)

*Omaisten apua* käyttivät eniten ne, jotka saivat myös kunnallista apua. Erityisesti tällaisia ryhmiä olivat yli 75-vuotiaat, pienituloiset, työväestöön tai ”muut” ammattiryhmään kuuluvat, vähän koulutetut sekä maaseudun iäkkäät. (Hakanen 1991.) Gourashin (1978) mukaan yli puolet henkilöistä, jotka käyttivät julkisia terveydenhuoltopalveluita, etsi ensin apua sosiaaliselta verkostoltaan. Edwardson ym. (1995) osoittivat, että ne, jotka kysyivät neuvoa perheeltään ja ystäviltaan kääntyivät myös useammin ammattilaisten puoleen. Sosiaalinen verkosto toimii merkittävänä apuvoimana ennen terveydenhoitoverkostoa. Erityisesti monet

naiset tarvitsevat ensin keskusteluja jonkun kanssa ennen kuin etsivät apua ammattilaisilta, miehillä vastaavaa ei ole todettu.

*Seurakuntien, vapaaehtoisjärjestöjen sekä yksityisten hoitajien* antama apu ikääntyneille on vielä harvinaista (Vaarama ym. 1999). Järjestöjen osallistumista iäkkäiden kuntouttavaan hoitoon pidettäisiin kuitenkin tärkeänä (Hakanen 1991). Tampereella järjestöjen ystäväpalvelua käytettiin 0-13 prosenttia (keskimäärin 2 %) ikäryhmästä riippuen (Kaukonen & Takkunen 1991).

Yli 80-vuotiaista kotona asuvista 70 prosenttia sai ulkopuolista apua, kun vastaavasti alle 80-vuotiaista apua käytti vain 29 prosenttia. Keskimäärin useammin apua saivat ne, jotka arvioivat terveydentilansa huonoksi tai joilla oli alhainen toimintakyky. Pitkäaikainen sairaus tai vamma sensijaan ei lisännyt kotipalvelun käyttöä. Naiset (36 %) käyttivät palveluita miehiä (26 %) useammin ja korkeasti koulutetut käyttivät palveluita harvemmin kuin alemman koulutuksen saaneet. Miehiä useammin naiset saivat apua lapsiltaan ja miehet vaimoiltaan. Iän lisääntyessä puolison antama apu vähenee ja lasten sekä kunnallisen tahon antama apu lisääntyy. Muihin koulutusryhmiin verrattuna korkeasti koulutetut saavat vähemmän apua muilta tahoilta paitsi omaisilta. Heidän keskuudessaan yksityisten hoitajien käyttö oli myös yleisempää. (Vaarama ym. 1999.) Julkisista palveluista olivat erityisesti riippuvaisia yksin asuvat ja kaupunkilaiset sekä naiset vähän enemmän kuin miehet (Hakanen 1991). Litwinin (1997) tutkimuksessa Israelissa korkeasti koulutetut käyttivät palveluita useammin kuin vähemmän koulutusta saaneet.

Palveluiden käyttöä 1990-luvulla 60 vuotta täyttäneiden ja sitä vanhempien keskuudessa kuvaa Melkaksen ja Jylhän (1996) tutkimus, jossa ei ollut mukana laitoshoidossa olevia iäkkäitä. Hyvän *toimintakyvyn* omaavista 18-25 prosenttia ei tarvinnut mitään apua. Epävirallista apua heistä sai kolme neljäs osaa (73 %). Toimintakyvyn alenemisen seurauksena tarvitsi 78 prosenttia epävirallista apua. Yhdistettyä julkista ja epävirallista apua sai 36 prosenttia vajaakuntoisista. Yksityisiltä markkinoilta apua sai 10 prosenttia. Toimintakyvyn vajauksesta kärsivistä 3 prosenttia oli ilman minkäänlaista apua ja 3 prosenttia oli pelkääntään julkisen avun varassa.

*Palvelurakenteen muutos* 1990-luvulla on vaikuttanut palveluiden käyttöön ja tarjontaan. Julkisia palveluita on pyritty kohdentamaan entistä enemmän vanhimille sekä niitä eniten tarvitseville ikäihmisille. Tämä on vähentänyt kotiavun määrää nuoremmilta ikäihmisiltä ja lisännyt puolison sekä naapurien ja ystävien avun käyttöä vuosien 1994 ja 1998 välisenä seuranta-aikana. (Vaarama ym. 1999.) Kodinhoitoapua saavien vanhuskotitalouksien osuus on vähentynyt 1990-luvulla 30 prosentista 15 prosenttiin (Uusitalo ym. 2000).

Auslander ja Litwin (1990) vertasivat Jerusalemissa tehdyssä tutkimuksessaan *sosiaalisen verkoston rakennetta ja palveluiden käyttöä*. Niillä, jotka käyttivät palveluita suhteessa niihin, jotka eivät käytäneet palveluita, havaittiin merkittävästi pienemmät verkostot sekä vähemmän välittämistä osoittavaa tukea, vaikka ikä, koulutus ja fyysinen toimintakyky oli kontrolloitu.

Sosiaalisen verkoston *rakenteen ja toiminnan sekä terveyden* välisiä yhteyksiä käsittävissä tutkimuksissa on esitetty erilaisia tuloksia. Nelson (1993) havaitsi tutkimuksessaan sosiaalisella tuella terveydenhoitopalveluiden käyttöä lisäävän vaikutuksen. Schmitz ym. (1997) vastaavasti havaitsivat, että tiheämmät verkostot vähensivät lääkäriissä käyntejä ja ne, jotka saivat konkreettista apua verkostoltaan käyttivät enemmän lääkäripalveluita. Mitä parempi sosiaalinen tuki sitä enemmän käytetään terveystalvveluita. Rennemarkin (1999) mielestä itsearvioidun terveyden ja sosiaalisen verkoston välinen yhteys iäkkäillä näkyy siten, että lähiverkoston sosiaalisen tuen puute aiheuttaa huolestuneisuutta terveydestä ja tämä lisää oireilua. Rennemarkin (1999) tutkimuksessa subjektiivinen terveys ja terveydenhoitopalveluiden käyttö korreloivat miesten ja naisten sosiaalisten verkostojen piirteiden kanssa. Naisilla sosiaalisen verkoston luonne oli yhteydessä koetun terveyden kanssa. Mitä paremmaksi terveys koettiin sitä tyytyväisempiä he olivat verkostoonsa. Tätä voidaan pitää ns. puskurieffektinä stressiä vastaan. Naisilla lisääntyi terveyden huonoksi kokeminen vanhetessa. Miehillä ei vastaavaa ilmennyt. Rennemark (1999) arvioi naisten runsaamman oireiden ilmaisuuden suhteessa miehiin johtuvan mahdollisesti naisten herkemmistä ruumiillisista tuntemuksista tai paremmasta ilmaisukyvyistä. Itsearvioidulla terveydellä on osoitettu olevan yhteyttä myös objektiivisiin terveystalvveluksiin ja lääkäriiläkäynteihin (Kivinen ym.1998) sekä eloonjäämis- ja terveystalvvelusteisiin (Kaplan & Camacho 1983) .

Wenger (1991) havaitsi tutkimuksessaan *verkostotyyppin* ennustavan palveluiden käyttöä sekä epävirallisen tuen saatavuutta. Melkaksen ja Jylhän (1996) tutkimuksessa eri verkostotyyppit saivat eri tavalla apua viralliselta ja epäviralliselta verkostolta. Kaikissa verkostotyypeissä saatiin eniten apua epäviralliselta verkostolta. ”Runsas” verkostotyyppi sai apua eniten ja ”niukka” vähiten. ”Niukasta” verkostotyyppistä 4 prosenttia jää vaille käytännöllistä apua.

#### 4.4 Sosiaalisen verkoston koko

Vaikka metodologia ja tutkimustulosten keräilytavat vaihtelevat, esittää Litwin (1996b) joitain yhteneviä piirteitä iäkkäiden verkoston rakenteesta eri maiden välillä. Tutkimukset osoittavat, että iäkkäiden sosiaalisiin verkostoihin kuuluu yleisesti suhteellisen vähän henkilöitä. Britanniassa ja Israelissa keskimääräinen verkoston koko on 5-7 henkilöä. Saksassa vastaavasti verkoston koko on hieman suurempi, 9-12 henkilöä. Suomessa iäkkäillä verkoston koko on keskimäärin 8 henkilöä. Kanadassa taas 60 prosenttia iäkkäiden verkostoista ovat kooltaan 4-10 henkilöä. Espanjan ja Ranskan iäkkäiden keskimääräiset verkostojen koot ovat suuremmat, 18-22 henkilöä, joista useimmat ovat perheen jäseniä. Espanjan ja Ranskan suuremmat verkostot selittyvät osin egosentrisestä tutkimustavasta.

Wengerin (1984, 1991, 1996) tutkimuksessa Walessissa iäkkäiden henkilöiden (yli 65-vuotiaiden) *tukiverkosto* oli kooltaan 2-18 henkilöä. Kokonaisjakauma oli seuraava: pienin verkosto alle 5 henkilöä (25 %: lla), keskikokoinen 5-7 henkilöä (43 %: lla) ja suurin verkosto 8 henkilöä tai enemmän (32 %: lla). Iäkkäiden tukiverkostot muodostuvat pääosin elämän varhaisemmissa vaiheissa. Tukiverkostoon vaikuttavat olennaisesti avioliitot, lasten lukumäärä, eroamiset, ystävyysuhteet sekä harrastukset. Näiden lisäksi liikkumiskyky on tärkeä aktiivisten lähisuhteiden ylläpitämiseksi (Gothoni 1990). Neljän vuoden seuraututkimuksessa verkostojen koko pysyi lähes ennallaan ja menetykset korvattiin toisilla henkilöillä (Wenger 1996).

Melkaksen ja Jylhän tutkimuksessa (1996) *sukulaisverkoston* keskimääräinen koko oli 6,3 henkilöä. Yhdellä kolmasosalla oli sukulaisverkostossa 4 henkilöä tai vähemmän, yhdellä kolmasosalla 5-7 henkilöä ja yhdellä kolmasosalla 8 tai useampia henkilöitä. Naisilla (6,0) sukulaisverkostot olivat pienempiä kuin miehillä (6,6) ja vanhimmalla ikäryhmällä hieman pienemmät kuin nuoremmalla ikäryhmällä. 75-vuotiailla tai sitä vanhemmilla naisilla oli keskimäärin 4,9 henkilöä sukulaisverkostossa ja puolet tästä naisten ryhmästä kuului pienimpien sukulaisverkostojen ryhmään. Ystävien, naapureiden ja työtoverien lisääminen sukulaisverkostoon vaikuttaa sen, että kokonaisverkoston indikaattori on 8,1.

*Sosiaalisen luokan* mukaan katsottuna verkoston koko oli pienin virkamiehillä ja suurin maanviljelijöillä. Merkittävin tekijä verkoston kokoon oli lasten lukumäärä. Virkamiehillä keskimääräinen lapsiluku oli 2,1, työväestöllä 2,3 ja maanviljelijöillä 3,1. (Melkas & Jylhä 1996.)

Turussa teemahaastattelun pohjalta (20 henkilöä) kotona asuvien *huonokuntoisten* iäkkäiden sosiaalista verkostoa ja -tukea tutkinut Lempinen (1995) totesi tutkittavien verkostojen koon vaihtelevan 12: sta 52: een henkilöön. Pienemmät alle 20 hengen verkostot kuuluivat kaikki naisille. Suurimmat yli 30 hengen verkostot kuuluivat yksinasuville naisille ja miehille sekä naimisissa oleville miehille.

Sosiaalisia suhteita ja fyysistä *toimintakykyä* mittaavissa tutkimuksissa on paljolti keskitytty sosiaalisen verkoston rakenteellisten piirteiden positiivisiin ja suojaaviin vaikutuksiin (esim. siviilisäätö ja verkoston koko) (Seeman ym. 1996). Seemanin ym. (1996) tutkimuksessa sosiaalisella rakenteella ja sosiaalisella tuella ei ilmennyt yhteyttä iäkkäiden toimintakykyyn. Kaplan & Camacho (1983) havaitsivat, että verkoston koko ja sosiaalinen sitoutuneisuus oli suojaava suhteessa fyysiseen toimintakykyyn. Unger ym. (1999) kuvaavat tutkimukseensa sukupuolen ja sosiaalisten siteiden lukumäärän vuorovaikutusta seuraavasti. Sosiaalisten siteiden lukumäärän suojaavalla vaikutuksella toimintakyvyn laskuun oli vahvempi vaikutus miehille kuin naisille. Vaikka molemmat hyötyivät tästä vaikutuksesta miehille sen suojaava vaikutus oli merkittävämpi. Miehillä, joilla oli eniten verkostossa jäseniä oli vähiten toimintakyvyn laskua ja vastaavassa tilanteessa olevilla naisilla toimintakyky oli huonompi.

Sosiaalisilla siteillä näyttäisi olevan merkittävin vaikutus iäkkäille, joiden toimintakyky on rajoittunein.

Verkoston *homogeenisuuteen* vaikuttavat myöhemmällä iällä kumppanien menetykset ja naisten pitempi elinikä (van Groenou & van Tilburg 1996). Läheiset ystävätkin ovat usein samanikäisiä ja tarvitsevat sosiaalista tukea ja hoitoa (Gothoni 1990).

Suuret verkostot voivat olla *kiinteydeltään* löysempiä kuin pienet verkostot. Kiinteä verkosto voi olla hyvä menetyksen tapahtuessa, mutta se voi olla myös liian rajoittava. (van Groenou & van Tilburg 1996.) Granovetter (1973, 1982) on väittänyt, että kiinteydeltään heikommat suhteet voivat liittää henkilön laajempiin sosiaalisiin verkostoihin kuin kiinteydeltään vahvemmat suhteet. Pienempiä kiinteitä verkostoja esiintyy enemmän vähemmän koulutusta saaneen vanhemman väestön keskuudessa (van Groenou & van Tilburg 1996).

*Roolien moninaisuus* on myös yksi verkoston ominaisuus. Verkosto, jossa on paljon päällekkäisyyttä rooleissa, on myös usein pieni ja kiinteäsidoksinen. (van Groenou & van Tilburg 1996.)

Vuonna 1994 Suomessa asui yksin 41 prosenttia 60 vuotta täyttäneistä ja heistä yli puolet koki jonkinasteista *yksinäisyyttä* (Melkas & Jylhä 1996). Yli 80-vuotiaista 45 prosenttia koki vähintäänkin joskus yksinäisyyttä (Vaarama ym. 1999). Yksinäisyyden kokeminen on yleisempää vanhimmassa ikäryhmässä sekä naisten keskuudessa. Yksinäiseksi itsensä kokevilta puuttuu usein luotettava ystävä ja he näyttäisivät elävän eristyneempää elämää kuin muut. Toimintakyvyn heikkeneminen lisää myös yksinäisyyden kokemista. (Melkas & Jylhä 1996.) Lisäksi yksinäisyyden tunnetta kokevat useammin henkilöt, joilla on runsaasti vapaa-aikaa ja jotka ovat tyytymättömiä elämäänsä, heille on myös tunnusomaista huono terveydentila ja vähäiset sosiaaliset kontaktit. (Vaarama ym. 1999.)

Sosiaalisen tuen tarpeen lisääntyessä herkimmin haavoittuvia sosiaalisen verkoston ryhmiä ovat yksinasuvat naiset, joilla on pieni sosiaalinen verkosto sekä avioparit, joiden elämäntapa on eristäytynyt (Stone & Rosenthal 1996). Lesket, lapsettomat, alemmassa sosioekonomisessa

misessa asemassa olevat, vanhemmat ikäryhmät ja raihnaisemmat ovat vaarassa jäädä vaille tarvitsemaansa sosiaalista tukea (Litwin 1996b).

## 5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoitus oli kuvailla iäkkäiden jyvaskyläisten sosiaalisia verkostoja. Tarkastelin sosiaalisia verkostoja lähi-, harrastus- ja palveluverkoston näkökulmasta, keskittyen lähinnä verkostotasojen kiinnittymistiheyksien ja siihen yhteydessä olevien tekijöiden tarkasteluun. Lisäksi tutkin verkostotasojen keskinäisiä riippuvuussuhteita.

### Tutkimusongelmat

1. Millainen on 72-82- ja 83-92-vuotiaiden jyvaskyläisten kiinnittyminen lähi-, harrastus- ja palveluverkostoon?
2. Ovatko verkostotasot yhteydessä keskenään?
3. Ovatko sukupuoli, siviilisäätö, asuminen, talous, koulutus, terveys ja toimintakyky yhteydessä sosiaalisten verkostojen kiinnittymistiheyteen?

## 6 TUTKIMUSAINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT

### 6.1 Tutkimusaineisto

Tutkimusaineistona on Ikivihreät-projektin seuruututkimus vuodelta 1996. Tutkimuksen perusjoukko muodostuu kahdesta ikäryhmästä, 72-82- ja 83-92-vuotiaista jyvaskyläläisistä henkilöistä, joille tehtiin ensimmäinen haastattelututkimus vuonna 1988. Tällöin valittiin satunnaisesti 800 henkilöä molempiin ikäryhmiin. Vuonna 1996 pyrittiin tutkimaan uudelleen 8 vuotta aikaisemmin tutkimukseen osallistuneet henkilöt. Heitä oli elossa ja asui Jyväskylässä 760 henkilöä. Tästä vuoden 1996 tutkimusjoukosta 86 henkilöä kieltäytyi haastattelusta, neljää henkilöä ei tavoitettu ja seitsemän henkilöä kuoli ennen haastattelua. Haastatteluun osallistui 663 henkilöä (212 miestä ja 451 naista). Haastatteluprosentti oli 88 % (Taulukko 1). Tutkittavien kototiedot käyvät ilmi taulukosta 2. (Kauppinen & Tyrkkö 1999.)

TAULUKKO 1. 72-82- ja 83-93-vuotiaiden miesten ja naisten frekvenssi- ja prosenttijakaumat.

	72-82-vuotiaat		83-92-vuotiaat	
	(n)	%	(n)	%
Miehet	(146)	35,6 %	(66)	26,1 %
Naiset	(264)	64,4 %	(187)	73,9 %
Yhteensä	( 410)	100,0 %	(253)	100,0 %

Vanhempi ikäryhmä on huomattavasti pienempi kuin nuorempi ikäryhmä ja erityisesti vanhempien miesten osuus on pieni suhteessa naisten osuuteen. Sukupuolten väliset vertailut onkin senvuoksi tehty ikäryhmittäin.



