

SOC-MENETELMÄN LUOTETTAVUUS
VALIKOINNIN, OPTIMOINNIN JA KOMPENSOINNIN YHTEYS
PSYYKKISEEN TOIMINTAKYKYYN

Hanna-Kaisa Pentikäinen

Pro gradu-tutkielma

Jyväskylän yliopisto

Psykologian laitos

Tammikuu 2007

TIIVISTELMÄ

SOC-menetelmän luotettavuus

Valikoinnin, optimoinnin ja kompensoinnin yhteys psyykkiseen toimintakykyyn

Tekijä: Hanna-Kaisa Pentikäinen

Ohjaaja: Yliassistentti Timo Suutama ja Tutkija Raija Leinonen

Kehityspsykologian pro gradu-tutkielma

Jyväskylän yliopisto, psykologian laitos

Tammikuu 2007

Sivujen määrä: 30 sivua, 1 liite

Tämän tutkielman tavoitteena oli tutkia valikointia, optimointia ja kompensointia tarkastelevan menetelmän luotettavuutta. Tarkastelun kohteena oli lyhennetty versio alkuperäisestä SOC-kyselylomakkeesta ja se sisälsi yhteensä 12 kysymystä, omaehtoinen valinta, menetyksiin perustuva valinta, optimointi ja kompensointi jokainen 3 kysymystä. Lisäksi tarkasteltiin SOC-käyttäytymisen yhteyttä mielialaan, kognitiiviseen kyvykkyyteen ja koettuun terveydentilaan. Yhteyksiä tarkasteltiin sekä alkututkimuksessa että seurannassa. Tutkielman aineistona käytettiin Ikääntyvien henkilöiden liikuntaneuvonta-projektin aineistoa, joka kerättiin vuosina 2003–2005. Tutkittavana oli otos 75–81-vuotiaita jyvaskyläläisiä (n=657), joista tähän tutkimukseen valikoituivat kaikki SOC-kyselylomakkeeseen vastanneet. SOC-menetelmän toimivuuden tarkastelu toteutettiin reliabiliteettianalyysillä ja Spearmanin korrelaatiokertoimen avulla. Joka kysymysosa-alueesta muodostettiin keskiarvosummamuuttujat ja Spearmanin korrelaatiokertoimella tutkittiin osa-alueiden pysyvyyskertoimia. SOC-käyttäytymisen yhteyksiä mielialaan, kognitiiviseen kyvykkyyteen ja koettuun terveydentilaan tarkasteltiin ryhmien keskiarvojen vertailulla. Osa-alueiden kysymykset korreloivat keskenään ja useimmat yhteydet olivat positiivisia ja tilastollisesti merkitseviä. Kovin korkeita korrelaatioita eivät kuitenkaan olleet, joten kysymysosa-alueiden reliabiliteetitkin varsinkin ensimmäisellä tutkimuskerralla jäivät melko alhaisiksi. Pysyvyyskertoimien tarkastelu osoitti, että ainoastaan valintaosiot ensimmäisellä ja toisella tutkimuskerralla korreloivat toisiinsa tilastollisesti merkitsevästi. Näiden tutkimustulosten valossa SOC-menetelmän lyhyempää, suomennettua versiota ei voi pitää kovin luotettavana menetelmänä. Ainoastaan valintaa voidaan pitää toimivana osa-alueena kyselylomakkeessa. Tutkimus osoitti, että terveydentilansa huonoksi ja hyväksi kokeneet erosivat toisistaan SOC-käyttäytymisessä: terveydentilansa huonoksi kokeneet käyttivät enemmän valintaa ja optimointia kuin terveydentilansa hyväksi kokeneet. Lisäksi kognitiivisesti kyvykkäät käyttivät valintaa enemmän kuin kognitiivisesti heikentyneet ja ei-masentuneet kompensointia enemmän kuin masentuneet. Erot eivät kuitenkaan olleet yhdenmukaisia molemmilla tutkimuserroilla.

Avainsanat: SOC-käyttäytyminen, valikointi, optimointi, kompensointi, onnistuva vanheneminen

SISÄLTÖ

1. JOHDANTO	3
2. MENETELMÄ	13
2.1 Tutkittavat	13
2.2 Menetelmät	13
2.3 Tilastolliset analyysit.....	15
3. TULOKSET	17
4. POHDINTA	22
LÄHTEET.....	27
LIITTEET	

1. JOHDANTO

Vanhuus ei ole mikään tämän päivän ilmiö, vaikka se onkin viime aikoina noussut keskusteluissa aivan uudenlaiseen valoon. Vanhoja ihmisiä ja vanhuutta on aina ollut, mutta eliniän kasvun johdosta lähestytään nyt uutta yhteiskunnallista tilannetta (Jyrkämä, 2001). Vanheneminen on nykyisin paremminkin enemmistön kuin vähemmistön kokemus, ja enemmistön koon lasketaan tulevaisuudessa kasvavan (Stuart-Hamilton, 1996). Erityisen nopeasti kasvaa kaikkein vanhin ikäluokka ja he ovat myös terveydentilaltaan hauraampia ja helpommin sairastuvia kuin nuoremmat (Heikinheimo, 1993; Jyrkämä, 2001). Tämä väestöllinen kehitys tuottaa monenlaisia muutoksia ja haasteita niin julkiselle vallalle ja sen instituutioille kuin myös kansalaisyhteiskunnalle, suvuille, perheille ja tietenkin myös yksilöille itselleen (Jyrkämä, 2001).

Yksilön näkökulmasta vanheneminen merkitsee milloin hitaampaa, milloin nopeampaa, mutta joka tapauksessa jossakin vaiheessa fyysisen ja osin myös psyykkisen kunnan heikentymistä (Jyrkämä, 2001). Hervonen (1993) toteaaakin, että on aina helpompi hidastaa jotakin haitallista prosessia kuin estää se kokonaan. Se, missä vaiheessa nämä haitalliset tai vähemmän haitalliset prosessit ilmenevät, on yksilöllistä, sillä iäkkäät ovat hyvin heterogeeninen ryhmä. Iäkkäät eivät eroa toisistaan ainoastaan terveydentilansa ja toimintakykynsä, vaan myös elämäkokemuksensa sekä taloudellisten ja sosiaalisten voimavarojensa suhteen (Helin, 2002).

Usein ikääntyviin liittyvät puheet ovat hyvin negatiivissävytteisiä. Milloin puhutaan uhkaavasta eläkepommista, milloin hyvinvointivaltion kyvyttömyydestä hoitaa iäkkäitä kansalaisiaan, milloin ylikansoittuvista laitoksista ja milloin uupuneista läheisistä omahoitajina (Jyrkämä, 2001). Sairauslähtöinen paradigma on osaltaan ruokkinut pessimististä käsitystä vanhuudesta ja ollut luomassa iäkkäiden syrjintää (Heikkinen, 2002). Jyrkämä (2001) muistuttaa, että ikääntyminen ja vanhuus näyttäytyvät yhtäältä myös uutena aktiivisuuden, uudenlaisten elämis- ja kulutusmahdollisuuksien kautena. Tämän mahdollistavat iäkkäiden parantunut terveydentila ja toimintakyky, korkeampi koulutustaso sekä kohentunut taloudellinen tilanne (Heikkinen, 2000). Rautio (2006) on havainnut

väitöskirjassaan korkeamman sosioekonomisen aseman kytkeytyvän parempaan fyysiseen toimintakykyyn ja kognitiiviseen kapasiteettiin sekä vähäisempään vaikeuteen suoriutua päivittäisistä perustoiminnoista ja asioiden hoitamisesta. Vanhuuden ei tarvitse olla passiivista luopumisen ja vastaanottamisen aikaa, vaan se voi tarjota myös uusia mahdollisuuksia (Lehtinen, 2000). Jyrkämän (2001) mielestä tällä hetkellä kaivataankin sellaisia ratkaisuja, jotka antavat ikääntyneille samanlaisen oikeuden olla tavallisia ihmisiä ja viettää yhtä ihmisarvoista elämää kuin muutkin.

Onnistuvan vanhenemisen käsitteen ovat alun perin luoneet Rowe ja Kahn (1987). He määrittelevät sen vähäisenä sairauksien ja sairauksiin liittyvän toiminnanvajavuuden todennäköisyytenä, hyvänä kognitiivisena ja fyysisenä kapasiteettina sekä aktiivisena elämänotteena. Paul ja Margaret Baltes (1990) ovat sitä mieltä, ettei onnistuva vanheneminen ole mikään yksinkertainen käsite. Heidän mielestään se vaatii aina arvoperusteisen, systeemisen ja ekologisen näkökannan sekä tietyn kulttuurisen kontekstin huomioonottamista. Myös subjektiivisten ja objektiivisten mittareiden käyttö on tarpeen. Heikkisen (2003) mukaan onnistuvan vanhenemisen edistäminen edellyttää muutoksia ja toimenpiteitä monella yhteiskunnan alueella. Vanhenemistä koskevan tiedon syventäminen ja soveltaminen yhteiskuntasuunnittelussa on tärkeää. Liikkumisen turvallisuuteen, palvelujen saavutettavuuteen ja sosiaaliseen osallistumiseen liittyvät ratkaisut vaikuttavat monella tavalla onnistuvaan vanhenemiseen (Heikkinen, 2000).

Eriytyisen tärkeää tiedon syventäminen on palvelualalla, sillä kun iäkkäimpien ihmisten eli 80 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä kasvaa, kasvaa myös hoidon ja hoivan kysyntä (Heikkinen, 2003; Helin, 2002). Negatiiviset stereotypiat palvelualalla työskentelevien ammattilaisten keskuudessa voivat heikentää palvelujen kehittämistä ja iäkkäiden palveluihin hakeutumista (Heikkinen, 2000). Helin (2000) tuo esille, että esimerkiksi terveydenhuollon puolella kokemus huonosta kohtelusta, epäselviksi jääneistä diagnooseista, jatkohoidon asioista tai hankaluudesta päästä hoitoon voi lamaannuttaa iäkkään ihmisen halun hakeutua hoitoon silloinkin, kun sitä todella tarvittaisiin. Myös taudin määrittely saattaa ikääntyneillä usein viivästyä, koska sairauksien ensioireita selitetään helposti pelkästään vanhenemisen merkeiksi, siihen liittyviksi ja sen mukana automaattisesti tuleviksi (Heikinheimo, 1993). Palvelujärjestelmän henkilöstön tulee

ymmärtää normaaliin vanhenemiseen liittyvät tekijät sekä se, miten sairaudet mahdollisesti rajoittavat ihmisen kykyä selviytyä palvelujärjestelmässä asioinnista (Helin, 2002).

