

**YMPÄRISTÖTEKIJÖIDEN YHTEYS
ITSENÄISESTI ASUVIEN IKÄÄNTYNEIDEN IHMISTEN
KOETTUUN AUTONOMIAAN**

Birgitta Bakker

Pro Gradu –tutkielma

Kevät 2014

Gerontologia ja kansanterveystiede

Terveystieteiden laitos

Jyväskylän yliopisto

TIIVISTELMÄ

Ympäristötekijöiden yhteys itsenäisesti asuvien ikääntyneiden ihmisten koettuun autonomiaan

Birgitta Bakker

Pro Gradu –tutkielma

Jyväskylän yliopisto, liikuntatieteellinen tiedekunta, terveystieteiden laitos

Gerontologia ja kansanterveys

Kevät 2014, 53 sivua

Autonomian eli itsemääräämisoikeuden ylläpitäminen on yksi sosiaali- ja terveydenhuollon johtavista periaatteista ja edellytys aktiiviselle elämälle ja osallistumiselle. Ikääntyneiden ihmisten autonomiaa on tutkittu vanhusten pitkäaikaishoidossa ja osana sairauksien hoitoon liittyvää päätöksentekoa. Autonomiaa on tarkasteltu pääasiassa yksilön ominaisuutena, eikä sen yhteyttä ympäristön olosuhteisiin ole riittävästi huomioitu. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää kotona asuvien ikääntyneiden ihmisten elinympäristössä vaikuttavien tekijöiden yhteyttä autonomian ja osallisuuden kokemiseen.

Tutkimuksen aineistona käytettiin Life-Space Mobility in Old Age (LISPE) - tutkimushankkeen haastatteluaineistoa vuodelta 2012. Tutkimukseen osallistui 848 itsenäisesti kotona asuvaa 75-90 -vuotiasta henkilöä Jyväskylän ja Muuramen alueelta. Tutkittavien kokemaa autonomiaa ja vaikutusmahdollisuuksia omassa elämässään arvioitiin Impact on Participation and Autonomy (IPA) -standardoidun kyselylomakkeen yleistä autonomian tunnetta arvioivalla kysymyksellä. Koettua ympäristöä arvioitiin The World Health Organization Quality of Life Assessment short version (WHOQOL-BREF) -elämänlaatumittarin ympäristöulottuvuutta mittaavilla kysymyksillä. Aineistoa tarkasteltiin frekvenssijakaumien ja ristiintaulukoinnin avulla. Ryhmien välisten erojen merkitsevyyttä selvitettiin χ^2 -testillä tai Mann-Whitneyn U-testillä. Ympäristötekijöiden yhteyttä koettuun autonomiaan analysoitiin logistisella regressioanalyysillä.

Ikääntyneistä ihmisistä 74 % koki mahdollisuutensa vaikuttaa omaan elämäänsä hyvänä. Autonomiansa hyväksi kokeneet olivat tyytyväisempiä elinympäristöönsä, he olivat terveempiä ja heillä oli parempi liikkumiskyky kuin autonomiansa heikentyneeksi kokeneilla ($p < 0.001$). Autonomian kokemisessa ei ollut eroa miesten ja naisten välillä ($p = 0.555$). Ympäristöönsä tyytymättömät henkilöt kokivat autonomiansa heikentyneeksi yli 10 kertaa todennäköisemmin kuin ympäristöönsä tyytyväiset henkilöt (OR=11.0, 95 % CI=6.5-18.7). Yhteys ei selittynyt tutkittavien iällä, terveydentilalla tai liikkumiskyvyllä. Ympäristötekijöistä huonoksi koettu taloudellinen tilanne (OR=2.5, 95 % CI=1.6-3.8), heikot mahdollisuudet vapaa-ajan toimintaan (OR=4.2, 95 % CI=2.7-6.5), riittämätön tiedonsaanti (OR=1.9, 95 % CI=1.2-3.2), tyytymättömyys asuinalueeseen (OR=2.3, 95 % CI=1.2-4.4) ja huonot kulkuyhteydet (OR=1.9, 95 % CI=1.1-3.2) lisäsivät tilastollisesti merkitsevästi riskiä heikentyneeseen autonomiaan.

Yksilöllisten tekijöiden ohella ympäristötekijöillä on suuri merkitys ikääntyneiden ihmisten autonomian kokemiselle. Autonomian ja osallisuuden vahvistaminen ikääntyneiden ihmisten omassa elinympäristössä tukee myös itsenäistä kotona asumista ja elämänlaatua. Autonomian kokemusta määrittävistä tekijöistä tarvitaan kuitenkin lisää tutkimustietoa, jotta voidaan kehittää toimivia interventiomenetelmiä.

Asiasanat: ikääntyneet, kotona asuminen, ympäristö, autonomia, itsemäärääminen, osallistuminen

ABSTRACT

Association between perceived autonomy and environmental factors among community-dwelling older adults.

Birgitta Bakker

Master's thesis

University of Jyväskylä, Faculty of Sport Sciences, Department of Health Sciences

Gerontology and Public Health

Spring 2014, 53 pages

Maintaining autonomy is one of the major principles in social and health policies and a prerequisite for active living and participation. Autonomy in old age has been studied in long-term care and as a part of a decision-making process in health care. The association between autonomy and environmental factors, however, has not been adequately examined. The purpose of this study was to fill this gap in our knowledge by investigating these associations among community-dwelling older adults.

This study is a part of the Life-Space Mobility in Old Age (LISPE) research project. The data consist of 848 interviews and tests performed in 2012. The participants were community-dwelling people aged 75 to 90 years in municipalities of Jyväskylä and Muurame in Central Finland. The perceived autonomy was assessed by one question of Impact on Participation and Autonomy (IPA) -standardized questionnaire. The perceived environment was assessed by The World Health Organization Quality of Life Assessment short version (WHOQOL-BREF) -questionnaire. The data were examined using frequency-distribution analysis, cross-tabulations, χ^2 -tests and Mann-Whitney U-tests. The association between perceived autonomy and environmental factors was analysed with logistic regression analysis by taking the potential confounding factors into account.

Three of four (74%) older people perceived their possibilities to live their life the way they wanted to be good. Those who had a high sense of autonomy were more satisfied with their environment than those with impaired sense of autonomy. They were also healthier and had better lower extremity functions than those who had an impaired sense of autonomy ($p < 0.001$). Sense of autonomy did not differ between men and women ($p = 0.555$). Those who were not satisfied with their environment were in risk of impaired sense of autonomy over 10 times more often than those who were satisfied (OR=11.0, 95 % CI=6.5-18.7). Participant age, health status or lower extremity functions did not explain the association. Dissatisfaction with financial situation (OR=2.5, 95 % CI=1.6-3.8), poor opportunities for leisure activities (OR=4.2, 95 % CI=2.7-6.5), insufficient information (OR=1.9, 95 % CI=1.2-3.2), dissatisfaction with home-environment (OR=2.3, 95 % CI=1.2-4.4) and problems with transport (OR=1.9, 95 % CI=1.1-3.2) increased significantly the risk of impaired sense of autonomy.

In conclusion, the results indicate that, in addition to personal factors, also environmental factors are significant in perceiving autonomy. Maintaining autonomy and participation might enhance also independent housing and quality of life in old age. The determinants of autonomy should be studied further by utilizing qualitative study approaches to find suitable methods for intervention.

Key words: older people, community-dwelling, environment, autonomy, participation

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	1
2	IKÄÄNTYNEEN IHMISEN AUTONOMIA.....	4
2.1	Autonomian ulottuvuudet.....	4
2.2	Autonomia ja vanheneminen.....	5
2.3	Autonomian ja osallisuuden ylläpitäminen.....	7
3	ITSENÄINEN ASUMINEN IKÄÄNTYNEENÄ.....	9
3.1	Yksilön ja ympäristön välinen vuorovaikutus.....	9
3.2	Koti ja elinympäristö toiminnan kontekstina.....	11
4	YMPÄRISTÖN MERKITYS AUTONOMIALLE JA OSALLISUUDELLE.....	14
4.1	Tyytyväisyys asuinympäristöön.....	15
4.2	Mahdollisuudet vapaa-ajan toimintaan.....	17
4.3	Taloudelliset tekijät.....	19
4.4	Tiedonsaanti ja palvelut.....	21
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	25
6	TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄT.....	26
6.1	Aineiston kuvaus.....	26
6.2	Muuttajat.....	27
6.2.1	Autonomia.....	27
6.2.2	Ympäristötekijät.....	27
6.2.3	Taustamuuttajat.....	29
6.3	Tutkimusaineiston analyysi.....	30
7	TULOKSET.....	32
7.1	Autonomian kokemiseen yhteydessä olevat tekijät.....	32
7.2	Ympäristötekijöiden yhteys koettuun autonomiaan.....	34
7.3	Heikentynyttä autonomiaa selittävät tekijät.....	36
8	POHDINTA.....	38
	LÄHTEET.....	47

1 JOHDANTO

Suomalaisen vanhuspolitiikan tavoitteena on itsenäinen kotona asuminen ja laitoshoidon vähentäminen (STM 2011 & 2013). Suomen väestön ikärakenne tulee vähitellen muuttumaan vanhusten määrän kasvaessa (Tilastokeskus 2012), mikä merkitsee myös sitä, että yhä suurempi osa ikääntyneistä ihmisistä tulee asumaan omassa kodissaan. Yhteiskunnan sopeutuminen vanhenevan väestön tarpeisiin edellyttää kuitenkin palvelurakenteen ja toimintatapojen muutosta (STM 2011 & 2013), jotta vanhuspoliittiset tavoitteet voivat toteutua.

Ikääntyneiden ihmisten mahdollisuuteen asua kotona vaikuttavat sekä yksilölliset tekijät että ympäristön itsenäistä asumista tukevat tai estävät tekijät (Diehl ja Willis 2003). Kotona asuminen mahdollisimman pitkään edellyttää iäkkäiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä. Toimintakykyinen vanhuus parantaa elämänlaatua, vähentää sosiaali- ja terveyspalvelujen tarvetta ja hillitsee hoitokustannusten kasvua (STM 2013). Lisäksi tulisi kehittää elinympäristöjä ja palveluja turvaamaan itsenäisen elämän edellytykset (STM 2011).

Sosiaali- ja terveydenhuollon strategioissa korostetaan entistä enemmän ennaltaehkäisevää toimintaa ja asiakaslähtöistä toimintatapaa (STM 2011). Aktiivisen ikääntymisen käsite on ollut näkyvästi esillä gerontologian ja sosiaali- ja terveydenhuollon diskursseissa. Sillä tarkoitetaan kokonaisvaltaista ikääntyneiden ihmisten hyvinvoinnin ja osallistumisen edistämistä ja se toimii ohjaavana periaatteena kaikissa vanhuspoliittisissa strategioissa ja ohjelmissa (Futurage 2011). Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) eli niin kutsuttu vanhuspalvelulaki pyrkii turvaamaan hyvän hoidon lisäksi ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä, itsenäistä suoriutumista ja osallisuutta. Myös sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton uudistetun vanhuspalvelujen laatusuosituksen (STM 2013) keskeistä sisältöä ovat osallisuus ja toimijuus, asuminen ja elinympäristö, terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen sekä palvelujen rakenne ja oikea-aikaisuus. Sosiaali- ja terveydenhuollon eettisessä keskustelussa on myös korostettu ihmisen itsemääräämisoikeutta sekä hoitopäätöksissä että elämäntapojen valinnoissa (STM 2001, Lindqvist 2004, Kaseva 2011). Autonomian ja itsenäisyyden ylläpitäminen on olennaista aktiiviselle ikääntymiselle ja osallistumiselle (WHO 2002).

Autonomia on monimutkainen käsite, jolla on useita merkityksiä ja josta on useita erilaisia määritelmiä. Autonomian käsitettä käytetään yleisesti, kun puhutaan henkilön vapaudesta ja oikeudesta päättää omista asioistaan. Filosofian sanakirja määrittelee autonomian itsenäisen henkilön oikeudeksi tehdä päätöksiä, toimia ja elää elämäänsä omien arvojensa ja tavoitteidensa mukaisesti (Christman 2009). Se tarkoittaa henkilökohtaista itsen ja asioiden hallinnan tunnetta, kykyä määritellä omat tarpeensa ja tavoitteensa sekä mahdollisuutta toimia tavoitteidensa suunnassa (Pietarinen 1994, STM 2001). Autonomiia pidetään myös yhtenä elämänlaadun ulottuvuutena (The WHOQOL Group 1995, WHO 2002, Cardol ym. 2002, Cummins 2005, Welford ym. 2010, Kivelä & Vaapio 2011) ja psyykkisen hyvinvoinnin edellytyksenä (Ryff 1989; Mill 1859/1975, Christman 2009 mukaan).

Autonomian ohella ja sen synonyyminä käytetään myös itsemääräämisen (self-rule, self-determination) käsitettä (Pietarinen 1994) erityisesti terveydenhuollon eettisessä keskustelussa. Kirjallisuudessa näkee myös käytettävien käsitteitä vapaus (freedom, liberty) ja itsenäisyys (independence). Autonomian, vapauden ja itsenäisyyden käsitteitä ei kuitenkaan tule sekoittaa, sillä niiden merkitys on erilainen. Vapaudella tarkoitetaan vapautta toimia ilman rajoituksia (Christman 2009). Itsenäisyydellä puolestaan tarkoitetaan yleensä kykyä suoriutua päivittäisen elämän toiminnoista ilman ulkopuolista apua tai vain vähäisen avun turvin (WHO 2002, Ball ym. 2004, Welford ym. 2010, Perkins ym. 2012, Schwanen ym. 2012). Erityisesti on syytä mainita, että yksilö voi olla autonominen, vaikka hänen toimintakykynsä olisi rajoittunut (Cardol ym. 1999, Ball ym. 2004, Welford ym. 2010).

Autonomialla on myös yhteys osallistumisen ja osallisuuden käsitteisiin. Osallistumisella tarkoitetaan henkilön osallisuutta oman elämänsä tilanteissa omassa elinympäristössään (ICF 2004). Osallistuminen ei edellytä välttämättä fyysistä omatoimisuutta, mutta se edellyttää jonkinasteista autonomiia eli oman elämän hallintaa (Cardol ym. 2002), henkilökohtaisia tavoitteita, itsenäisiä valintoja ja osallistumista sosiaaliin rooleihin (Perenboom & Chorus 2003). Autonomia tuo osallistumisen käsitteeseen konkreettisen osallistumisen lisäksi subjektiivisen näkökulman (Cardol ym. 2002).