TAULUKKO 2. Vuonna 1996 tavoittamatta jääneiden ja haastateltavissa olleiden 72-82- ja 83-92-vuotiaiden miesten ja naisten frekvenssijakaumat.

	<u>72-82-vuotiaat</u>		<u>83-92-vuotiaat</u>		Kaikki
	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	
Vuonna 1996 tutkittavat	166	309	70	215	760
Kato	20	45	4	28	97
Kuollut ennen haastattelua	1	2	1	3	7
Ei tavoitettu	0	2	1	1	4
Kieltäytynyt	19	41	2	24	86
-Katotiedot	12	30	0	19	61
Vuonna 1996 haastateltavissa olleet	146	264	66	187	663
Haastateltu	140	255	60	157	612
Haastattelu keskeytynyt	1	4	2	7	14
Sijaishaastateltu	5	5	4	23	37
Haastattelu % <sup>1)</sup>	88,5%	86,0%	95,7 %	88,2 %	88,0 %

<sup>1)</sup> Haastatteluprosentti on haastateltujen lukumäärä siitä joukosta, joka jäi jäljelle kun 18.3.1996 tavoitettavissa olleista vähennettiin tutkimuksen aikana ennen haastattelua kuolleet. (Kauppinen & Tyrkkö 1999).

## 6.2 Tutkimusmenetelmät

Tiedonkeruu tapahtui ensisijaisesti henkilökohtaisten haastattelujen avulla. Haastattelijoina toimivat tehtävään koulutetut henkilöt (n=31), jotka olivat pääasiassa Jyväskylän yliopistossa opiskelevia naisia. Suurin osa haastatteluista (88 %) tapahtui haastateltavien kotona. Loput haastattelut tapahtuivat palvelutalossa (2 %), vanhainkodissa (5 %), sairaalassa (2 %) ja muualla (1 %) sekä puhelimitse (2 %). Keskimääräinen haastattelun kestoaika oli kolme tuntia. Sijaishaastateltavia käytettiin, jos haastateltava oli kyvytön itse vastaamaan kysymyksiin. (Kauppinen & Tyrkkö 1999.)

Strukturoidut haastattelukysymykset (345 kysymystä) käsittelivät laajasti ikäihmisten elinolosuhteita, perheenjäsenten, sukulaisten ja ystävien sekä naapurien keskinäisiä suhteita, terveyteen, toimintakykyyn, sosiaali- ja terveystalouden käyttöön sekä harrastuksiin liittyviä asioita. Tutkimuksen kysymyksiä ei ole tehty nimenomaan verkostotutkimusta ajatellen, mutta ne

antavat kuitenkin tietoa iäkkäiden sukulais- ja ystäväverkostosta sekä harrastuksista ja sosiaali- ja terveystalveluiden käytöstä.

Haastattelututkimuksen kysymyksistä valitsin tutkimukseen mukaan kysymyksiä, joiden katsoin liittyvän sosiaalisen verkoston tutkimusalueeseen. (Liite 2) Läheisyys-etäisyys periaatteen mukaan valitsin kysymyksistä muuttajat kolmeen verkostotasoon. *Ensimmäisen tason eli lähiverkoston* muodostin lähipiiriin ihmiskontakteja kartoittavista muuttujista: puoliso, lapset, lastenlapset, lastenlastenlapset, veljet, siskot, läheiset ystävät, tuttavat ja naapurit. *Toisen tason eli harrastusverkoston* muuttajat valitsin harrastustoimintaa kartoittavista kysymyksistä. Harrastuksista valitsin mukaan vain sellaisia, joissa mitä todennäköisimmin ollaan tekemisissä toisten henkilöiden kanssa. Tällaisiksi katsoin järjestötoimintaan ja seurakunnan toimintaan osallistumisen, opiskelun ikääntyvien yliopistossa sekä kansalais- tai työväenopistossa, ohjattuun liikuntaan osallistumisen sekä matkustelun ulkomailla ja kotimaassa. *Kolmannen tason eli palvelutason* muodostin terveys- ja sosialipalveluiden käyttöä kartoittavista muuttujista. Mukaan valitsin käynnit lääkärissä, neuvolassa, fysioterapiassa, psykologilla, puheterapeutilla, hammashoidossa ja mielenterveyspalveluiden käytön. Näiden lisäksi valitsin diakonissan, kotisairaanhoidajan ja lääkärin kotikäynnit, vapaaehtoistyöntekijän, ystäväpalvelun, kodinhoitoavun ja päiväkeskuspalveluiden käytön ja käynnit vanhainkodin päiväosastolla ja vanhainkodissa sekä sairaalassa.

Verkostotasojen kiinnittymistiheyteen yhteydessä olevien tekijöiden kartoittamiseksi valitsin taustamuuttujiksi aikaisempien tutkimusten perusteella sukupuolen, siviilisäädyn, pääasiallisen asumismuodon, koulutuksen, koetun taloudellisen tilanteen, koetun toimintakyvyn, koetun terveyden, pitkäaikaisen sairauden tai vamman olemassaolon ja harrastamista rajoittavat terveysongelmat.

Valisemistani diskreeteistä muuttujista laskin SPSS (Statistical package for social science) version 7,5 avulla frekvenssi- ja prosenttijakaumat. Ristiintaulukointia varten suoritin tarpeelliset muuttujien uudelleenluokitukset. Lähi-, harrastus- ja palveluverkostotasojen muuttujien yhteenlaskua varten dikotomisoitin kaikki verkostotasojen muuttujat. Muuttuja sai arvon 0, jos kyseiseen muuttujaan ei ollut kiinnittymistä ja arvon 1 jos muuttujaan oli kiinnittyminen. Kiinnittyminen ilmaisee hieman eri vivahteita eri verkostotasoilla. Lähiver-

kostossa kiinnittymisellä tarkoitan vain kyseisen henkilön ( yksi tai useampi ) olemassa-oloa verkostossa. Harrastustasolla kiinnittyminen kuvaa osallistumisesta kyseiseen toimintaan ja palveluverkostossa mitataan palveluiden käyttöä. Verkostotasojen dikotomisoiduista muuttujista laskin summamuuttujat. Summamuuttujia uudelleen luokittelemalla muodostin uudet kolmiluokkaiset: harvat, keskimääräiset ja tiheät verkostotasot. Uudelleen luokittelussa seurasin frekvenssi- ja prosenttijakaumaa ja muodostin luokitukset siten, että ne olisivat suhteellisen tasaisia. Verkostotasojen kiinnittymistiheys ilmaisee tässä yhteydessä verkostojen laajuutta.

Ristiintaulukoimalla tarkastelin taustatekijöiden yhteyksiä kolmiluokkaisten lähi-, harrastus- ja palveluverkostojen kiinnittymistiheyteen ja tilastolliset testaukset suoritin  $X^2$ -riippumattomuustestillä. Taustatekijöiden samanaikaisien yhteyksien kartoittamiseksi jatkoin tarkastelua vielä logistisen regressioanalyysin avulla. Sitä varten dikotomisoin kolmiluokkaiset lähi-, harrastus- ja palveluverkostojen summamuuttujat siten, että harvat verkostot = 0 ja keskimääräiset ja tiheät = 1. Tilastolliset testaukset suoritin mallin yhteensopivuutta testaavalla  $X^2$ -testillä.

Verkostotasojen keskinäisiä yhteyksiä tarkastelin ristiintaulukoimalla uudelleenluokiteltujen kolmiluokkaisten lähi-, harrastus- ja palveluverkoston summamuuttujia keskenään. Tilastolliset testaukset suoritin  $X^2$ -riippumattomuustestillä.

## 7 TULOKSET

### 7.1 Tutkittavien sosioekonominen tausta ja terveydentila

Aikaisempien tutkimusten perusteella valittuja taustatekijöitä (sukupuoli, siviilisääty, koulutus, pääasiallinen asuminen, koettu talous, koettu terveys ja toimintakyky, harrastuksia rajoittavat terveysongelmat ja pitkäaikainen sairaus tai vamma) tarkastelin ristiintaulukoimalla niitä ikäryhmittäin ja jos ikäryhmätarkastelussa ei ollut havaittavissa tilastollisesti merkitseviä sukupuolieroja tarkastelin naisten ja miesten ikäryhmäjakaumia. Taustatekijöiden frekvenssi- ja prosenttijakaumat iän ja sukupuolen suhteen ilmenevät liitteestä 1/Liitetaulukko 1.

Siviilisäädyn osalta miesten ja naisten jakaumat poikkesivat toisistaan tilastollisesti erittäin merkitsevällä tasolla ( $p < .001$ ). Miehet olivat useammin naimisissa kuin naiset ja naisille vastaavasti oli tunnusomaisempaa leskeys ja naimattomuus.

Suurin osa tutkittavista oli kansa-/ ja jatkokoulun käyneitä. Vanhemmassa naisten ryhmässä oli hieman enemmän kansakoulun käymättömiä kuin nuoremmissa naisten ryhmässä ( $p < .05$ ). Taloudellisen tilanteen yli puolet ( $n=352$  56,3 %) tutkittavista koki tyydyttäväksi, melko hyväksi taloudellisen tilanteensa koki joka kolmas ja melko tai erittäin huonoksi taloudellisen tilanteensa koki 7,2 % ( $n=45$ ) tutkituista. Sukupuoli- tai ikäryhmäeroja ei havaittu.

Itsenäisesti yksityisasunnossa tai vanhustentalossa asui kolme neljäsosaa tutkittavista. Vanhemman ikäryhmän naisista puolet asui itsenäisesti ( $n=101$  54 %) ja saman ikäryhmän miehistä lähes kolme neljäsosaa ( $n=49$  74,2 %) asui itsenäisesti ( $p < .012$ ). Itsenäinen asuminen vähenee ikääntymisen myötä. Naisilla vanhemmassa ikäryhmässä ( $p < .001$ ) itsenäisen asumisen väheneminen ilmeni sekä kotipalvelun ja/tai kotisairaanhoidon tarpeen että pienkodin, vanhainkodin tai sairaalan käytön lisääntymisenä. Vanhemman ikäryhmän miehillä havaittiin samat asiat lukuunottamatta kotipalvelun ja/tai kotisairaanhoidon käytön lisäystä ( $p < .003$ ).

Puolet tutkittavista *koki terveytensä* keskinkertaiseksi ja vähän useammin arvioitiin terveys huonommaksi (n=174 27,3 %) kuin hyväksi (n=140 21,9 %). *Harrastamista rajoittavia terveysongelmia* ei ollut lainkaan 38 %:lla (n=241) tutkituista. Jonkin verran tai vähän terveysongelmat rajoittivat harrastamista yhdellä neljäsosalla (n= 70 26,6 %) ja yksi kolmasosa (n=224 35,3 %) koki terveysongelmien rajoittavan harrastamista erittäin paljon tai paljon. Vanhemman ikäryhmän naisilla erittäin paljon tai paljon rajoittavien terveysongelmien olemassaolo oli yleisempää kuin vanhemman ikäryhmän miehillä (p<.021). Samoin oli vanhemmilla naisilla suhteessa nuorempiin naisiin (p<.001). Vanhemman ikäryhmän naisilla yli kolme neljäsosalla ( n=138 79,3 %) oli *häiritsevä pitkäaikainen sairaus tai vamma* ja vastaavasti vanhemman ikäryhmän miehillä pitkäaikainen sairaus tai vamma häiritseviin kahteen kolmasosaan (n=42 64,6 %) (p<.046). Vanhemmilla naisilla suhteessa nuorempiin naisiin pitkäaikaisen sairauden tai vamman häiritsevyys oli yleisempää (p<.001).

*Koetun toimintakyvyn* erittäin hyväksi tai hyväksi ( n=151 23,6 % ) sekä erittäin huonoksi tai huonoksi (n=145 22,7 %) arvioiden jakaumat olivat lähes yhtäsuuret. Naisten ja miesten ryhmiä erikseen tarkasteltaessa ilmeni, että sekä vanhemmat naiset (p<.001) että vanhemmat miehet (p<.019) arvioivat toimintakykynsä erittäin huonoksi tai huonoksi useammin kuin sukupuolensa nuoremmat edustajat.

*Yksinäiseksi* itseään ei kokenut lainkaan reilusti yli puolet tutkittavista (n=408 65 %). Aika tai hyvin yksinäiseksi itsensä koki 14,5 % (n=90) tutkittavista ja joka viides koki yksinäisyyttä silloin tällöin. Vanhemmat miehet kokivat yksinäisyyttä useammin kuin nuoret miehet (p<.018).

## 7.2 Sosiaalisen verkoston tasot

72-82 ja 83-92-vuotiaiden jyvaskyläläisten lähi-, harrastus- ja palveluverkostoja kartoitin verkostotasojen muuttujien (alkuperäisten tai uudelleen luokiteltujen) frekvenssi- ja prosenttijakaumaa tarkastelemalla. Iän ja sukupuolten välisten erojen tarkastelua varten ristiintaulukoin verkostotasojen muuttujia ikäryhmittäin ja miehiä ja naisia erikseen.

### 7.2.1 Lähiverkosto

Koko tutkimusryhmästä lähes joka kolmannella (  $n=193$  29,2 %) oli *puoliso* elossa. (Taulukko 3). Ikäryhmittäin sukupuolieroja tarkasteltaessa miehillä oli puoliso useammin elossa kuin naisilla ( $p<.001$ ). Nuoremman ikäryhmän miehistä 67,1 %: lla ( $n=98$ ) oli puoliso elossa ja vastaavasti naisista 16,3 %: lla ( $n=43$ ). Vanhempaan ikäryhmään siirryttäessä sukupuolten välillä ero vielä lisääntyi siten, että naisista vain 7,5 %: lla ( $n=14$ ) oli puoliso elossa ja miehistä 57,6 %: lla ( $n=38$ ). Puolison kanssa asui joka neljäs ( $n=180$  27,6 %) ja lasten, lastenlasten tai jonkun muun kanssa asui 13,7 % ( $n=89$ ). Vanhemmilla naisilla oli asuintoverina useammin lapset ( $n=22$  12,3 %  $p<.009$ ) ja ”muut” ( $n=13$  7,3 %  $p<.039$ ) kuin nuoremmilla naisilla.

Keskimääräinen lapsiluku oli 2,2 ja vain yksi *lapsi* oli elossa 17,4 %: lla ( $n=115$ ). Miehillä oli lapsia todennäköisemmin verkostossaan kuin naisilla (nuorempi ikäryhmä  $p<.050$  ja vanhempi ikäryhmä  $p<.033$ ). Lapsettomia oli lähes joka viides tutkituista ja naisilla (nuoremmat naiset  $n=56$  21,2 % ja vanhemmat naiset  $n=46$  24,9 %) lapsettomuus oli yleisempää kuin miehillä (nuoremmat miehet  $n=16$  11 % ja vanhemmat miehet  $n=9$  13,6 %) molemmissa ikäryhmissä. Keskimäärin tutkituilla oli 4 (3,9) lastenlasta ja lähes joka neljännellä ei ollut lainkaan *lastenlapsia*. Suurimmalla osalla ei ollut lastenlastenlapsia .

TAULUKKO 3. Lähiverkoston (alkuperäisten tai uudelleenluokiteltujen) muuttujien frekvenssi- ja prosenttijaumat

Lähiverkostomuuttuja		Yhteensä		n	%				
<i>Puoliso</i>	ei puolisoa	469 (70,8%)	kyllä	193 (29,2%)	662 (100%)				
<i>Lapset</i>	ei lapsia	127 (19,2%)	1 lapsi	115 (17,4%)	2-3lasta	284 (43%)	4-12lasta	135 (20,4)	661 (100%)
<i>Lastenlapset</i>	ei lastenlapsia	158 (24,2%)	1 lastenl.	40 (6,1%)	2-4lastenl.	22 (34,9%)	5-51lastenl.	227 (34,8%)	653 (100%)
<i>Lastenlastenlapset</i>	ei lastenlastenl.	440 (67,9%)	1 lastenlastenl.	42 (6,5%)	2-4lastenlastenl.	124 (19,1%)	5-20lastenlastenl.	42 (6,5%)	648 (100%)
<i>Siskot</i>	ei siskoja	263 (40,7%)	1 sisko	197 (30,5%)	2-3 siskoa	151 (23,4%)	4-7 siskoa	35 (5,4%)	646 (100%)
<i>Veljet</i>	ei veljiä	360 (56,1%)	1 veli	178 (27,7%)	2-3 veljeä	92 (14,3%)	4-5 veljeä	12 (1,9%)	642 (100%)
<i>Läheiset ystävät</i>	ei läh.yst.	149 (24,7%)	1 läh.yst.	71 (11,8%)	2-5 läh.yst.	305 (50,6%)	6-20 läh.yst.	78 (12,9%)	603 (100%)
<i>Tuttavat</i>	ei ketään	109 (17,2)	1-2 tuttavaa	89 (14,0%)	3-5 tuttavaa	155 (24,4%)	6-yli 10 tuttavaa	282 (44,4%)	635 (100%)
<i>Naapurit</i>	ei tekemisissä	49 (7,9%)	juttelee	243 (39,3%)	<sup>1)</sup> vierailee	276 (44,6%)	auttaa tarv.	51 (8,2%)	619 (100%)

<sup>1)</sup>yhdistetty vierailut ja suhteellisen harvoin vierailut.

*Sisarusten* osuus verkostossa vähenee iän myötä. Siskoja ei ollut lainkaan 40,7 %:lla ja yli puolella (56 %) ei ollut veljiä verkostossaan. Yksi *sisko* oli elossa joka kolmannella. Keskimäärin veljiä oli elossa 0,7 ja siskoja 1,1. Miehillä veljet ja naisilla siskot vähenivät ikääntymisen myötä.

Joka neljännellä ei ollut lainkaan *läheistä ystävää* ja vain yksi läheinen ystävä oli joka kymmenennellä. Keskimäärin oli 3 (2,9) läheistä ystävää. Vanhemmilla naisilla ( $p < .001$ ) ja vanhemmilla miehillä ( $p < .001$ ) oli vähemmän läheisiä ystäviä suhteessa nuorempiin. Vanhemmista naisista 35,4 % ( $n=56$ ) ja vanhemmista miehistä lähes puolet (46,4 %  $n=26$ ) oli sellaisia, joilla ei ollut lainkaan läheistä ystävää.