Heikkinen (2003) korostaa, että myös ikääntyvän väestön itsensä tiedollisia ja taidollisia edellytyksiä vaikuttaa vanhenemiseensa täytyy lisätä. Hänen mielestään ikääntyvien hyvinvoinnin ylläpitäminen edellyttää pitkällä aikavälillä toimenpiteitä, jotka kohdistuvat aikaisempien elämänvaiheiden elinoloihin ja elintapoihin. Tämän päivän vanhojen ihmisten hyvinvointia voidaan taas parantaa voimistamalla niitä ajankohtaisia tekijöitä, jotka edistävät onnistuvaa vanhenemista kohti hyvää vanhuutta.

Marin (2002) tuo esille myös käsitteen onnistuneesti vanheneva yhteiskunta. Tällä hänen mielestään tarkoitetaan sellaista yhteiskuntaa, joka ei pidä mitään tiettyä ikäryhmää uhkana, onnettomuutena, taakkana tai vaivana eikä koe ikäryhmiä myöskään hyödyttöminä tai tarpeettomina. Onnistuneesti vanhenevassa yhteiskunnassa ei myöskään ole ikäryhmiä, joita piilotetaan tai laiminlyödään, vaan kaikenikäisillä on mahdollisuus näkyä, toimia ja vaikuttaa.

Paul ja Margaret Baltiesin kollegoineen kehittämä SOC-malli (selective optimization with compensation) kuvaa sopeutumisprosessia, johon ihmiset sitoutuvat todennäköisesti koko elämänsä ajan. SOC-mallin mukaan onnistunut yksilönkehitys, ikääntyminen mukaan lukien, koostuu kolmesta osatekijästä: valikoinnista (selection), optimoinnista (optimization) ja kompensoinnista (compensation) (Baltes & Baltes, 1990). Nämä prosessit voivat olla aktiivisia tai passiivisia, ulkoisia tai sisäisiä ja tietoisia tai tiedostamattomia (Baltes & Freund, 2003).

Valikoinnissa korostetaan voimavarojen rajoittumista (Freund, Li, & Baltes, 1999). Se voi merkitä jonkun toiminnan välttämistä kokonaan tai joidenkin tehtävien ja tavoitteiden rajoittumista (Baltes, 1996). Valikoinnissa pääpaino on tavoitteiden asettamisessa. Tarkoituksena on rajoittaa toimintoja harvempiin ja kaikkein tärkeimpiin (Bajor & Baltes, 2003). Erityisen merkittävä rooli valikoinnilla on ikääntyessä, jolloin voimavarojen heikentyminen on yleisempää kuin muissa ikävaiheissa. Tällöin tavoitteiden valinta on tärkeää, koska pienentyneiden resurssien takia kaikki tavoitteet eivät voi olla yhtä korkealla (Freund & Baltes, 1998). Ikääntyvä ihminen valitsee ja keskittyy niihin toimintoihin, jotka ovat hänelle kaikista tärkeimpiä ja joissa ympäristön vaatimukset, omat mieltymykset ja biologinen kapasiteetti ovat sopivassa suhteessa keskenään (Baltes, 1996).

Haluttomuus luopua tai rajoittaa toimintaa saattaa merkitä valikoinnin käyttöä erityisesti silloin, kun on kyseessä vakava sairaus, kun omat sosiaaliset resurssit ovat puutteelliset eivätkä muut pysty auttamaan tai kun ihminen kokee itsensä avuttomaksi ja voimavaransa uhatuksi (Gignac, Cott & Badley, 2002). Kun ikääntyvän kapasiteettikynnys ylittyy, tulee hyödyllisemmäksi vähentää niitä toimintoja, jotka pitää hallita ja hallita nämä jäljelle jääneet hyvin (Dixon, 1995). Vaikka valikointi useimmiten merkitseekin joidenkin vaativampien tehtävien ja tavoitteiden rajoittumista, voi sen myös nähdä uusien ja muunnettujen tavoitteiden omaksumisena (Baltes, 1996).

Valikointi jaetaan omaehtoiseen valintaan (elective selection) ja menetyksiin perustavaan valintaan (loss-based selection). Omaehtoisessa valinnassa tähdätään haluttuun päämäärään ja keskitytään tunnistamaan ne tavoitteet, joihin voimavarat suunnataan (Freund & Baltes, 2002b; Bajor & Baltes, 2003). Sitä tapahtuu silloin, kun ihmisellä on voimavarojensa puitteissa mahdollisuus valita eri vaihtoehtojen väliltä (Heikkinen, 2002). Freundin (1997) mielestä tavoitteiden valintaa voivat helpottaa muun muassa ikään liittyvät odotukset, sillä ne antavat suuntaa tiettyyn ikävaiheeseen kuuluvista tehtävistä. Menetyksiin perustuvasta valinnasta puhutaan silloin, kun on koettu menetys joissakin tavoitteiden kannalta keskeisissä keinoissa, mikä siten uhkaa tarvittavan toiminnantason ylläpitoa (Freund & Baltes, 2002b). Menetyksiin perustuva valinta on siis reaktio voimavarojen laskuun ja aiemmin käytettävissä olleiden keinojen menetykseen, ja sillä voidaan tarkoittaa esimerkiksi tavoitehierarkian uudelleen rakentamista tai uusien tavoitteiden etsimistä (Freund & Baltes, 1998).

Margaret Baltesin (1996) mukaan valikointi voi olla proaktiivista tai reaktiivista. Ihmiset voivat proaktiivisesti tarkkailla toimintaansa, ennustaa tulevaisuuden muutoksia ja menetyksiä ja yrittää löytää sellaisia tehtäviä ja toimintoja, jotka jäävät jäljelle menetysten jälkeenkkin. Reaktiivista valikointia tapahtuu taas silloin, kun jokin ennustamaton tai äkkinäinen muutos pakottaa ihmisen tekemään valinnan.

Optimoinnin lähtökohtana on ajatus siitä, että myös vanhat ihmiset voivat sitoutua toimintaan, joka rikastuttaa ja kartuttaa voimavaroja ja samalla edistää elämän laatua ja määrää (Baltes, 1996). Optimointi on sisäisten ja ulkoisten voimavarojen käyttöä korkeampien toiminnantasojen saavuttamisessa (Freund & Baltes, 1998). Ajan ja energian investoiminen tavoitteiden kannalta olennaisten keinojen hankintaan, hiomiseen ja

työstämiseen sekä taitavampien yksilöiden jäljittely ovat esimerkkejä optimoinnista (Wiese, Freund, & Baltes, 2000). Optimointi voi liittyä jo olemassa olevien tavoitteiden ja odotuksien edelleen kehittämiseen tai vastaavasti uusien tavoitteiden kehittämiseen (Baltes, 1996). Todennäköisimmin optimointirytykset tuottavat halutun toiminnantason silloin, kun ne keskitetään tiettyihin, tarkoituksenmukaisiin toimintoihin eikä hajauteta niitä monen toiminnan kesken (Lerner, Freund, Stefanis, & Habermas, 2001). Tutkimuksessa, jossa tarkasteltiin noin 25- ja 65-vuotiaiden suoriutumista kahdesta yhtäaikaisesta tehtävästä, kävelystä ja muistamisesta, havaittiin, että tehtävien vaikeutuessa vanhemmat tutkittavat optimoivat kävelyä helpottavia tekijöitä, kun taas nuoremmat optimoivat muistia helpottavia tekijöitä. Vanhemmat tutkittavat kokivat siis kävelyn ja tasapainon ylläpitämisen tärkeämmäksi itselleen kuin muistitehtävästä suoriutumisen ja keskittyivät siihen (Li, Lindenberger, Freund, & Baltes, 2001).

Freund ym. (1999) ovat sitä mieltä, että oman toiminnan havainnointi on tärkeää optimoinnissa. Havainnointi voi olla jonkun ulkopuolisen tekemää tai ihmisen itsensä tekemää, jossa hän vertailee tämänhetkisen ja halutun tilan eroa. Tietoinen vertailu todellisen ja halutun tilan välillä tapahtuu usein silloin, kun on kyseessä korkeammanasteiset tavoitteet, jotka vaativat toteutuakseen monimutkaisia keinoja. Tiedostamatonta havainnointia tapahtuu taas yleensä rutinoituneessa tavoitetoiminnassa.

Kompensointia käytetään silloin, kun tarvittavat keinot eivät ole enää käytettävissä keinojen menetyksen, tavoitteiden välisen yhteensopimattomuuden tai aika- ja energiarajoitusten takia (Baltes, 1997). Kompensoinnissa on kyse siitä, voiko ihminen saavuttaa muilla keinoin saman tavoitteen tai saada aikaan saman tuloksen, ja se tapahtuu voimavarojen kohdistamisella haluttuihin tavoitteisiin (Baltes, 1996; Dixon, 1995). Kompensointi on mahdollista esimerkiksi niin, että tavoitteiden kannalta olennaiset keinot korvataan ulkoisilla apuvälineillä, harjoitellaan uusia metakognitiivisia taitoja tai käytetään yksinkertaisesti enemmän aikaa uusien asioiden opetteluun (Kuusinen, 2003; Wiese ym., 2000). Myös ympäristöä tulee mahdollisuuksien mukaan muuttaa heikkenevää toimintakykyä vastaavaksi ja näin kompensoida toiminnanvajavuutta (Tilvis & Valvanne, 1993). Helin (2000) havaitsi iäkkäiden päivittäistoiminnoista selviytymistä kartoittaneessa tutkimuksessaan ajankäytön lisäämisen keskeiseksi kompensointikeinoksi selviytyä itselle välttämättömistä päivittäisistä perustoiminnoista ja kodinhoitoon liittyvistä tehtävistä. Myös

toisen henkilön apu nousi keskeiseen rooliin silloin, kun ikääntynyt ei itse pystynyt suorittamaan välttämättömiä päivittäistoimintoja.