Autonomiia ja itsemääräämisoikeutta on tutkittu vanhusten pitkäaikaishoidossa (Ball ym. 2004, Saarnio ym. 2007, Hellström & Sarvimäki 2007, Welford ym. 2010, Perkins ym. 2012) sekä hoito- ja lääketieteen aloilla potilaan oikeutena osallistua sairautensa hoitoa koskevaan

päätöksentekoon (Välimäki ym. 2001, Pahlman 2003, Naukkarinen 2008, Foss 2010). Vaikka ikääntyneiden ihmisten itsenäinen kotona asuminen on valtakunnallinen vanhustenhuollon tavoite, yksilön ja ympäristön välistä suhdetta ja kotia arkielämän ympäristönä (Diehl & Willis 2003, Gitlin 2003, Wahl ym. 2012) sekä ikääntyneiden ihmisten omaa kokemusta kotona asumisestaan (Iwarsson ym. 2007, Haak ym. 2011) on tutkittu hyvin vähän. Ympäristötekijöiden yhteydestä itsenäisesti asuvien ikääntyneiden ihmisten autonomian tunteeseen ei ole tutkimustietoa.

Tässä työssä tarkastelen ikääntyneiden ihmisten kokeman autonomian ja toimintamahdollisuuksien toteutumista heidän omassa elinympäristössään. Lähtökohtana on, että ihmisen toimintamahdollisuuksia ja osallisuutta määrittävät yksilön voimavarojen ohella vuorovaikutus ympäristön kanssa (Lawton & Nahemow 1973). Ihmiset rakentavat omaa elämäänsä elinympäristössään toimien käytössä olevien henkilökohtaisten resurssien ja ympäristön tarjoamien mahdollisuuksien ja rajoitusten puitteissa. Ympäristötekijät määrittävät osaltaan myös yksilön kokemaa elämänlaatua (The WHOQOL-Group 1998). Wahlin ym. (2012) mukaan hyvään ikääntymiseen sisältyy sellainen vuorovaikutus ympäristön kanssa, jossa autonomian ja identiteetin säilyminen on mahdollista toimintakyvyn heikentymisestä huolimatta. Tämän tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa ympäristötekijöiden ja koetun autonomian välisestä suhteesta. Aineistona käytetään Life-Space Mobility in Old Age (LISPE) -tutkimuksessa (Rantanen ym. 2012) kerättyä haastatteluaineistoa. Tutkimuksen ympäristötekijät ovat Maailman terveysjärjestön (WHO:n) koettua elämänlaatua arvioivan The World Health Organization Quality of Life Assessment short version (WHOQOL-BREF) -mittarin (The WHOQOL-Group 1998) ympäristöulottuvuutta mittaavia kysymyksiä. Ne sisältävät elinoloja sekä ympäristön toimintamahdollisuuksia kuten taloudellisia voimavaroja, tiedonsaantia, palveluja, turvallisuutta, esteettömyyttä ja osallistumismahdollisuuksia kartoittavia kysymyksiä. Ympäristötekijöiden yhteyttä autonomiaan tarkastellaan myös iän, sukupuolen, koulutustaustan, terveydentilan, liikkumiskyvyn ja asumismuodon mukaan.

2 IKÄÄNTYNEEN IHMISEN AUTONOMIA

2.1 Autonomian ulottuvuudet

Humanismin perusajatuksena on ihmisarvon kunnioittaminen ja kaikkien ihmisten yhdenvertaisuus (Harva 1980). Ihmisarvon kunnioittaminen sisältää yksilön itsemääräämisoikeuden edistämisen (STM 2001, 2004). Autonomialla eli itsemääräämisellä tarkoitetaan oikeutta päättää omista asioistaan elämänsä ja arvomaailmansa mukaisesti, vapautta tehdä itse valintoja ja toimia niiden mukaan (Pietarinen 1994, STM 2001, WHO 2002, Christman 2009). Nykyisen autonomia-käsitteen taustalla on Immanuel Kantin moraalifilosofia ja J. S. Millin liberalismi (Kant 1785/1983 & Mill 1859/1975, Christman 2009 mukaan). Autonomian käsite sisältää ajatuksen, että jokainen yksilö on ainutlaatuinen ja hänellä on yksilöllisiä toiveita, tarpeita ja näkemyksiä sekä yksilöllinen elämäntapa. Autonomian periaatteen mukaan jokaisen yksilön oikeutta itsemääräämiseen tulee kunnioittaa, mutta sitä tulee myös arvioida suhteessa muihin eettisiin periaatteisiin (Pietarinen 1994). Henkilön autonomiaa voidaan rajoittaa, jos se uhkaa toisen ihmisen oikeuksia, terveyttä tai hyvinvointia.

Pietarinen (1994) on tarkastellut ihmisen autonomiaa kolmen ulottuvuuden eli ajattelun, tahdon ja toiminnan autonomian kautta. Henkilöllä, joka on riittävän itsenäinen ja kykenevä eli kompetentti, katsotaan olevan oikeus päättää omista asioistaan. Pietarisen (1994) mukaan autonominen henkilö kykenee tekemään päätöksensä itsenäisesti omien toiveidensa ja tavoitteidensa perusteella, mikä edellyttää kykyä käsitellä ja ottaa vastaan tietoa. Tahdon autonomia tarkoittaa sitä, että henkilö pystyy ymmärtämään, arvioimaan ja hallitsemaan omia mieltymyksiään ja halujaan ja tekemään siten harkitun päätöksen. Tarkoituksenmukaisen toiminnan kannalta on olennaista, että ihminen saa myös riittävästi tietoa päätöksenteon perustaksi. Oikeus tietoon on siten tärkeä kompetenssin osatekijä.

Toiminnan autonomialla tarkoitetaan sitä, että henkilö kykenee toteuttamaan päätöksiään ja suunnitelmiaan (Pietarinen 1994). Cardol ym. (2002) käyttävät yksilön autonomiaa ja osallistumista tarkastelevassa artikkelissaan käsitettä toimeenpanon (executional) autonomia. Heidän mukaansa mahdollisuus toimia omien toiveiden ja tavoitteiden mukaisesti edellyttää henkilöltä itsenäistä päätöksentekoa eli päätöksenteon (decisional) autonomiaa (Cardol ym.

2002), mikä vastaa Pietarisen (1994) ajattelun ja tahdon autonomiaa. Kompetentti toiminta edellyttää myös erilaisten taitojen tarkoituksenmukaista hyödyntämistä ja säätelyä jatkuvasti muuttuvissa olosuhteissa (Bandura 1982). Kompetentin toiminnan kannalta on myös tärkeää, että henkilö kykenee ilmaisemaan omia käsityksiään, toiveitaan, halujaan ja ratkaisujaan (Pietarinen 1994). Kompetenssi ja hallinnan tunne ovat perustana itsemääräämiselle ja motivoivat yksilöä toimintaan (Bandura 1982). Searlen ym. (1995) mukaan henkilön täytyy ensin kokea olevansa itsenäinen ennen kuin hän voi toimia itsenäisesti.

Hallinnan tunne ja kompetenssi ovat välttämätön, mutta ei riittävä edellytys itsenäiselle elämälle. Kompetenssi on aina yhteydessä siihen ympäristöön, missä ikääntynyt ihminen toimii. Autonomia sisältääkin henkilön ominaisuuksien lisäksi ulkoisista tekijöistä riippuvan puolen (Christman 2009) ja edellyttää yksilön kompetenssin lisäksi valtaa eli mahdollisuutta vaikuttaa ulkoisiin olosuhteisiin (Pietarinen 1994). Cardol ym. (2002) korostavat ympäristön merkitystä autonomian toteutumisessa, sillä itsenäinen päätöksenteko edellyttää olosuhteita, joiden vallitessa on mahdollisuus tehdä vapaasti valintoja (myös Perkins ym. 2012, Welford ym. 2010). Toiminnanvapaus tarkoittaa sitä, että henkilön toiminnalle ei aseteta esteitä, mutta myös sitä, että mahdollisia toiminnan esteitä poistetaan (Pietarinen 1994). Toiminnanvapaus ja avunsaanti ovat ikääntyneiden ihmisten autonomian toteutumisen kannalta keskeisiä tekijöitä (Pietarinen 1994).

2.2 Autonomia ja vanheneminen

Lähtökohtaisesti pidämme jokaista aikuista ihmistä autonomisena henkilönä, jolla on oikeus päättää omista asioistaan ja vastuu päätöksistään ja teoistaan. Länsimainen liberalismi ja individualismi korostavat yksilön vapautta ja itsenäisyyttä (Christman 2009, Perkins ym. 2012), jossa autonomia usein rinnastetaan fyysiseen riippumattomuuteen (Cardol ym. 2002). Ikääntyminen tuo kuitenkin mukanaan sekä yksilöön että ympäristöön liittyviä tekijöitä, jotka voivat vaikuttaa haitallisesti yksilön itsenäisyyteen, oman elämän hallintaan ja autonomiaan (Bowling 2005, 188). Autonomian toteutumisen esteenä voi siten olla henkilön kompetenssi eli riittämättömät kyvyt ja taidot, tiedon puute tai fyysisen ympäristön, organisaatioiden ja muiden henkilöiden asettamat esteet.

Ikääntymisen myötä voi tapahtua muutoksia yksilön kompetenssissa eli kyvyssä harkita, tehdä päätöksiä ja toimia. Diehl ja Willis (2003) tarkoittavat kompetenssilla kykyä suoriutua päivittäisen elämän toiminnoista. Kompetenssia määrittävät yksilötasolla fyysiset, psykologiset ja sosiaaliset voimavarat (Diehl & Willis 2003). Terveydentila on tärkeä kompetenssiin vaikuttava tekijä, joka raamittaa yksilön toimintamahdollisuuksia ja autonomiaa. Fyysiset ja kognitiiviset vanhenemismuutokset sekä monet sairaudet heikentävät toimintakykyä. Ikääntyneiden ihmisten kompetenssin on havaittu olevan yhteydessä yleiseen terveyteen sekä aistien toimintaan (Diehl & Willis 2003). Erityisesti sydän- ja verisuonisairaudet, nivelrikko sekä heikentynyt näköaisti ennakoivat vaikeuksia päivittäisissä toiminnoissa. Myös kognitiiviset kyvyt heijastavat arkielämässä selviytymistä, sillä hyvät kognitiiviset kyvyt edistävät tarkoituksenmukaista reagointia ympäristön kanssa (Diehl & Willis 2003). Muutokset terveydentilassa ja toimintakyvyssä heijastuvat herkästi yksilön hallinnan tunteeseen, millä on vaikutuksensa myös yksilön kokemaan autonomiaan ja hyvinvointiin (Oswald & Kaspar 2012).

Rubinsteinin ja de Meneiroksen (2003) mukaan ikääntyneen ihmisen kompetenssia arvioidaan usein terveydentilaa, kognitiivista statusta, päivittäisissä toiminnoissa suoriutumista, terveystäytymistä sekä sosiaalista osallistumista kartoittavilla mittareilla. He korostavat, että suorituskeskeiset mittaukset eivät riitä selittämään ihmisten monimutkaista toimintaa todellisen elämän tilanteissa ja sen merkityksiä yksilölle. Muutokset toimintakyvyssä vaikuttavat päivittäiseen elämään, mutta fyysisten voimavarojen heikkenemistä ei pidä suoraan rinnastaa kompetenssin heikentymiseen (Peace ym. 2011). Pietarinen (1994) muistuttaa, että fyysisen toimintakyvyn rajoitukset eivät heikennä yksilön kykyä itsenäiseen ajatteluun ja päätöksentekoon, vaikka ne voivat olla esteenä hänen toiminnalleen. Henkilö voi olla autonominen, vaikka hän ei suoriutuisi omatoimisesti päivittäisistä toiminnoistaan, mikäli avustaminen tapahtuu yhteisymmärryksessä avustettavan henkilön kanssa hänen tarpeidensa ja valintojensa mukaisesti (Cardol ym. 1999). Jos henkilö ei kykene tekemään päätöksiä, vaikka hän on saanut siihen riittävästi tietoa ja tukea, hän ei ole Pietarisen (1994) mukaan autonominen. Tällöin päätöksentekovelvollisuus siirtyy henkilön läheisille. Päätökset on kuitenkin tehtävä yhteisymmärryksessä henkilön itsensä ja hänen läheistensä kanssa henkilön etua noudattaen (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992).

Yksilön psykologiset ja sosiaaliset voimavarat määrittävät osaltaan hänen kompetenssiaan (Diehl & Willis 2003). Psykologiset voimavarat koostuvat yksilön kognitiivisista kyvyistä,

hankituista taidoista ja selviytymiskeinoista. Sosiaaliset voimavarat sisältävät yksilön sosiaalisen verkoston ja mahdollisuuden sosiaaliseen tukeen. Ikääntyneet ihmiset joutuvat usein kohtaamaan monia sosiaalisia menetyksiä kuten puolison ja ystävien kuoleman sekä muutoksia sosiaalisissa rooleissa ja asemassa (Perkins ym. 2012). Nämä muutokset voivat vaikuttaa haitallisesti yksilön käsitykseen itsestä, mikä voi johtaa hallinnan ja autonomian tunteen menetykseen. Pätevyyden tunne tai sen puute vaikuttaa ihmisen ajatusmalleihin, motivaatioon, toimintaan ja tunne-elämään (Bandura 1982). Voimavarojen väheneminen voi heikentää itseluottamusta, mikä vaikuttaa ikääntyneen ihmisen kykyyn hyödyntää mahdollisuuksiaan oman hyvinvointinsa edistämiseen (Barnes ym. 2013). Persoonallisuuspiirteiden yhteyttä kompetenssiin on tutkittu vähän, mutta on jonkin verran näyttöä siitä, että avoimuus uusille kokemuksille, kyky sietää muutoksia, kognitiivinen joustavuus, itsetunto sekä hallinnan tunne edistävät ikääntyneiden ihmisten henkistä virkeyttä ja kompetenssia (Diehl & Willis 2003). Perkinsin ym. (2012) mukaan toivon ylläpitäminen on keskeistä autonomian ylläpitämiseksi menetysten kohdatessa.