Lähes joka viidennellä (17,2 %) ei ollut yhtään *tuttavaa*. Vanhemmilla naisilla ( $p < .001$ ) ja vanhemmilla miehillä ( $p < .015$ ) tuttavuuksia oli vähemmän suhteessa nuorempiin. Lähes puolet tutkitusta (44,6 %  $n=276$ ) vieraili *naapureiden* luona. Naisilla vierailut naapureiden luona säilyivät lähes ennallaan siirryttäessä nuoremmista vanhempiin naisiin, mutta muunlainen yhteydenpito naapureihin väheni ( $p < .001$ ). Miehillä suhteet naapureihin olivat enemmän juttelutasolla ja naisilla oli enemmän vierailuja kuin miehillä. Vanhemmista naisista 15,2 % ( $n=25$ ) ei ollut lainkaan tekemisissä naapureiden kanssa.

### 7. 2. 2 Harrastusverkosto

*Järjestötoimintaan* satunnaisesti tai säännöllisesti osallistui 30,4 % ( $n=196$ ) tutkituista. (Taulukko 4). Nuoremmassa ikäryhmässä miehet ( $n=63$  43,4 %) olivat aktiivisempia järjestötoimintaan osallistujia kuin naiset ( $n=81$  31,2 %) ( $p < .013$ ). Samoin he olivat aktiivisempia verrattaessa vanhemman ikäryhmän miehiin ( $n=11$  17,2 %) ( $p < .001$ ).

*Seurakunnan toimintaan* osallistui joka neljäs tutkituista ja molemmissa ikäryhmissä naiset (nuoremmat naiset  $n=82$  31,5 % ja vanhemmat naiset  $n=56$  31,6 %) olivat aktiivisempia osallistujia seurakunnan toimintaan kuin miehet (nuoremmat miehet  $n=25$  17,2 % ja vanhemmat miehet  $n=11$  17,2 %) (nuorempi ikäryhmä  $p < .002$  ja vanhempi ikäryhmä  $p < .027$ ).



*Opiskelu ikääntyvien yliopistossa ja työväen- ja kansalaisopistossa oli vähäistä. Ohjattuun liikuntaan osallistui joka viides tutkituista. Nuoremmassa ikäryhmässä miehet ( n=44 30,6 %) olivat aktiivisempia osallistujia kuin naiset ( n=56 21,5 %) (p<.042). Nuoremmat naiset ja nuoremmat miehet osallistuivat useammin ohjattuun liikuntaan kuin vanhemmat oman sukupuolensa edustajat (vanhemmat naiset n=20 11,9 % ja vanhemmat miehet n=9 14,1 %) (naiset p<.011 ja miehet p<.012 ).*

*Matkustelua kotimaassa harrasti useita kertoja vuodessa 39,4 % (n=254) tutkituista. Vanhemman ikäryhmän miehet (n=38 61,3 %) matkustivat kotimaassa useammin kuin saman ikäryhmän naiset (n=76 42,7 %) (p<.039). Lähes joka neljäs (n=150 23,3 %) matkusti vähintään kerran vuodessa *ulkomaille*. Vanhemman ikäryhmän miehet olivat myös ahkerampia ulkomaan matkailijoita kuin saman ikäryhmän naiset (p<.039).*

TAULUKKO 4. Harrastusverkoston muuttujien frekvenssi- ja prosenttijakaumat.

Harrastusverkostomuuttuja				Yhteensä	n	%
<i>Järjestötoimintaan osallistuminen</i>	ei 449 (69,6%)	satunnaisesti 82 (12,7%)	säännöllisesti 114 (17,7%)	645	(100%)	
<i>Seurakunnantoinintaan osall.</i>	ei 472 (73,1%)	satunnaisesti 82 (12,7%)	säännöllisesti 92 (14,2%)	646	(100%)	
<i>Opiskelu ikääntyvien yhtiöistössä</i>	ei 624 (97,8%)	kyllä	14 (2,1%)	638	(100%)	
<i>Opiskelu työväen/kansanopistossa</i>	ei 631 (98,7%)	kyllä	8 (1,3%)	639	(100%)	
<i>Ohjattuun liikuntaan osallistuminen</i>	ei 508 (79,7%)	kyllä	129 (20,3%)	637	(100%)	
<i>Matkustelu kotimaassa</i>	ei 229 (35,5%)	1*v:ssa 140(21,1%)	useita kertoja v:ssa 254 (39,4%)	1*kk:ssa 22(3,4%)	645 (100%)	
<i>Matkustelu ulkomailla</i>	ei 457 (70,9%)	1*v:ssa 150 (23,3%)	joitain kertoja v:ssa 38 (5,9%)	645	(100%)	

### 7.2.3 Palveluverkosto

Suurin osa tutkituista (n=550 90,6 %) oli vuoden aikana käynyt *lääkärissä*. (Taulukko 5). Nuoremmat miehet (n=135 95,7 %) olivat käyneet lääkärisä useammin kuin vanhemmat miehet (n=46 83,6 %) (p<.004). *Neurolapalveluja* käytti lähes joka kolmas (n=175 28,1 %). Nuoremman ikäryhmän miehet (n=40 28,2 %) käyttivät myös neuvolapalveluita useammin kuin nuoret naiset (n=47 18,1 %) (p<.019). *Fysioterapiakäyntejä* oli 7,2 %: lla (n=45) tutkituista. *Hammashoitokäyntejä* oli joka viidennellä (n=127 20,4 %). Nuoremman ikäryhmän miehet käyttivät naisia useammin hammashoitopalveluita (p<.055). *Psykologin, puheterapeutin ja mielenterveyspalveluiden* käyttö oli vähäistä. *Kotisairaanhoidajan* (n= 9 14,3 %) ja *lääkärin kotikäyntejä* (n=43 6,6 %) vanhemmat naiset käyttivät useammin kuin nuoremmat naiset (p<.001).

*Kodinhoitoapua* käytti 16 % (n=103) tutkituista ja heistä useita kertoja viikossa kodinhoitoapua käytti 9 % (n=58). Vanhempi ikäryhmä käytti useammin kodinhoitopalveluita, naiset tilastollisesti erittäin merkitsevällä tasolla (p<.001) ja miehet melkein merkitsevällä tasolla (p<.017). Tutkituista *päiväkeskuspalveluita* käytti 8,5 % (n=52), vanhainkodin päiväosastopalveluita käytti 2,5 % (n=15) ja *vanhainkodilla* oli ollut hoidossa 9,6 % (n=61). Vanhemman ikäryhmän naiset olivat miehiä useammin hoidossa vanhainkodilla (p<.014). *Terveyskeskussairaalassa* käyntejä oli joka viidennellä (n=132 20,6 %). Vanhemmat naiset (n=53 32 %) käyttivät tätä palvelumuotoa useammin kuin nuoremmat naiset (n=43 16,5 %) (p<.001). *Keskussairaalan palveluita (muut sairaalat)* käytti joka neljäs (n=171 27,2 %). Muiden palvelumuotojen käyttö oli hyvin vähäistä, eikä niissä ollut eroja iän tai sukupuolen suhteen.

TAULUKKO 5. Palveluverkoston uudelleenluokiteltujen muuttujien frekvenssi- ja prosenttijakaumat.

Palveluverkostomuuttuja	Käyntikertojen frekvenssit ja prosentit					Yhteensä n	%
	ei käyntejä	1-2 käyntiä	3-5 käyntiä	6-64 käyntiä	170 (28%)		
<i>Lääkärissä käynnit yht.</i>	57 (9,4%)	180 (29,7%)	200 (32,9%)	6-64 käyntiä	170 (28%)	607 (100%)	
<i>Neuvolakäynnit</i>	447 (71,9%)	100 (16,1%)	45 (7,2%)	7-52 käyntiä	30 (4,8%)	622 (100%)	
<i>Fysioterapiakäynnit</i>	580 (92,8%)	16 (2,6%)	16 (2,6%)	12-52 käyntiä	13 (2,1%)	625 (100%)	
<i>Hammashoitokäynnit</i>	497 (79,6%)	91 (14,6%)	25 (4,0%)	7-20 käyntiä	11 (1,8%)	624 (100%)	
<i>Kotisairaanhoidajan käynnit</i>	533 (85,7%)	42 (6,8%)	11 (1,8%)	11-99 käyntiä	36 (5,8%)	622 (100%)	
<i>Lääkärin kotikäynnit</i>	582 (93,1%)	29 (4,6%)	8 (1,3%)	12-52 käyntiä	6 (1,0%)	625 (100%)	
<i>Psykologi käynnit</i>	621 (99,2%)	1 käynti	3 (0,5%)	4 käyntiä	2 (0,3%)	626 (100%)	
<i>Puheterapiakäynnit</i>	625 (99,7%)	1 käynti	1 (0,2%)	4 käyntiä	1 (0,2%)	627 (100%)	
<i>Mielenterveyspalveluiden käyt. ei tarvetta</i>	612 (98,6%)	kyllä käyttää	9 (1,4%)			621 (100%)	
<i>Kodinhoitoavun käyttö</i>	501 (77,9%)	1*vk:ssa tai harv.	45 (7,0%)	useita *vk:ssa	58 (9,0%)	asuu laitoksessa 39 (6,1%)	
<i>Muiden palveluiden käyttö</i>	618 (98,7%)	1-2 käyntiä	4 (0,6%)	3-5 käyntiä	2 (0,3%)	12-18 käyntiä 2 (0,3%)	
<i>Päiväkeskuspalveluiden käyttö ei käytä</i>	561 (91,5%)	1-4 kertaa	10 (1,6%)	5-10 kertaa	4 (0,7%)	12-99 kertaa 38 (6,2%)	
<i>Päiväosastopalveluiden käyttö ei käytä</i>	591 (97,5%)	2-10 kertaa	4 (0,7%)	12-24 kertaa	5 (0,8%)	50-99 kertaa 6 (1,0%)	
<i>Hoido vanhainkodeissa</i>	73 (90,4%)	kyllä hoidossa	61 (9,6%)			634 (100%)	
<i>Terveyskeskussairaala käyn.</i>	500 (79,4%)	1 käynti	88 (14,0%)	2-3 käyntiä	33 (5,2%)	4-26 käyntiä 9 (1,4%)	
<i>Muut sairaalakäynnit</i>	458 (72,8%)	1 käynti	119 (18,9%)	2-3 käyntiä	47 (7,5%)	4-10 käyntiä 5 (0,8%)	
<i>Vapaaehtoistyöntekijän käynnit ei käyntejä</i>	610 (98,4%)	3-4 käyntiä	6 (1,0%)	5 käyntiä	4 (0,6%)	620 (100%)	
<i>Ystäväpalvelun käyttö ei käytä</i>	607 (97,4%)	kyllä käyttää	16 (2,6%)			623 (100%)	
<i>Diakonissan käynnit ei käyntejä</i>	591 (91,9%)	harvemmin kuin kerran	vk:ssa	8 (1,2%)	44 (6,8%)	643 (100%)	

### 7.3 Verkostotasojen kiinnittymistiheys

Verkostotasojen kiinnittymistiheyden määrittämiseksi laskin verkostotasojen muuttujista summamuuttujat. Summamuuttujien muodostamiseksi dikotomisoin verkostomuuttujat. Muuttuja sai arvon 1, jos siihen oli kiinnittyminen ja arvon 0, jos siihen ei ollut kiinnittymistä. Näin saadut lähi-, harrastus- ja palveluverkoston dikotomisoidut summamuuttujat luokittelin uudelleen kolmiluokkaiseksi harvaksi, keskimääräiseksi ja tiheäksi verkostoksi. Kiinnittymistiheys ilmaisee verkostotasojen laajuutta. (Liite1/Liitekuvio 1).

#### 7.3.1 Lähiverkoston kiinnittymistiheys

Lähiverkoston kiinnittymistiheys mittaa sitä, kuinka moneen lähiverkoston muuttujaan tutkittavalla on kiinnittyminen. Lähiverkostossa kymmenellä (1,5 %) oli verkostossaan jäseniä vain kahdesta kiinnittymisryhmästä. Keskimäärin tutkittavilla oli 5,8 kiinnittymisryhmää. Lähiverkoston summamuuttujasta muodostin prosenttijakaumaa seuraten kolmiluokkaisen summamuuttujan seuraavasti: 2-4 kiinnittymisen ryhmästä (n=117 20,3 %) *harvan lähiverkoston*, 5-6 kiinnittymisen ryhmästä (n=249 43,2 %) *keskimääräisen lähiverkoston* ja 7-9 kiinnittymisen ryhmästä (n=211 36,6 %) *tiheän lähiverkoston*.

##### 7.3.1.1 Lähiverkoston kiinnittymistiheyteen yhteydessä olevia tekijöitä

Lähiverkoston kiinnittymistiheyden ja taustatekijöiden yhteyttä tarkastelin aluksi ristiintaulukoimalla ja tilastolliset testaukset suoritin  $X^2$ -riippumattomuustestillä. Ristiintaulukoinneista on tilastollisesti merkitsevistä riippuvuuksista tulokset liitteenä. (Liite 1/Liite-  
taulukko 2.1).

Miehillä oli molemmissa ikäryhmissä (vanhempi ikäryhmä  $p < .040$  ja nuorempi ikäryhmä  $p < .001$ ) tiheimmät lähiverkostot kuin naisilla.

*Siviilisäädyn* mukaan tiheimmät lähiverkostot olivat naimisissa/avoliitossa olevilla, joista yli puolet ( $n=102$  57,6 %) kuului tiheämpään lähiverkoston ( $p < .001$ ). Lesket ja eronneet jakautuivat tasaisemmin harvaan, keskimääräiseen ja tiheään lähiverkoston painotuen kuitenkin keskimääräisten ja tiheämpien verkostojen suuntaan. Naimattomilla oli suhteessa muihin selvästi harvemmat lähiverkostot. Heistä yli puolet ( $n=42$  64,6 %) kuului harvaan lähiverkoston.

*Pääasiallisen asumismuodon* osalta kotipalvelun ja/tai kotisairaanhoidon turvin selviytyvillä oli tasainen jakautuminen (30 %-38 %) harvaan, keskimääräiseen ja tiheään lähiverkoston. Itsenäisesti asuvilla olivat tiheimmät lähiverkostot yleisempiä kuin kotipalvelun ja/tai kotisairaanhoidon turvin selviytyvillä sekä pienkodissa, vanhainkodissa tai sairaalassa asuvilla ( $p < .020$ ).

Keskinkertaiseksi *terveytensä kokevilla* oli tiheempiä lähiverkostoja useammin kuin muilla ( $p < .010$ ) ja huonoksi tai erittäin huonoksi terveytensä kokeneet kuuluivat useammin harvoihin lähiverkostoihin. Yli puolet hyväksi tai erittäin hyväksi terveytensä kokeneista kuului keskimääräiseen lähiverkoston. *Häiritsevän pitkäaikaisen sairauden tai vamman olemassaolo* lisäsi harvempien lähiverkostojen osuutta ( $p < .001$ ). Jos sairautta tai vammaa ei ollut, olivat keskimääräiset lähiverkostot yleisempiä kuin muut. Harvat lähiverkostot olivat yleisempiä niillä, joilla oli paljon tai erittäin paljon *harrastuksia rajoittavia terveysongelmia* ( $p < .024$ ). Tiheimmät lähiverkostot kuuluivat niille, joilla ei ollut lainkaan harrastuksia rajoittavia terveysongelmia. Harvoihin lähiverkostoihin kuuluivat useammin ne, jotka kokivat *toimintakykynsä* huonoksi tai erittäin huonoksi ( $p < .001$ ). Vastaavasti erittäin hyväksi tai hyväksi toimintakykynsä kokevilla oli useammin tiheempiä lähiverkostoja.

Ristiintaulukoinnin mukaan *koulutuksella ja koetulla taloudellisella* tilanteella ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä lähiverkoston tiheyteen.

## 7.3.1.2 Lähiverkoston kiinnittymistiheyteen yhteydessä olevien tekijöiden riskisuhteet

Lähiverkoston tiheyteen yhteydessä olevia taustatekijöitä kartoitin tarkemmin logistisen regressioanalyysin avulla, joka samanaikaisesti kontrolloi useiden selittävien tekijöiden vaikutuksia. Sitä varten dikotomisoin lähiverkoston kiinnittymistiheyttä ilmaisevan kolmiluokkaisen summamuuttujan. Dikotomisoidussa lähiverkostossa harva verkosto = 0 ja keskimääräinen ja tiheä = 1. Tilastolliset testaukset suoritin mallin yhteensopivuutta testaavalla  $X^2$ -testillä.

TAULUKKO 6. Logistisen regressioanalyysin tilastollisesti merkitsevät tulokset: ikäryhmän, sukupuolen, siviilisäädyn ja toimintakyvyn riskisuhteet dikotomisoidun lähiverkoston kiinnittymistiheyteen.

Muuttuja	Beta kerroin	Keski- virhe	p	OR	OR:n 95% luottamusvälin Alaraja Yläraja	
<i>Ikäryhmä</i>			0,0115			
83-92-vuotiaat						
72-82-vuotiaat	0,6034	0,2388		1,8284	1,1451	2,9195
<i>Sukupuoli</i>			0,0491			
Naiset						
Miehet	0,6371	0,3238		1,8911	1,0024	3,5674
<i>Siviilisääty</i>			0,0000			
Naimattomat						
Lesket,eronneet	2,2298	0,3135	0,0000	9,2976	5,6544	17,1872
Naimisissa/avoliitossa	2,5280	0,4059	0,0000	12,5287	5,6544	27,7603
<i>Koettu toimintakyky</i>			0,0047			
Huono						
Hyvä	0,8095	0,3299	0,0141	2,2468	1,1769	4,2895
Keskinkertainen	0,8867	0,2809	0,0016	2,4270	1,3994	4,2092

Mallin yhteensopivuus  $X^2 = 100,929$   $df = 6$   $p < .0001$

Logistisen regressioanalyysin mukaan *siviilisääty* oli yhteydessä lähiverkoston tiheyteen ( $p=.0001$ ). Naimisissa/avoliitossa olevilla oli 12,5-kertainen todennäköisyys suhteessa naimattomiin kuulua keskimääräiseen tai tiheään lähiverkostoon. Leskien ja eronneiden suhteessa naimisissa/avoliitossa oleviin ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa. Naimisissa olevilla, leskillä ja eronneilla oli suurempi todennäköisyys kuulua tiheämpiin lähiverkostoihin ja naimattomilla vastaavasti suurempi todennäköisyys kuulua harvoihin lähiverkostoihin.