Kompensointi liitetään usein erityisesti ikääntyviin, vaikka todellisuudessa kaikenikäiset ihmiset käyttävät kompensointia kokiessaan menetyksiä niissä keinoissa, jotka ovat tavoitteiden saavuttamisen kannalta keskeisiä (Freund ym., 1999). Gignac ym. (2002) ovat muun muassa havainneet kompensoinnin yleiseksi keinoksi sopeutua sairauden mukanaan tuomiin haitallisiin muutoksiin keski-ikäisillä osteoporoosia sairastaneilla henkilöillä. Kompensoivan käyttäytymisen eri tekijät limittyvät toisiinsa kullekin yksilölle tyypillisellä tavalla ja tähän vaikuttaa se, miten rajoite on ilmaantunut ja millaiseksi yksilön kokee, mikä on rajoitteesta koituvan haitan merkitys yksilölle sekä mitkä ovat yksilön edellytykset, motiivit ja voimavarat kompensoivaan toimintaan (Helin, 2003).

Helinin (2000) mielestä kompensoiva käyttäytyminen perustuu yksilön oman tilanteen määrittämiseen. Oman tilanteen määrittäminen on hänen mukaansa joko tiedostetusti tai tiedostamattomasti muodostunut näkemys oman selviytymisen, terveyden ja iän arvioista, toiminnanrajoitteiden kehittymisen tiedostamisesta ja rajoituksiin liittyvistä kokemuksista. Nämä itsetiedostamiseen liittyvät toimet eivät liity pelkästään tiedon ja palautteen keruuseen ja tavoitteiden asettamiseen, vaan niiden tuloksena syntyvä käsitys omasta tilanteesta sisältää jo itsessään kompensoivia elementtejä, kuten tulkintoja omien selviytymisrajoitusten syistä sekä omien odotusten ja tavoitteiden vaatimustason muuttamista.

Kompensointiyrietykset voivat olla joko automaattisia tai suunniteltuja (Baltes, 1996). Usein kompensointiyrietykset käynnistyvät alkuvaiheessa luontaisesti ja tulevat tietoisuuteen viimeistään siinä vaiheessa, kun kompensointi ei tuota tyydyttävää tulosta tai siitä aiheutuu haittaa, kuten kipua tai se vaatii erityisponnisteluja toiminnan ylläpitämiseksi tai oppimiseksi (Helin, 2000). Kompensoiva käyttäytyminen on tärkeää ihmisen mielenterveyden kannalta, sillä ihminen saa kompensoivan käyttäytymisen seurauksena tyydytystä itsenäisestä selviytymisestä (Helin, 2003). Itsenäisyyden ja itsenäisen selviytymisen tukeminen ovatkin keskeisiä tekijöitä mielenterveyden edistämisen ja ylläpitämisen kannalta (Lehtinen, 2000). Helin (2000) havaitsi tutkimuksessaan toimintojen rajaamisen tuottavan kielteisiä kokemuksia erityisesti silloin, kun joudutaan luopumaan itselle merkityksellisestä tai omaa identiteettiä ylläpitävästä toiminnasta.

Ottamalla huomioon monet vähäiseltä tuntuvat yksityiskohdat, voidaan itsenäisen selviytymisen edellytyksiä usein ratkaisevasti parantaa (Valvanne, 1993). Erilaisten kompensointikeinojen avulla ihminen saattaa selviytyä elämänsä haasteista jopa niin hyvin, että toiminnanrajoitteita kysyttäessä hän kieltää kokonaan ongelmien ja rajoitusten olemassaolon (Helin, 2003). Baltesin (1996) mielestä toiminnan vajavuuden kompensointi ja vastapainon löytäminen sille ei ole vaikeaa silloin, kun on kyseessä sellaiset tavoitteet, jotka ovat hyvin muokattuja ja joihin liittyy monia tehtäviä ja keinoja. Jos taas toiminnan vajeus on suuri tai tavoitteeseen pääseminen edellyttää vain yhtä tai muutamaa keinoa, on kompensointi hankalampaa.

SOC-malli tarjoaa teoreettisen kehyksen koko elämänkaaren aikaisten kehitysprosessien ymmärtämiselle mikrotasolta makrotasolle ja toiminnantasolta toiselle (Freund & Baltes, 2002b). Perusoletuksena mallissa on se, että ihmiset kohtaavat elämänsä aikana erilaisia mahdollisuuksia ja rajoituksia ja malli toimii eräänlaisena elämänhallintastrategiana näihin haasteisiin vastaamisessa (Chou & Chi, 2002). Eräässä nuoria aikuisia koskeneessa pitkittäistutkimuksessa on havaittu positiivinen yhteys SOC-käyttäytymisen ja onnistuneen elämänhallinnan välillä. SOC:n havaittiin edistävän niin yleistä hyvinvointia kuin parisuhteeseen ja työhönkin liittyvää hyvinvointia sekä uramenestystä (Wiese ym., 2000, 2002). Baltes ja Heydens-Gahir (2003) ovat huomanneet SOC-käyttämisen yhteyden alhaisempaan stressin kokemiseen työssä sekä perheessä ja tällä taas olevan vaikutusta vähäisempään ristiriitaan työn ja perheen yhteensovittamisen välillä. On myös havaittu, että niillä aloilla, joilla työntekijöillä on paljon autonomiaa ja vastuuta, erittäin tunnolliset ihmiset käyttävät todennäköisemmin menetyksiin perustuvaa valintaa ja kompensatiota, ja nämä johtavat myös parempaan suoritustasoon (Bajor & Baltes, 2003). Chou ja Chi (2002) huomasivat, että mitä enemmän valintaa ja optimointia iäkkäät käyttivät, sitä vähäisempi vaikutus taloudellisen rasituksen kokemisella oli heidän elämäntyytyväisyyteensä. Freund ja Baltes (2002a) ovat tarkastelleet elämänhallintaa sananlaskujen valossa ja havainneet sekä nuorempien että vanhempien tutkittavien suosivan enemmän niitä sananlaskuja, joista löytyy SOC-käyttäytymiselle tyypillisiä elementtejä. Nämä tutkimustulokset viittaavat siihen, että SOC:a voidaan todellakin pitää elämänhallintastrategiana. Valinnan, optimoinnin ja kompensoinnin käyttö lisää elämäntyytyväisyyttä eri elämänvaiheissa ja -tilanteissa olevilla ihmisillä.

SOC-malli on erityisen merkittävä ikäännyttäessä, koska ikääntymiseen liittyy usein biologisten, henkisten ja sosiaalisten resurssien menetyksiä (Baltes & Baltes, 1990). Se, mistä toiminnoista luovutaan, mitä ylläpidetään, mistä tullaan riippuvaisiksi, on hyvin yksilökohtaista ja riippuu muun muassa ihmisen mieltymyksistä, motivaatiosta ja taidoista (Baltes, 1996). Sisäiset ja ulkoiset rajoitukset edellyttävät valintaprosesseja, jotka puolestaan tarjoavat perustan tavoitteen saavuttamiselle optimoinnin ja kompensoinnin avulla (Wiese ym., 2000). Jäljellä olevien kykyjen optimaalinen käyttö ja erilaiset kompensatiokeinot voivat auttaa selviytymään jokapäiväisessä arjessa (Heikkinen, 2000). Valikoinnin, optimoinnin ja kompensoinnin tehokas yhteensovittaminen varmistaa onnistuneen vanhenemisen menetyksistä ja pienentyneestä reservikapasiteetista huolimatta (Baltes, 1996).

Vaikka Baltesit esittävätkin hyviä perusteluja SOC-mallin käyttökelpoisuudesta ikäännyttäessä, eivät kuitenkaan kaikki tutkimustulokset anna viitteitä tästä. Freund ja Baltes (2002b) ovat muun muassa havainneet, että SOC-käyttäytyminen kasvaa nuoruudesta keski-ikään ja kääntyy taas laskuun keski-ikästä vanhuuteen siirryttäessä. Näin ollen SOC-käyttäytymisen huippu ajoittuu keski-ikään, eikä siihen ikävaiheeseen, jolloin resurssien menetys on usein ajankohtaisinta. Ainoa poikkeus on omaehtoinen valinta, joka näyttää korreloivan positiivisesti iän kanssa ja kasvavan vielä vanhuudessakin.

SOC-käyttäytymistä voidaan tarkastella eri menetelmien avulla, esimerkiksi havainnoimalla käyttäytymistä tai henkilön itsensä raportoimana (Baltes & Heydens-Gahir, 2003). Tarkastelun apuna käytetään SOC-kyselylomaketta, jonka Paul Baltes on kehittänyt kollegoineen. Kyselylomake koostuu neljästä osiosta: omaehtoisesta valinnasta, menetyksiin perustuvasta valinnasta, optimoinnista ja kompensoinnista. Näitä jokaista SOC-käyttäytymisen osatekijää arvioidaan kahdentoista kysymyksen avulla ja jokainen kysymys sisältää kaksi vastausvaihtoehtoa, SOC-käyttäytymiselle tyypillisen ja sille vähemmän tyypillisen vaihtoehdon (Baltes, Baltes, Freund, & Lang, 1999). Kyselylomakkeesta on olemassa myös lyhyempi, 12 kysymystä sisältävä versio, jossa jokaista SOC-käyttäytymisen osatekijää arvioidaan kolmella kysymyksellä.