2.3 Autonomian ja osallisuuden ylläpitäminen

Ikääntyneen ihmisen voimavarojen ylläpitäminen on autonomian kannalta olennaista, sillä ne määrittävät yksilön kompetenssia. Monet ikäihmiset pyrkivät luonnostaan muokkaamaan toimintaansa ja ympäristöään (Baltes ja Baltes 1990) ylläpitääkseen päivittäisiä rutiinejaan, elämäntapaansa ja osallisuuttaan yhteisössä fyysisistä sairauksista ja vaivoista huolimatta (Peace ym. 2011). Toimintakyvyn rajoitusten vaikutusta pyritään vähentämään hyödyntämällä erilaisia sopeutumista edistäviä strategioita (Baltes & Baltes 1990). Ikääntynyt ihminen voi säilyttää hallinnan ja pystyvyyden tunteen esimerkiksi muuttamalla käyttäytymistään tai elintapojaan (Baltes & Baltes 1990, Brandstädter 1997). Voimavarat voi siten keskittää niihin toimintoihin, joita yksilö ensisijaisesti haluaa jatkaa tai joista hän haluaa selviytyä itsenäisesti ja siten ylläpitää itsestään kuvaa pätevänä toimijana. Sosioemotionaalisen valinnan teorian mukaan (Carstensen ym. 1999) kiinnostuksen kohteet muuttuvat ikääntyessä ja valikoituvat niiden emotionaalisen merkityksen mukaan. Tavoitteiden muuttaminen voidaan tällöin nähdä yksilön aktiivisena toimintana. Brandstädter (1997) korostaa myönteisen minäkuvan säilyttämisen tärkeyttä sekä sopeutumista tavoitteiden muutokseen voimavarojen vähenemisen myötä. Minäkuvan kannalta tärkeistä tavoitteista pidetään kiinni pisimpään.

Perkinsin ym. (2012) mukaan autonomiaa ei tule ymmärtää vain yksilön ominaisuutena, vaan prosessina, jossa yksilön käsitys itsestä muotoutuu jatkuvassa vuorovaikutuksessa muuttuvan fyysisen ja sosiaalisen ympäristönsä kanssa. Autonomiaa määrittävät yksilön ominaisuuksien ohella monet sosiaaliset, kulttuuriset ja rakenteelliset tekijät. Sosiaalinen tukiverkosto voi auttaa ikääntynyttä ihmistä toteuttamaan omat tavoitteensa ja selviytymään niistä arjen toiminnoista, joissa hänellä on vaikeuksia. Läheisissä sosiaalisissa suhteissa on lisäksi mahdollisuus vastavuoroisuuteen, mikä voi tarjota mahdollisuuden kompensoida alentunutta toimintakykyä muilla elämän alueilla (Diehl & Willis 2003) ja siten kokea itsensä tarpeelliseksi.

Pietarisen (1994) mukaan itsemääräämisoikeus ulottuu myös henkilöihin, joilla ei ole tarvittavaa kompetenssia, mikä tarkoittaa sitä, että henkilön kykyä itsenäiseen ajatteluun, päätöksentekoon ja toimintaan tulee edistää. Myös toimintakykyään menettäneellä vanhuksella on oikeus toteuttaa tavanomaisia päivittäisiä toimintojaan, jatkaa yksilöllistä elämäntapaansa sekä osallistua yhteisönsä toimintaan. Autonomian ja osallisuuden tukeminen on erityisen tärkeää toiminnoissa, rooleissa ja elämäalueilla, jotka ovat henkilölle merkityksellisiä ja vahvistavat hänen itsetuntoaan ja identiteettiään (Cardol ym. 2002). Yksilöä kunnioittavan avun turvin ikääntynyt ihminen voi säilyttää itsenäisyytensä ja autonomian tunteensa (Ball ym. 2004, Diehl & Willis 2003). Pietarisen (1994) mukaan henkilön kompetenssin ja itsenäisyyden tukemisella on jo sinänsä suotuisa vaikutus hänen ajattelu- ja päättelykykyynsä. Autonomian kokemus myös lisää elämänlaatua, tyytyväisyyttä ja sosiaalista osallistumista (Welford ym. 2010).

Hyvinvointiyhteiskunnan tehtävänä onkin edistää sellaisia olosuhteita, joissa autonomia on mahdollista (Pursiainen 2008) ja huolehtia niistä, joilla ei itsellään ole voimia ja mahdollisuuksia huolehtia itsestään (STM 2004). Eettisten periaatteiden noudattaminen korostuu silloin, kun ollaan tekemisissä hauraiden ja apua tarvitsevien henkilöiden kanssa (Pietarinen 1994). Tarkoituksena on suojata sellaisten henkilöiden oikeuksia, jotka ovat riippuvaisia muiden avusta ja jotka eivät itse kykene huolehtimaan oikeuksistaan. Terveystieteiden henkilökuntaa voidaankin pitää Pietarisen (1994) mainitsemana ryhmänä, jolla on velvollisuus edistää asiakkaan tai potilaan kompetenssia ja autonomiaa.

3 ITSENÄINEN ASUMINEN IKÄÄNTYNEENÄ

Ympäristöministeriön (2013) mukaan vuonna 2011 kotona asui lähes 90 % yli 75-vuotiaista henkilöistä ja heistä lähes 80 % omistusasunnossa. Erillisissä pientaloissa (omakotitalot) asui 39 % ja kerrostaloissa 45 % ikäihmisistä, loput asuivat rivitaloissa ja paritaloissa. Kotona asuminen mahdollisimman pitkään on yksi johtavista vanhuspoliittisista periaatteista (STM 2011, 2013) sen yhteisöllisyyttä korostavan näkökulman, mutta myös kustannussäästöjen vuoksi (Wiles ym. 2012). Usein se on myös ikäihmisten oma toive (Vaarama 2010a, STM 2011, 2013, Ympäristöministeriö 2013). Kotona asuminen on enemmän kuin fyysistä asumista omassa asunnossa. Vanheneminen kotona asuen on monimutkainen prosessi, jossa ikääntynyt henkilö uudistaa kotiin ja asuinalueeseen liittyviä merkityksiä ja identiteettiään jatkuvassa vuorovaikutuksessa fyysisen, sosiaalisen, kulttuurisen ja poliittisen ympäristönsä kanssa (Wiles ym. 2012).

Autonomia ja itsemääräämisoikeus yhdistetään usein kotona asumiseen, sillä itsemääräämisoikeuden oletetaan toteutuvan parhaiten kotiympäristössä (STM 2013). Vaikka suurin osa kotona asuvista yli 63-vuotiaista henkilöistä elää arkeaan itsenäisesti (STM 2013), kaikki itsenäisesti asuvat ikäihmiset eivät ole terveitä ja hyväkuntoisia. Kotona asuu myös fyysisesti huonokuntoisia, muistamattomia ja yksinäisiä vanhuksia, jotka kohtaavat jatkuvasti haasteita päivittäisessä elämässään (Haak ym. 2011). Siitä huolimatta itsenäisyyden ylläpitäminen mahdollisimman pitkään on myös toimintakyvyltään heikentyneiden vanhusten keskeinen tavoite ja tärkeä elämänlaadun määrittäjä (Ball ym. 2004).

3.1 Yksilön ja ympäristön välinen vuorovaikutus

Lawton ja Nahemow (1973) kuvaavat Ikääntymisen ekologisessa teoriassaan yksilön ja ympäristön välistä vuorovaikutusta, jossa yksilön kyvyt eli kompetenssi kohtaavat ympäristön haasteet. Kompetenssi tulee esille yksilön toiminnassa erilaisissa fyysisissä ja sosiaalisissa ympäristöissä (Diehl & Willis 2003) ja sisältää siten sekä yksilö- että ympäristötekijöihin liittyvän ulottuvuuden. Ympäristö voi joko tukea tai rajoittaa ikääntyneen henkilön toimintakykyä ja osallistumista. Rajoittavat tekijät lisäävät stressiä ja haastavat yksilön mukautumiskykyä, kun taas tukevat tekijät vahvistavat mukautunutta käytöstä (Diehl & Willis 2003). Ympäristön toimintakykyä edistävät tai ehkäisevät tekijät vaikuttavat siihen,

miten ikääntynyt ihminen voi hyödyntää omia voimavarojaan. Kun yksilön kyvyt ja ympäristön haasteet ovat tasapainossa, ympäristö ei ole esteenä yksilön toiminnalle (Lawton 1990).

Ikääntyessä ihmiset tulevat haavoittuvammiksi ympäristön muutoksille, sillä toimintakyvyn muutosten myötä kuilu yksilön voimavarojen ja ympäristön vaatimusten välillä voi kasvaa (Lawton & Nahemow 1973). Tällöin pienetkin muutokset ympäristössä saattavat heikentää yksilön selviytymistä ympäristössään. Tasapainon saavuttaminen edellyttää siten muutoksia joko yksilössä tai ympäristössä. Kun yksilön kompetenssi paranee, ympäristön tarjoamat mahdollisuudet lisääntyvät (Lawton 1990). Myös ympäristöön vaikuttamalla voidaan kompensoida yksilön alentunutta kompetenssia. Yksilön kokemuksilla ympäristössään on merkitys hänen itsetuntonaan, terveydelleen ja hyvinvoinnille (Peace ym. 2011). Lisäksi yksilön voimavarojen ja ympäristön vaatimusten välinen tasapaino vahvistaa hallinnan tunnetta (Diehl & Willis 2003) ja autonomiaa (Peace ym. 2011).

Baltesin ja Baltesin (1990) mukaan ikääntynyt ihminen voi sopeutua ympäristön vaatimuksiin ja säilyttää hallinnan tunteen käyttämällä toimintojen valikointia, optimointia ja kompensatiota (selection, optimization and compensation, SOC). Haak ym. (2011) ovat selvittäneet neljän laadullisen tutkimuksen meta-synteessissään, miten ikääntyneet yksin asuvat ruotsalaiset pyrkivät aktiivisesti ylläpitämään itsenäisyyttään, osallisuuttaan ja terveyttään erilaisissa elämäntilanteen ja terveyden siirtymävaiheissa. He olivat hyvin tietoisia voimiensa heikentymisestä ja pohtivat, mihin omat voimavarat kannattaa keskittää, mistä toiminnoista suoriutuminen on tärkeintä ja mihin he olivat valmiita ottamaan vastaan apua. Toimintojen optimoinnilla voimavaroja voidaan hyödyntää tehokkaammin ja varmistaa mahdollisimman hyvä suoriutuminen (Baltes 1997). Onnistuminen lisää turvallisuuden tunnetta ja vahvistaa motivaatiota arjessa selviytymiseen (Haak ym. 2011). Toiminnanrajoitusta voidaan myös kompensoida kehittämällä uusia selviytymiskeinoja tai turvautumalla ulkopuoliseen apuun (Baltes 1997). Peace ym. (2011) huomauttavat kuitenkin, että iäkkäät henkilöt säilyttävät mieluummin itsenäisyytensä ja hyväksyvät joitakin rajoituksia arjessaan kuin turvautuvat ulkopuoliseen apuun. Haakin ym. (2011) tutkimuksessa ikääntyneet ihmiset pyrkivät luomaan uusia elämää rikastuttavia merkityksiä, kun tuttujen toimintojen ylläpitäminen ei ollut enää mahdollista. Iän myötä itsenäistä suoriutumista tärkeämmäksi nousi valinnanvapaus ja oikeus itsenäiseen päätöksentekoon.

Vaikka Lawtonin ja Nahemow'n (1973) mallissa painotetaan fyysistä toimintaympäristöä ja sen haasteita yksilölle, ympäristötekijät eivät rajoitu vain fyysiseen ympäristöön. Monet kokemukselliset, sosiaaliset, kulttuuriset ja historialliset tekijät vaikuttavat ikääntyneen ihmisen vuorovaikutukseen ympäristönsä kanssa (Lawton 1999, Scheidt & Norris-Baker 2003 mukaan, Pinguart & Burmedi 2003, Rubinstein & de Meneiros 2003, Peace ym. 2011, Wahl ym. 2012, Rowles & Bernard 2013). Wahl ym. (2012) ovat tuoneet yksilön ja ympäristön väliseen vuorovaikutukseen mukaan kehityksellisen näkökulman, jonka keskiössä ovat toimijuuden (agency) ja kuulumisen (belonging) käsitteet. Toimijuus viittaa yksilön kokemaan hallinnan tunteeseen ja tavoitteelliseen käyttäytymiseen ympäristössään oman elämänsä rakentamiseksi (ks. myös Baltes ja Baltes 1990). Kuuluminen puolestaan on kokemuksellinen ulottuvuus, joka kuvaa yksilön subjektiivista arviota ja tulkintaa sekä sitoutumista ympäristöönsä (Oswald & Wahl 2005). Ikääntymisen myötä ja toimintakyvyn heikentyessä kuulumisen merkitys korostuu toimijuuden kustannuksella vastaamaan yksilön kompetenssia ja tarpeita, mikä voi Wahlin ym. (2012) mukaan selittää ikääntyneiden ihmisten vahvaa sidettä kotiympäristöönsä ja vakiintuneita toimintamalleja arkielämässään.

3.2 Koti ja elinympäristö toiminnan kontekstina

Ikääntyessä ihmiset viettävät enemmän aikaa kotona ja elämä keskittyy kotiin ja sen lähiympäristöön (Oswald & Wahl 2005, Rowles & Bernard 2013), missä arkiset askareet pääosin toteutuvat. Koti on siten tärkeä toimintaympäristö ikääntyneiden ihmisten autonomian ja osallistumisen kannalta. Ikääntymisen ekologinen teoria (Lawton & Nahemow 1973) soveltuu hyvin asumisen kontekstin tarkasteluun, sillä yksilön toimintakyvyn ja ympäristön haasteiden yhteen sopiminen tulee esille päivittäisen elämän toiminnoissa.

Kotona asumisen ja hyvinvoinnin yhteyttä on yleensä lähestytty yleisen asumistyytyväisyyden näkökulmasta, mikä Oswaldin ym. (2006) mukaan antaa liian yleisen kuvan asumisen ilmiöstä. Laajassa eurooppalaisessa Enable-Age -hankkeessa (n=1918) on selvitetty kvantitatiivisella ja kvalitatiivisella tutkimusotteella kotona asumisen yhteyttä terveyteen ja hyvinvointiin (Iwarsson ym. 2007). Tutkimuksissa havaittiin, että asumisen objektiivisten yksilö- ja ympäristötekijöiden lisäksi myös kokemuksellisilla tekijöillä kuten kodin merkityksellä, koetulla toimivuudella ja hallinnan tunteella on yhteys autonomiaan ja hyvinvointiin yksin kotona asuvilla ikääntyneillä ihmisillä (Oswald ym. 2007). Toisin sanoen

fyysiset asumisolosuhteet ja itsenäisyys päivittäisissä toiminnoissa eivät yksin riitä selittämään asumisen yhteyttä hyvinvointiin. Oswald ja Kaspar (2012) havaitsivat, että koettua asumista määrittävät autonomiaan, identiteettiin sekä yksityisyyden ja tuttuuden kokemiseen liittyvät tekijät. Yksityisyyden ja identiteetin kokemukset kietoutuivat yhteen kokonaisvaltaisessa asumisen kokemuksessa ja heijastivat asumiseen liittyviä käsityksiä ja tunteita. Autonomiatekijät puolestaan kuvasivat yksilön toimintamahdollisuuksia, valinnanvapautta ja asumiseen liittyvää hallinnan tunnetta.