Hyväksi tai keskinkertaiseksi *toimintakykynsä* kokevilla oli suhteessa huonoksi toimintakykynsä kokeviin suurempi todennäköisyys kuulua tiheämpiin tai keskimääräisiin lähiverkostoihin. Keskinkertaiseksi toimintakykynsä kokevilla suhteessa hyväksi toimintakykynsä kokeviin ei havaittu vastaavaa tilastollisesti merkitsevää todennäköisyyttä.

Nuoremmalla *ikäryhmällä* ja *miehillä* oli suurempi todennäköisyys kuulua keskimääräiseen tai tiheämpään lähiverkostoon.

Logistisen regressioanalyysin mukaan *tiheämpään lähiverkostoon* kuuluville oli tunnusomaista: *nuorempi ikäryhmä, mies, naimisissa olo, eronnut tai leski, sekä hyvä tai keskinkertainen toimintakyky*. Vastaavasti *harvaan lähiverkostoon* kuuluville oli tunnusomaista: *naimattomuus, huonoksi koettu toimintakyky, vanhempi ikäryhmä ja nainen*.

### 7.3.2 Harrastusverkoston kiinnittymistiheys

Harrastusverkoston kiinnittymistiheys mittaa harrastusryhmien lukumäärää. Harrastusverkoston kiinnittymistiheyden selvittämiseksi laskin harrastusverkoston summamuuttujan. Harrastusverkostoon oli keskimäärin 2,2 kiinnittymistä. Joka viidennellä ( $n=121$  19,3 %) ei ollut lainkaan kiinnittymisiä harrastusverkostoon eli heillä ei ollut lainkaan kysytyjä harrastuksia. *Harvan harrastusverkoston* muodostin tästä 0-ryhmästä ja *keskimääräisen harrastusverkoston* 1-2 kiinnittymisen ryhmistä ( $n=332$  53 %) sekä *tiheään harrastusverkoston* 3-6 kiinnittymisen ryhmistä ( $n=173$  27,6 %).



### 7.3.2.1 Harrastusverkoston kiinnittymistiheyteen yhteydessä olevia tekijöitä

Samoin kuin lähiverkostossa suoritin tässäkin ensin ristiintaulukoinnit ja tilastolliset testaukset suoritin  $X^2$ -riippumattomuustestillä. Harrastusverkoston kiinnittymistiheyteen yhteydessä olevien tilastollisesti merkitsevien taustatekijöiden ristiintaulukoinnit ovat liitteenä. (Liite 1/Liitetaulukko 2.2).

Vanhemmat *naiset* suhteessa nuorempiin naisiin kuuluivat useammin harvempiin harrastusverkostoihin ( $p<.001$ ) ja *miehillä* oli sama tilanne ( $p<.007$ ). *Ikäryhmittäin* tarkasteltuna tilastollisesti merkitseviä eroja sukupuolten välillä ei havaittu. *Itsenäisesti asuvilla* oli useammin tiheät harrastusverkostot kuin muilla ryhmillä ( $p<.001$ ).

Erittäin huonoksi tai huonoksi *terveytensä kokevat* kuuluivat useammin harvaan harrastusverkostoon ja vastaavasti erittäin hyväksi tai hyväksi terveytensä kokevilla oli useammin tiheämmät harrastusverkostot ( $p<.001$ ). Niillä, joilla oli erittäin paljon tai paljon *harrastuksia rajoittavia terveysongelmia* oli useammin harvemmat harrastusverkostot kuin muilla ( $p<.001$ ). Jonkinverran tai vähän rajoittavia terveysongelmia omaavilla oli vastaavasti useammin tiheitä verkostoja.

*Toimintakykynsä huonoksi* tai erittäin huonoksi arvioineet kuuluivat harvaan harrastusverkostoon ja vastaavasti erittäin hyväksi tai hyväksi toimintakykynsä kokeneet kuuluivat tiheään harrastusverkostoon ( $p<.001$ ).

*Kansakoulun /ja jatkokoulun ja sitä vähemmän koulua käyneillä* on useammin harvoja verkostoja kuin enemmän kouluja käyneillä ( $p<.014$ ).

Koetulla taloudellisella tilanteella ja pitkäaikaisella sairaudella tai vammalla ei ollut ristiintaulukoinnin mukaan yhteyttä harrastusverkoston tiheyteen.

### 7. 3. 2. 2 Harrastusverkoston kiinnittymistiheyteen yhteydessä olevien tekijöiden riskisuhteet

Logistista regressioanalyysiä varten dikotomisoin harrastusverkoston siten, että harvat harrastusverkostot = 0 ja keskimääräiset ja tiheät =1. Tilastolliset testaukset suoritin mallin yhteensopivuutta testaavalla  $X^2$  -testillä.

TAULUKKO 7. Logistisen regressioanalyysin tulokset: ikäryhmän, sukupuolen, pääasiallisen asumisen, koetun terveyden, harrastuksia rajoittavan terveysongelman, pitkäaikaisen sairauden/vamman ja koetun toimintakyvyn riskisuhteista dikotomisoidun *harrastusverkoston* tiheyteen.

Muuttuja	Beta kerroin	Keski- virhe	p	OR	OR:n 95% luottamusvälin Alaraja Yläraja	
<i>Ikäryhmä</i>			0,0001			
83-92-vuotiaat						
72-82-vuotiaat	0,9493	0,2429		2,5840	1,6053	4,1593
<i>Sukupuoli</i>			0,5847			
Nainen						
Mies	0,1429	0,2615		1,1536	0,6910	1,9260
<i>Pääasiallinen asuminen</i>			0,0013			
Itsenäisesti						
Palveluiden turvin	-1,1129	0,3140	0,0004	0,3286	0,1776	0,6080
Laitoksessa	-0,6784	0,3682	0,0654	0,5074	0,2466	1,0441
<i>Koettu terveys</i>			0,0052			
Huono						
Hyvä	1,3616	0,4547	0,0027	3,9026	1,6006	9,5153
Keskinkertainen	0,8390	0,3174	0,0082	2,3141	1,2422	4,3112
<i>Terveysongelmat rajoittavat harrastamista</i>			0,0461			
Paljon						
Jonkin verran/vähän	0,8191	0,3668	0,0255	2,2684	1,1054	4,6550
Ei terveysongelmia	0,0417	0,3421	0,9030	1,0426	0,5332	2,0386
<i>Pitkäaikainen sairaus/vamma</i>			0,0303			
Ei sairautta/vammaa						
Ei häiritse	-0,0936	0,4186	0,8231	0,9107	0,4009	2,0685
Häiritsee	0,8390	0,4047	0,0381	2,3141	1,0470	5,1147
<i>Koettu toimintakyky</i>			0,0647			
Huono						
Hyvä	1,0806	0,4850	0,0259	2,9464	1,1389	7,6223
Keskinkertainen	0,6219	0,3292	0,0589	1,8625	0,9769	3,5510

Mallin yhteensopivuus  $X^2 = 101,648$   $df = 12$   $p < .0001$

Nuoremmalla *ikäryhmällä* suhteessa vanhempaan ikäryhmään oli 2,6 kertainen todennäköisyys kuulua tiheämpien harrastusverkostojen ryhmään ja päinvastoin ( $p < .001$ ).

*Asumismuoto* nousi harrastusverkostossa iän lisäksi merkittäväksi tekijäksi. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon turvin selviytyvillä oli suhteessa itsenäisesti selviytyviin 3,1 kertainen todennäköisyys kuulua harvaan harrastusverkostoon ( $p < .001$ ).

Hyväksi *koettu terveys* suhteessa huonoksi koettuun terveyteen oli 3,9 kertainen todennäköisyys kuulua tiheämpiin harrastusverkostoihin ( $p < .026$ ) ja päinvastoin. Keskinertaiseksi koettu terveys suhteessa huonoksi koettuun terveyteen oli 2,3 kertainen todennäköisyys kuulua edelleen tiheämpiin harrastusverkostoihin ( $p < .059$ ). Niillä, joilla oli jonkin verran/vähän *harrastamista rajoittavia terveysongelmia* suhteessa niihin, joilla ei ollut harrastusta rajoittavia terveysongelmia oli 2,2 kertainen riski kuulua tiheämpiin harrastusverkostoihin ( $p < .032$ ). Samoin oli niillä, joilla oli jonkin verran tai vähän harrastamista rajoittavia terveysongelmia suhteessa niihin, joilla oli paljon harrastamista rajoittavia terveysongelmia suurempi todennäköisyys kuulua tiheämpiin verkostoihin Jos *pitkäaikaista sairautta tai vammaa* ei ollut, oli 2,3 kertainen todennäköisyys suhteessa häiritsevän vamman olemassaoloon kuulua harvaan verkostoon ( $p < .038$ ) ja päinvastoin. Jos vamma tai sairaus ei häiritse, oli 2,5 kertainen riski suhteessa siihen, että vamma/sairaus häiritsee, kuulua harvaan verkostoon ( $p < .017$ ).

Hyvän *toimintakyvyn* omaavilla suhteessa huonon toimintakyvyn omaaviin oli 2,9 kertainen riski kuulua tiheämpiin harrastusverkostoihin ja päinvastoin ( $p < .026$ ).

Logistisen regressioanalyysin mukaan *sukupuolella, siviilisäädellä, koulutuksella ja koetulla taloudella* ei ollut tilastollisesti merkitsevällä tasolla yhteyttä harrastusverkoston kiinnittymistiheyteen.

*Tiheät harrastusverkostot* kuuluivat tämän tarkastelun mukaan nuoremmalle ikäryhmälle, hyväksi tai keskinertaiseksi terveytensä kokeville, hyvän toimintakyvyn omaaville ja niil-

le, joilla oli jonkin verran harrastuksia rajoittavia terveysongelmia sekä häiritsevän pitkäaikaisen sairauden tai vamman omaaville.

*Harvat harrastusverkostot* kuuluivat vanhemmalle ikäryhmälle, kotipalvelun ja kotisairaanhoidon turvin eläville, huonoksi terveytensä ja toimintakykynsä kokevilla ja niille, joilla oli paljon harrastuksia haittaavia terveysongelmia sekä niille, joilla pitkäaikaista sairautta tai vammaa ei ole tai se ei häiritse.

### 7.3.3 *Palveluverkoston* kiinnittymistiheys

Palveluverkoston kiinnittymistiheys mittaa palveluryhmien lukumäärää eli palveluiden käytön laajuutta. Tutkituista 28 henkilöllä (4,2 %) ei ollut lainkaan kiinnittymistä palveluverkoston. Keskimääräinen kiinnittymistiheys oli 2,5. *Harvan palveluverkoston* muodostin 0-1 kiinnittymisen ryhmästä (n=155 27,7 %). *Keskimääräinen palveluverkosto* käsitti 2-3 kiinnittymisryhmää (n=283 50,6 %) ja *tiheä palveluverkosto* 4-10 kiinnittymisryhmää (n=121 21,6 %).

#### 7.3.3.1 Palveluverkoston kiinnittymistiheyteen yhteydessä olevia tekijöitä

Ristiintaulukoinnin tuloksena seuraavilla tekijöillä oli yhteyttä palveluverkoston kiinnittymiseen (Liite1/Liitetaulukko2.3). Vanhemman *ikäryhmän* naiset kuuluivat useammin tiheämpään palveluverkoston kuin ikäryhmänsä miehet ( $p<.043$ ). Vanhemmat miehet suhteessa nuorempiin miehiin kiinnittyivät harvempaan palveluverkoston ( $p<.059$ ).

Terveytensä erittäin hyväksi tai hyväksi kokevilla (n=52 40 %) oli harvat palveluverkostot yleisempiä kuin huonommaksi *terveytensä kokevilla* ( $p<.001$ ). Terveytensä huonoksi ja erittäin huonoksi kokeneilla (n=55 42,6 %) oli useammin tiheitä palveluverkostoja kuin

muilla. Ne, joilla ei ollut *pitkäaikaista sairautta tai vammaa* kuuluivat useammin harvoihin palveluverkostoihin ( $p < .001$ ) ja vastaavasti sairauden tai vamman häiritsevyys lisäsi tiheämpiin palveluverkostoihin kuulumista. Erittäin paljon tai paljon harrastuksia *rajoittavista terveysongelmista* kärsivät kuuluivat useammin kuin muut tiheämpiin palveluverkostoihin ja vastaavasti ne, joilla ei ollut lainkaan kyseisiä terveysongelmia kuuluivat useammin harvoihin palveluverkostoihin ( $p < .001$ ).

Huonoksi tai erittäin huonoksi *toimintakykynsä kokeneista* puolet ( $n=48$ , 50,0 %) kuuluivat tiheämpään palveluverkostoryhmään ja vastaavasti erittäin hyväksi tai hyväksi terveytensä kokevilla olivat harvat palveluverkostot yleisempiä tilastollisesti erittäin merkitsevällä tasolla ( $p < .001$ ).

Ristiintaulukoinnin mukaan sukupuoli, siviilisäädellä, koulutuksella tai koetulla taloudella tilanteella ei ollut yhteyttä palveluverkoston tiheyteen.

#### 7. 3. 3. 2 Palveluverkoston kiinnittymistiheyteen yhteydessä olevien tekijöiden riskisuhteet

Logistisella regressioanalyysillä tarkastelin edelleen myös palveluverkoston kiinnittymiseen yhteydessä olevia tekijöitä. Yhteyksien kartoittamista varten dikotomisoin palveluverkoston muuttujat kuten edellä. Harva palveluverkosto = 0 ja keskimääräinen tai tiheä palveluverkosto = 1. Tilastollisen testauksen suoritin mallin yhteensopivuutta testaavalla  $X^2$ -testillä.

TAULUKKO 8. Logistisen regressioanalyysin tulokset: ikäryhmän, sukupuolen, pääasiallisen asumismuodon, toimintakyvyn ja pitkäaikaisen sairauden/vamman riskisuhteet dikotomisoidun palveluverkoston tiheyteen.

Muuttuja	Beta kerroin	Keski- virhe	p	OR:n OR	95 % luottamusvälin Alaraja	Yläaraja
<i>Ikäryhmä</i>			0,1240			
83-92-vuotiaat						
72-82-vuotiaat	0,3380	0,2198		1,4021	0,9115	2,1570
<i>Sukupuoli</i>			0,6149			
Nainen						
Mies	0,1081	0,2148		1,1141	0,7313	1,6975
<i>Pääasiallinen asuminen</i>			0,0134			
Itsenäisesti						
Palveluiden turvin	1,0886	0,4630	0,0187	2,9702	1,1985	7,3610
Laitoksessa	1,9289	1,0410	0,0639	6,8816	0,8945	52,9422
<i>Koettu toimintakyky</i>			0,0102			
Huono						
Hyvä	-1,2075	0,4 101	0,0032	0,2990	0,1338	0,6679
Keskinkertainen	-0,7767	0,3745	0,0386	0,4599	0,2203	0,9599
<i>Pitkäaikainen sairaus/vamma</i>			0,0049			
Ei sairautta/vammaa						
Sairaus/vamma ei häiritse	0,5692	0,2952	0,0538	1,7668	0,9907	3,1508
Sairaus/vamma häiritsee	0,8438	0,2591	0,0011	2,3253	1,3994	3,8636

Mallin yhteensopivuus  $X^2 = 56,201$   $df = 8$   $p < .0001$

Logistisen regressioanalyysin mukaan niillä, joilla on *pitkäaikainen häiritsevä sairaus tai vamma* suhteessa niihin, joilla ei ole pitkäaikaista sairautta tai vammaa oli 2,3-kertainen todennäköisyys kuulua tiheämpiin palveluverkostoihin tilastollisesti erittäin merkitsevällä tasolla ( $p < .001$ ) ja päinvastoin.

*Toimintakykynsä* hyväksi kokevilla suhteessa toimintakykynsä huonoksi kokeviin oli 3,3-kertainen todennäköisyys kuulua harvempien palveluverkoston ryhmään ( $p < .003$ ) ja päinvastoin. Samoin keskinkertaiseksi toimintakykynsä kokevilla suhteessa huonoksi toimintakykynsä kokeviin oli 2,2-kertainen todennäköisyys kuulua harvempien palveluverkoston ryhmään ( $p < .039$ ).

*Pääasiallisella asumismuodolla* oli yhteyttä sikäli, että kotipalvelun ja/tai kotisairaanhoidon turvin selviytyvillä suhteessa itsenäisesti selviytyviin oli 2,9-kertainen todennäköisyys kuulua tiheämpiin palveluverkostoihin ( $p < 0.019$ ). Muita tilastollisia merkitsevyyksiä asumismuotoon liittyen ei ollut.

Logistisen regressioanalyysin mukaan ikäryhmällä, sukupuolella, siviilisäädellä, koetulla taloudella, koulutuksella, koetulla terveydellä ja terveysongelmien rajoittavuudella ei ollut tilastollista merkitsevyyttä palveluverkoston kiinnittymistiheyteen.

*Tiheään palveluverkoston* kuulumista edistivät seuraavat ominaisuudet: pitkäaikaisen häiritsevän sairauden olemassaolo, huono toimintakyky, kotipalvelun ja/tai kotisairaanhoidon avuntarve. *Harvaa palveluverkosta* kuvasi seuraavat ominaisuudet: pitkäaikaisen vamman tai sairauden puuttuminen ja hyvä toimintakyky.

Tutkimuksessani kävi ilmi, että ainoastaan koettu toimintakyky oli kaikilla verkostotasoilla tilastollisesti merkitsevällä tasolla yhteydessä lähi-, harrastus- ja palvelutasojen verkostojen kiinnittymistiheyteen. Hyvän tai keskinkertaisen toimintakyvyn omaavilla oli tiheimmät lähiverkostot tyypillisiä ja hyvän toimintakyvyn omaavilla oli myös useammin tiheämpiä harrastusverkostoja. Palveluverkoston luonteesta johtuen huonon toimintakyvyn omaavilla oli useammin tiheitä palveluverkostoja.