SOC-kyselylomakkeessa vastaajaa pyydetään kuvittelemaan kahden ihmisen keskustelevan siitä, mitä tekisivät tietyssä tilanteessa ja vastaajan pitää päättää, kumpi noista kahdesta ihmisestä muistuttaa enemmän häntä itseään eli minkälainen käyttäytyminen on

ominaisinta hänelle itselleen (Baltes ym., 1999). Vastaja saa pisteitä jokaisesta SOC-käyttäytymistä tukevasta vastausvaihtoehdosta. Korkea pistemäärä esimerkiksi menetyksiin perustuvassa valinnassa tarkoittaa sitä, että henkilö, joka kohtaa menetyksiä tavoitekeinoissaan, valitsee sellaisia strategioita, jotka keskittyvät kaikkein tärkeimpiin tavoitteisiin, rakentaa uudelleen tavoitehierarkiaa tai sopeutuu kyseiselle tavoitetasolle eikä yritä pitää itsepintaisesti kiinni siitä tavoitetasosta ja niistä tavoitteista, jotka hänellä oli ennen menetyksiä (Freund & Baltes, 2002b).

SOC-käyttäytymistä tarkastelevia tutkimuksia on tehty hyvin vähän. Freund ja Baltes (2002b) ovat aiemmin tutkineet itseraportoidun SOC-käyttäytymisen luotettavuutta. Tarkastelun kohteena ovat olleet sekä SOC-kyselylomakkeen 36 kysymyksen versio, josta on puuttunut menetyksiin perustuva valinta että kokonainen 48 kysymyksen versio. Tutkimuksen perusteella SOC:n osatekijöiden todettiin olevan sisäisesti johdonmukaisia. Samassa tutkimuksessa tarkasteltiin myös SOC:n ennustevaliditeettia, koska SOC:n oletettiin yleisenä sopeutumisteorianan olevan yhteydessä hyvinvointiin ja onnistuneeseen elämänhallintaan. Tulosten mukaan SOC näyttikin olevan yhteydessä positiivisiin tunteisiin, hyvinvointiin sekä onnistuneeseen elämänhallintaan. Tämäkin tutkimustulos viestii siis SOC:sta eräänlaisena elämänhallintastrategiana.

Useimmissa SOC-käyttäytymistä tarkastelevissa tutkimuksissa tutkittavina ovat olleet nuoret tai keski-ikäiset ihmiset, vaikka menetelmän kehittäjät itse näkevätkin SOC:n hyödyllisyyden erityisesti ikäännyttäessä. Ikääntyminen on kuitenkin yksi tämänpäivän suurimmista haasteista ja senpä takia sen tiedollista merkitystä ei voi koskaan korostaa liikaa. Tarvitsemme tätä hetkeä ja tulevaisuutta varten kaiken mahdollisen tiedon, jolla pystytään tukemaan iäkkäiden toimintakykyä ja itsenäistä selviytymistä. Tämän vuoksi halusin itse ottaa tarkastelun kohteeksi nimenomaan ikääntyvien SOC-käyttäytymisen. Tutkielmani tavoitteena oli tarkastella SOC-menetelmän toimivuutta ja luotettavuutta suomalaisessa aineistossa, mitä ei ole koskaan aiemmin tehty. Sen sijaan teoreettista tarkastelua SOC-menetelmästä kylläkin löytyy. Tarkastelin myös SOC-käyttäytymisen yhteyttä psyykkiseen toimintakykyyn, jota kuvattiin mielialan, kognitiiviseen kyvykkyyden ja koetun terveydentilan avulla. Menetelmän luotettavuutta ja yhteyksiä tarkastelin kaksivaiheisessa seurantatutkimuksessa. Yksilöidyksi tutkimusongelmiksi muodostuivat seuraavat:

- 1) Onko SOC-menetelmä luotettava menetelmä?
- 2) Onko SOC-käyttäytyminen yhteydessä mielialaan, kognitiiviseen kyvykkyyteen ja koettuun terveydentilaan ikääntyneillä?
- 3) Muuttuuko SOC-käyttäytymisen yhteys mielialaan, kognitiiviseen kyvykkyyteen ja koettuun terveydentilaan kahden vuoden seurannassa?

2. MENETELMÄ

2.1 Tutkittavat

Tutkimus perustuu Ikääntyvien henkilöiden liikuntaneuvontaprojektin aineistoon, jossa tutkittiin perusterveydenhuollossa toteutettavaa liikuntaneuvonnan toimintamallia. Toimintamallin avulla pyrittiin lisäämään iäkkäiden henkilöiden fyysistä aktiivisuutta ja hidastamaan liikkumiskyvyn ongelmien kehittymistä ja avuntarpeen kasvua. Alkuseulonnan jälkeen tutkittaviksi valittiin yhteensä 657 75–81-vuotiasta jyvaskyläläistä, joilla oli todettavissa liikkumiskyvyn vajautta ja lisääntynyt riski toiminnanvajavuuden kehittymiselle ja itsenäisyyden menettämiselle. Tutkimus oli seurantatutkimus ja tutkimuskertojen välillä oli kaksi vuotta (Leinonen ym., 2006). Tämän tutkimuksen osalta tutkittavien määräksi muodostui niiden henkilöiden joukko, jotka olivat vastanneet SOC-kyselylomakkeeseen. Ensimmäisellä tutkimuskerralla vastattavien määrä vaihteli kysymysosa-alueittain, mutta keskimäärin heitä oli noin 630 ja seurannassa 34. Miehiä vastaajista oli ensimmäisellä tutkimuskerralla noin 25 prosenttia ja toisella kerralla 29 prosenttia.

2.2 Menetelmät

SOC-kyselylomake. Tässä tutkimuksessa käytettiin SOC-kyselylomakkeen lyhyempää versiota, joka koostuu 12 kysymyksestä (liite 1). Omaehtoista valintaa, menetyksiin perustuvaa valintaa, optimointia ja kompensatiota mitattiin jokaista kolmen kysymyksen avulla. Jokainen kysymys sisälsi kaksi vastausvaihtoehtoa, SOC-käyttäytymiselle tyypillisen ja sille vähemmän tyypillisen vaihtoehdon. Mitä enemmän pisteitä vastaaja sai, sitä enemmän hän käyttäytyi SOC:n osatekijöille tyypillisellä tavalla. Tässä tutkimuksessa

ikäntyvien SOC-käyttäytymistä selvitetessä käytettiin apuna haastattelua. Se, miksi SOC-kyselyyn vastanneita oli toisella tutkimuskerralla vain 34, johtuu useammasta syytä. Tärkein oli se, ettei suurta muutosta oletettu tapahtuvan vastauksissa tutkimuskertojen välillä. SOC ei myöskään ollut tutkimuksen pääteipistemuuttuja eikä siten koko hankkeen kannalta ehdottoman merkittävä.

CES-D-kysely. Ikäntyvien mielialaa ja erityisesti depressiivisiä oireita selvitettiin CES-D-kyselylomakkeen (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, Radloff, 1977) avulla. Jokainen CES-D-asteikon 20 osiosta pisteytetään nolasta kolmeen edellisen viikon aikana toistuneiden häiriöiden esiintymistiheyden perusteella ja kokonaispistemäärä vaihtelee 0 ja 60 pisteen välillä. Useimmat tutkijat käyttävät katkaisupistemääränä 16 pistettä, eli kaikki ne, jotka saavat 16 pistettä tai enemmän, luokitellaan masentuneisuusoireista kärsiviksi (Heikkinen, 1992). Tässä tutkimuksessa käytettiin samaa katkaisupistemäärää, eli kaikki ne tutkittavat, jotka saivat 16 tai yli 16 pistettä, luokiteltiin masentuneiksi ja alle 16 pistettä saaneet ei-masentuneiksi. Ensimmäisellä tutkimuskerralla masentuneiden osuus tutkittavista oli noin 20 prosenttia. Toisella tutkimuskerralla heidän osuutensa oli 36 prosenttia.

MMSE-testi. Kognitiivista kyvykkyyttä arvioitiin Mini Mental State-testin (Folstein, Folstein & McHugh, 1975) avulla. MMSE-testin avulla saadaan karkea yleiskäsitys ihmisen kognitiivisen suoriutumisen mahdollisesta heikentymisestä ja sitä käytetään ensi vaiheen arviointimenetelmänä dementiaa epäiltäessä (Hänninen & Pulliainen, 2001). Testin suurin mahdollinen pistemäärä on 30. Aiemmin normaalin ja lievästi heikentyneen rajaksi on usein esitetty MMSE:n pistemäärää 24/30, mutta nykyään pistemäärää 25-30 pidetään normaalin kognition piiriin kuuluvana (Hänninen & Pulliainen, 2001; Kuikka, Pulliainen & Hänninen, 2001). MMSE ei ole kuitenkaan herkkä tunnistamaan Alzheimerin taudin varhaista vaihetta tai lievää kognitiivista heikentymistä, jossa muistiongelman on jo ilmeinen. Näin ollen MMSE-pistemäärä 25-30 ei sulje pois mahdollista muistin häiriötä (Hänninen & Pulliainen, 2001). Pistemäärä 18-24 merkitsee mahdollista lievää dementiaa, pistemäärä 10-20 keskivaikeaa dementiaa ja alle 12 pistettä viittaa jo todennäköiseen vaikea-asteiseen dementiaan (Kuikka, Pulliainen & Hänninen, 2001). Tässä tutkimuksessa MMSE-

muuttujasta muodostettiin ensiksi neliluokkainen muuttuja, jossa 25-30 pistettä saaneet luokiteltiin normaaleiksi, toisin sanoen heillä ei ollut mitään poikkeavaa kognitiivisessa kyvykkyydessä. Muut luokitukset olivat: 19-24 lievä dementia, 12-18 keskivaikea dementia ja 11 pistettä ja sen alle vaikea-asteinen dementia. Frekvenssejä tarkasteltaessa kuitenkin huomattiin, että vain muutama vastaaja kuului ryhmään, jonka vastaajat luokiteltiin keskivaikeaa dementiaa sairastaviksi eikä yksikään vastaajista kuulunut vaikea-asteisen dementian ryhmään. Tämän vuoksi muuttajat luokiteltiin uudelleen kahteen ryhmään, niihin, joilla ei esiintynyt mitään poikkeavaa kognitiivisessa kyvykkyydessä ja niihin, joilla kognitiivinen kyvykkyys oli heikentynyt. Ensimmäisellä tutkimuskerralla kognitiivisesti heikentyneiden osuus tutkittavista oli noin 13 prosenttia ja toisella tutkimuskerralla noin 9 prosenttia.