Geboyn ym. (2012) mukaan autonomia ja turvallisuus (security) ovat keskeisiä asumista määrittäviä tekijöitä ikääntyneillä ihmisillä. Kotona olemisen tunne sisältää useita ulottuvuuksia, joilla on yhteys terveyteen ja hyvinvointiin (Chaudhury & Rowles 2005, Haak ym. 2011). Kotiin ja asuinalueeseen paikkana kehittyvä tunneside voi Diehlin ja Willisin (2003) mukaan olla yhtä merkittävä yksilö-ympäristö -suhdetta säätelevä ja hyvinvointiin vaikuttava tekijä kuin objektiiviset fyysiset tekijät. Kotona asuminen mahdollistaa arkielämän hallinnan tunteen päivittäisten rutiinien ja merkityksellisen toiminnan kautta (Rowles & Bernard 2013), mikä tukee autonomiaa, itsenäisyyttä ja osallisuutta (Haak ym. 2011). Omassa kodissa ja sen lähiympäristössä toimiessaan ihmisillä on käytössään vuosien varrella kehittyneet toimintatavat ja rutiinit, joiden avulla he selviytyvät arjessa. Koti muuttuu vähitellen yksilölle merkitykselliseksi oman toiminnan keskiöksi, johon liittyy turvallisuuden, tuttuuden ja mukavuuden tunne sekä paikan kokeminen omaksi ja osaksi identiteettiä (Rowles & Bernard 2013, myös Haak ym. 2011 ja Peace ym. 2011).

Ikääntyneet ihmiset ovat usein asuneet pitkään samassa asunnossa, jolloin merkitystekijät ovat yhteydessä elämäkerrallisiin tekijöihin (Oswald & Wahl 2005). Tämä voi konkretisoitua paikkaan ja esineisiin liittyvinä muistoina elämän varrelta, millä voi olla erityistä merkitystä toimintarajoitteisille henkilöille, sillä kodin tuntu ja tuttuus synnyttävät elämän jatkuvuuden tunteen (Pinquart & Burmedi 2003). Yksilö voi kompensoida kompetenssin vähenemistä korostamalla niitä elämän merkitysalueita, joilla hän kokee edelleen pätevyyttä tai, jotka edistävät ympäristön ja yksilöllisten tarpeiden yhteensopivuutta (Oswald & Wahl 2005, myös Lawton & Nahemow 1973).

Koti ymmärretään usein asunnon sisäisenä tilana (Chaudhury & Rowles 2005). Kuitenkin tavanomaiseen asumiseen ja elämiseen kuuluu olennaisena osana myös toiminta asuinympäristössä ja sen julkisissa tiloissa (Oswald & Kaspar 2012, Rowles & Bernard 2013).

Tutussa ympäristössä yksilön kohtaamat haasteet ovat yleensä vähäisemmät kuin vieraassa ympäristössä ja asuinalueen tarjoamien mahdollisuuksien hyödyntäminen onnistuu paremmin (Scheidt & Norris-Baker 2003). Koti ja asuinympäristö ovat usein myös sosiaalisten suhteiden toiminta-alue (Diehl & Willis 2003, Rowles & Bernard 2013). Päivittäinen toiminta omassa tutussa lähiympäristössä tuttujen ihmisten keskuudessa luo ympäristöön kuulumisen ja turvallisuuden tunteen (Wiles ym. 2012). Ihmiset kiinnittyvät ja kokevat yhteyttä sekä omaan kotiin että asuinalueeseen, josta ammennetaan voimavaroja päivittäiseen elämään. Paikallaan vanheneminen vahvistaa ikääntyneen ihmisen identiteettiä itsenäisyyden, autonomian, sosiaalisten roolien ja tukea antavan sosiaalisen verkoston välityksellä (Wiles ym. 2012).

Wilesin ym. (2012) mukaan ikääntyneet ihmiset haluavat itse valita, missä ja miten he asuvat vanhoina. Itsenäinen asuminen ei aina ole ikääntyneelle ihmiselle paras asumismuoto, jos siihen liittyy itsenäisyyttä ja autonomiaa rajoittavia tai turvattomuutta lisääviä tekijöitä (Wiles ym. 2012). Sen vuoksi yhteiskunnassa tarvitaan erilaisia asumisen vaihtoehtoja, jotka tukevat autonomiaa ja osallisuutta yhteisössä.

4 YMPÄRISTÖN MERKITYS AUTONOMIALLE JA OSALLISUUDELLE

Ikääntyneiden ihmisten hyvinvoinnille ovat tärkeitä paljolti samat tekijät kuin muillekin ikäryhmille (Vaarama ym. 2010a). Elämänlaatu on käsite, joka kuvaa yksilöiden yleistä hyvinvointia (The WHOQOL Group 1995). Siihen vaikuttavat sekä yksilölliset että ympäristöön liittyvät tekijät ja niiden yhteisvaikutus (Lawton 1999, Bowling 2005, Cummins 2005). Terveys ja elintaso ovat elämänlaatu tutkimuksissa keskeisimmät hyvän elämänlaadun ja hyvinvoinnin ulottuvuudet (Lawton 1999). Elämänlaatu koostuu kuitenkin sosioekonomisten tekijöiden, fyysisen ja psyykkisen terveyden, fyysisen ympäristön, sosiaalisten tekijöiden ja virkistysmahdollisuuksien yhteisvaikutuksesta (The WHOQOL Group 1995). Elinympäristö sisältää yksilön fyysisen, sosiaalisen ja asenneympäristön, jossa hän asuu ja elää (ICF 2004,16). Autonomia, elämän tarkoituksellisuus, omatoimisuus, yhteisöllisyys ja osallisuuden tunne ovat myös hyvän vanhenemisen ja elämänlaadun perusteita (Cummins 2005, Kivelä & Vaapio 2011). Wahlin ym. (2012) mukaan hyvään ikääntymiseen sisältyy sellainen vuorovaikutus ympäristön kanssa, jossa autonomian ja identiteetin säilyminen on mahdollista kompetenssin heikentymisestä huolimatta.

Elämänlaatua voidaan tarkastella sekä objektiivisin mittarein että subjektiivisesti (The WHOQOL Group 1995, Lawton 1999, Bowling 2005, Cummins 2005). Objektiivisellä arviolla ymmärretään ulkopuolisen arvioitavissa ja havaittavissa olevia tekijöitä (Bowling 2005, 10). Subjektiivinen arvio on yksilön henkilökohtainen kokemus omasta tilanteestaan (The WHOQOL Group 1995, Lawton 1999, Cummins 2005) ja perustuu tunteisiin tai kognitiiviseen arvioon (Bowling 2005, 13). Kokemukselliset tekijät ovat tärkeitä yksilön toiminnan kannalta, sillä niillä on yhteys yksilön motiiveihin ja asioiden merkitykseen yksilölle (Cardol ym. 1999). Myös objektiivisillä ominaisuuksilla on subjektiivinen ulottuvuus, joka kuvastaa yksilön tyytyväisyyttä asiantilaan (The WHOQOL Group 1995, Lawton 1999, Cummins 2005). Riittävän elintason turvatessa ihmisten perustarpeiden tyydytyksen, hyvinvointia määrittäviksi tekijöiksi näyttävät nousevan terveys ja koetun hyvinvoinnin tekijät kuten ihmissuhteet ja osallisuus, ympäristö, arvonto ja oikeudenmukaisuus yhteisössä sekä mielekäs toiminta (Vaarama ym. 2010a).

WHO on kehittänyt elämänlaadun mittaamiseen The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-100) -mittarin ja siitä lyhennetyn WHOQOL-Bref -version (The

WHOQOL Group 1995 & 1998). Mittarilla arvioidaan yksilön tyytyväisyyttä fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiinsa, sosiaalisiin suhteisiinsa ja elinympäristöönsä. Mittarin operationalisointi ja elämänlaadun ulottuvuuksien valinta ja määrittely on toteutettu kansainvälisenä yhteistyönä (The WHOQOL Group 1995). Tässä tutkimuksessa ympäristötekijöillä tarkoitetaan WHOQOL-Bref -mittarin elämänlaadun ympäristöulottuvuutta määrittäviä tekijöitä, jotka kuvaavat yksilön elinoloja ja toimintamahdollisuuksia elinympäristössä.

4.1 Tyytyväisyys asuinympäristöön

Ihmisten subjektiivisia käsityksiä asuinympäristöstään voidaan selvittää kysymällä heidän tyytyväisyyttään asuinalueeseensa ja toimintamahdollisuuksiaan ympäristössään (The WHOQOL Group 1995, 1998). Asumistyytyväisyys voidaan määritellä asunnon ja asuinalueen herättämäksi emotionaaliseksi vasteeksi, joka sisältää asukkaan asuinpaikkaansa kohtaan tuntemat myönteiset tai kielteiset tunteet (Pinquart ja Burmedi 2003). Asumistyytyväisyys yleensä lisääntyy iän myötä ja on yhteydessä sekä asuinalueeseen liittyvään tyytyväisyyteen että yleiseen subjektiiviseen hyvinvointiin (Pinquart ja Burmedi 2003).

Oswaldin ym. (2006) mukaan kartoittamalla vain yleistä asumistyytyväisyyttä saadaan liian yleinen kuva asumisen ilmiöstä. Asuinympäristön koetun laadun ja asuinalueeseen kiinnittymisen on kuitenkin havaittu selittävän tyytyväisyyttä asuinalueeseen erityisesti vanhemmilla yli 80-vuotiailla ikääntyneillä (Oswald ym. 2011). Nuoremmat ikääntyneet kykenevät paremmin hyödyntämään asuinympäristön voimavaroja paremman kompetenssinsa vuoksi. Kompetenssin heikentyessä ympäristön toimintakykyä tukevat tai heikentävät ominaisuudet korostuvat (Lawton & Nahemow 1973). Liian haastava fyysinen ympäristö voi siten olla aktiivisen elämäntavan esteenä. (Diehl & Willis 2003).

Itsenäiseen asumiseen sisältyy myös toiminta asuinympäristössä. Liikkuminen on olennainen osa ihmisten jokapäiväistä elämää. Asiointi, terveystalvelujen käyttö, ystävien tapaaminen, ulkoilu ja monet vapaa-ajan toimintamuodot edellyttävät liikkumista asuinympäristössä (Iwarsson ym. 2013). Vaikka toimintakyvyn rajoitukset kuten liikkumisvaikeudet tai heikko näkökyky voivat estää ulkona liikkumisen, myös monet ympäristön esteet voivat rajoittaa

itsenäisyyttä ja osallistumista yhteisön toimintaan (Iwarsson ym. 2013). Pitkät etäisyydet, levähdyspaikkojen puute, vaikeakulkuinen maasto, tasoerot, portaat, huono valaistus ja vilkas liikenne voivat rajoittaa ulkona liikkumista (Diehl & Willis 2003, Rantakokko ym. 2010, Iwarsson ym. 2013) ja altistaa tapaturmille (Ympäristöministeriö 2013). Ulkoympäristön esteet voivat lopulta johtaa fyysiseen passiivisuuteen ja toimintakyvyn laskuun (Rantakokko ym. 2010) sekä sosiaaliseen eristäytymiseen (Diehl & Willis 2003). Ympäristön koetut esteet myös lisäävät ulkona liikkumisen pelkoa ja heikentävät elämänlaatua (Rantakokko ym. 2010). Oswaldin ym. (2007) mukaan ympäristön aiheuttamissa toiminnan esteissä kyse ei ole niinkään esteiden lukumäärästä vaan niiden merkityksestä yksilölle.

Esteetön asuinympäristö ja hyvät kulkuyhteydet ovat välttämätön edellytys turvalliselle ja itsenäiselle liikkumiselle, asioinnille, osallistumiselle ja palvelujen saavutettavuudelle (Iwarsson ym. 2013). Esteettömyys ja saavutettavuus tarkoittavat sitä, että ihmiset pystyvät käyttämään tilaa tai palvelua iästä, sairaudesta, vammasta tai toiminnanrajoitteesta huolimatta (STM 2013), mikä on myös edellytys yksilön autonomialle (Geboy 2012). Schwanenin ym. (2012) mukaan autonomia merkitsee ikääntyneille ihmisille vapautta, jota liikkumiskyky symboloi. Sen vuoksi myös kulkuyhteydet ja julkisen liikenteen toimivuus ovat keskeisessä asemassa itsenäiselle elämälle.

Fyysinen asuinympäristö sisältää paitsi rakennetun ympäristön myös luonnonympäristön (Lawton 1999). Elinympäristön keskeisiä laatutekijöitä ovat turvallisuus, rauhallisuus, siisteys ja luonnonläheisyys (Kyttä 2008). Positiivisina koetut laatutekijät sijaitsevat yleensä kotiympäristössä tai sen läheisyydessä. Mahdollisuus ulkona liikkumiseen tarjoaa aisteille virikkeitä ja mahdollistaa myös satunnaisia kontakteja muiden ihmisten kanssa. Paitsi aktiivinen toiminta myös passiivinen vuorovaikutus luontoympäristön kanssa voi edistää terveyttä (Kyttä 2008). Vihreän ympäristön ja luonnon tarkkailun on todettu vaikuttavan myönteisesti ihmisten mielialaan ja hyvinvointiin (Rappe 2005).

Asuinalueen viihtyisyys, turvallisuus ja hyvät naapuruussuhteet lisäävät merkittävästi asumistyytyväisyyttä (Pinquart ja Burmedi 2003). Turvallisuuden tarve vielä korostuu myöhäisessä vanhuudessa (Geboy ym. 2012). Kivelän ja Vaapion (2011, 20) mukaan turvallisuudella tarkoitetaan sekä fyysistä, psyykkistä että sosiaalista turvallisuutta. Turvallinen asuinympäristö tarkoittaa siten paitsi esteetöntä ympäristöä, myös mahdollisuutta liikkua ulkona ilman väkivallan uhkaa. Yksilön kokemana mahdollisuus joutua

vaaratilanteeseen ja sen aiheuttama pelko ja ahdistus puolestaan lisäävät turvattomuuden tunnetta (Iwarsson ym. 2013). Toimintakykyään menettäneet vanhukset ovat myös haavoittuvaisempia kuin nuoremmat ihmiset (Lawton & Nahemow 1973), mikä voi lisätä turvattomuuden kokemusta ja olla esteenä aktiiviselle elämälle. Myös vanhuuteen ja vanhoihin ihmisiin suhtautumisen on havaittu olevan yhteydessä ikääntyneiden ihmisten liikkumiseen, aktiivisuuteen ja hyvinvointiin (Diehl & Willis 2003, Bowling 2005). Myönteinen ja suvaitseva ilmapiiri ja toimintaympäristö lisäävät turvallisuuden tunnetta (STM 2013).