#### 7. 4 Verkostotasojen keskinäiset riippuvuudet

Verkostotasojen keskinäistä riippuvuutta tarkastelin ristiintaulukoimalla verkostotasojen uudelleenluokiteltuja summamuuttujia. Tilastolliset testaukset suoritin  $X^2$ -riippumattomuustestillä.

TAULUKKO 9. Lähiverkoston kinnittymistiheyden ja harrastusverkoston kiinnittymistiheyden ristiintaulukointi.

	<u>Lähiverkosto</u>									
	Harva		Keskimääräinen		Tiheä		Yhteensä			
<u>Harrastusverkosto</u>	n	%	n	%	n	%	n	%		
Harva	27	23,5 %	47	19,0 %	25	12,1 %	99	17,4 %		
Keskimääräinen	60	52,2 %	38	55,9 %	105	50,7 %	303	53,3 %		
Tiheä	28	24,3 %	62	25,1 %	77	37,2 %	167	29,3 %		
Yhteensä	n	%	115	100,0	247	100,0 %	207	100,0 %	569	100,0 %

$X^2 = 13,624$  df = 4 p < .009

Lähiverkoston ja harrastusverkoston välillä näyttäisi olevan keskinäinen yhteys ( $p < .009$ ) siten, että tiheimmän lähiverkoston omaavilla on myös tiheimmät harrastusverkostot ja vastaavasti heillä, joilla on harva lähiverkosto, on myös useammin harva harrastusverkosto. Muilla verkostotasoilla ei ollut tilastollisesti merkitsevää keskinäistä yhteyttä.



## 8 POHDINTA

Tutkimuksessani tarkastelin aluksi 72-82- ja 83-92-vuotiaiden jyvaskyläläisten kiinnittymistä lähi-, harrastus- ja palveluverkoston sekä niitä tekijöitä, jotka olivat yhteydessä näiden verkostotasojen kiinnittymistiheyteen. Lopuksi tarkastelin vielä verkostotasojen keskinäisiä yhteyksiä.

Koettu toimintakyky oli ainoa tekijä, joka oli yhteydessä kaikkien kolmen verkostotason kiinnittymistiheyteen. Hyväksi tai keskinkertaiseksi toimintakykynsä kokevilla oli suurempi todennäköisyys kuulua tiheämpään lähi- ja harrastusverkoston sekä harvempaan palveluverkoston ja päinvastoin. Toimintakyvyn ohella kiinnittymistiheyteen yhteydessä olevat tekijät vaihtelivat verkostotasoittain. Verkostotasojen välillä keskinäinen yhteys vallitsi vain lähiverkoston ja harrastusverkoston välillä siten, että niillä, joilla oli laajemmat lähiverkostot oli myös laajemmat harrastusverkostot.

Tutkimukseni mukaan tiheämmät lähiverkostot kuuluivat todennäköisemmin hyvän tai keskinkertaisen toimintakyvyn omaaville ja lisäksi naimisissa oleville, leskille, eronneille, nuoremmalle ikäryhmälle sekä miehille. Naimattomilla, huonoksi toimintakykynsä kokevilla, vanhemmalla ikäryhmällä ja naisilla sensijaan olivat harvat lähiverkostot todennäköisempiä.

Tiheään harrastusverkostoon kuuluivat todennäköisemmin nuoremmat, hyväksi tai keskinkertaiseksi terveytensä kokevat, hyväksi toimintakykynsä kokevat ja ne, joilla oli jonkinverran harrastuksia rajoittavia terveysongelmia sekä ne, joilla oli häiritsevä pitkäaikainen sairaus tai vamma. Harvaan harrastusverkostoon kuulumisen todennäköisyyttä vastaavasti edistivät vanhempi ikäryhmä, kotipalvelun ja/tai kotisairaanhoidon palveluiden tarve, huonoksi koettu terveys, huonoksi koettu toimintakyky, paljon harrastuksia rajoittavat terveysongelmat, ja pitkäaikaisen sairauden tai vamman puuttuminen tai se, että sairaus tai vamma ei häirinnyt.

Tiheämpään palveluverkoston kuuluivat todennäköisemmin ne, joilla oli pitkäaikainen häiritsevä sairaus tai vamma, huono toimintakyky sekä kotipalvelun ja/tai kotisairaanhoidon avuntarve. Harvempaan palveluverkoston kuuluivat todennäköisemmin ne, joilla ei ollut pitkäaikaista sairautta tai vammaa sekä ne, joilla oli hyvä toimintakyky.

Seuraavaksi tarkastelen *tutkimuksen luotettavuuteen* liittyviä tekijöitä. Tutkimuksen haastatteluprosentti (88 %) oli mielestäni suhteellisen korkea. Haastattelusta kieltäytyneiltä pyrittiin keräämään katotiedot ja syy kieltäytymiseen. Katotiedot saatiin 61:ltä ja joka viides ilmaisi terveydentilansa poisjäämisen syyksi, mutta suurin osa ei ilmoittanut syytä kieltäytymiseen. (Kauppinen & Tyrkkö 1999). Tutkimuksesta poisjääneiden huono terveydentila voi heijastua tutkimustuloksiin siten, että iäkkäiden terveydentila näyttää paremmalta kuin se todellisuudessa on. Tutkimusaineiston perusteella tutkimus kuvaa hyvin 72-82- ja 83-92-vuotiaiden jyväskenläläisten elinolosuhteita.

Tutkimuksessani ilmeni myös huomattava puuttuvien tietojen osuus summamuuttujien muodostamisvaiheessa. Puuttuvien tietojen osuus palveluverkoston osalta oli 15,7 % (n=107), lähi-verkoston osalta 13 % (n=86) ja harrastusverkoston osalta 5,6 % (n=37). Henkilöille, joilta tiedot puuttuivat, oli tunnusomaista vanhempi ikäryhmä, pienkodissa, vanhainkodissa tai sairaalassa asuminen, huonoksi koettu toimintakyky, häiritsevän pitkäaikaisen sairauden tai vamman olemassaolo, huonoksi koettu terveys ja harrastamista rajoittavan terveysongelman olemassaolo. Lisäksi harrastusverkoston ja palveluverkoston osalta näihin ominaisuuksiin kuului vielä huonoksi koettu taloudellinen tilanne. Kadon lisäksi puuttuvien tietojen osuus voi vaikuttaa myös lopputulokseen siten, että tilanne terveyteen ja toimintakykyyn liittyen verkoston eri tasoilla näyttää paremmalta kuin se todellisuudessa on.

Haastattelijat (n=31) koulutettiin (10 t) tehtävään ja pyrittiin näin yhtenäistämään haastattelijoiden tehtävien suorittamista. Haastattelijoiden erilaiset taustat, haastattelukokemus ja suhtautuminen tehtäväänsä voivat kuitenkin vaikuttaa haastattelujen tulokseen (Kokkinen & Tyrkkö 1996).

Haastateltavien ikä ja mahdolliset muistivaikeudet voivat osaltaan vaikuttaa vastausten luotettavuuteen. Sudman (1985) havaitsi verkostotutkimuksessaan muistivirheiden lisääntyvän iän myötä (45-vuotiaista eteenpäin) tutkittavien kohdalla.

Haastattelututkimuksen *kysymysten* asettelua ei oltu suunniteltu verkostotutkimusta ajatellen ja tämä toisaalta ohjaa ja toisaalta rajoittaa tutkimusta. Tutkimukseeni valitsemani kysymykset mittaavat hieman eri tavalla verkostoon kuulumista eri verkostotasoilla. Lähiverkostossa useimpien kysymysten kohdalla kysytään vain henkilön kuulumista verkostoon, mutta se, miten aktiivisia he ovat yhteydenpidossa, ei sisälly tutkimukseen. Harrastusverkostossa taas painottuu osallistumisaktiivisuus. Palveluverkoston luonne on toisenlainen kuin lähi-, ja harrastusverkoston ja sen käytön taustalta löytyy useimmiten terveyteen liittyviä tekijöitä. Verkostotasojen erilaisuus ja kokonaisverkoston laajuus osittain vaikuttavat tutkimuksen hajanaisuuteen ja pinnallisuuteen. Tutkimustulokset voisivat olla hyvin erilaiset, jos tutkimus suoritettaisiin verkostotutkimuksen näkökulmasta esimerkiksi egosentrisen haastattelun pohjalta.

Kartoittaakseni kiinnittymistiheyteen vaikuttavia tekijöitä valitsin aikaisempien tutkimusten perusteella useita taustamuuttujia. Taustatekijöiden runsaus lisää tutkimukseni hajanaisuutta. Useiden taustatekijöiden yhtäaikaisessa tarkastelussa logistisen regressioanalyysin avulla saadaan kuitenkin selville taustatekijöiden yhtäaikaisvaikutukset ja oleellista tässä analyysimenetelmässä onkin se, mitkä taustatekijät menetelmällä valitaan ja mitkä jäävät valitsematta.

Muuttujien valinnassa ja verkostotasojen *rajauksissa* päädyin edellä esitettyihin, mutta valinnat ja rajaukset olisivat voineet olla toisenlaisiakin. Eri vaiheissa tehdyt rajaukset vaikuttavat myös tutkimustuloksiin. Sosiaalisen tuen mukaanottaminen olisi tuonut syvyyttä tutkimukseeni, mutta kokonaisverkoston ja siihen yhteydessä olevien tekijöiden kartoitukseen liitettynä tehtävä olisi muodostunut liian laajaksi.

Erilaisista tutkimustavoista johtuen tutkimustulosten suora vertaaminen ei ole mahdollista, mutta tuloksia voidaan kyllä rinnastaa vastaaviin tutkimuksiin. Erilaisten tutkimusasetelmi-

en lisäksi verkostotutkimusten kansainvälistä vertailtavuutta vaikeuttaa maiden väliset kulttuurierot. Yksilökeskeisissä yhteiskunnissa kunnalliset, yksityiset ja kaupalliset palvelut voivat olla yleisempiä ja perhekeskeisissä yhteiskunnissa vastaavasti perheen, omaisten ja vapaaehtoisten järjestöjen merkitys korostuu (Heikkinen 1989) ja nämä tekijät vaikuttavat verkoston rakenteisiin.

Lähiverkoston osalta tutkimustulokset olivat vastaavia aikaisempien tutkimustulosten kanssa (Gothoni 1990, Melkas & Jylhä 1996) siten, että miehet olivat useammin naimisissa kuin naiset ja naisille oli tunnusomaisempaa leskeys, naimattomuus, lapsettomuus (Sailas & Mikkonen 1994) ja yksin asuminen. Miehistä kolmannes asui yksin, mikä on hieman enemmän kuin edellämainituissa tutkimuksissa. Läheisiä ystäviä oli hieman vähemmän, mutta heidän lukumääränsä väheni samalla tavalla vanhemmassa ikäryhmässä ja naapureiden kanssa oltiin enemmän tekemisissä kuin aikaisemmissa tutkimuksissa.

*Laajemmat lähiverkostot* kuuluivat nuoremmalle ikäryhmälle, naimisissa oleville, leskille, eronneille sekä hyvän tai keskinkertaisen toimintakyvyn omaaville ja harvemmat lähiverkostot olivat ominaisia vanhemmalle ikäryhmälle, huonoksi toimintakykynsä kokeville, naisille ja naimattomille. Aikaisemmissa tutkimuksissa on tehty samansuuntaisia havaintoja lähiverkoston laajuuden ja lähiverkoston jäsenten lukumäärän suhteen. (Gothoni 1990, Melkas & Jylhä 1996, Seeman 1996, van Groenou & van Tilburg 1996.)

*Harrastusverkoston* osalta tutkimuksessani tulokset olivat myös samansuuntaisia aikaisempien tutkimusten kanssa sikäli, että miehet olivat aktiivisempia etujärjestöihin osallistujia ja naiset seurakunnantoimintaan osallistujia (Vaarama ym. 1999). Ohjattuun liikuntaan nuoremman ikäryhmän miehet osallistuivat ahkerammin kuin naiset, mutta vanhemmassa ikäryhmässä ei ollut eroja osallistumisaktiivisuudessa. Opiskelu oli vähäistä kuten Vaarama ym. (1999) ovat aikaisemmin todenneet ja vanhimman ikäryhmän miehet olivat ahkerampia matkustelemaan kuin naiset.

Taustatekijöiden yhtäaikainen tarkastelu osoitti, että *laajimmat harrastusverkostot* kuuluivat nuoremmille, hyväksi terveytensä ja toimintakykynsä kokeville ja niille, joilla oli jonkin-

verran tai vähän harrastuksia häiritseviä terveysongelmia sekä niille, joilla oli häiritsevä pitkäaikainen sairaus tai vamma. Vähäiset terveysongelmat tai häiritsevä pitkäaikainen sairaus tai vamma ei siis estänyt kuulumista tiheämpään harrastusverkostoon. Tulos vaikuttaa ristiintaiselta. Koko tutkimusjoukosta yli puolella (66 %) ja tiheämpään harrastusverkostoon kuuluvista 59,3 %:lla oli häiritsevä pitkäaikainen sairaus tai vamma. Ristiintaulukoinnin perusteella tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ei havaittu harrastusverkoston tiheyden ja pitkäaikaisen sairauden tai vamman häiritsevyyden välillä. Harrastuskysymyksiin liittyen ohjattun liikunnan kohdalla ilmeni muun muassa, että pienkodissa, vanhainkodissa tai sairaalassa asuvista 40 % ilmoitti osallistuvansa ohjattuun liikuntaan. Toisaalta erilaisten liikuntaryhmien tarjontaa on kohdistettu terveysongelmista tai pitkäaikaissairauksista kärsiville, mikä voi lisätä heidän osallistumisaktiivisuuttaan suhteessa niihin, joilla pitkäaikaista sairautta tai vammaa ei ole.

Tutkiessani *palveluverkoston* ilmeni, että suurin osa iäkkäistä oli käynyt lääkärissä viimeisen vuoden aikana. Ikäryhmittäin tarkasteltuna sukupuolten välillä ei ollut eroja käyntien lukumäärässä, toisin kuin aikaisemmissa tutkimuksissa (Evashwickin ym. 1984, Aromaa ym. 1989), joissa naiset ovat käyneet miehiä useammin lääkärissä. Tutkimuksessani ilmeni sensijaan, että nuoret miehet kävivät useammin lääkärissä kuin vanhemmat miehet. Neuvolakäyntejä sekä hammashoitolakäyntejä oli myös useammin nuoremman ikäryhmän miehillä kuin naisilla. Vanhemmassa ikäryhmässä käytettiin kodinhoitopalveluita useammin kuin nuoremmassa ikäryhmässä ja lisäksi tässä ikäryhmässä naiset käyttivät useammin kotisairaanhoitopalveluita ja olivat useammin hoidossa vanhainkodilla kuin miehet.

*Laajimmin palveluverkoston* käyttivät ne, joilla oli häiritsevä pitkäaikainen sairaus tai vamma, huono toimintakyky ja kotipalvelun ja/tai kotisairaanhoidon tarve. Harvempaan palveluverkostoon kuuluivat todennäköisimmin ne, joilla ei ollut pitkäaikaista sairautta tai vammaa sekä ne, joilla oli hyvä toimintakyky.

*Verkostotasojen tiheyteen yhteydessä olevien tekijöiden* tarkastelussa koettu toimintakyky osoittautui jokaisella verkostotasolla merkittäväksi verkostotasojen tiheyteen yhteydessä olevaksi tekijäksi kuten edellä olen jo todennut. Melkaksen ja Jylhän (1996) tutkimus viit-

tasi myös toimintakyvyn ja lähiverkoston välillä vallitsevaan yhteyteen ja he olivat sitä mieltä, että toimintakyvyn heikkeneminen lisää myös yksinäisyyden kokemista. Samoin Gothonin (1990) tutkimus osoitti, että liikkumisvaikeudet tyypistivät lähiverkoston pelkäänsään sukulaisverkostoksi. Toimintakyvyn ja verkostotasojen välisen yhteyden selvittämiseksi tarvittaisiin jatkotutkimusta.

Toimintakyvyn ohella *siviilisäätty* osoittautui merkittäväksi lähiverkoston tiheyteen yhteydessä olevaksi tekijäksi (Gothoni 1990, Melkas & Jylhä 1996, van Groenou & van Tilburg 1996), mutta harrastus- ja palveluverkoston kiinnittymistiheyteen sillä ei ollut yhteyttä.

*Ikä* osoittautui tutkimuksessani aikaisempien tutkimusten (Gothoni 1990, Melkas & Jylhä 1996, van Groenou & van Tilburg 1996) tapaan merkittäväksi vaikuttajaksi verkoston laajuuteen. Nuoremmilla oli laajemmat lähi- ja harrastusverkostot. Palveluverkoston kiinnittymistiheyteen iällä ei kuitenkaan ollut yhteyttä, vaikkakin vanhimmat ikäluokat käyttivät tiettyjä palveluita useammin kuin nuoremmat. Nuoremman ikäryhmän käyttämät palvelut toisaalla tasoittaa tätä eroa.

*Sukupuoli* oli monien aikaisempien tutkimusten tapaan yhteydessä lähiverkoston tiheyteen kuten aikaisemmin olen todennut. Harrastusverkoston ja palveluverkoston tiheyteen sukupuolella ei ollut yhteyttä. Sensijaan palveluiden käytössä oli eroja sukupuolen mukaan. Palveluverkoston käytössä nuoremmilla miehillä oli enemmän lääkärisäkäyntejä, neuvola- ja hammashoitolakäyntejä kuin nuorilla naisilla ja vastaavasti vanhemmilla naisilla enemmän kotisairaanhoidajan ja lääkärin kotikäyntejä sekä terveyskeskusairaalassakäyntejä kuin vanhemmilla miehillä. Kodinhoitopalveluita käyttivät enemmän vanhemman ikäryhmän miehet ja naiset kuin nuorempi ikäryhmä. (Vaarama ym. 1999.)