Koettu terveydentila. Ikääntyneiden terveydentilaa selvitettiin pyytämällä tutkittavia vertaamaan terveydentilaansa muiden samanikäisten terveydentilaan. Tutkittavien oli arvioitava, onko oma terveydentila paljon parempi, parempi, suunnilleen samanlainen, huonompi vai paljon huonompi kuin muilla samanikäisillä. Koettu terveydentila-muuttujasta tehtiin kaksiluokkainen muuttuja, jossa ne, jotka olivat arvioineet terveydentilansa paljon paremmaksi, paremmaksi tai suunnilleen samanlaiseksi kuin muilla samanikäisillä, luokiteltiin terveydentilansa hyväksi kokeneiksi. Ne taas, jotka olivat arvioineet terveydentilansa joko huonommaksi tai paljon huonommaksi kuin muilla samanikäisillä, luokiteltiin terveydentilansa huonoksi kokeneiksi. Alkututkimuksessa terveydentilansa koki huonoksi noin 12 prosenttia vastaajista. Seurannassa terveydentilansa huonoksi kokeneiden osuus oli noin 21 prosenttia.

2.3 Tilastolliset analyysit

Aineiston tilastolliset analyysit suoritettiin SPSS 13.0 for Windows-ohjelmalla. SOC-menetelmän toimivuutta ja luotettavuutta lähdettiin tarkastelemaan reliabiliteettien avulla. Reliabiliteettitarkastelut tehtiin Cronbachin Alpha kertoimen avulla. Reliabiliteetit laskettiin

jokaisesta kysymysosa-alueesta erikseen ja molemmilta tutkimuskerroilta. Omaehtoinen ja menetyksiin perustuva valinta yhdistettiin yhdeksi osa-alueeksi, koska niiden reliabiliteetit erikseen olivat melko alhaiset.

Reliabiliteettien laskemisen jälkeen SOC-menetelmän toimivuutta ryhdyttiin tarkastelemaan Spearmanin korrelaatiokertoimen avulla. Korrelaatiokertoimen avulla tutkittiin, miten osiot korreloivat keskenään. Tämän jälkeen kysymysosa-alueista muodostettiin keskiarvosummamuuttujat molemmilta tutkimuskerroilta. Valintaosuuden keskiarvosummamuuttujasta jätettiin viimeinen kysymys pois, koska se heikensi alfan arvoa. Tällä tavoin saatiin kasvatettua valintaosion reliabiliteettia. Kompensaatiosta keskiarvosummamuuttuja muodostettiin vain toiselta tutkimuskerralta, koska ensimmäisen tutkimuskerran reliabiliteetti oli niin alhainen, ettei ollut järkevää tehdä siitä summamuuttujaa. Kysymysosa-alueiden pysyvyyttä ajankohdasta toiseen tarkasteltiin Spearmanin korrelaatiokertoimen avulla. T-testin avulla tarkasteltiin masentuneiden/eimasentuneiden, kognitiivisesti heikentyneiden/kognitiivisesti kyvykkäiden sekä terveydentilansa huonoksi kokeneiden/hyväksi kokeneiden yhteyttä SOC:n osatekijöihin molemmilla tutkimuskerroilla. T-testin käyttö on perusteltua silloin, kun vertailtavia ryhmiä on yhtäaikaan korkeintaan kaksi, ja kun halutaan tietää, ovatko näiden ryhmien keskiarvot yhtä suuret (Valli, 2001).

3. TULOKSET

Ensimmäisenä tutkimusongelmana oli tarkastella SOC-menetelmän toimivuutta ja luotettavuutta. Tätä lähdettiin tutkimaan reliabiliteettien avulla. Reliabiliteetit mitattiin ensin jokaisesta neljästä kysymysosa-alueesta erikseen, mutta koska valintaosoiden reliabiliteetit erikseen olivat melko huonot, yhdistettiin omaehtoinen ja menetyksiin perustuva valinta yhdeksi osioksi. Taulukossa 1 on esitetty kysymysosa-alueiden reliabiliteetit molemmilta tutkimuskerroilta.

Taulukko 1. Summamuuttujien reliabiliteetit molemmilta tutkimuskerroilta Cronbachin Alpha kertoimella mitattuna.

MUUTTUMAT	1. TUTKIMUSKERTA	2. TUTKIMUSKERTA
1. VALINTA (SOC1-SOC6)	0,57	0,69
2. OPTIMOINTI (SOC7-SOC9)	0,52	0,69
3. KOMPENSAATIO (SOC10-SOC12)	0,35	0,52

Taulukosta nähdään, että valinnan ja optimoinnin reliabiliteetit olivat ensimmäisellä tutkimuskerralla kohtalaiset. Sen sijaan kompensaation reliabiliteetti jäi ensimmäisellä tutkimuskerralla hyvin alhaiseksi. Seurantatutkimuksessa kaikkien osioiden reliabiliteetit olivat parantuneet. Valinta- ja optimointisumman reliabiliteetit olivat hyvät ja kompensaatio-osa-alueenkin reliabiliteetti jo kohtalainen.

Spearmanin korrelaatiokertoimen avulla tutkittiin, miten jokaisen osa-alueen kysymykset korreloivat keskenään. Seuraavalla sivulla olevassa taulukossa 2 on esitetty kysymysosa-alueiden korrelaatiot. Taulukosta huomataan, että valintaosion kysymykset korreloivat kaikki positiivisesti toisiinsa ja lähes kaikki yhteydet olivat tilastollisesti

Taulukko 2. SOC-kysymysten väliset Spearmanin järjestyskorrelaatiokertoimet ensimmäisellä tutkimuskerralla.

MUUTTUMAT	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
VALINTA											
1. SOC1	-										
2. SOC2	0,30**	-									
3. SOC3	0,16**	0,26**	-								
4. SOC4	0,25**	0,27**	0,17**	-							
5. SOC5	0,26**	0,24**	0,19**	0,19**	-						
6. SOC6	0,01	0,11**	0,09*	0,09*	0,16**	-					
OPTIMOINTI											
7. SOC7	-0,16**	-0,04	0,03	-0,12**	-0,00	0,17**	-				
8. SOC8	-0,07	0,05	0,15**	-0,11**	0,05	0,24**	0,36**	-			
9. SOC9	0,06	0,13**	0,11**	0,02	0,04	0,11**	0,15**	0,29**	-		
KOMPENSAATIO											
10. SOC10	-0,15**	-0,00	-0,00	-0,04	0,07	0,21**	0,29**	0,29**	0,17**	-	
11. SOC11	-0,02	-0,02	-0,07	0,04	-0,04	0,07	0,05	0,07	0,01	0,12**	-
12. SOC12	-0,13**	0,03	0,10**	-0,10*	0,03	0,10*	0,22**	0,35**	0,24**	0,34**	-0,00

* p<0,05; ** p<0,01

merkitseviä. Huonoiten kaikkiin muihin kysymyksiin näytti korreloivan valintaosion viimeinen kysymys. Optimointiosion kysymykset näyttivät myös korreloivan keskenään tilastollisesti merkitsevästi ja yhteydet olivat positiivisia. Kompensaatio-osiossa kaikkien muiden kysymysten välillä oli positiivinen ja tilastollisesti merkitsevä yhteys, paitsi kysymyksen 11 ja 12 välillä. Niiden välillä ei ollut oikeastaan yhteyttä. Kuten taulukosta nähdään, minkään osion korrelaatiot eivät olleet kovin korkeita. Erityisesti kompensaatio-osion kysymykset näyttivät olevan melko alhaisia. Kysymysosa-alueiden pysyvyyttä tarkastellessa huomattiin, että ainoastaan valintaosiot ensimmäisellä ja toisella tutkimuskerralla korreloivat toisiinsa tilastollisesti merkitsevästi ($r_s=.54$, $p<.001$). Optimointiosiot eivät korreloineet toisiinsa tilastollisesti merkitsevästi ja kompensoinnin pysyvyyškertoimia ei voitu tarkastella, koska reliabiliteetin ollessa niin alhainen ensimmäisellä tutkimuskerralla, pystyttiin keskiarvosummamuuttuja muodostamaan vain toiselta tutkimuskerralta.

Toisena tutkimusongelmana oli tutkia SOC-käyttäytymisen yhteyttä mielialaan, kognitiiviseen kyvykkyyteen ja koettuun terveydentilaan. Tätä selvitettiin t-testin avulla. Taulukossa 3 on esitetty masentuneiden ja ei-masentuneiden, kognitiivisesti heikentyneiden ja kognitiivisesti kyvykkäiden sekä terveydentilansa huonoksi kokeneiden ja hyväksi kokeneiden keskiarvot, keskihajonnat ja t-arvot molemmilta tutkimuskerroilta. Taulukosta nähdään, että masentuneet ja ei-masentuneet eivät eronneet toisistaan tilastollisesti merkitsevästi SOC-käyttäytymisen osatekijöiden suhteen ensimmäisellä tutkimuskerralla. Valinnassa kognitiivisesti heikentyneiden ja kognitiivisesti kyvykkäiden välillä oli tilastollisesti suuntaa-antavaa eroa niin, että kognitiivisesti kyvykkäät käyttivät enemmän valintaa. Terveydentilansa huonoksi kokeneet ja hyväksi kokeneet erosivat toisistaan tilastollisesti merkitsevästi SOC-käyttäytymisessä: terveydentilansa huonoksi kokeneet käyttivät enemmän valintaa ja optimointia kuin terveydentilansa hyväksi kokeneet.