4.2 Mahdollisuudet vapaa-ajan toimintaan

Vapaa-ajan toiminnalla (leisure activities) tarkoitetaan vapaa-ajalla tapahtuvaa vapaaehtoista ja mielihyvää tuottavaa toimintaa (Searle ym. 1995), joka voi olla fyysistä, sosiaalista, kognitiivista, luovaa tai passiivista toimintaa (Hutchinson & Nimrod 2012). Eläkeiässä harrastustoiminnat saavat lisääntyneen vapaa-ajan myötä erilaisen merkityksen kuin työiässä (Lyyra & Lyyra 2006). Sosiaaliset suhteet ja kanssakäyminen muiden ihmisten kanssa sekä mielekkäät harrastukset tulevat tärkeämpään osaan hyvän elämänlaadun määrittäjinä (Kivelä & Vaapio 2011, 102). Ikääntyneiden ihmisten vapaa-ajan toimintaa käsittelevä tutkimus onkin tarkastellut erityisesti vapaa-ajan merkitystä ikäihmisille (Searle ym. 1995, Dionigi & Lyons 2010, Hutchinson & Nimrod 2012) ja vapaa-ajan toimintaan osallistumiseen liittyviä tekijöitä (Lawton 1994, Raymore 2002, Silverstein & Parker 2002, Godbey 2010).

Silversteinin ja Parkerin (2002) sekä Lampisen (2004) mukaan suurella osalla ikääntyneistä ihmisistä harrastustoiminta vähenee iän myötä, vaikka osa jatkaakin aktiivisina jopa yli 80-vuotiaiksi. Vapaa-ajan toimintaan osallistumiseen vaikuttavat sekä yksilötekijät että ympäristön tarjoamat mahdollisuudet osallistumiseen. Erilaiset yksilölliset, sosiaaliset ja rakenteelliset tekijät voivat rajoittaa (Godbey 2010) tai edistää (Raymore 2002) yksilön osallistumista vapaa-ajan toimintaan.

Yksilölliset tekijät liittyvät yksilön ominaisuuksiin ja asenteisiin ja niihin vaikuttavat muun muassa persoonallisuus, henkilökohtaiset arvot ja kiinnostuksen kohteet, käsitys itsestä, toiminnassa koettu virkistys ja mielihyvä, kyvyt ja taidot, halu oppia uutta ja etsiä haasteita sekä yksilön aiemmat kokemukset (Raymore 2002). Erityisesti ikääntyneillä ihmisillä myös

terveys ja fyysiset voimavarat vaikuttavat osallistumismahdollisuuksiin (Raymore 2002, Godbey 2010, Hutchinson & Nimrod 2012). Liian haasteelliseksi koetusta toiminnasta joudutaan usein luopumaan, mutta se voidaan korvata uudella toimintamuodolla, joka vastaa omia kykyjä ja tarpeita ja jossa fyysiset rajoitukset eivät ole esteenä (Hutchinson & Nimrod 2012).

Rakenteelliset tekijät liittyvät ympäristön ominaisuuksiin kuten toiminnan saavutettavuuteen tai taloudellisiin tekijöihin. Niillä tarkoitetaan sosiaalisia ja fyysisiä instituutioita, organisaatioita ja yhteiskunnan asenteita, jotka mahdollistavat tai edistävät osallistumista (Raymore 2002, Godbey 2010). Demografiset tekijät sisältyvät Raymoren (2002) mukaan rakenteellisiin tekijöihin, sillä ne määrittävät yksilön asemaa yhteiskunnassa. Sosiaaliset tekijät liittyvät henkilön sosiaalisiin suhteisiin ja niillä tarkoitetaan sellaista sosiaalista vuorovaikutusta, joka mahdollistaa tai edistää osallistumista (Raymore 2002).

Godbeyn (2010) mukaan kokemukselliset tekijät ovat merkityksellisimmät esteet osallistumiselle. Sosiodemografisilla tekijöillä (ikä, sukupuoli, rotu, tulot, koulutus, etnisyys) on useissa tutkimuksissa havaittu selvä yhteys koettuihin osallistumisen esteisiin (Raymore 2002, Godbey 2010). Naiset ja heikommassa sosioekonomisessa asemassa olevat henkilöt kokevat enemmän esteitä vapaa-ajan toimintaan osallistumiselle. Yksilön kokemien osallistumisen esteiden taustalla voi olla myös psykologisia tai kulttuurisia tekijöitä kuten elämäntarkastus, oman viiteryhmän asenteet, kokemus omista taidoista ja arvio toiminnan vaatavuudesta, saavutettavuudesta ja sopivuudesta itselle (Godbey 2010). Yksilöllisiä tekijöitä tulee aina tarkastella myös sosiaalisten ja rakenteellisten tekijöiden kontekstissa ja ottaa huomioon, että osallistumista rajoittavat ja edistävät tekijät vaikuttavat yhdessä yksilön osallistumispäätökseen (Raymore 2002).

Sosiaalisen aktiivisuuden ja vapaa-ajantoimintaan osallistumisen on havaittu lisäävän psyykkistä hyvinvointia (Lawton 1994, Silverstein & Parker 2002, Lampinen 2004, Bowling 2005). Useissa tutkimuksissa toimintamuodot ovat kuitenkin luonteeltaan fyysisiä ja sosiaalisia, mikä korostaa ulospäin suuntautuneiden henkilöiden aktiivisuutta (Raymore 2002), sillä ihmiset hakeutuvat persoonallisuuspiirteitään vastaavaan vapaa-ajantoimintaan (Lawton 1994). Lawton (1994) huomauttaa, että sisäänpäin suuntautuneiden henkilöiden vapaa-ajan toiminta ei ilmene ulkoisesti aktiivisena käyttäytymisenä, mutta voi silti tuottaa mielihyvää ja virkistystä.

Erityisesti itselle merkityksellinen toiminta lisää hyvinvointia, sillä se ylläpitää kiinnostusta ja tuo iloa elämään, mikä on tärkeää myös masennuksen ehkäisemisessä (Silverstein & Parker 2002, Hutchinson & Nimrod 2012). Searle ym. (1995) selvittivät interventiotutkimuksessaan vapaa-ajan toimintaan osallistumisen vaikutusta ikääntyneillä, jotka kokivat arjessaan esteitä osallistumiselle. Koeryhmään osallistuneet kokivat vapaa-ajan toimintaan liittyvän kompetenssinsa, hallinnan tunteensa ja hyvinvointinsa parantuneen merkitsevästi osallistumista tukevan intervention aikana. Dionigi ja Lyons (2010) ovat osoittaneet tutkimuksessaan, miten harrastusryhmä toimii myös välineenä yhteisöllisyyden kehittämisessä. Yhteisö tulkittiin sekä jaettuna yhteenkuulumisen tunteena että ympäristönä, johon tietyt henkilöt liittyivät. Vahva yhteenkuulumisen tunne syntyy ryhmässä, jonka jäsenyyden on itse valinnut (Dionigi ja Lyons 2010). Searlen ym. (1995) mukaan mahdollisuus tehdä valintoja ja osallistua toimintaan itseä tyydyttävällä tavalla ovat yhteydessä hallinnan tunteeseen.

Myös toimintakykyään menettäneellä vanhuksella on oikeus tuntea kuuluvansa yhteisöön. Vapaa-ajan toiminta voi olla ikääntyneelle ihmiselle voimavara, joka auttaa jaksamaan arjessa sairauksista ja rajoituksista huolimatta (Silverstein & Parker 2002, Hutchinson & Nimrod 2012). Silversteinin ja Parkerin (2002) tutkimuksessa vapaa-ajan toimintaansa eläkeiässä lisänneiden henkilöiden koettu elämänlaatu parani erityisesti niillä ikäihmisillä, joiden toimintakyky oli heikentynyt, jotka olivat jääneet leskeksi tai joilla oli etäinen suhde perheeseen. Harrastusaktiivisuus näytti suojaavan toimintakyvyn laskun, puolison kuoleman tai heikon perheyhteyden kielteisiltä psykologisilta vaikutuksilta. Hutchinsonin ja Nimrodin (2012) mukaan vapaa-ajan toimintaan osallistuminen ylläpitää ikääntyneiden ihmisten aktiivisuutta ja mahdollisuutta hyödyntää ja jopa lisätä voimavarojaan. Osallistumista motivoi terveyden ylläpitäminen ja ”pysyminen kiinni elämässä”.

4.3 Taloudelliset tekijät

Ikääntyneiden ihmisten taloudellista tyytyväisyyttä (financial satisfaction) (Hsieh 2003, Hansen ym. 2008, Plagnol 2011) ja taloudellista tilannetta elämänlaatua ja hyvinvointia määrittävänä tekijänä (Weidekamp-Maicher & Naegele 2007, Palomäki 2009, Moisio 2010) on tutkittu jonkin verran. Suomalaisten eläkeläisten taloudellisesta toimeentulosta tiedetään

myös kohtuullisen paljon rekisteritietojen perusteella, mutta eläkeläisten omista toimeentulokokemuksista eli subjektiivisista arvioista taloudellisten resurssien riittävyydestä on hyvin vähän tutkimustietoa (Palomäki 2009, Kautto ym. 2009). Taloudellista hyvinvointia on Kauton ym. (2009) mukaan syytä arvioida myös ihmisten kokemusten perusteella, sillä pelkät tulotiedot eivät anna kattavaa kuvaa toimeentulosta. Tulojen riittävyyteen vaikuttaa luonnollisesti myös kulutuksen taso. Esimerkiksi asumiskustannukset ja terveydenhoitomenot voivat vaikuttaa toimeentulokokemuksiin, samoin kuin tulotason tai menojen muuttuminen (Kautto ym. 2009).

Eläkkeelle jääminen merkitsee useimmille tulotason laskua. Suomessa kansalaisten perustoimeentulo on turvattu myös työelämän jälkeen eläketurvajärjestelmän avulla (Eläketurvakeskus 2013). Keskimäärin eläkkeiden ostovoima on viime vuosina parantunut ja eläkkeelle siirtyvien vanhuuseläkkeet ovat suurempia kuin eläkkeellä pitempään olleiden, vaikka eläkeläisten toimeentulo onkin heikentynyt suhteessa palkansaajien toimeentuloon (Kautto ym. 2009). Eläketurvajärjestelmästä huolimatta useat ikäihmiset elävät toimeentulon rajoilla, koska työttömyys ja sairaudet ovat saattaneet lyhentää työuraa. Suomalaisen Hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -tutkimuksen (Moisio 2010) mukaan vanhoilla yksinasuvilla henkilöillä, jotka elävät pelkän kansaneläkkeen varassa, on korkea köyhyysriski (myös Kautto ym. 2009). Tämä selittyy sillä, että monella yksinasuvalla iäkkäällä naisella ei ole kunnollista työhistoriaa, jonka vuoksi heille ei ole kertynyt työeläkettä (Moisio 2010). Huonoksi koettu terveys lisää riskiä toimeentulovaikeuksiin (Kautto ym. 2009). Heikko taloudellinen tilanne heikentää myös osallistumismahdollisuuksia kulttuurissa yleisesti hyväksytyyn elämäntapaan kuten harrastamiseen ja sosiaaliseen toimintaan (Vaarama ym. 2010b).

Vaikka tulotaso on ikääntyneillä ihmisillä usein nuorempia ikäryhmiä matalampi, taloudellisen tyytyväisyyden on havaittu lisääntyvän iän myötä (Hsieh 2003, Hansen ym. 2008, Plagnol 2011). Tyytyväisyyttä on selitetty sopeutumisella iän myötä pienevillä menoilla tai nuoruudessa koetulla taloudellisella niukkuudella, johon verrattuna nykytilanne koetaan hyvänä (Hsieh 2003, Hansen ym. 2008, Plagnol 2011). Ikääntynyt sukupolvi saattaa myös kokea elintasonsa olevan parempi kuin omilla vanhemmilla (Kautto ym. 2009). Tyytyväisyyttä selittää myös pitkälti se, että iäkkäillä ihmisillä on usein säästöjä ja yleensä vähemmän velkaa kuin nuoremmilla (Hansen ym. 2008, myös Plagnol 2011). Lisäksi ei-materiaaliset ulottuvuudet tulevat iän myötä tärkeämmiksi (Weidekamp-Maicher & Naegle 2007).

Toimeentulon kokeminen hankalaksi ei ole kovin yleistä edes pienituloisten eläkeläisten joukossa (Kautto ym. 2009). Palomäen (2009) mukaan toimeentulonsa helpoksi kokevat pienituloiset eläkeläiset arvioivat positiivisemmin taloudellisten resurssiensa riittävyyden ja ovat yleisesti tyytyväisempiä elämäänsä, kokevat itsensä terveemmiksi ja ovat sosiaalisesti aktiivisempia kuin toimeentulonsa vaikeaksi kokevat. Toimeentulon kokemista helpoksi lisää tyytyväisyys asumisen kustannuksiin, mahdollisuus säästää rahaa ja lomaillla (Palomäki 2009). Hyvinvoinnin kannalta on tärkeää, että tulotasosta huolimatta ikäihminen voi kokea olevansa osallinen eläkeläisille tyypillisessä kulutuksessa (Palomäki 2009). Vaikka taloudellisten tekijöiden yhteydestä autonomiaan ei ole tutkimustietoa, Cardolin ym. (2002) mukaan kulutukseen nähden riittävät tulot tukevat myös autonomiaa, sillä ne mahdollistavat itsenäisyyttä tukevien palveluiden hankkimisen.

4.4 Tiedonsaanti ja palvelut

Valtakunnalliset vanhustenhoitoa ja palveluja koskevat linjaukset ja suositukset määrittävät osaltaan vanhusten asemaa ja oikeuksia palvelujen saannissa. Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen (STM 2013) tavoitteena on turvata mahdollisimman terve ja toimintakykyinen ikääntyminen sekä oikea-aikaiset ja vaikuttavat sosiaali- ja terveystalvet niitä tarvitseville ikäihmisille. Palvelujen laadulla tarkoitetaan niiden kykyä vastata asiakkaiden tarpeisiin ja ylläpitää tai parantaa asiakkaan toimintakykyä (STM 2013).