Suurin osa iäkkäistä jyvaskyläläisistä *asui* itsenäisesti. Vanhemmassa ikäryhmässä itsenäinen asuminen oli vähäisempää ja miehillä itsenäistä asumista korvasi pienkodin, vanhainkodin tai sairaalan käyttö. Naisilla oli useammin näiden lisäksi myös kotipalvelun ja/tai kotisairaanhoidon palveluiden käyttöä. *Pääasiallisella asumismuodolla* oli yhteys sekä harrastusta että palveluverkoston laajuuteen siten, että kotipalvelun ja/tai kotisairaanhoidon palveluita

tarvitsevilla oli harvemmat harrastusverkostot ja tiheimmät palveluverkostot. Heidän harrastamisensa oli vähäisempää ja palveluverkoston käyttö laajempaa. Muutoin pääasiallisella asumismuodolla ei ollut yhteyttä verkostotasojen laajuuteen. Yllättävää oli, ettei pienkodissa, vanhainkodissa tai sairaalassa asumisella, eikä itsenäisellä asumisella ollut yhteyttä verkostotasojen laajuuteen.

Tutkimuksessani *koetulla terveydellä* oli yhteyttä vain harrastusverkoston kiinnittymistiheyteen, siten että hyväksi ja keskinkertaiseksi terveytensä kokevilla oli laajimmat harrastusverkostot. Vastaavasti huonoksi terveytensä kokevilla oli useammin harvat harrastusverkostot, mikä tutkimuksessani tarkoitti, ettei heillä ollut lainkaan kysytyjä harrastuksia. Koetulla terveydellä ei ollut yhteyttä lähi-, eikä palveluverkoston laajuuteen. Gothonin (1990) tutkimuksessa sosiaalisen verkoston koko oli yhteydessä terveydentilaan.

*Pitkäaikaisen sairauden tai vamman olemassaolo* oli yhteydessä harrastusverkoston ja palveluverkoston kiinnittymistiheyteen. Harrastusverkostossa häiritsevä pitkäaikainen sairaus ja/tai vamma ei estänyt kuulumista tiheämpää harrastusverkostoon. Tuloksen ristiriitaisuutta käsittelemme jo harrastusverkoston yhteydessä. Palveluverkostossa yhteys sensijaan oli ilmeinen siten, että niillä, joilla oli pitkäaikainen häiritsevä sairaus tai vamma, oli laajemmat palveluverkostot kuin niillä, joilla sairautta tai vammaa ei ollut tai se ei häirinnyt. Toimintakyvyn ohella häiritsevä pitkäaikainen sairaus tai vamma oli merkittävä palveluverkoston kiinnittymistiheyteen vaikuttava tekijä. Ne, joilla oli näillä alueilla paljon ongelmia käyttivät myös laajimmin palveluverkostoa. Vaaraman ym. (1999) tutkimuksessa pitkäaikainen sairaus tai vamma ei lisännyt kotihoitopalveluiden käyttöä.

Tutkimuksessani ilmeni vielä, että ne, joilla oli *jonkinverran tai vähän harrastuksia rajoittavia terveysongelmia* oli laajemmat harrastusverkostot. Vähäiset terveysongelmat eivät siis rajoittaneet harrastamista. Muiden verkostotasojen kiinnittymistiheyteen harrastamista rajoittavilla terveysongelmilla ei ollut yhteyttä.

Yksinäisyyden kokeminen oli yhteydessä vain lähiverkoston tiheyteen. Niillä, jotka kokivat itsensä silloin tällöin yksinäisiksi tai eivät mielestään kokeneet itseään laisinkaan yksinäisiksi

oli useammin laajemmat lähiverkostot kuin niillä, jotka kokivat enemmän yksinäisyyttä. Muilla verkostotasolla yksinäisyyden kokeminen ei ollut yhteydessä verkostotasojen laajuuteen. Vaikka lähiverkostossa jäsenten aktiivisuus verkoston vuorovaikutussuhteissa jäikin avoimeksi, näyttäisi siltä, että ainakin yksinäisyyden kokemisessa lähiverkoston laajuudella on merkitystä näidenkin kysymysten pohjalta.

Tutkimuksessani *koulutuksella ja koetulla taloudellisella tilanteella* ei ollut lainkaan yhteyttä verkostotasojen kiinnittymistiheyksiin. Tutkimusjoukko oli koulutustaustaltaan melko yhtenäinen ja koetussa taloudellisessa tilanteessakaan ei havaittu tilastollisesti merkitseviä ikäryhmä- tai sukupuolieroja. Toisenlaisissa yhteiskunnallisissa olosuhteissa tehdyissä tutkimuksissa on näiltäosin erilaisiakin havaintoja. Antonuccin (1985) mukaan paremmassa taloudellisessa asemassa olevilla oli laajemmat verkostot ja Israelissa (Litwin 1997) korkeasti koulutetut käyttivät palveluita useammin kuin vähemmän koulutetut.

*Verkototasojen välisten yhteyksien* tarkastelu osoitti, että pääsääntöisesti verkostotasojen kiinnittymistiheyksien välillä ei ollut yhteyttä. Ainoastaan laajemman lähiverkoston omaavilla oli myös useammin laajemmat harrastusverkostot ja päinvastoin. Laajat lähi- ja harrastusverkostot näyttäisivät kuuluvan hyvän tai keskinkertaisen toimintakyvyn omaaville, nuoremman ikäryhmän edustajille. Verkoston laajuus ei kuitenkaan ole suoraan verrannollinen sen merkitykseen iäkkäille. Verkostot, erityisesti lähiverkostot, ovat iäkkäille merkittävä sosiaalisen tuen lähde, mutta ne voivat olla myös stressin aiheuttaja (Melkas & Jylhä 1996). Pelkkä rakennekuvaus ei kuitenkaan riitä selittämään verkoston merkitystä iäkkäille, kuten sosiaalisen verkoston tutkijat (esim. House & Kahn 1985) ovat todenneet. Rakennekuvausten lisäksi tarvittaisiin tarkempaa lähiverkoston sosiaalisten suhteiden ja vuorovaikutuksen sekä sosiaalisen tuen tutkimista.

Tutkimuksessani lähiverkoston laajuudella ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä palveluverkoston laajuuteen. Sosiaalisen lähiverkoston (ns. ydinverkoston) yhteyden selvittämiseksi palveluverkoston ja palveluiden käyttöön tarvittaisiin ydinverkostojen ja palveluverkostojen määrällisestä ja laadullisesta tutkimusta, jossa tarkastelu kohdistuu erityisesti



ryhmiin, joilla verkostot ovat harvemmat, esimerkiksi iäkkäiden naimattomien naisten lähi-  
verkostojen tarkasteluun.

Tutkimusaineistosta sai riittävästi tietoa iäkkäiden lähi-, harrastus- ja palveluverkostosta, vaikka sitä ei oltu suunniteltu varsinaista verkostotutkimusta ajatellen. Verkostotasojen erilaisuudesta huolimatta, toimintakyky nousi merkitseväksi yhteydessäolevaksi tekijäksi jokaisella verkostotasolla. Tulevaisuudessa iäkkäiden toimintakykyyn tulisi kiinnittää huomiota myös sosiaalisten verkostojen näkökulmasta. Toimintakyky ja verkostotasojen välisten positiivisten ja negatiivisten vaikutusten selvittämiseksi tarvittaisiin näiden tekijöiden tarkempaa määrällistä ja laadullista tutkimusta (Rennemark 1999, Unger 1999).

## LÄHTEET

- Andersson, L., Sundström, G. 1996. The social networks of elderly in Sweden. Kirjassa *The social networks of older people: A cross-national analysis* 15-31. Toim. Litwin, H. Westport (CT): Praeger, Lontoo
- Antonucci, T. 1985. Personal characteristics, social support and social behavior. Kirjassa *Handbook of aging and the social science*. 2. painos, 94-120. Toim. Binstock, R. H., Shanas, E. Van Norstrand Reinhold Company, New York.
- Aromaa, A., Heliövaara, M., Impivaara, O., Knekt, P., Maatela, J., Joukamaa, M., Klaukka, T., Lehtinen, V., Melkas, T., Mälkiä, E., Nyman, K., Paunio, I., Reunanen, A., Sievers, K., Kalimo, E., ja Kallio, V. 1989. Terveys, toimintakyky ja hoidontarve Suomessa, Mini-Suomi terveystutkimuksen perustulokset. Kansaneläkelaitoksen julkaisusarja AL: 323 Helsinki ja Turku.
- Auslander, G., Litwin, H. 1990. Social support networks and formal help seeking: differences between applicants to social services and nonapplicant sample. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 45, 112-119.
- Barnes, J. A. 1954. Class and committees in a Norwegian island parish. *Human Relations* 7, 4-39.
- Biegel, D.E., Shore, B.K., Gordon, E. 1984. Building support networks for the elderly *Theory and Applications*. A SAGE human services guide 36. SAGE Publications, Inc. Beverly Hills, CA.
- Beland, F., Zunzunegui, M-V. 1996. The elderly in Spain : The dominance of family and the wherewithal of the state. Kirjassa *The social networks of older people: A cross-national analysis*, 55-76. Toim. Litwin, H., Westport (CT): Praeger, Lontoo.

Bott, E. 1968. Family and social networks. Roles, norms and external relationships in ordinary urban families. 3. painos, Tavistock, Lontoo.

Cicirelli, V. 1979. Social services for the elderly in relation to the kin network. Raportti the NRTA-AARP Andrus Foundationille.

Cicirelli, V. G. 1985. The role of sibling as family caregivers. Kirjassa Social support networks and the care of the elderly, 93-108. Toim. Sauer, W. J., Coward, R. T. Springer Publishing company, New York.

Corin, E. 1982. Elderly people's social strategies for survival : A dynamic use of social network analysis. Canada's Mental Health 30, 7-12.

Edwardson, S. R., Dean, K. J., Bauer, D. J. 1995. Symptom consultation in lay networks in an elderly population. Journal of Aging and Health 7, 402-416.

Evashwick, C., Rowe, G., Diehr, P., Branch, L. 1984. Factors explaining the use of health care services by the elderly. Health Services Research 19, 357-382.

Gothi, R. 1990. Vanhusten sosiaaliset verkostot ja sosiaalinen tuki. Tutkimus kalliolaisten ja kiteelaisten vanhusten elämäntilanteesta, sosiaalisista verkostoista ja tuesta. Sosiaali- ja terveysministeriö Suunnitteluosasto, Julkaisuja 1990: 2, Helsinki.

Gourash, N., 1978. Help seeking: a review of the literature. American Journal of Community Psychology 6, 413-423.

Granovetter, M. 1973. The strength of weak ties. American Journal of Sociology 78, 1360-1380.

Granovetter, M. 1982. The strength of weak ties: A network theory revisited. Kirjassa Social structure and network analysis, 105-130. Toim. Marsden, P., Lin, N. Sage Publications, Inc, Beverly Hills, CA.

Hakanen, H. 1991. Ikäihmisten palveluiden vahvat ja heikot lenkit. Ikäihmisten palvelut ja auttaminen nyt ja tulevaisuudessa. Yhteenveto vanhus ja omaistutkimuksesta. Vanhus- ja lähimmäispalveluliiton julkaisu. Helsinki.

Heikkinen, R-L. 1989. Iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluiden käyttö kuudella eurooppalaisella alueella. Gerontologia 3, 191-200.

Hirvensalo, M., Lampinen, P. 1999. 1904-23 syntyneiden jyvaskyläläisten liikuntaharrastus ja sen muutokset kahdeksan vuoden seuruututkimuksessa. Julkaisussa: Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn muutokset. Havaintoja Ikivihreät-projektin 8-vuotisesta seuruututkimuksesta, 217-235. Toim. Suutama, T., Ruoppila, I., Laukkanen, P., Kela Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 42, Helsinki.

Holland, P.W., Leinhardt, S. 1979. Advanced research symposium on social networks. Kirjassa Perspectives on social network research, 1-9. Toim. Holland, P. W., Leinhardt, S. Academic Press Inc, New York.

House, J. S., Kahn, R. L. 1985. Measures and concepts of social support. Kirjassa Social support and health, 85-105. Toim. Cohen, S., Syme, L. S. Fla Academic, Inc, Orlando.

Ikonen-Nylund, M., Peterson, P. 1991. Verkostoterapia kriisihoidon työvälineenä. Kuntoutus 1, Kuntoutussäätiö, Helsinki

Kahn, R. L., Antonucci T. C. 1981. Convoys of social support: A life-course approach. Kirjassa Aging social change, 383-405. Toim. March, J. G. Academic Press, Inc, USA.

Kaplan, G .A., Camacho,T. 1983. Perceived health and mortality : a nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. *American Journal of Epidemiology* 117, 292-304.

Kaukonen, A., Takkunen,T. 1991. Eläkeikäisten palveluiden käyttö 1980-luvulla Tampereen eläkeikäisten seurantatutkimus osaraportti. Sosiaalipolitiikan pro gradu -tutkielma sosiaalityön koulutusohjelma, Lapin Yliopisto.

Kauppinen, M., Tyrkkö, K. 1999. Tutkimusasetelma, aineisto ja tilastolliset analysointimenetelmät Ikivihreät-projektin kahdeksan vuoden seuruututkimuksessa. Julkaisussa: Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn muutokset. Havaintoja Ikivihreät-projektin 8-vuotisesta seuruututkimuksesta, 33-38. Toim. Suutama,T., Ruoppila, I., Laukkanen, P. Kela Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 42, Helsinki.

Kivinen, P., Halonen, P., Eronen, M., Nissinen, A. 1998. Self-rated health, physician-rated health and associated factors among elderly men: Finnish cohorts of the seven countries study. *Age and Aging* 27, 41-47.

Klefbeck, J., Hultkrantz-Jeppson, A., Marklund, K., Bergerhed, E., Forsberg, G. 1988. Verkostoterapia- Ruotsin malli. *Perheterapia* 2, 3-12.

Kokkinen, M., Tyrkkö, K. 1996. Mittausvirhelähteet survey-tutkimuksessa: haastattelija, vastaaja, tiedonkeruumenetelmä ja kyselylomake. Pro gradu -tutkielma. Tilastotieteen laitos. Jyväskylän yliopisto.

Koskinen, S. 1993. Sosiaali- ja terveysturvapalveluiden tarve ja käyttö. Julkaisussa Vanhuusikämuutoksessa - kohorttitutkimus eläkeikäisten tamperelaisten terveydestä ja elämäntilanteesta vuosina 1979 ja 1989, 36-51. Toim. Jylhä, M. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1993: 6, Helsinki.

Kumpusalo, E. 1988. Omatoimisuus, sosiaalinen tuki ja terveys. Teoreettinen analyysi ja väestötutkimus neljässä savolaiskylässä. Lääkintöhallituksen julkaisuja. Sarja tutkimukset 5, Helsinki.

Lempinen, K. 1995. Kotona asuvan huonokuntoisen vanhuksen sosiaalinen verkosto ja sosiaalinen tuki. Hoitotieteen pro gradu -tutkielma, Hoitotieteen laitos, Turun Yliopisto.

Litwin, H. 1996 a. Introduction. Kirjassa *The social networks of older people : A cross-national analysis*, 1-15. Toim. Litwin, H., Westport (CT): Praeger, Lontoo.

Litwin, H. 1996 b. A cross-national social network analysis. Kirjassa *The social networks of older people : A cross-national analysis*, 205-223. Toim. Litwin, H. Westport (CT): Praeger, Lontoo.

Litwin, H. 1997. Support network type and health service utilization. *Research on Aging* 19, 274-299.

Melkas, T., Jylhä, M. 1996. Social network characteristics and social network types among elderly people in Finland. Kirjassa *The social networks of older people : A cross-national analysis*, 99-117. Toim. Litwin, H. Westport (CT): Praeger, Lontoo.

Naapila, K. 1992. Verkot esille- johdatus verkostoterapiaan. Suomen mielenterveysseuran Koulutus- ja perheterapiakeskus. Koulutussarja no 3. Lohjan painotuote, Lohja.

Nelson, M. 1993. Race, gender and the effect of social supports on the use of health services by elderly individuals. *International Journal of Aging and the Human Development* 37, 227-246.

Pattison, P. 1993. Algebraic models for social networks. *Structural analysis in the social science*, 3-18. Cambridge University Press. USA.

Peters, G. R., Kaiser, M. A. 1985. The role of friends and neighbors in providing social support. Kirjassa Social support networks and the care of the elderly, 123-154. Toim. Sauer, W. J., Coward, R. T. Springer Publishing company, New York.

Pikkarainen, A., Heikkinen, R-L. 1999. Iäkkäiden jyvaskyläläisten harrastustoimintojen muutokset kahdeksan vuoden seuruututkimuksessa. Julkaisussa Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn muutokset. Havaintoja Ikivihreät-projektin 8-vuotisesta seuruututkimuksesta, 33-38. Toim. Suutama, T., Ruoppila, T., Laukkanen, P. Kela Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 42, Helsinki.

Raassina A. 1994. Vanhuspolitiikka: lähtökohdat tulevaisuudelle. Sosiaali ja terveysministeriön julkaisuja 1994: 6, Helsinki.

Rennemark, M. 1999. Väitöskirja Wellbeing in old age - life history evaluations, sense of coherence and social networks in relation to health. Department of Psychology, Lund University.

Sailas, R., Mikkonen, S. 1994. 55+ Katsaus ikääntyvien elinoloihin, Elinolot 1994: 1 Tilastokeskus, Helsinki.

Sauli, H., Ahola, A., Lahelma, E., Savolainen, J. 1989. Elinolot numeroina- Elinolot 1989: 1 Tilastokeskus. Helsinki.

Schmitz, M., Russel, D., Cutrona, C. 1997. Perceived social support and social network influences on physician utilization among the elderly. Research in the Sociology of Health Care 14, 249-272.

Seeman, T., Bruce, M., McAvay, G. 1996. Social network characteristics and onset of ADL disability: McArthur Studies of successful Aging. Journal of Gerontology: Social Sciences 51B, S191-S200.

Seikkula, J. 1994. Sosiaaliset verkostot. Ammattiauttajan voimavarat kriisissä. Kirjayhtymä, Helsinki.

Stone, L., Rosenthal, C. 1996. Profiles of the social networks of Canada's elderly: An analysis of 1990 general social survey data. Kirjassa *The social networks of older people: A cross-national analysis*, 77-97. Toim. Litwin, H. Westport (CT): Praeger, Lontoo.

Sudman, S. 1985. Experiments in the measurement of size of social networks. *Social Networks* 7, 125-151.