Kolmantena tutkimusongelmana oli tarkastella, miltä SOC-käyttäytymisen yhteys mielialaan, kognitiiviseen kyvykkyyteen ja koettuun terveydentilaan näyttää seurantatutkimuksessa. Kuten taulukosta 3 huomataan, kompensaation osalta masentuneiden ja ei-masentuneiden välillä oli suuntaa-antavaa eroa niin, että ei-masentuneet

Taulukko 3. Masentuneiden ja ei-masentuneiden, kognitiivisesti heikentyneiden ja kognitiivisesti kyvykkäiden sekä terveydentilansa huonoksi kokeneiden ja hyväksi kokeiden keskiarvot, keskihajonnat ja t-arvot molemmilta tutkimuskerroilta.

MUUTTUJAT		1. TUTKIMUSKERTA				2. TUTKIMUSKERTA			
		n	KA	Sd	t	n	KA	Sd	t
VALINTA (SOC1-SOC5)	ei-masentuneet	503	0,55	0,30	-0,84	25	0,51	0,35	1,33
	masentuneet	129	0,58	0,31		9	0,33	0,35	
	kognitiivisesti kyvykkäät	555	0,57	0,31	1,77†	31	0,47	0,36	0,33
	kognitiivisesti heikentyneet	85	0,51	0,29		3	0,40	0,20	
	terveydentilansa hyväksi kokeneet	558	0,55	0,30	2,29*	27	0,50	0,35	-1,29
	terveydentilansa huonoksi kokeneet	76	0,63	0,32		7	0,31	0,34	
OPTIMOINTI (SOC7-SOC9)	ei-masentuneet	499	0,69	0,32	1,30	25	0,64	0,40	0,07
	masentuneet	129	0,64	0,35		9	0,63	0,35	
	kognitiivisesti kyvykkäät	551	0,67	0,33	-0,54	31	0,61	0,39	-1,21
	kognitiivisesti heikentyneet	84	0,69	0,34		3	0,89	0,19	
	terveydentilansa hyväksi kokeneet	554	0,67	0,33	2,02*	27	0,58	0,39	1,78†
	terveydentilansa huonoksi kokeneet	75	0,75	0,33		7	0,86	0,26	
KOMPENSAATIO (SOC10-SOC12)	ei-masentuneet					25	0,53	0,38	1,81†
	masentuneet					9	0,33	0,24	
	kognitiivisesti kyvykkäät					31	0,49	0,36	0,74
	kognitiivisesti heikentyneet					3	0,33	0,33	
	terveydentilansa hyväksi kokeneet					27	0,49	0,40	-0,67
	terveydentilansa huonoksi kokeneet					7	0,43	0,16	

† p<0,10 * p<0,05

käyttivät enemmän kompensatiota kuin masentuneet. Tilastollisesti suuntaa-antavaa eroa ilmeni myös terveydentilansa huonoksi kokeneiden ja hyväksi kokeneiden välillä optimoinnissa niin, että terveydentilansa huonoksi kokeneet käyttivät optimointia enemmän kuin terveydentilansa hyväksi kokeneet. Sen sijaan kognitiivisesti heikentyneet ja kognitiivisesti kyvykkäät eivät eronneet toisistaan seurantatutkimuksessa.

4. POHDINTA

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella SOC-menetelmän toimivuutta ja luotettavuutta. Tarkastelun kohteena ollut SOC-kyselylomake on lyhennetty versio alkuperäisestä, 48 kysymystä sisältävästä kyselylomakkeesta. Lyhyempi versio sisältää yhteensä 12 kysymystä; omaehtoinen valinta, menetyksiin perustuva valinta, optimointi ja kompensatio kukin kolme kysymystä (liite 1). Lisäksi tarkasteltiin SOC-käyttäytymisen yhteyttä mielialaan, kognitiiviseen kyvykkyyteen sekä koettuun terveydentilaan. Yhteyksiä tarkasteltiin sekä alkututkimuksessa että kahden vuoden kuluttua seurannassa. Sukupuolten välisiä eroja ei tutkittu, koska erityisesti toisella tutkimuskerralla miehiä oli niin vähäinen määrä.

Reliabiliteettitarkastelut osoittivat, että jokainen kysymysosio ensimmäisellä tutkimuskerralla jäi alle 0,60 arvon, jota usein pidetään alimpana hyväksyttävänä reliabiliteetin arvona (Valli, 2001). Tästä voidaan päätellä, ettei kysymysosioihin oltu vastattu kovinkaan yhdenmukaisesti ja että kokonaisuudessaan kyselylomaketta ei oltu onnistuttu laatimaan sellaiseksi, että sen voitaisiin katsoa mittaavan SOC-käyttäytymistä. Toisella tutkimuskerralla valinta- ja optimointiosuus saavuttivat hyväksytyin reliabiliteetin arvon, mutta kompensointiosuus jäi edelleen sen alle. Se, että SOC-menetelmä toimi reliabiliteettien osalta paremmin toisella tutkimuskerralla kuin ensimmäisellä, voi johtua esimerkiksi siitä, että toisella tutkimuskerralla SOC-kyselylomake oli jo tuttu menetelmä ja vastauksia osattiin kenties jo pohtia paremmin ja tästä syystä vastauksetkin olivat enemmän toistensa kaltaisia. Osaltaan vastauksiin vaikutti myös toisen tutkimuskerran tutkittavien vähäinen määrä sekä aineiston homogeenisuus. Vaikka tutkittaviksi olikin alunperin valittu sellaisia henkilöitä, joilla oli ongelmia liikkumiskyvyssään, olivat ongelmat useimmilla hyvin vähäisiä. Vain pieni osa tutkittavista oli kokenut jotakin rajoitusta toimintakyvyssään tai jokapäiväisessä elämässään. Suurin osa vastaajista kuului terveisiin ja toimintakykyisiin ikääntyneisiin. Tämän vuoksi joidenkin tutkittavien oli esimerkiksi hyvin vaikea eläytyä sellaisiin tilanteisiin, joissa asiat eivät suju yhtä hyvin kuin ennen, jos todellisuudessa heidän terveydentilassaan ja toimintakyvyssään ei ollut tapahtunut mitään muutosta. Tämä

tuli hyvin esiin menetyksiin perustuvassa valinnassa ja kompensaatiossa. Näiden kysymysosa-alueiden kohdalla tutkittavien ei auttanut muu kuin kuvitella kyseiset tilanteet ja omat mahdolliset toimintatavat.

Korrelaatioita tarkastellessa huomattiin, että positiivisia, tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä kysymyksiensä välillä löytyi. Kovin korkeita korrelaatioita eivät kylläkään olleet ja tästä syystä reliabiliteetitkin jäivät alhaisiksi. Kysymysosioiden pysyvyyskertoimet osoittivat, että ainoastaan valintaosiot ensimmäisellä ja toisella tutkimuskerralla korreloivat toisiinsa tilastollisesti merkitsevästi. Muiden kysymysosa-alueiden välillä ei tilastollisesti merkitsevää yhteyttä löytynyt.

Nämä esille tulleet tutkimustulokset viittaavat siis siihen, että kokonaisuudessaan SOC-menetelmän lyhyt, suomennettu versio ei ole kovinkaan luotettava menetelmä. Valinta on ainoa osa-alue SOC-kyselylomakkeessa, jota voidaan pitää toimivana. Muut kysymysosa-alueet eivät tätä kriteeriä täytä, kaikkein heikoimmin kompensatio. Tulos eroaa Freundin ja Baltasin (2002b) aikaisemmasta tutkimuksesta. Siinä kaikkien kysymysosa-alueiden reliabiliteetit saavuttivat hyväksytyin reliabiliteetin rajan ja olivat siis sisäisesti johdonmukaisia.

SOC-käyttäytymisen yhteyttä mielialaan, kognitiiviseen kyvykkyyteen ja koettuun terveydentilaan tarkastellessa huomattiin, että ensimmäisellä tutkimuskerralla terveydentilansa huonoksi kokeneet käyttivät enemmän valintaa ja optimointia kuin terveydentilansa hyväksi kokeneet. Tulos on hyvin johdonmukainen ja tukee SOC-menetelmän kehittäjien näkemystä menetelmän tärkeydestä erityisesti ikäännyttäessä, toisin sanoen silloin, kun toimintakyvyn heikkeneminen ja erilaiset toiminnanrajoitukset ovat yleisempiä kuin muissa ikävaiheissa. Kun toimintakyky heikkenee ja rajoituksia toiminnassa ilmenee, pyrkii ihminen keksimään keinoja, joilla vastustaa näitä muutoksia, ja joiden avulla pystyy säilyttämään itsenäisyytensä. Tässä kohtaa valinnalla ja optimoinnilla voi olla erittäin keskeinen merkitys. Niillä ihmisillä taas, joiden terveydentilassa ei ole tapahtunut mitään muutoksia, ei ole tarvetta kyseisiin keinoihin, koska he selviävät jokapäiväisestä elämästä muutenkin. Myös toiselta tutkimuskerralta saatu tulos suuntaantavasta erosta optimoinnissa terveydentilansa huonoksi kokeneiden hyväksi antaa tukea tälle päätelmälle.

Heikkinen (2002) on todennut, että vanhuus itsessään voi heikentää kykyä käyttää tietoisesti valikointia, optimointia ja kompensointia. Tätä väitettä tukee myös ensimmäiseltä tutkimuskerralta saatu tulos suuntaa-antavasta erosta kognitiivisesti kyvykkäiden ja kognitiivisesti heikentyneiden välillä. Ero ilmeni valinnassa siten, että kognitiivisesti kyvykkäät käyttivät valintaa enemmän kuin kognitiivisesti heikentyneet. Myös toisen tutkimuskerran tulos suuntaa-antavasta erosta masentuneiden ja ei-masentuneiden välillä kompensoinnin käyttämisessä ei-masentuneiden hyväksi todistaa, että valikoinnin, optimoinnin ja kompensoinnin soveltamisessa tarvitaan melko hyvää henkistä toimintakykyä. Näiden tutkimustulosten valossa ei ole ihme, että SOC-käyttäjien huippukin ajoittuu keski-ikään, ihmisen tuotteliaimpaan aikaan.