Kotona asumista tukevien palvelujen tarve yleensä lisääntyy iän myötä. Palvelujen tarvetta lisäävät muun muassa etenevät muistisairaudet, heikko fyysinen toimintakyky, puutteelliset lähipalvelut, yksin asuminen, asuin- ja lähiympäristön esteellisyys ja sosiaalisten verkostojen puute (STM 2013). Vilkon ym. (2010a) mukaan ikäihmisten oma arvio suoriutumisestaan ennustaa hyvin palvelujen tarpeen ilmaantumista. Ensimmäisiä merkkejä iäkkäiden itsensä kokemasta voimien heikentymisestä on avun tarve raskaammissa kotitöissä ja kodin ulkopuolella asioinnissa.

Hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -tutkimuksen (Vilko ym. 2010b) mukaan avun antajana on yleisimmin oma perhe. Kotihoidon resursseja ei ole lisätty vastaamaan väestön ikääntymisestä aiheutuvaan lisääntyneeseen palvelujen tarvetta ja palvelut kohdistetaan runsaasti apua

tarvitseville vanhuksille (Vaarama ym. 2010a, VTV 2010). Lisäksi palvelutarjontaa on supistettu ja käyntien kestoja on lyhennetty. Kotihoito keskittyy perushoidon eli lääkehuollon, sairaanhoidon, ravinnon ja hygienian turvaamiseen, ja kodinhoidolliset työt kuten siivous, pyykinhuolto, ruokahuolto ja kaupassa käynti on siirretty yksityisten yritysten hoidettavaksi (VTV 2010). Osa vanhuksista kokeekin jäävänsä ilman tarvitsemaansa apua tai saavansa sitä liian vähän (Vilkko ym. 2010a). Erityisesti vanhukset, joilla ei ole turvanaan läheisiä, jäävät helposti palvelujen ulkopuolelle.

Ulkopuolisen avun ja palvelun saatavuutta pidetään yleisesti tärkeänä, mutta samalla ikääntyneet ihmiset saattavat pelätä riippuvuuden lisääntymistä ja autonomian menetystä (Perkins ym. 2012, Barnes ym. 2013). Tämä voi johtua siitä, että ikääntyneille ihmisille suunnattujen sosiaali- ja terveystalvelujen tarjonta vastaa huonosti ikäihmisten yksilöllisiin tarpeisiin ja erityisesti heikentyneen liikuntakyvyn ja kodin ulkopuolella liikkumisen vaikeuteen (Vilkko ym. 2010a). Palvelutarjonta pohjautuu pääsääntöisesti ikäryhmien keskimääräisiin tarpeisiin ja tarpeiden määrittelyssä painottuvat fyysinen toimintakyky ja arjesta selviytyminen sisätiloissa. Palvelujen kysyntään vaikuttaa kuitenkin aina ikäihmisen oma kokemus arjen sujumisesta (Vilkko ym. 2010a). Cardolin ym. (2002) mukaan monimutkainen palvelujärjestelmä ja palvelujen saatavuuteen liittyvät vaikeudet ennemminkin rajoittavat kuin tukevat apua tarvitsevan henkilön autonomiaa.

Se, että voi luottaa palvelujen tuottajiin ja avun saantiin tarvittaessa, lisää myös turvallisuuden tunnetta (Kivelä & Vaapio 2011, 20). HYPA-tutkimuksessa havaittiin, että turvattomuuden tunne oli yleisempää niillä ikääntyneillä henkilöillä, jotka hakeutuivat palvelujen piiriin, ja useammin vanhoilla kuin nuorilla eläkeikäisillä (Vilkko ym. 2010a). Kotona asuminen, vaikkakin avun turvin, koettiin turvallisenä, niin kauan kun tilanteessa ei tapahtunut itsenäistä suoriutumista uhkaavia muutoksia. Turvattomuuden kokemus näytti lisääntyvän, jos saatu apu ei vastannut tarpeita.

Autonomian periaatteen mukaan henkilön kykyä itsenäiseen toimintaan tulee tukea, mikä sisältää myös oikeuden avun saantiin (Pietarinen 1994). Tämä on ymmärrettävissä siten, että henkilöllä on myös oikeus palveluihin, jotka tukevat itsenäisyyttä. Myös palvelujen toimintakäytännöillä voidaan tukea ikääntyneiden ihmisten autonomiaa. Tällä tarkoitetaan avointa, tasavertaista ja arvostavaa vuorovaikutusta, jossa korostuu neuvonta ja ohjaus sekä tiedonsaannista huolehtimista, yksilöllisyyden tunnustamista ja itsenäisyyteen kannustamista

(Löfman 2006, Naukkarinen 2008, Welford ym. 2010). Welfordin ym. (2010) mukaan asiakaslähtöinen toimintatapa edellyttää autonomian periaatteen ymmärtämistä ja paternalistisesta toimintatavasta luopumista. Hoidon ja palvelujen tulee lähteä vanhuksen omista tarpeista ja toiveista sekä kunnioittaa hänen arvojaan ja näkemyksiään. Cardol ym. (2002) korostavat, että oikeus päätöksentekoon ei koske vain sairauden hoitoa vaan myös elämäntapaa.

Palvelun käyttäjien itsemäärääminen on usein sidoksissa heidän kognitiiviseen ja fyysiseen tilaansa (Löfman 2006), avun tarpeeseen (Välimäki ym. 2001), tiedon saantiin sekä kokemukseen yksilöllisestä kohtelusta ja omista vaikutusmahdollisuuksista (Kaseva 2011). Naukkarisen (2008, 20) mukaan itsemääräämisen edellytykset ovat kompetenssin lisäksi halu itsemääräämiseen ja osallistumiseen sekä terveydenhuollon henkilöstön ammattitaito ja tuki. Yksilön ja palvelujen tarjoajan kokemus itsemääräämisen toteutumisesta voivat kuitenkin poiketa toisistaan, koska kokemus on aina subjektiivinen (Naukkarinen 2008, 108). Potilaan itsemääräämisen toteutumista terveydenhuollossa selvittäneessä kyselytutkimuksessa potilaat olivat terveydentilastaan riippumatta halukkaita itsemääräämiseen ja pitivät sitä erittäin tärkeänä (Naukkarinen 2008, myös Löfman 2006). Potilaat osallistuivat sairautensa hoitoon pääasiassa ilmaisemalla näkemyksiään hoidosta ja antamalla luvan hoitotoimenpiteisiin. Kuitenkin vain puolet vastaajista koki saaneensa tukea hoitoa koskevaan päätöksentekoon, eivätkä he useinkaan tiensivät, miten voisivat osallistua hoitonsa suunnitteluun.

Naukkarisen (2008, 135) mukaan potilaiden tyytyväisyys saamaansa hoitoon on tärkeä hoidon laadun kriteeri ja se edistää myös potilaiden halua ottaa vastuuta omasta terveydestään. Avoin ja kunnioittava vuorovaikutus kannustaa vanhuksia ilmaisemaan tarpeensa ja osallistumaan omaan hoitoonsa. Osallistumista tuetaan ylläpitämällä vanhusten mielipiteitä arvostavaa toimintakulttuuria ja tunnustamalla tasavertaisuus neuvottelu- ja päätöksentekotilanteessa (Löfman 2006, Welford ym. 2010). Cardolin ym. (2002) mukaan autonomian kunnioittaminen ei siis tarkoita sitä, että asiakkaalla itsellään ei olisi vastuuta. Itsemääräämisen toteutumisen kannalta oman vastuun kehittyminen on keskeistä (Löfman 2006).

HYPÄ-tutkimuksessa ikääntyneet ihmiset pitivät arjen sujumista helpottavan tiedon saatavuutta tärkeänä (Vaarama ym. 2010a). On myös havaittu, että ohjauksen ja varhaisen puuttumisen avulla voidaan auttaa ikääntyneitä ihmisiä hyödyntämään voimavarojaan

paremmin (STM 2013). Myös terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan kuntien tulee järjestää ikäihmisille terveyttä, toimintakykyä ja hyvinvointia edistäviä neuvontapalveluja, joissa fyysisen hyvinvoinnin ohella otetaan huomioon myös kognitiiviset, psyykkiset, sosiaaliset tekijät sekä kotiin, ympäristöön ja talouteen liittyvät hyvinvoinnin osatekijät (Vilkko ym. 2010a). HYPÄ-tutkimuksessa (Vilkko ym. 2010a) havaittiin kuitenkin, että useimmat ikäihmiset kysyvät hyvinvointiaan ja terveyttään koskevia neuvoja ensisijaisesti perheenjäseniltä, ystäviltä tai sukulaisilta. Iän myötä läheisten osuus neuvojen lähteenä vielä korostui. Omaisten rooli on siten merkittävässä asemassa vanhusten kotona asumisen ja autonomian tukemisessa sekä palveluihin ohjaamisessa.

Ikääntyneiden ihmisten itsenäistä asumista tukevan palvelujärjestelmän haasteena näyttää olevan avun riittävyden lisäksi myös laaja-alainen vaikuttaminen iäkkään elämänlaadun muihin tekijöihin kuten autonomiaan ja osallisuuteen (Cummins 2005, Kivelä & Vaapio 2011) sekä asumiseen ja asuinympäristöihin (STM 2013). Jotta ihmiset voisivat asua itsenäisesti mahdollisimman pitkään, myös yhdyskuntasuunnittelussa tulee ottaa huomioon iäkkäiden ihmisten tarpeet sekä oikeus yksilölliseen asumiseen, elämiseen, yhteisöllisyyteen ja toimivaan arkeen (Ympäristöministeriö 2013). Tärkeää on myös se, että ikääntyneillä ihmisillä on mahdollisuus osallistua omien palveluidensa suunnitteluun. Lisäksi ikäihmisten avun tarpeille on tyypillistä elämäntilanteen ja elämäntilanteen vaiheiden muutokset, jotka edellyttävät myös palvelujärjestelmältä joustavuutta ja muuntautumiskykyä (Vilkko ym. 2010a). Vaikka kuntien rooli on keskeinen palvelujen järjestämisen kannalta, yrityksillä sekä järjestö- ja vapaaehtoissectoreilla on tärkeä merkitys sekä asuinolojen parantamisessa että asumista tukevien palvelujen ja muun toiminnan tarjonnassa (Ympäristöministeriö 2013). Iäkkäiden ihmisten autonomian ja osallisuuden tukeminen edellyttää siten koko yhteiskunnalta sellaisten olosuhteiden edistämistä, joissa autonomia on mahdollista (Pursiainen 2008).

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Ikääntyneiden ihmisten autonomia on enenevässä määrin ollut esillä sosiaali- ja terveydenhuollon keskustelussa (STM 2001, Lindqvist 2004, Kaseva 2011) ja sitä pidetään myös edellytyksenä aktiiviselle ikääntymiselle ja osallistumiselle (WHO 2002). Autonomiia ja itsemääräämisoikeutta on tutkittu vanhusten pitkäaikaishoidossa (Ball ym. 2004, Saarnio ym. 2007, Hellström & Sarvimäki 2007, Welford ym. 2010, Perkins ym. 2012) ja osana sairauksien hoitoon liittyvää päätöksentekoa (Välimäki ym. 2001, Pahlman 2003, Naukkarinen 2008, Foss 2010), mutta itsenäisesti asuvien ikäihmisten ympäristön ja koetun autonomian välistä yhteyttä ei ole tutkittu.

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan kotona asuvien ikääntyneiden ihmisten toimintamahdollisuuksia heidän omassa elinympäristössään. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää ympäristötekijöiden yhteyttä ikääntyneiden ihmisten autonomiaan ja osallisuuteen eli heidän kokemaansa mahdollisuuteen elää haluamallaan tavalla.

Seuraavat tutkimuskysymykset ohjasivat tutkimuksen toteutusta:

1. Onko ympäristötekijöillä yhteyttä itsenäisesti asuvien ikääntyneiden ihmisten autonomian ja osallisuuden kokemiseen?
2. Mitkä elinympäristössä vaikuttavat tekijät selittävät autonomian ja osallisuuden kokemista? Tutkitut tekijät olivat fyysinen ympäristö ja turvallisuus, palvelut ja tiedonsaanti, mahdollisuudet vapaa-ajan toimintaan ja taloudelliset tekijät.
3. Millainen yhteys taustamuuttujilla on autonomian ja osallisuuden kokemiseen? Tutkitut muuttajat olivat ikä, sukupuoli, koulutus, yksinasuminen, terveydentila ja liikkumiskyky.

6 TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄT

6.1 Aineiston kuvaus

Tutkimusaineistona käytettiin Life-Space Mobility in Old Age (LISPE) -tutkimuksen haastatteluaineistoa vuodelta 2012. Kyseessä on kaksivuotinen kohorttitutkimus, jonka tavoitteena on selvittää, miten kodin ja lähiympäristön ominaisuudet vaikuttavat ikääntyneen itsenäisesti asuvan henkilön terveyteen, toimintakykyyn, toiminnan vajavuuksiin, elämänlaatuun ja elinpiiriin (Rantanen ym. 2012). Tutkimukseen osallistujat ovat Jyväskylän ja Muuramen alueilla itsenäisesti asuvia 75-90-vuotiaita henkilöitä. Tässä tutkimuksessa käytetään LISPE-tutkimuksen alkutilanteen haastatteluaineistoa soveltuvin osin. Tutkimuksessa tarkastellaan kysymyksiä, jotka käsittelevät elinympäristöön liittyvää autonomiaa sekä elämänlaatuun yhteydessä olevia ympäristötekijöitä.

Tutkimukseen valittiin iän perusteella stratifioitu satunnaisotos väestörekisteristä ikäryhmittäin (75-79-, 80-84- ja 85-89-vuotiaat; N=2550). Tutkimukseen valituille lähetettiin kirje, joka sisälsi tietoa tutkimuksesta ja ilmoituksen, että heihin tullaan ottamaan yhteyttä puhelimitse ja tiedustelemaan heidän halukkuuttaan osallistua tutkimukseen. Tutkimukseen valittiin itsenäisesti asuvat henkilöt, jotka kykenivät kommunikoimaan ja olivat halukkaita osallistumaan. Tutkimukseen valitut henkilöt haastateltiin kotikäynnillä 1-2 viikkoa puhelinkontaktin jälkeen. Haastattelijat olivat Jyväskylän yliopiston opiskelijoita, jotka oli koulutettu tehtävään. Haastattelut kestivät keskimäärin 1.5 tuntia.