Suutama, T., Salminen, K., Ruoppila, I. 1988. Fyysinen ja sosiaalinen toimintakyky. Osa 2 Julkaisussa : *Iäkkäiden elinolosuhteet sekä psyykinen ja sosiaalinen toimintakykyisyys*, 76-109. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M: 63, Helsinki.

Sydänmaa, P. 1999. 75- ja 80-vuotiaiden jyvaskyläläisten laitoshoidon käyttö vuosina 1990-1994 ja siihen yhteydessä olevat sosiaaliset tekijät. Gerontologian ja kansanterveyden pro gradu -tutkielma, Jyväskylän Yliopisto.

Unger, J., McAvay, G., Bruce, M., Berkman, L., Seeman, T. 1999. Variation in the impact of social network characteristics on physical functioning in elderly persons. *McArthur studies of successful aging. Journal of Gerontology: Social Sciences* 54B, S245-S251.

Uusitalo, H., Parpo, A., Hakkarainen, A. (Toim.) 2000. *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000. Stakes Raportteja 250*, Helsinki.

Vaarama, M., Hakkarainen, A., Laaksonen, S. 1999. *Vanhuusbarometri (1998). Sosiaali ja terveysministeriön selvityksiä 1999: 3*, Edita, Helsinki.

Van der Poel, M. 1993. Delineating personal support networks. *Social Networks* 1, 49-70.



Van Groenou, M., van Tilburg, T. 1996. Network analysis. Kirjassa Encyclopedia of gerontology age, aging and the aged. Volume 2, 197-210. Toim. Birren, J. Academic Press, Inc. Lontoo.

Walker, K., N., Macbride, A., Vachon, M. 1977. Social support networks and the crisis of bereavement. *Social Science and Medicine* 11, 35-41.

Wenger, C. 1984. *The supportive network: Coping with old age*. George Allen and Unwin Ltd, Lontoo.

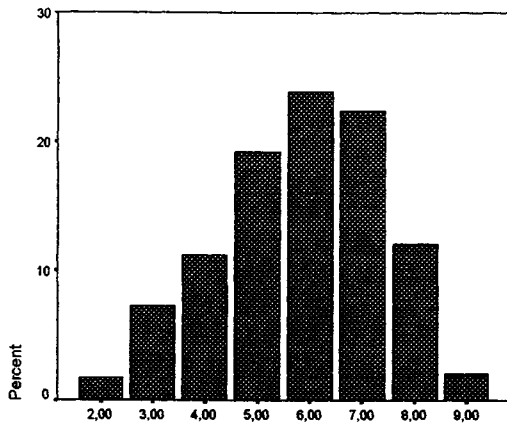
Wenger, C. 1991. A network typology: From theory to practice. *Journal of Aging Studies* 5, 147-162.

Wenger, C. 1996. Support network measurement and typology development in England and Wales. Kirjassa *The social networks of older people: A cross-national analysis*, 117-141. Toim. Litwin, H., Westport (CT): Praeger, Lontoo.

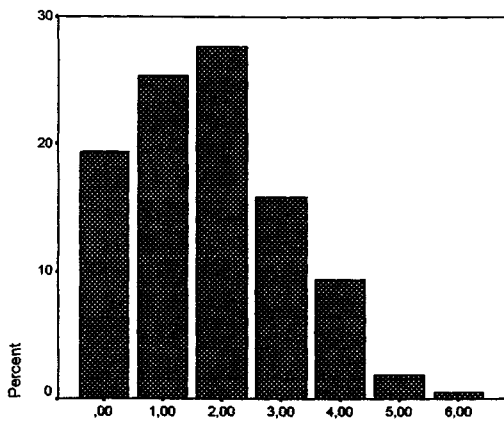
LIITE 1. LIITETAULUKKO 1. 72 - 82- ja 83 - 92-vuotiaiden jyvaskyläläisten miesten ja naisten siviilissäädyn, peruskoulutuksen, koetun terveyden, pääasiallisen asumisen, koetun terveyden, harrastuksia rajoittavan terveysongelman, pitkäaikaisen sairauden/vamman ja koetun toimintakyvyn frekvenssi- ja prosenttijakaumat.

Taustatekijä	72 - 82-vuotiaat				83 - 92-vuotiaat			
	Miehet		Naiset		Miehet		Naiset	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Siviilissäätö</b>								
Naimaton	8	5,5%	36	13,7%	1	1,5 %	34	18,2%
Avoliitossa/avoliitossa	98	67,1%	43	16,3%	38	57,6%	14	7,5%
Leski	27	18,5%	160	60,8%	23	34,8%	133	71,1%
Eronnut	13	8,9%	24	9,1%	4	6,1%	6	3,3%
Yhteensä n %	146	100,0%	263	100,0%	66	100,0%	187	100,0%
<b>Peruskoulutus</b>								
Vähemmän kuin kansak.	10	6,8%	9	3,5%	10	15,5%	16	8,9%
Kansakuolu/ jatkokoulu	115	78,8%	208	80,0%	48	75,0%	133	73,9%
Keskikoulu	9	6,2%	24	9,2%	3	4,7%	22	12,2%
Ylioppilas	12	8,2%	19	7,3%	3	4,7%	9	5,0%
Yhteensä n %	146	100,0%	260	100,0%	64	100,0%	180	100,0%
<b>Koettu taloudellinen tilanne</b>								
Erittäin hyvä	6	4,2%	16	6,2%	5	8,5%	12	7,2%
Hyvä	34	23,9%	73	28,4%	23	39,0%	59	35,3%
Tyydyttävä	92	64,8%	145	56,4%	29	49,2%	86	51,5%
Huono, erittäin huono	10	7,0%	23	8,9%	2	3,4%	10	6,0%
Yhteensä n %	142	100,0%	257	100,0%	59	100,0%	167	100,0%
<b>Pääasiallinen asumismuoto</b>								
Itsenäisesti omassa / palvelutalossa asuvat	129	88,4%	227	86,0%	49	74,2%	101	54,0%
Kotipalvelun ja/tai kotisairaanhoidon turvin	12	8,2%	20	7,6%	6	9,1%	40	21,4%
Pien-, vanhaikodissa tai sairaalassa asuvat	5	3,4%	17	6,4%	11	16,7%	46	24,6%
Yhteensä n %	146	100,0%	264	100,0%	66	100,0 %	187	100,0%
<b>Koettu terveys</b>								
Erittäin hyvä, hyvä	28	19,7%	59	22,8%	18	28,1%	35	20,2%
Tyydyttävä	80	56,3%	141	54,4%	28	34,8%	75	43,4%
Huono, erittäin huono	34	23,9%	59	22,8%	18	28,1%	63	36,4%
Yhteensä n %	142	100,0%	259	100,0%	64	100,0%	173	100,0%
<b>Harrastamista rajoittava terveysongelma</b>								
Erittäin paljon, paljon	37	26,4%	79	30,4%	21	32,8%	87	50,9%
Jonkin verran, vähän	41	29,3%	79	30,4%	20	31,1%	30	17,5%
Ei lainkaan	62	44,3%	102	39,2%	23	35,9%	54	31,6%
Yhteensä n %	140	100,0%	260	100,0%	64	100,0%	171	100,0%
<b>Häiritsevää pitkäaikais-sairaus/vamma</b>								
Eisairautta/vammaa	26	18,3%	15	23,1%	15	23,1%	20	11,5%
Sairaus/vamma ei häiritse	36	25,4%	8	12,3%	8	12,3%	16	9,2%
Sairaus/vamma häiritsee	80	56,3%	42	64,6%	42	64,6%	138	79,8%
Yhteensä n %	142	100,0%	65	100,0%	65	100,0%	174	100,0%
<b>Koettu toimintakyky</b>								
Erittäin hyvä, hyvä	29	20,4%	68	26,5%	15	23,4%	39	22,0%
Keskikertainen	87	61,3%	149	58,0%	27	42,2%	81	45,8%
Huono, erittäin huono	26	18,3%	40	15,6%	22	34,4%	57	32,2%
Yhteensä n %	142	100,0%	257	100,0%	64	100,0%	177	100,0%

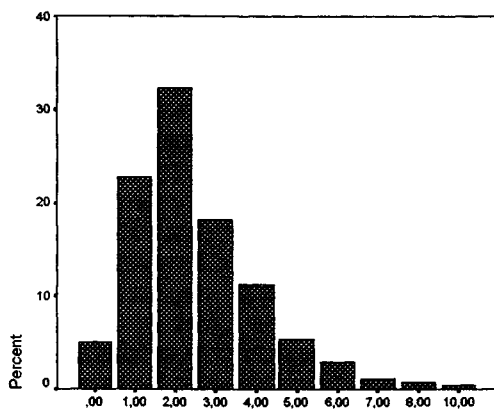
LIITE 1. Liitekuvio 1. Lähi-, harrastus- ja palveluverkoston summamuuttujat graafisesti esitettyinä.



Kuvio 1.1. Lähiverkoston summamuuttujan graafinen prosenttijakauma.



Kuvio 1.2. Harrastusverkoston summamuuttujan graafinen prosenttijakauma.



Kuvio 1.3. Palveluverkoston summamuuttujan graafinen prosenttijakauma.

Liitetaulukko 2 . Taustatekijöiden ja verkostotasojen kiinnittymistiheyden tilastollisesti merkitsevät ristiintaulukoinnit.

Taulukko 2.1. Taustatekijöiden ja lähiverkoston kiinnittymistiheyden ristiintaulukoinnin tilastollisesti merkitsevät tulokset. Tilastolliset testaukset  $X^2$  -testillä.

Taustatekijä	Lähiverkosto							
	Harva (2-4)		Keskimääräinen (5-6)		Tiheä (7-9)		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>72-82 -vuotiaat</b>								
Miehet	12	20,0 %	49	30,1 %	75	47,5 %	136	35,7 %
Naiset	48	80,0 %	114	69,9 %	83	52,5 %	245	64,3 %
<b>Yhteensä n %</b>	<b>60</b>	<b>100,0 %</b>	<b>163</b>	<b>100,0 %</b>	<b>158</b>	<b>100,0 %</b>	<b>381</b>	<b>100,0 %</b>

$X^2 = 18,234$   $df = 2$   $p < .001$

Taustatekijä	Lähiverkosto							
	Harva (2-4)		Keskimääräinen (5-6)		Tiheä (7-9)		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>83-92 -vuotiaat</b>								
Miehet	8	14,0 %	27	31,4 %	17	32,7 %	52	26,5 %
Naiset	49	86,0 %	49	86,0 %	36	67,9 %	144	73,5 %
<b>Yhteensä n %</b>	<b>57</b>	<b>100,0 %</b>	<b>86</b>	<b>100,0 %</b>	<b>53</b>	<b>100,0 %</b>	<b>196</b>	<b>100,0 %</b>

$X^2 = 6,446$   $df = 2$   $p < .040$

Taustatekijä	Lähiverkosto							
	Harva (2-4)		Keskimääräinen (5-6)		Tiheä (7-9)		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Siviilisääty</b>								
Naimaton	42	35,9 %	21	8,4 %	2	0,9 %	65	11,3 %
Avoliitossa/avoliitossa	17	14,5 %	58	23,3 %	102	48,3 %	177	30,7 %
Leski	50	42,7 %	152	61,0 %	92	43,6 %	294	51,0 %
Eronnut	8	6,8 %	18	7,2 %	15	7,1 %	41	7,1 %
<b>Yhteensä n %</b>	<b>117</b>	<b>100,0 %</b>	<b>249</b>	<b>100,0 %</b>	<b>211</b>	<b>100,0 %</b>	<b>577</b>	<b>100,0 %</b>

$X^2 = 129,341$   $df = 6$   $p < .001$

Taustatekijä	Lähiverkosto							
	Harva (2-4)		Keskimääräinen (5-6)		Tiheä (7-9)		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Pääasiallinen asumismuoto</b>								
Itsenäisesti asuvat	86	73,5 %	202	81,1 %	183	86,7 %	471	81,6 %
Kotipalv./kotisairh.turvin	22	18,8 %	27	10,8 %	21	10,0 %	70	12,1 %
Pienkoti/vanhainkoti/ sairaala ym.	9	7,7 %	20	8,0 %	7	3,3 %	36	6,2 %
<b>Yhteensä n %</b>	<b>117</b>	<b>100,0 %</b>	<b>249</b>	<b>100,0 %</b>	<b>211</b>	<b>100,0 %</b>	<b>577</b>	<b>100,0 %</b>

$X^2 = 11,651$   $df = 4$   $p < .020$

Taustatekijä	Lähiverkosto							
	Harva (2-4)		Keskimääräinen (5-6)		Tiheä (7-9)		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Koettu terveyden tila</b>								
Erittin hyvä/hyvä	25	21,7 %	67	26,7 %	36	17,1 %	128	22,3 %
Keskinkertainen	54	47,0 %	115	46,2 %	129	61,1 %	298	51,8 %
Erittäin huono/huono	36	31,3 %	67	26,9 %	46	21,8 %	149	25,9 %
<b>Yhteensä n %</b>	<b>115</b>	<b>100,0 %</b>	<b>249</b>	<b>100,0 %</b>	<b>211</b>	<b>100,0 %</b>	<b>575</b>	<b>100,0 %</b>

$X^2 = 13,338$   $df = 4$   $p < .010$

## Liitetaulukko 2. 1. jatkuu

Taustatekijä	Lähiverkosto							
	Harva (2-4)		Keskimääräinen (5-6)		Tiheä (7-9)		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Häiritsevä pitkäaikainen sairaus/vamma</b>								
Ei sairautta/vammaa	18	15,5 %	59	23,7 %	20	9,5 %	97	16,9 %
Sairaus/vamma ei häiritse	16	13,8 %	38	15,3 %	50	23,8 %	104	18,1 %
Sairaus/vamma häiritsee	82	70,7 %	152	61,0 %	140	66,7 %	374	65,0 %
<b>Yhteensä</b>	<b>116</b>	<b>100,0 %</b>	<b>249</b>	<b>100,0 %</b>	<b>210</b>	<b>100,0 %</b>	<b>575</b>	<b>100,0 %</b>

$X^2 = 21,069$   $df = 4$   $p < .001$

Taustatekijä	Lähiverkosto							
	Harva (2-4)		Keskimääräinen (5-6)		Tiheä (7-9)		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Terveysongelmat rajoittavat</b>								
Erittäin paljon/paljon	47	40,9 %	84	33,9 %	57	27,1 %	188	32,8 %
Jonkin verran/vähän	28	24,3 %	59	23,8 %	73	34,8 %	160	27,9 %
Ei ollenkaan	40	34,8 %	105	42,3 %	80	38,1 %	225	39,3 %
<b>Yhteensä</b>	<b>115</b>	<b>100,0 %</b>	<b>248</b>	<b>100,0 %</b>	<b>210</b>	<b>100,0 %</b>	<b>573</b>	<b>100,0 %</b>

$X^2 = 11,236$   $df = 4$   $p < .024$

Taustatekijä	Lähiverkosto							
	Harva (2-4)		Keskimääräinen (5-6)		Tiheä (7-9)		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Koettu toimintakyky</b>								
Erittäin hyvä/hyvä	30	25,9 %	67	26,9 %	45	21,3 %	142	24,7 %
Keskikertainen	49	42,2 %	133	53,4 %	135	64,0 %	317	55,0 %
Erittäin huono/huono	37	31,9 %	49	19,7 %	31	14,7 %	117	20,3 %
<b>Yhteensä</b>	<b>116</b>	<b>100,0 %</b>	<b>249</b>	<b>100,0 %</b>	<b>210</b>	<b>100,0 %</b>	<b>576</b>	<b>100,0 %</b>

$X^2 = 19,160$   $df = 4$   $p < .001$

Taulukko 2. 2. Taustatekijöiden ja harrastusverkoston kiinnittymistiheyden ristiintaulukoinnin tilastollisesti merkitsevät yhteydet. Tilastolliset testaukset  $X^2$ -testillä.