Baltes ja Lang (1997) ovat havainneet, että ne ikääntyneet, joilla on käytössään enemmän sensomotoris-kognitiivisia ja sosiaalis-persoonallisia voimavaroja, panostavat enemmän ajan ja yrityksen käyttöön niissä jokapäiväisen elämän toiminnoissa, jotka ovat valinneet itselleen keskeisimmiksi. Ne taas, joilla on käytössään vähemmän voimavaroja, keskittyvät vain perustehtävistä suoriutumiseen. Baltesin ja Freundin (2003) mukaan SOC:n osatekijöiden soveltaminen käytännön elämässä kertoo jotakin ihmisen viisaudesta. Heidän mielestään se, että ihminen oppii valitsemaan, optimoimaan sekä kompensoimaan menetyksiä siten, että ne edistävät onnistuvaa kehitystä ja antavat viitteitä kullekin ikävaiheelle ja sosiohistorialliselle kontekstille sopivista tavoitteista, viestii hänen henkisestä kapasiteetistaan. Vaikka omassa tutkimuksessani esiintulleet erot ovatkin vain suuntaa-antavia, kertovat ne kuitenkin jotain niistä vaatimuksista, joita SOC-mallin soveltaminen käytännön elämässä edellyttää. Tulosten perusteella näyttäisi siltä, että ajatus valinnan, optimoinnin ja kompensoinnin käytöstä saa yleensä alkunsa fyysisestä rajoitteesta, mutta henkisestä toimintakyvystä riippuu, voiko ihminen hyödyntää näitä käytännössä. On kuitenkin muistettava, että ulkopuolisella tuella voidaan mahdollistaa henkisesti ja kognitiivisesti heikentyneidenkin henkilöiden SOC:n käytön mahdollisuudet (Heikkinen, 2002).

On hyvä huomata, että masentuneiden ja ei-masentuneiden, kognitiivisesti heikentyneiden ja kognitiivisesti kyvykkäiden sekä terveydentilansa huonoksi kokeneiden ja hyväksi kokeneiden väliset keskiarvoerot olivat toisella tutkimuskerralla suuremmat kuin

ensimmäisellä tutkimuskerralla. Tilastollisesti merkitseviä eroista ei kuitenkaan tullut, koska tutkittavia oli niin vähäinen määrä toisella tutkimuskerralla.

SOC-menetelmä on Suomessa hyvin uusi menetelmä, eikä sitä ole käytetty vielä lainkaan. Vaikka tämän tutkimuksen valossa SOC-menetelmästä ja sen toimivuudesta ei jääkään kovin luotettavaa kuvaa, johtuen luultavasti aineistoni homogeenisuudesta ja tutkittavien pienestä määrästä seurannassa, uskon, että jatkotutkimuksien avulla saadaan kattavampi kuva menetelmän käyttökelpoisuudesta. Jatkossa SOC-menetelmää olisikin hyvä tutkia hieman erityyppisissä ja heterogeenisimmissä aineistoissa. Olisi myös hedelmällistä tarkastella, miten SOC:n alkuperäinen, 48 kysymyksen versio toimii suomalaisissa aineistoissa. Freund ja Balteshan ovat sen jo aiemmin todenneet luotettavaksi. Alkuperäisversion ja lyhennetyt version vertaileminen antaisi varmasti myös viitteitä molempien versioiden vahvuuksista ja heikkouksista. Ehkä jatkossa olisikin hyvä miettiä, voidaanko kolmella kysymyksellä kattavasti selvittää SOC:n osatekijöiden käyttö, ja onko vastaavasti kaksitoista kysymystä kutakin osatekijää kohti liian raskas vastaajalle.

Baltes ja Freund (2003) ovat todenneet, että ihminen ei välttämättä ole itse tietoinen valinnan, optimoinnin ja kompensoinnin käytöstään. Tämä on hyvä ottaa huomioon tutkimuksen teossa. Ehkä jatkotutkimuksissa olisikin hyvä käyttää havainnointia haastattelun ja kyselylomakkeen sijaan tai ainakin rinnalla. Aikaa ja energiaa se tietysti vie enemmän, mutta sen avulla saataisiin ehkä totuudenmukaisempi kuva ihmisten SOC-käyttäytymisestä.

Vaikka tämän tutkimuksen perusteella ei kovin suuria johtopäätöksiä SOC-menetelmän toimivuudesta käytännön elämässä voikaan tehdä, ei tutkimus ole silti heikentänyt uskoani SOC-menetelmään teoreettisesti. Näen menetelmän edelleen teoreettisesti uskottavana ja vakuuttavana, vaikkakin hieman vaikeasti lähestyttävältä. Menetelmän kokonaisvaltainen ymmärtäminen vaatii mielestäni paneutumista ja pohdintaa, vaikka periaatteessa tarkastelun kohteena ovatkin ihan arkipäiväiset asiat. Uskon, että ihmiset iästä riippumatta jatkuvasti kompensoivat, asettavat tavoitteita tärkeysjärjestykseen ja työstävät keinoja saavuttaakseen asetetut tavoitteet. Nämähän ovat osa ihmisen jokapäiväistä, rationaalista toimintaa. Ehkä ne eivät vain aina nouse tietoisuuteen, kuten Baltes ja Freundkin ovat havainneet. Olivatpa sitten tietoisia tai ei, uskon, että valinnan, optimoinnin ja kompensoinnin käyttäminen edistää kaikenikäisten ihmisten hyvinvointia ja

toimintakykyä läpi elämän ajan. Useat tutkimustulokset valikoinnin, optimoinnin ja kompensoinnin yhteydestä onnistuneen elämäntilanteen kanssa tuskin nekään voivat olla väärässä.

LÄHTEET

Bajor, J. K., & Baltes, B. B. (2003). The relationship between selection optimization with compensation, conscientiousness, motivation, and performance. *Journal of Vocational Behavior*, 63, 347-367.

Baltes, B. B., & Heydens-Gahir, H. A. (2003). Reduction of work-family conflict through the use of selection, optimization, and compensation behaviors. *Journal of Applied Psychology*, 88, 1005-1018.

Baltes, M. M. (1996). *The many faces of dependency in old age*. New York: Cambridge University Press.

Baltes, M. M., & Lang, F. R. (1997). Everyday functioning and successful aging: The impact of resources. *Psychology and Aging*, 12, 433-443.

Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52, 366-380.

Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. Teoksessa P. B. Baltes & M. M. Baltes (toim.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (s. 1-34). New York: Cambridge University Press.

Baltes, P. B., Baltes, M. M., Freund, A. M., & Lang, F. (1999). The measurement of selection, optimization, and compensation (SOC) by self report (Technical report 1999). Berlin, Germany: Max Planck Institute for Human Development.

Baltes, P. B., & Freund, A. M. 2003. Human strengths as the orchestration of wisdom and selective optimization with compensation. Teoksessa U. M. Staudinger & L. Aspinwall (toim.), *A psychology of human strengths: fundamental questions and future directions for a positive psychology* (s. 23-35). Washington D.C: APA Books.

Chou, K-L., & Chi, I. (2002). Financial strain and life satisfaction in Hong Kong elderly Chinese: moderating effect of life management strategies including selection, optimization, and compensation. *Aging and Mental Health*, 6, 172-177.

Dixon, R. A. (1995). Promoting competence through compensation. Teoksessa L. A. Bond, S. J. Cutler & A. Grams (toim.), *Promoting successful and productive aging* (s. 220-238). Thousand Oaks, CA: Sage.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.

Freund, A. M. (1997). Individuating age salience: A psychological perspective on the salience of age in the life course. *Human Development*, 40, 287-292.

Freund, A. M., & Baltes, P. B. (1998). Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: Correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging*, 13, 531-543.

Freund, A. M., & Baltes, P. B. (2002a). The adaptiveness of selection, optimization, and compensation as strategies of life management: Evidence from a preference study on proverbs. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57B, P426-434.

Freund, A. M., & Baltes, P. B. (2002b). Life-management strategies of selection, optimization, and compensation: measurement by self-report and construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 642-662.

Freund, A. M., Li, K. Z. H., & Baltes, P. B. (1999). Successful development and aging: The role of selection, optimization, and compensation. Teoksessa J. Brandstädter & R. M. Lerner (toim.), *Action and self-development: Theory and research through the life span* (s. 401-434). Thousand Oaks, CA: Sage.

Gignac, M. A. M., Cott, C., & Badley, E. M. (2002). Adaptation to disability: Applying selective optimization with compensation to the behaviors of older adults with osteoarthritis. *Psychology and Aging*, 17, 520-524.

Heikinheimo, R. (1993). Vanhusten terveydenhuollon ja sairaanhoidon haasteet. Teoksessa R. Tilvis & L. Sourander, *Geriatrics* (s. 19-20). Helsinki: Duodecim.

Heikkinen, E. (2000). Terve vanheneminen – utopia vai realistinen mahdollisuus? Teoksessa E. Heikkinen & J. Tuomi (toim.), *Suomalainen elämäntyyli* (s. 216–234). Helsinki: Tammi.

Heikkinen, E. (2002). Sairauksista toimintakykyyn. Teoksessa E. Heikkinen & M. Marin (toim.), *Vanhuuden voimavarat* (s. 13-33). Helsinki: Tammi.

Heikkinen, E. (2003). Vanhenemisen ulottuvuudet ja onnistuvan vanhenemisen edellytykset. Teoksessa E. Heikkinen & T. Rantanen (toim.), *Gerontologia* (s. 330-335). Helsinki: Duodecim.