Haastatteluaineistossa (N=848) haastateltavien keski-ikä oli 80.6 vuotta (SD 4.3) ja heistä 62 % oli naisia (Rantanen ym. 2012). Alustavassa puhelinhaastattelussa kartoitettiin myös haastattelusta kieltäytyneiden (N=811) taustatietoja. Haastattelusta kieltäytyneet olivat keskimäärin hieman vanhempia (\bar{x} =81.2 vuotta, SD 4.1) kuin tutkimukseen osallistuneet. Kieltäytyneet myös asuivat useammin puolison tai jonkun muun henkilön kanssa ($p = 0.006$), kokivat useammin terveytensä huonoksi tai hyvin huonoksi ($p < 0.001$), raportoivat useammin vaikeuksia ulkona liikkumisessa ($p < 0.001$) ja kävivät ulkona harvemmin kuin tutkimukseen osallistuneet ($p < 0.001$) (Rantanen ym. 2012).

6.2 Muuttujat

6.2.1 Autonomia

LISPE-tutkimuksessa autonomiaa arvioitiin käyttämällä kansainvälisen Impact on Participation and Autonomy (IPA) -standardoidun kyselylomakkeen virallista suomenkielistä käännöstä (Rantanen ym. 2012). IPA:n suomenkielistä versiota on käytetty muun muassa MS-potilaiden avokuntoutushankkeen arviointitutkimuksessa (Kanelisto & Salminen 2011). IPA on toimintakyvyn itsearviointimenetelmä aikuisille, joilla on fyysisiä toimintarajoitteita (Cardol ym. 1999). Se perustuu Maailman terveysjärjestön (WHO) Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen (ICF 2004) osallistumisen osa-alueen käsitteisiin ja kartoittaa valintoja ja osallistumista jokapäiväisessä elämässä (Kanelisto & Salminen 2011). IPA:n näkökulma osallistumiseen on autonomia, eli yksilön mahdollisuus päättää ja tehdä valintoja osallistumisestaan tärkeinä kokemiinsa toimintoihin ja rooleihin (Cardol ym. 1999, Kanelisto & Salminen 2011). IPA:lla ei arvioida osallistumista omatoimisuuden tai avuntarpeen näkökulmasta (Cardol ym. 1999).

IPA-kyselylomake sisältää viisi koetun osallistumisen osa-aluetta: autonomia sisällä, rooli perheessä, autonomia ulkona, sosiaalinen elämä ja ihmissuhteet sekä työ ja koulutus (Kanelisto & Salminen 2011). LISPE-tutkimuksessa käytettiin IPA-kyselylomakkeen Autonomia ulkona -osa-aluetta, jolla pyrittiin selvittämään sitä, missä määrin tutkittavat pystyivät itse päättämään mahdollisuuksistaan liikkua milloin ja minne haluavat (Rantanen ym. 2012). Tässä tutkimuksessa on käytetty autonomian mittarina LISPE-hankkeen aineistosta IPA-kyselylomakkeen Autonomia ulkona -osa-alueen yhtä kysymystä. Tutkittavilta kysyttiin ”Koetteko, että voitte kaiken kaikkiaan riittävästi vaikuttaa omaan elämäänne? Mahdollisuutenne elää haluamallanne tavalla ovat?” Vastaukset luokiteltiin Likert-asteikolla viiteen luokkaan, jotka sisälsivät vaihtoehdot 1=erittäin hyvä, 2=hyvä, 3=kohtalainen, 4=huono, 5=erittäin huono.

6.2.2 Ympäristötekijät

LISPE-tutkimuksessa koettua elämänlaatua kartoitettiin The World Health Organization Quality of Life Assessment short version (WHOQOL-BREF) -mittarin (The WHOQOL-Group 1998) virallisella suomennetulla versiolla (Toimia-tietokanta 2013). Mittaria on

käytetty Suomessa muun muassa Hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -kyselytutkimuksessa (Vaarama ym. 2010a,b). Mittari mittaa neljää elämänlaatuun yhteydessä olevaa aluetta: fyysistä terveyttä, psykologisia tekijöitä, sosiaalisia suhteita ja ympäristötekijöitä. Mittarilla arvioidaan yksilön koettua elämänlaatua hänen oman kulttuurinsa ja arvomaailmansa näkökulmasta. Osa-alueiden vastaukset pisteytetään erikseen, ja niiden yhteenlaskettu pistemäärä mittaa koettua elämänlaatua. Korkeampi pistemäärä viittaa parempaan elämänlaatuun.

Tässä tutkimuksessa aineistona käytetään LISPE-tutkimuksen elämänlaadun ympäristöulottuvuutta mittaavia kysymyksiä. Ympäristöosa-alue sisältää kahdeksan turvallisuutta, taloudellisia voimavaroja, asuinympäristöä, kulkuyhteyksiä, vapaa-ajan viettomahdollisuuksia, tiedonsaantia ja terveystalouteen pääsyä koskevaa kysymystä. Koettua turvallisuutta selvitettiin kysymällä ”Kuinka turvalliseksi tunnette olonne päivittäisessä elämässä?” Taloudellisia voimavaroja selvitettiin kysymällä ”Onko Teillä tarpeeksi rahaa tarpeisiinne nähden?” Haastateltavan kokemaa fyysistä ympäristöä selvitettiin kysymällä ”Kuinka terveellisenä pidätte fyysistä ympäristöänne?” Tiedonsaantia kartoitettiin kysymällä ”Saatteko tarpeeksi tietoa jokapäiväisen elämänne kannalta tärkeistä asioista?” Mahdollisuuksia vapaa-ajan toimintaan tiedusteltiin kysymällä ”Missä määrin Teillä on mahdollisuuksia vapaa-ajan toimintaan?” Lisäksi kartoitettiin haastateltavan tyytyväisyyttä erilaisiin asioihin elämässään kahden edeltävän viikon aikana. Heiltä kysyttiin, kuinka tyytyväisiä he olivat asuinalueensa olosuhteisiin, mahdollisuuksiin saada terveystaloutta ja käyttää julkisia tai muita liikennevälineitä.

Haastateltavia pyydettiin arvioimaan elämänlaatuaan, terveyttään ja muita arkielämän asioita sekä ajattelemaan tärkeinä pitämiään asioita, toiveitaan sekä mielihyvän ja huolenaiheitaan viimeisen kahden viikon aikana. Vastausvaihtoehdot olivat kunkin kysymyksen kohdalla Likert-asteikolla 1-5, jolloin korkeampi pistemäärä ilmaisee suurempaa tyytyväisyyttä. (Huom. autonomiamuuttujan päinvastainen asteikko.) Koko ympäristöulottuvuuden raakapisteet on saatu laskemalla vastausten pistemäärät yhteen. Raakapisteet on muunnettu skaalapisteiksi asteikolle 0-100 tulosten vertailtavuuden parantamiseksi. Puuttuva tieto on aineistossa korvattu käyttämällä muiden vastausten keskiarvoa.

6.2.3 Taustamuuttujat

Tutkittavien kokemaa autonomiaa tarkasteltiin myös suhteessa sosiodemografisiin tekijöihin (ikä, sukupuoli, koulutustausta ja asumismuoto) sekä terveydentilaan ja liikkumiskykyyn. Tutkittavien ikä on ilmaistu täysissä vuosissa. Asumismuotoa kartoitettiin kysymällä haastateltavilta kenen kanssa he asuvat (yksin, avio- tai avopuolison kanssa, omien lasten tai lastenlasten kanssa ja sukulaisten, sisarusten tai muiden kanssa). Asumismuodon vastausvaihtoehdot luokiteltiin 2-luokkaiseksi (1=yksin, 2=yhdessä puolison tai jonkun muun kanssa).

Koulutustaustaa selvitettiin kysymällä haastateltavilta, mikä on heidän korkein hankkimansa koulutus. Vastausvaihtoehtoja oli yhdeksän (1=vähemmän kuin kansakoulu, 2=kansakoulu tai vastaava, 3=edellisten lisäksi vähintään yhden vuoden ammattikoulutus, 4=keskikoulu tai kansankorkeakoulu, 5=edellisten lisäksi vähintään yhden vuoden ammattikoulutus [myös lukio-opinnot], 6=ylioppilastutkinto, 7=edellisen lisäksi vähintään yhden vuoden ammattikoulutus [myös korkeakouluopinnot], 8=korkeakoulu- tai yliopistotutkinto ja 9=muu koulutus). Luokan ”muu koulutus” (n=25) vastauksiin sisältyi sekä kansa- että keskikoulupohjaista koulutusta ja erilaisia ammatillisia opintoja. Analyysia varten koulutustausta luokiteltiin 3-luokkaiseksi (luokat 1-3=kansakoulupohja, 4-5=keskikoulupohja, 6-8=vähintään ylioppilastutkinto). Luokka ”muu koulutus” jätettiin analyysin ulkopuolelle.

Terveydentilaa kartoitettiin kysymällä tutkittavilta, onko heillä lääkärin toteamia pitkäaikaissairauksia. Tutkittavia pyydettiin ilmoittamaan sairauksiensa lukumäärä ja valitsemaan mahdolliset sairaudet 22 sairauden listalta. Vastausvaihtoehdot olivat ”kyllä” tai ”ei”. Lisäksi kysyttiin avoimella kysymyksellä mahdollisia muita lääkärin toteamia sairauksia, vaivoja tai vammoja. Tilastollisissa analyyseissä käytettiin tutkittavien raportoimien sairauksien yhteenlaskettua määrää.

Tutkittavien liikkumiskykyä arvioitiin mittaamalla tutkittavien alaraajojen toimintakykyä Short Physical Performance Battery (SPPB) -testistöllä (Guralnik ym. 1994), josta käytettiin suomenkielistä versiota (Mänty ym. 2007). Testistöllä arvioidaan ikääntyneen ihmisen liikkumisen kannalta keskeisiä osa-alueita eli tasapainoa, alaraajojen lihasvoimaa ja yleistä liikkumiskykyä. Testistöön sisältyy seisomatasapainotesti, tuolilta ylösnousutehtävä ja 2.44

metrin kävelynopeustesti (Guralnik ym. 1994). Kukin tehtävä pisteytetään erikseen (0-4 p) ja niiden yhteenlaskettu pistemäärä (0-12 p) mittaa tutkittavan liikkumiskykyä. Jos tutkittava ei kykene suorittamaan tehtävää liikkumisvaikeuksien vuoksi, hän saa siitä nolla pistettä. Yhteispistemäärä lasketaan, kun suoritettuja tehtäviä on vähintään kaksi ja maksimipistemäärää alennetaan vastaavasti. SPPB-testissä puuttuvia tietoja oli 1.1 % (9 henkilöä). Testi suoritettiin tutkittavien kotona haastattelun yhteydessä (Rantanen ym. 2012).

6.3 Tutkimusaineiston analyysi

Tutkimusaineisto analysoitiin SPSS 20.0 -ohjelmalla. Tilastollisten testien merkitsevyydestä määriteltiin $p < 0.05$. Autonomiamuuttuja luokiteltiin analyysiä varten 2-luokkaiseksi riittävän havaintojen määrän varmistamiseksi kaikissa tarkasteltavissa luokissa. Toisen ryhmän muodostivat autonomiansa hyväksi kokeneet henkilöt (0=erittäin hyvä ja hyvä) ja toinen ryhmä koostui henkilöistä, jotka kokivat autonomiansa heikentyneeksi (1=kohtalainen, huono ja erittäin huono). Oletettiin, että henkilöt, jotka ilmoittivat mahdollisuutensa vaikuttaa elämäänsä kohtalaisesti, eivät kokeneet autonomiaansa hyväksi. Myös ympäristöulottuvuuden osatekijät luokiteltiin analyysiä varten 3-luokkaisiksi (0=erittäin hyvä, 1=melko hyvä ja 2=kohtalainen tai huono).

Luokiteltujen muuttujien kohdalla ryhmien välisiä eroja tarkasteltiin ristiintaulukoinnilla. Autonomian kokemisen eroja sukupuolen, koulutustason, ympäristötekijöiden tai sen mukaan asuuko tutkittava yksin vai ei, arvioitiin χ^2 -testin avulla. Jatkuvien muuttujien (sairauksien lukumäärä, SPPB-testin pistemäärä sekä ympäristöulottuvuuden yhteispistemäärä) kohdalla tarkasteltiin ensin aineiston jakaumia. Aineiston jakautuminen sairauksien lukumäärän, SPPB-testin tuloksen ja ympäristöulottuvuuden mukaan ei ollut normaalijakautunut (Kolmogorov Smirnov -testi, $p < 0.001$). Tulos tarkistettiin histogrammeista, vertaamalla havaintojen keskiarvoa ja mediaania sekä jakamalla vinousluku keskivirheellään. Aineisto oli iän mukaan stratifioitu, joten ikäjakauman normaaliutta ei odotettu. Muuttujien keskiarvojen eroja tarkasteltiin hyvän ja heikentyneen autonomian luokissa riippumattomien otosten Mann-Whitneyn U-testillä.

Seuraavaksi tarkasteltiin, selittääkö elämänlaadun ympäristöulottuvuus autonomian kokemista ja sitä, millainen vaikutus kyseisellä muuttujalla on. Menetelmänä käytettiin logistista

regressioanalyysiä. Ensin tarkasteltiin ympäristömuuttujan osa-alueiden keskinäistä selitysosuutta autonomian kokemisessa. Selitettävänä muuttujana oli 2-luokkainen autonomiamuuttuja. Selittäviksi muuttujiksi valittiin ympäristöulottuvuuden osatekijät. Luokasta ”erittäin tyytyväinen” muodostettiin viiteryhmä, johon muita luokkia verrattiin. Analyysissä kaikki muuttujat sisällytettiin malliin samalla kertaa (Enter-menetelmä).