Taustatekijä	Harrastusverkosto							
	Harva (0)		Keskimääräinen (1-2)		Tiheä (3-6)		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Miehet</b>								
Nuoret	19	52,8 %	73	68,9 %	52	82,5 %	144	70,2 %
Vanhat	17	47,2 %	33	31,1 %	11	17,5 %	61	29,8 %
<b>Yhteensä</b>	<b>36</b>	<b>100,0 %</b>	<b>106</b>	<b>100,0 %</b>	<b>63</b>	<b>100,0 %</b>	<b>205</b>	<b>100,0 %</b>

$X^2 = 9,907$   $df = 2$   $p < .007$

<b>Naiset</b>								
Nuoret	33	38,8 %	141	62,4 %	83	75,5 %	257	61,0 %
Vanhat	52	61,2 %	85	37,6 %	27	24,5 %	164	39,0 %
<b>Yhteensä</b>	<b>85</b>	<b>100,0 %</b>	<b>226</b>	<b>100,0 %</b>	<b>110</b>	<b>100,0 %</b>	<b>421</b>	<b>100,0 %</b>

$X^2 = 27,427$   $df = 2$   $p < .001$

## Liitetaulukko2.2. jatkuu

Taustatekijä	Harrastusverkosto							
	Harva (0)		Keskimääräinen (1-2)		Tiheä(3-6)		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Peruskoulutus</b>								
Vähemmän kuin kansakoulu	9	7,6 %	27	8,2 %	7	4,0 %	43	6,9 %
Kansakoulu/jatkok.	99	83,9 %	256	77,6 %	126	72,8 %	481	77,5 %
Keskikoulu	8	6,8 %	26	7,9 %	22	12,7 %	56	9,0 %
Ylioppilas	2	1,7 %	21	6,4 %	18	10,4 %	41	6,6 %
<b>Yhteensä n %</b>	<b>118</b>	<b>100,0 %</b>	<b>330</b>	<b>100,0 %</b>	<b>173</b>	<b>100,0 %</b>	<b>621</b>	<b>100,0 %</b>

$X^2=15,894$   $df=6$   $p<.014$

Taustatekijä	Harrastusverkosto							
	Harva (0)		Keskimääräinen (1-2)		Tiheä (3-6)		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Pääasiallinen asuminen</b>								
Itsenäisesti asuvat	66	54,5%	272	81,9 %	157	90,8%	495	79,1 %
Kotipalvelun / kotisairaanhoidon turvin	32	26,4 %	33	9,9 %	8	4,6 %	73	11,7 %
Pienkoti/vanhainkoti sairaala ym. /	23	19,0 %	27	8,1 %	8	4,6 %	58	9,3 %
<b>Yhteensä</b>	<b>121</b>	<b>100,0 %</b>	<b>332</b>	<b>100,0 %</b>	<b>173</b>	<b>100,0 %</b>	<b>626</b>	<b>100,0 %</b>

$X^2 = 60,282$   $df = 4$   $p<.001$

Taustatekijä	Harrastusverkosto							
	Harva (0)		Keskimääräinen (1-2)		Tiheä (3-6)		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Koettu terveys</b>								
Erittäin hyvä/hyvä	14	12,6 %	73	22,1 %	51	29,5 %	138	22,5 %
Keskinkertainen	41	36,9 %	183	55,5 %	95	54,9 %	319	52,0 %
Huono/erittäin huono	56	50,0 %	74	22,4 %	27	15,6 %	157	25,6 %
<b>Yhteensä</b>	<b>111</b>	<b>100,0 %</b>	<b>330</b>	<b>100,0 %</b>	<b>173</b>	<b>100,0 %</b>	<b>614</b>	<b>100,0 %</b>

$X^2 = 49,352$   $df = 4$   $p<.001$

Taustatekijä	Harrastusverkosto							
	Harva (0)		Keskimääräinen (1-2)		Tiheä (3-6)		Yhteenä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Harrastuksia rajoittavat terveysongelmat</b>								
Erittäin paljon/paljon	60	54,5 %	119	36,2 %	28	16,3 %	207	33,9 %
Jonkin verran/vähän	15	13,6 %	88	26,7 %	65	37,8 %	168	27,5 %
Ei lainkaan	35	31,8 %	122	37,1 %	79	45,9 %	236	38,6 %
<b>Yhteensä n %</b>	<b>110</b>	<b>100,0 %</b>	<b>329</b>	<b>100,0 %</b>	<b>172</b>	<b>100,0 %</b>	<b>611</b>	<b>100,0 %</b>

$X^2 = 48,383$   $df = 4$   $p<.001$

Taustatekijä	Harrastusverkosto							
	Harva (0)		Keskimääräinen (1-2)		Tiheä (3-6)		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Koettu toimintakyky</b>								
Erittäin hyvä/hyvä	14	12,6 %	78	23,6 %	57	32,9 %	149	24,2 %
Keskinkertainen	48	43,2 %	190	57,4 %	103	59,5 %	341	55,4 %
Huono/erittäin huon	49	44,1 %	63	19,0 %	13	7,5 %	125	20,3 %
<b>Yhteensä n %</b>	<b>111</b>	<b>100,0 %</b>	<b>331</b>	<b>100,0 %</b>	<b>173</b>	<b>100,0 %</b>	<b>615</b>	<b>100,0 %</b>

$X^2 = 60,627$   $df = 4$   $p<.001$

Taulukko 2.3. Taustatekijöiden ja palveluverkoston tiheyden ristiintaulukoinnin tilastollisesti merkitsevät tulokset. Tilastolliset testaukset  $X^2$  -testillä.

Taustatekijä	Palveluverkosto							
	Harva (0-1)		Keskimääräinen (2-3)		Tiheä (4-10)		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>83-92-vuotiaat</b>								
Miehet	19	36,5 %	20	27,4 %	8	15,1 %	47	26,4 %
Naiset	33	63,5 %	53	72,6 %	45	84,9 %	131	73,6 %
<b>Yhteensä n %</b>	<b>52</b>	<b>100,0 %</b>	<b>73</b>	<b>100,0 %</b>	<b>53</b>	<b>100,0 %</b>	<b>176</b>	<b>100,0 %</b>
$X^2 = 6,274$ df = 2 p<.043								
<b>Miehet</b>								
72-82-vuotiaat	31	62,0 %	80	80,0 %	24	75,0 %	135	74,2 %
83-92-vuotiaat	19	38,0 %	20	20,0 %	8	25,0 %	47	25,8 %
<b>Yhteensä n %</b>	<b>50</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100</b>	<b>100,0 %</b>	<b>32</b>	<b>100,0 %</b>	<b>182</b>	<b>100,0 %</b>
$X^2 = 5,652$ df = 2 p<.059								
<b>Naiset</b>								
72-82-vuotiaat	72	68,6 %	130	71,0 %	44	49,4 %	246	65,3 %
83-92-vuotiaat	33	31,4 %	53	29,0 %	45	50,6 %	131	34,7 %
<b>Yhteensä n %</b>	<b>105</b>	<b>100,0 %</b>	<b>183</b>	<b>100,0 %</b>	<b>89</b>	<b>100,0 %</b>	<b>377</b>	<b>100,0 %</b>
$X^2 = 13,029$ df = 2 p<.001								
Taustatekijä	Palveluverkosto							
	Harva (0-1)		Keskimääräinen (2-3)		Tiheä (4-10)		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Pääasiallinen asumismuoto</b>								
Itsenäisesti asuvat	148	95,5 %	257	90,8 %	69	57,0 %	474	84,8 %
Kotipalvelun/koti-sairaanhoidon turvin	6	3,9 %	20	7,1 %	38	31,4 %	64	11,4 %
Pienkoti/vanhainkoti/sairaala ym.	1	0,6 %	6	2,1 %	14	11,6 %	21	3,8 %
<b>Yhteensä n %</b>	<b>155</b>	<b>100,0 %</b>	<b>283</b>	<b>100,0 %</b>	<b>121</b>	<b>100,0 %</b>	<b>559</b>	<b>100,0 %</b>
$X^2 = 94,587$ df = 4 p<.001								
Taustatekijä	Palveluverkosto							
	Harva (0-1)		Keskimääräinen (2-3)		Tiheä (4-10)		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Koettu terveys</b>								
Erittäin hyvä/hyvä	52	33,8 %	62	21,9 %	16	13,2 %	130	23,3 %
Keskinkertainen	82	53,2 %	167	59,0 %	50	41,3 %	299	53,6 %
Huono/erittäin huono	20	13,0 %	54	19,1 %	55	45,5 %	129	23,1 %
<b>Yhteensä n %</b>	<b>154</b>	<b>100,0 %</b>	<b>283</b>	<b>100,0 %</b>	<b>121</b>	<b>100,0 %</b>	<b>558</b>	<b>100,0 %</b>
$X^2 = 52,649$ df = 4 p<.001								

## Liitetaulukko 2.3. jatkuu

Taustatekijä	Palveluverkosto							
	Harva (0-1)		Keskimääräinen (2-3)		Tiheä (4-10)		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Harrastamista rajoittavat terveysongelmat</b>								
Erittäin paljon/paljon	26	16,9 %	81	28,8 %	62	51,7 %	169	30,5 %
Jonkin verran/vähän	46	29,9 %	82	29,2 %	36	30,0 %	164	29,5 %
Ei lainkaan	82	53,2 %	118	42,0 %	22	18,3 %	222	40,0 %
<b>Yhteensä n %</b>	<b>154</b>	<b>100,0 %</b>	<b>281</b>	<b>100,0 %</b>	<b>120</b>	<b>100,0 %</b>	<b>555</b>	<b>100,0 %</b>

$X^2 = 48,436$   $df = 4$   $p < .001$

Taustatekijä	Palveluverkosto							
	Harva (0-1)		Keskimääräinen (2-3)		Tiheä (4-10)		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Pitkäaikaissairaus/vamma</b>								
Ei sairautta/ vammaa	49	31,8 %	46	16,3 %	9	7,5 %	104	18,7 %
Sairaus/vamma ei häiritse	33	21,4 %	56	19,8 %	12	10,0 %	101	18,1 %
Sairaus/vamma häiritsee	72	46,8 %	181	64,0 %	99	82,5 %	352	63,2 %
<b>Yhteensä n %</b>	<b>154</b>	<b>100,0 %</b>	<b>283</b>	<b>100,0 %</b>	<b>120</b>	<b>100,0 %</b>	<b>557</b>	<b>100,0 %</b>

$X^2 = 42,579$   $df = 4$   $p < .001$

Taustatekijä	Palveluverkosto							
	Harva (0-1)		Keskimääräinen (2-3)		Tiheä (4-10)		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Koettu toimintakyky</b>								
Erittäin hyvä/hyvä	61	39,4 %	68	24,1 %	14	11,4 %	143	25,5 %
Keskinkertainen	84	54,2 %	176	62,4 %	59	48,8 %	319	57,2 %
Huono/erittäin huono	10	6,5 %	38	13,5 %	48	39,7 %	96	17,2 %
<b>Yhteensä n %</b>	<b>155</b>	<b>100,0 %</b>	<b>282</b>	<b>100,0 %</b>	<b>121</b>	<b>100,0 %</b>	<b>558</b>	<b>100,0 %</b>

$X^2 = 72,263$   $df = 4$   $p < .001$



## HENKILÖTIEDOT

1. Sukupuoli

- 1 mies
- 2 nainen

2. Oletteko naimaton, naimisissa, avoliitossa, leski vai eronnut?

- 1 naimaton
- 2 naimisissa
- 3 avoliitossa
- 4 leski
- 5 eronnut

10. Kuinka monta elossa olevaa lasta teillä on?

\_\_\_\_\_ lasta

11. Kuinka monta lastenlasta teillä on?

\_\_\_\_\_ lastenlasta

205. Kuinka monta lastenlastenlasta teillä on?

\_\_\_\_\_ lastenlastenlasta

18. Montako elossa olevaa siskoa tai veljeä teillä on?

\_\_\_\_\_ veljeä \_\_\_\_\_ siskoa

91. Kuinka suuri on *tuttavapiirinne* eli ihmiset, joita tapaatte kutakuinkin säännöllisesti (mukaan ei lasketa puolisoa, lapsia, lastenlapsia, sisaruksia eikä vanhempia)?

- 0 en tapaa ketään säännöllisesti
- 1 1-2 henkilöä
- 2 3-5 henkilöä
- 3 6-10 henkilöä
- 4 enemmän kuin 10 henkilöä

92. Kuinka monta hyvää läheistä *ystävää* teillä mielestänne on? (Mukaan ei lasketa puolisoa, lapsia, lastenlapsia, sisaria eikä veljiä.) \_\_\_\_\_

94. Mikä seuraavista toteamuksista kuvaa parhaiten suhdettanne naapureihin?
- 1 autamme toisiamme aina tarvittaessa
  - 2 vieraillemme usein toistemme luona
  - 3 naapuruussuhteet ovat hyvät, mutta vieraillemme harvoin toistemme luona
  - 4 juttelemme ja tervehdimme toisiamme, mutta emme vieraile toistemme luona
  - 5 emme ole tekemisissä toistemme kanssa
136. Osallistutteko järjestötoimintaan (jäsenenä)?
- 0 en
  - 1 satunnaisesti
  - 2 säännöllisesti
137. Osallistutteko seurakunnan toimintaan?
- 0 en
  - 1 satunnaisesti
  - 2 säännöllisesti
239. Opiskeletteko tällä hetkellä työväen-/kansalaisopistossa?
- 0 en
  - 1 kyllä
38. Opiskeletteko tällä hetkellä Ikääntyvien yliopistossa?
- 0 en
  - 1 kyllä
146. Kuinka usein teette vähintään pari päivää kestäviä matkoja kotimaassa?
- 0 en koskaan
  - 2 noin kerran vuodessa tai harvemmin
  - 3 joitakin kertoja vuodessa
  - 4 noin kerran kuukaudessa
  - 5 noin kerran viikossa
240. Kuinka usein teette matkoja ulkomaille?
- 0 en koskaan
  - 2 noin kerran vuodessa tai harvemmin
  - 3 joitakin kertoja vuodessa
  - 4 noin kerran kuukaudessa
  - 5 noin kerran viikossa
59. Oletteko osallistunut ohjattuun liikuntatoimintaan (esim. ohjattu kuntovoimistelu, vesivoimistelu, tms. viimeisen vuoden aikana?)
- 0 en
  - 1 kyllä

## LÄÄKÄRISSÄKÄYNNIT

11. Kuinka monta kertaa viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana *yhteensä* olette käynyt lääkärissä? (Kaikki lääkärissäkäynnit, myös hammaslääkäri, yksityislääkäri)

- 0 en ole käynyt ollenkaan  
1 olen käynyt noin \_\_\_\_\_ kertaa

(Jos vastaus on en, siirry kysymykseen 13)

1. *Montako kertaa* olette viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana käyttänyt seuraavia *kaupungin* tarjoamia (ei yksityisiä) *avoterveydenhuollon* palveluja (terveyskeskus) (ei sairaala)?

Olen käynyt lääkärissä \_\_\_\_\_

Kotisairaanhoidaja on käynyt luonani \_\_\_\_\_

Olen käynyt neuvolassa/terveydenhoitajan/  
sairaanhoitajan luona \_\_\_\_\_

Olen ollut fysioterapiassa \_\_\_\_\_  
(lääkintävoimistelija/kuntohoitaja)

Olen käynyt psykologin luona \_\_\_\_\_

Olen käynyt laboratoriossa \_\_\_\_\_

Olen käynyt röntgenissä \_\_\_\_\_

Olen käynyt hammashoidossa \_\_\_\_\_  
(sis. myös hammaslääkäriin)

Lääkäri on käynyt luonani kotikäynnillä \_\_\_\_\_

Olen käynyt puheterapiassa \_\_\_\_\_

Muu, mikä? \_\_\_\_\_

104. Jos olette tuntenut tarvetta turvautua asiantuntija-apuun mielenterveyttänne koskevissa asioissa, oletteko käyttänyt mielenterveyspalveluja?

- 0 en  
1 kyllä

101. Oletteko käyttänyt maksullisia *yksityisiä* kotisairaanhoido-  
palveluja?

- 0 en  
1 kyllä

102. Oletteko käyttänyt *yksityissairaalapalveluita* (Suomessa tai ulkomailla) vuonna 1988 tehdyn haastattelun jälkeen?

- 0 en  
1 kyllä

3. Oletteko ollut vuoden 1988 jälkeen hoidossa *terveyskeskukse* (Kyllö, Pitkätatu, Mattila, Vuoristosairaala)

- 0 en  
1 kyllä \_\_\_\_\_ kertaa

(Jos vastaus en, siirry kysymykseen 100.)

7. Oletteko ollut *keskussairaalan* osastolla, sädesairaalan tai Kinkomaan sairaalan osastoilla hoidettavana viimeisten 12 kuukauden aikana?
- 0 en
- 1 kyllä \_\_\_\_\_ kertaa
- (Jos 7 = en, siirry kysymykseen 101.)

107. Oletteko käyttänyt Jyväskylän kaupungin tarjoamia päiväkeskuspalveluja?
- 0 en
- 1 kyllä \_\_\_\_\_ kertaa viimeksi kuluneiden 12 kk:n aikana

- Oletteko käyttänyt Jyväskylän Keljonkadun vanhainkodin päiväosaston palveluja?
- 0 en
- 1 kyllä \_\_\_\_\_ kertaa viimeksi kuluneiden 12 kk:n aikana.

- Oletteko ollut hoidossa vanhainkodissa?
- 0 en
- 1 kyllä

6. Käykö teidän luonanne joku seuraavista henkilöistä teitä auttamassa ja jos käy, kuinka usein?

- 4 vapaaehtois-  
työntekijät \_\_\_\_\_
- 3 diakonissa \_\_\_\_\_

4. Onko ystäväpalvelu tai lähimmäispalvelu teidän käyttämänne palvelumuoto?

- 0 ei
- 1 kyllä
- (Jos ei, siirry kysymykseen 57)

8. Mikä on pääasiallinen asumismuotonne?

- 1 tavallisessa yksityisasunnossa itsenäisesti  
(ilman virallista apua)
- 2 vanhustentalossa itsenäisesti (ilman virallista apua)
- 3 tavallisessa yksityisasunnossa kotipalvelun tai kotisairaanhoidon turvin
- 4 vanhustentalossa kotipalvelun tai kotisairaanhoidon turvin
- 5 pienkoti/palvelukoti/palvelutalo
- 6 vanhainkoti
- 7 sairaala
- 8 muu, mikä? \_\_\_\_\_

214. Kuinka monta henkilöä Teidän lisäksi asuu samassa asunnossa?

---

215. Keitä nämä henkilöt ovat?

		kyllä	ei
1	puoliso	1	0
2	omat tai puolison vanhemmat	1	0
3	lapsia	1	0
4	lapsenlapsia	1	0
5	sukulaisia	1	0
6	muita, keitä?	1	0

110. Asuuko joku lapsistanne samalla paikkakunnalla kuin te itse?

- 0 ei ole lapsia
- 1 kyllä
- 2 ei

19. Mikä on peruskoulutuksenne?

- 1 vähemmän kuin kansakoulu (kiertokoulu, valmistava koulu)
- 2 kansakoulu, jatkokoulu \_\_\_\_\_ vuotta
- 3 keskikoulu
- 4 ylioppilas

30. Millaiseksi koette taloudellisen tilanteenne tällä hetkellä?

- 1 erittäin hyväksi
- 2 melko hyväksi
- 3 tyydyttäväksi
- 4 melko huonoksi
- 5 erittäin huonoksi

35. Millaiseksi koette terveydentilanne tällä hetkellä?

- 1 erittäin hyvä
- 2 hyvä
- 3 keskinkertainen
- 4 huono
- 5 erittäin huono

65. Onko toimintakykynne tai kuntonne yleisesti tällä hetkellä mielestär

- 1 erittäin hyvä
- 2 hyvä
- 3 keskinkertainen
- 4 huono
- 5 erittäin huono

39. Mikä on pahiten *jokapäiväistä* elämääänne häiritsevä ja vaikeuttava sairaus tai vamma?

1

0 ei sairautta tai vammaa

2 on sairaus, mutta ei häiritse

40. Rajoittavatko terveysongelmat teitä harrastamasta sitä mitä haluaisitte harrastaa?

1 erittäin paljon

2 paljon

3 jonkin verran

4 vähän

5 ei ollenkaan

96. Oletteko mielestänne yksinäinen?

0 en ole mielestäni yksinäinen

1 olen yksinäinen silloin tällöin

2 olen aika yksinäinen

3 olen hyvin yksinäinen