Heikkinen, R-L. (1992). Psykkis-sosiaalisen hyvinvoinnin sekä sosiaalisen yhteisyyden ja suoriutumisen arviointi. Teoksessa R-L. Heikkinen & T. Suutama (toim.), *Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn ja terveyden arviointi. Ikivihreät-projekti osa II*, (s. 111-131). STM Kehittämisosaston julkaisuja 1991:10. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Helin, S. (2000). Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn heikkeneminen ja sen kompensatioprosessi. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. *Studies in Sport, Physical Education and Health*, 71.

Helin, S. (2002). Palvelujärjestelmä iäkkään ihmisen voimavarojen tukijana. Teoksessa E. Heikkinen & M. Marin (toim.), Vanhuuden voimavarat (s. 35-67). Helsinki: Tammi.

Helin, S. (2003). Palvelujärjestelmä toimintakykyisyyden ja selviytymisen edistäjänä. Teoksessa E. Heikkinen & T. Rantanen (toim.), Gerontologia (s. 336-350). Helsinki: Duodecim.

Hervonen, A. (1993). Gerontologia – vanhuustiede. Teoksessa R. Tilvis & L. Sourander, Geriatria (s. 15-17). Helsinki: Duodecim.

Hänninen, T., & Pulliainen, V. (2001). Neuropsykologinen seulonta. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne, K. Alhainen & H. Soininen (toim.), Muistihäiriöt ja dementia (s. 348-357). Helsinki: Duodecim.

Jyrkämä, J. (2001). Vanheneminen ja vanhuus. Vanhuus haasteena. Teoksessa A. Sankari & J. Jyrkämä (toim.), Lapsuudesta vanhuuteen. Iän sosiologiaa (s. 267-323). Tampere: Vastapaino.

Kuikka, P., Pulliainen, V., & Hänninen, R. (2001). Kliininen neuropsykologia. Helsinki: WSOY.

Kuusinen, J. (2003). Älykkyys ja vanheneminen. Teoksessa E. Heikkinen & T. Rantanen (toim.), Gerontologia (s. 164-173). Helsinki: Duodecim.

Lehtinen, V. (2000). Mielenterveyttä ikä kaikki. Teoksessa E. Heikkinen & J. Tuomi (toim.), Suomalainen elämäntulkku (s. 235-253). Helsinki: Tammi.

Leinonen, R., Heikkinen, E., Hirvensalo, M., Lintunen, T., Rasinaho, M., Sakari-Rantala, R., Kallinen, M., Koski, J., Möttönen, S., Kannas, S., Huovinen, P., & Rantanen, T. (2006). Customer-oriented counseling for physical activity in older people: study protocol and selected baseline results of a randomized-controlled trial. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*. [viitattu 24.11.2006]. Saatavissa: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0838.2006.00536.x?prevSearch=allfield%3A%28leinonen%29>.

Lerner, R. M., Freund, A. M., Stefanis, I. D., & Habermas, T. (2001). Understanding developmental regulation in adolescence: the use of the selection, optimization, and compensation model. *Human Development*, 44, 29-50.

Li, K. Z. H., Lindenberger, U., Freund, A. M., & Baltes, P. (2001). Walking while memorizing: Age-related differences in compensatory behavior. *American Psychological Society*, 12, 230-237.

Marin, M. (2002). Yhteiskunta ja hyvä vanheneminen: lähestymistapoja hyvän vanhenemisen yhteiskunnallisiin ehtoihin. Teoksessa E. Heikkinen & M. Marin (toim.), *Vanhuuden voimavarat* (s. 89-117). Helsinki: Tammi.

Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-reported depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.

Rautio, N. (2006). Seuruu- ja vertailututkimus sosioekonomisen aseman yhteydestä toimintakykyyn iäkkäillä henkilöillä. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. *Studies in Sport, Physical Education and Health*, 113.

Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1998). *Successful aging*. New York: A Dell Trade Paperback.

Stuart-Hamilton, I. (1996). *Vanhenemisen psykologia*. Kuopio: Kustannusosakeyhtiö Puijo.

Tilvis, R. & Valvanne, J. (1993). Geriatriinen preventio. Teoksessa R. Tilvis & L. Sourander (toim.), *Geriatría* (s. 393-407). Helsinki: Duodecim.

Valli, R. (2001). *Johdatus tilastolliseen tutkimukseen*. Jyväskylä: PS-kustannus.

Valvanne, J. (1993). Toimintakyvyn heikentyminen. Teoksessa R. Tilvis & L. Sourander (toim.), *Geriatría* (s. 97-104). Helsinki: Duodecim.

Wiese, B. S., Freund, A. M., & Baltes, P. B. (2000). Selection, optimization, and compensation: An action-related approach to work and partnership. *Journal of Vocational Behavior*, 57, 273-300.

Wiese, B. S., Freund, A. M., & Baltes, P. B. (2002). Subjective career success and emotional well-being: Longitudinal predictive power of selection, optimization, and compensation. *Journal of Vocational Behavior*, 60, 321-335.

LIITE 1

SOC-KYSELY

INSTRUKTIO

Olemme hyvin kiinnostuneita saamaan selville, millä tavalla te toimitte pitääksenne yllä liikkumiskykyänne. Tällä tarkoitetaan sitä, että miten te päätätte mikä on teille tärkeää liikkumiskyvyn ylläpitämisen kannalta? Ja mitä te teette, voidaksenne hoitaa liikkumiskykyänne haluamallanne tavalla?

Seuraavassa tuomme esiin esimerkkejä eri tavoista toimia tässä asiassa. Kuvitelkaa, että kaksi ihmistä keskustelelee siitä, mitä he toimisivat tietyssä tilanteessa. Haluamme tietää, kumpi henkilöistä muistuttaa enemmän teitä – toisin sanoen kumpi heistä käyttäytyy lähinnä sillä tavalla, miten te itse käyttäytyisitte.

Ajatelkaa nyt siis liikkumiskyvyn ylläpitämistä, siis sekä niitä asioita, joita haluatte parantaa että niitä asioita, joihin olette tyytyväinen ja haluatte ylläpitää liikkumiskykyänne kannalta.

Kumpi henkilö muistuttaa enemmän Teitä?

OMAEHTOINEN VALINTA (LE)

Aihe	A=1 Kohde (Target)	B=0 Vastakkainen käsitys (Distractor)	Vastaus:
1 (S1)	Keskitän energiaani muutamahan harvaan asiaan	Jaan energiaani moniin eri kohteisiin	
2 (S2)	Kohdistan aina energiani yhteen tärkeimpään tehtävään kerrallaan	Työstän aina useita asioita kerrallaan	
3 (S3)	Kun ajattelen asioita, joita haluan elämässäni, omistaudun yhteen tai kahteen asiaan kerrallaan	Vaikka todella harkitsen mitä haluan elämässäni, minä odotan katsoakseni mitä tapahtuu sitoutumatta vain yhteen tai kahteen erityiseen tavoitteeseen	

MENETYKSIIN PERUSTUVA VALINTA (LB)

Aihe	A=1 Kohde	B=0 Vastakkainen käsitys	Vastaus:
4 (LBS1)	Kun asiat eivät suju yhtä hyvin kuin ennen, valitsen yhden tai kaksi tärkeintä tavoitetta	Kun asiat eivät suju yhtä hyvin kuin ennen, yritän silti pitää kiinni kaikista tavoitteistani	
5 (LBS2)	Kun en voi tehdä jotakin minulle tärkeää asiaa kuten ennen, valitsen uuden tavoitteen	Kun en voi tehdä jotakin minulle tärkeää asiaa kuten ennen, jaan aikaani ja energiaani moniin muihin asioihin	
6 (LBS3)	Kun en voi tehdä jotakin asiaa yhtä hyvin kuin minulla on ollut tapana, ajattelen mikä tarkkaan ottaen on minulle tärkeää	Kun en voi tehdä jotakin asiaa yhtä hyvin kuin minulla on ollut tapana, odotan ja katson mitä tuleman pitää	

OPTIMOINTI (O)

Aihe	A=1 Kohde	B=0 Vastakkainen käsitys	Vastaus:
7 (O1)	Onnistuakseni saavuttamaan tavoitteeni jatkan yrittämistä niin monin keinoin kuin on tarpeellista	Kun en onnistu välittömästi siinä mitä haluan tehdä, en yritä muita keinoja pitkään aikaan	
8 (O2)	Teen kaikkeni saavuttaakseni tietyn tavoitteen	Mieluummin odotan jonkin aikaa ja katson, luontuvatko asiat itsestään	
9 (O3)	Jos jokin asia on minulle tärkeä, omistaudun kokonaan ja täydellisesti sille	Vaikka jokin asia olisikin minulle tärkeä, on minun silti vaikea omistautua sille kokonaan ja täydellisesti	

KOMPENSAATIO (C)

Aihe	A=1 Kohde	B=0 Vastakkainen käsitys	Vastaus:
10 (C1)	Kun asiat eivät suju yhtä hyvin kuin ennen, yritän muilla tavoin saavuttaa saman tuloksen kuin ennenkin	Kun asiat eivät suju yhtä hyvin kuin ennen, minä tyydyn tilanteeseen	
11 (C2)	Kun jokin asia elämässäni ei suju yhtä hyvin kuin ennen, pyydän muilta ihmisiltä apua tai neuvoa	Kun jokin asia elämässäni ei suju yhtä hyvin kuin ennen, päätän itse mitä teen sekoittamatta muita ihmisiä asiaan	
12 (C3)	Kun koen vaikeuksia saavuttaa aikaisempia tuloksia, yritän entistä kovemmin kunnes voin saavuttaa ne yhtä hyvin kuin ennen	Kun koen vaikeuksia saavuttaa aikaisempia tuloksia, on aika luopua odottamasta niitä	

Yleinen vastauskaava

Target (Person A)

Aihe reflektoi valintaa, optimointia
tai kompensatiota

Distractor (Person B)

Aiheet reflektoivat toisenlaisia vaihtoehtoja (teoreettisesti spesifioimattomia, ts. eivät välttämättä vastakkaisia S:lle, O:lle tai C:lle)

Pisteytys: dikotominen luokitus

Target (A) = 1

Distractor (B) = 0