Autonomian ja ympäristötekijöiden yhteyttä mahdollisesti sekoittavat tekijät vaikuttavat selitettävään muuttujaan ja korreloivat selittävän muuttujan kanssa. Ympäristötekijöihin ja autonomiaan yhteydessä olevien tekijöiden suhdetta selvitettiin Spearmanin järjestyskorrelaation avulla. Autonomian kokemista selittävä malli rakennettiin hierarkkisesti ja logistiseen regressioanalyysiin valittiin mukaan vain tilastollisesti merkitsevät muuttujat. Selittäväksi muuttujaksi valittiin ympäristöosatekijöistä yhdistetty ympäristömuuttuja, joka luokiteltiin analyysiä varten jakauman perusteella kolmeen yhtä suureen luokkaan. Elämänlaadun ympäristöulottuvuutta mittaavasta osiosta 85-100 pistettä saaneet henkilöt luokiteltiin ympäristön olosuhteisiin tyytyväisiin, 70-84 pistettä saaneet kohtalaisen tyytyväisiin ja alle 70 pistettä saaneet henkilöt tyytymättömiin. Perusmalli vakioitiin tutkittavien iällä ja sukupuolella. Lisäksi selvitettiin, selittääkö tutkittavien terveydentila (sairauksien lukumäärä) ja liikkumiskyky (SPPB-testi) ympäristötekijöiden ja autonomian välistä yhteyttä. Muuttujat lisättiin malliin yksitellen. Jatkuvat muuttujat luokiteltiin analyysiä varten. Tutkittavat luokiteltiin kolmeen ikäluokkaan (75-79 -vuotiaat, 80-84 -vuotiaat ja 85-89 -vuotiaat). SPPB-muuttuja luokiteltiin kahteen luokkaan siten, että ”hyvä alaraajojen toimintakyky” -luokkaan kuului toimintakyvyltään paras neljännes eli tutkittavat, jotka olivat saaneet testistä 11-12 pistettä ja ”heikentynyt toimintakyky” -luokkaan muut eli 0-10 pistettä saaneet henkilöt. Sairauksien lukumäärä -muuttuja luokiteltiin myös kahteen luokkaan siten, että 0-2 sairautta ilmoittaneet tutkittavat (n. 25 %) luokiteltiin terveydentilaltaan ”hyvä” -luokkaan ja muut eli kolme tai useampia sairauksia ilmoittaneet ”heikentynyt” -luokkaan. Uudelleenluokitelluilla kategorisilla muuttujilla vertailuluokaksi valittiin luokka, jolla oletettiin olevan pienin vaikutus vastemuuttujaan eli heikentyneeseen autonomian tunteeseen.

7 TULOKSET

Tutkimukseen osallistuneet henkilöt (N= 848) olivat iältään 74-89 -vuotiaita ja heidän keski-ikänsä oli 80.1 vuotta (SD 4.3). Heistä 62 % oli naisia ja 38 % miehiä. Puolet (53 %) tutkittavista asui yksin ja heistä suurin osa (81 %) oli naisia. Koulutustaso oli 75-89 -vuotiaiden ikäryhmässä pääasiassa matala. Yli puolella tutkittavista (61 %) koulutustaso oli korkeintaan kansakoulu ja ammattikoulu. Koulutustaso ei eronnut miesten ja naisten välillä (Mann-Whitneyn U-testi, $p=0.297$). Suurin osa tutkittavista koki terveytensä hyväksi tai keskinkertaiseksi (86 %). Heillä oli lääkärin toteamia sairauksia keskimäärin neljä (SD 2.4), naisilla hieman enemmän (4.6) kuin miehillä (4.0) ($p<0.001$). Alaraajojen toimintakykytestistä (SPPB) tutkittavat saivat keskimäärin 9.6 pistettä (SD 2.5), naiset 9.5 pistettä ja miehet 9.8 pistettä. Sukupuolten välinen ero ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä ($p=0.148$).

7.1 Autonomian kokemiseen yhteydessä olevat tekijät

Tutkittavat kokivat mahdollisuutensa vaikuttaa omaan elämäänsä ja elää haluamallaan tavalla keskimäärin hyväksi. 74 % tutkittavista koki autonomiansa hyväksi ja 26 % heikentyneeksi. Autonomian kokemisessa ei ollut eroa miesten ja naisten välillä ($p=0.555$). Autonomiansa hyväksi kokeneet olivat keskimäärin hieman nuorempia kuin autonomiansa heikentyneeksi kokeneet ($p=0.007$). Autonomian kokemisen ja koulutustason välillä ($p=0.379$) tai autonomian kokemisen ja yksin asumisen välillä ($p=0.639$) ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä (Taulukko 1).

Autonomiansa hyväksi kokeneet henkilöt olivat huomattavasti tyytyväisempiä elinympäristönsä olosuhteisiin kuin autonomiansa heikentyneeksi kokeneet ($p<0.001$) (Taulukko 1). Autonomiansa hyväksi ja heikentyneeksi kokeneiden ryhmät erosivat toisistaan myös terveydentilan (sairauksien lukumäärä) ja liikkumiskyvyn (SPPB-testi) osalta. Autonomiansa hyväksi kokeneilla oli vähemmän sairauksia ($p<0.001$) ja parempi liikkumiskyky ($p<0.001$) kuin autonomiansa heikentyneeksi kokeneilla.

TAULUKKO 1. Tutkittavien (n=848) taustatiedot ja ympäristötekijät sen mukaan, kokiko tutkittava autonomiansa hyväksi vai heikentyneeksi⁽¹⁾.

	Autonomia					p-arvo*
	Hyvä n=625		Heikentynyt n=223			
	n	%	n	%		
Sukupuoli						0.555
Naisia	384	73	142	27		
Miehiä	241	75	81	25		
Asumismuoto						0.639
Yksin	336	74	116	26		
Puolison/muun kanssa	288	73	107	27		
Koulutustaso						0.379
Kansakoulu	388	75	132	25		
Keskikoulu	120	72	81	28		
Ylioppilas	95	74	33	26		
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		p-arvo**
Ikä (v)	79.87	4.21	80.77	4.35		0.007
Sairaudet (n)	3.98	2.32	5.47	2.40		<0.001
SPPB (p)	10.01	2.16	8.51	3.05		<0.001
Ympäristö (p)	79.73	11.31	67.29	12.62		<0.001

⁽¹⁾ Hyvä = hyvä tai erittäin hyvä, Heikentynyt = kohtalainen, huono tai erittäin huono

* χ^2 - testi

** Mann-Whitneyn U-testi

\bar{x} =keskiarvo, SD=keskihajonta

7.2 Ympäristötekijöiden yhteys koettuun autonomiaan

Elämänlaadun ympäristöulottuvuuden yhteispisteet olivat miehillä korkeammat (78.9 pistettä) kuin naisilla (75.0 pistettä) (Mann-Whitneyn U-testi, $p < 0.001$). Taulukossa 2 esitetään ympäristömuuttujan osa-alueiden pisteiden jakaumat koetun autonomian mukaan ja heikentynyttä autonomiaa selittävät ympäristötekijät. Autonomiansa hyväksi kokeneet henkilöt olivat kaikilla osa-alueilla tyytyväisempiä ympäristönsä olosuhteisiin kuin autonomiansa heikentyneeksi kokeneet (terveyspalvelujen saatavuus $p = 0.001$, muut osa-alueet $p < 0.001$).

Huonoksi koettu taloudellinen tilanne ja heikot mahdollisuudet vapaa-ajan toimintaan osoittautuivat erittäin merkitseviksi heikentynyttä autonomiaa selittäviksi tekijöiksi ($p < 0.001$). Todennäköisyys heikentyneeseen autonomiaan oli yli kaksinkertainen ryhmässä, joka koki rahojensa riittävän omiin tarpeisiinsa huonosti tai kohtalaisesti verrattuna ryhmään, joka koki rahojensa riittävän erittäin hyvin. Huonot mahdollisuudet osallistua vapaa-ajan toimintaan lisäsivät todennäköisyyttä heikentyneeseen autonomiaan nelinkertaiseksi verrattuna niihin, joilla oli hyvät osallistumismahdollisuudet. Myös riittämätön tiedonsaanti ($p = 0.008$), tyytymättömyys asuinalueeseen ($p = 0.015$) ja huonot kulkuyhteydet ($p = 0.021$) selittivät tilastollisesti merkitsevästi heikentynyttä autonomian kokemista, ja lisäsivät sen riskiä kaksinkertaiseksi verrattuna erittäin tyytyväisiin.

Ympäristötekijöiden yhteys koettuun autonomiaan oli kaikilla osa-alueilla tilastollisesti merkitsevä ja samansuuntainen eli tyytymättömyys ympäristötekijöihin lisäsi riskiä heikentyneeseen autonomiaan. Tämän vuoksi jatkoanalyseissä selittävänä muuttujana käytettiin ympäristöosa-alueiden skaalattua yhteispistemäärää. Heikentynyttä autonomiaa selittävä malli rakennettiin yhdistämällä ympäristöosa-alueet yhdeksi ympäristömuuttujaksi.

TAULUKKO 2. Ympäristötekijöiden yhteys koettuun autonomiaan⁽¹⁾ (χ^2 -testi) ja heikentynyttä autonomiaa selittävät ympäristötekijät (logistinen regressioanalyysi). Prevalenssit (%) ja vakioimattomat ristitulosuhteet (OR ja 95 % luottamusväli CI).

Autonomia					
Ympäristötekijät	Hyvä	Heikentynyt	p-arvo*	Malli***	
	n=625	n=223		OR	95% CI**
	%	%			
Turvallisuus			<0.001		
Erittäin hyvä	24	9		1.00	
Melko hyvä	53	40		1.09	0.60-1.99
Kohtalainen tai huono	23	51		1.72	0.90-3.28
Terveellisyys			<0.001		
Erittäin hyvä	19	9		1.00	
Melko hyvä	51	41		1.13	0.62-2.07
Kohtalainen tai huono	31	50		1.20	0.63-2.28
Taloudelliset tekijät			<0.001		
Erittäin hyvä	52	24		1.00	
Melko hyvä	23	29		2.28	1.43-3.63
Kohtalainen tai huono	25	47		2.45	1.57-3.82
Tiedonsaanti			<0.001		
Erittäin hyvä	56	29		1.00	
Melko hyvä	29	38		1.38	0.89-2.14
Kohtalainen tai huono	15	33		1.94	1.19-3.19
Vapaa-ajan toiminta			<0.001		
Erittäin hyvä	51	19		1.00	
Melko hyvä	28	22		1.22	0.75-1.99
Kohtalainen tai huono	21	59		4.15	2.66-6.50
Tyytyväisyys asuinalueeseen			<0.001		
Erittäin hyvä	47	26		1.00	
Melko hyvä	48	59		1.30	0.86-1.96
Kohtalainen tai huono	5	16		2.28	1.17-4.42
Pääsy terveystieteisiin			0.001		
Erittäin hyvä	27	16		1.00	
Melko hyvä	50	52		1.13	0.69-1.85
Kohtalainen tai huono	24	32		1.03	0.59-1.78
Kulkuyhteydet			<0.001		
Erittäin hyvä	31	14		1.00	
Melko hyvä	47	44		1.37	0.83-2.26
Kohtalainen tai huono	22	42		1.88	1.10-3.20

⁽¹⁾ Hyvä = hyvä tai erittäin hyvä, Heikentynyt = kohtalainen, huono tai erittäin huono

* χ^2 - testi (havaitut frekvenssit)

** tilastollisesti merkitsevä tulos lihavoitu

*** monimuuttujamalli

7.3 Heikentynyttä autonomiaa selittävät tekijät

Autonomian ja ympäristötekijöiden yhteyttä mahdollisesti selittäviä tekijöitä selvitettiin tarkastelemalla muuttujien välisiä korrelaatioita. Tutkittavien ikä, terveydentila ja alaraajojen toimintakyky olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä sekä autonomiaan että ympäristöulottuvuuteen (Taulukko 3). Nämä muuttujat ovat mahdollisia autonomian ja ympäristötekijöiden yhteyttä sekoittavia tai muokkaavia tekijöitä. Korkeampi ikä ($p=0.001$), heikompi terveys (suurempi sairauksien lukumäärä) ($p<0.001$) ja matalammat pisteet liikkumista mittaavassa SPPB-testissä ($p<0.001$) olivat yhteydessä vähäisempään autonomian kokemiseen ja ympäristöön liittyvään tyytymättömyyteen ($p<0.001$). Koulutustaso ei korreloinut autonomian kanssa ($p=0.204$), joten muuttuja jätettiin pois jatkoanalyysistä.

TAULUKKO 3. Autonomian ja ympäristöulottuvuuden kanssa korreloivat tekijät.

	Autonomia		Ympäristö	
	ρ	p-arvo	ρ	p-arvo
Ikä	0.119	0.001	-0.165	<0.001
Koulutustaso	-0.044	0.204	0.158	<0.001
Sairaudet (n)	0.293	<0.001	-0.336	<0.001
SPPB (p)	-0.223	<0.001	0.224	<0.001

ρ = Spearmanin korrelaatiokerroin

Ympäristö osoittautui tilastollisesti erittäin merkitseväksi itsenäiseksi autonomian kokemista selittäväksi tekijäksi (Taulukko 4). Ympäristönsä olosuhteisiin tyytymättömät henkilöt kokivat autonomiansa heikentyneeksi yli 10 kertaa todennäköisemmin kuin ympäristöönsä tyytyväiset henkilöt, ja kohtalaisen tyytyväisetkin yli kolme kertaa todennäköisemmin (malli 1). Ympäristöulottuvuuden selitysvoimaa tutkittiin lisäämällä malliin sukupuoli ja ikä, jonka korrelaatio vastemuuttujan kanssa oli heikoin. Todennäköisyys heikentyneeseen autonomian kokemiseen säilyi yhtä merkitsevänä, vaikka tutkittavien sukupuoli ja ikä huomioitiin (malli 2). Terveydentila ja liikkumiskyky selittivät hieman ympäristötekijöiden ja autonomian välistä yhteyttä ympäristönsä olosuhteisiin tyytymättömien ryhmässä. Riski heikentyneeseen autonomiaan säilyi kuitenkin yli yhdeksänkertaisena verrattuna ympäristöönsä tyytyväisiin, vaikka terveydentila oli huomioitu. Sairauksien ja alaraajojen toimintakyvyn lisääminen malliin (mallit 3 ja 4) ei laskenut ympäristön olosuhteisiin kohtalaisen tyytyväisten riskiä

heikentyneeseen autonomiaan. Liikkumiskyvyn lisääminen malliin ei oleellisesti enää muuttanut ympäristön ja autonomian välistä yhteyttä. Tutkittavien heikentynyt terveydentila (sairauksia kolme tai enemmän) ja liikkumisvaikeudet (SPPB alle 11 pistettä) lisäsivät kuitenkin todennäköisyyttä heikentyneeseen autonomian kokemiseen. Vaikka sukupuolen ja iän lisääminen ei parantanut mallia, terveydentilan ($p < 0.001$) ja liikkumiskyvyn ($p = 0.001$) lisääminen malliin paransi sitä tilastollisesti merkitsevästi. Lopullinen malli sopi hyvin aineistoon ($\chi^2(7) = 160.44$, $p < 0.001$) ja muuttujilla voitiin selittää 26 % aineiston vaihtelusta (Nagelkerken $R^2 = 0.256$).

TAULUKKO 4. Heikentynyttä autonomiaa selittävät tekijät neljässä regressiomallissa (logistinen regressioanalyysi). Ristitulosuhteet (OR ja 95 % luottamusväli CI).

	Malli 1		Malli 2		Malli 3		Malli 4	
	OR*	95%CI**	OR*	95%CI**	OR*	95%CI**	OR*	95%CI**
Ympäristö (p)								
85-100	1.00		1.00		1.00		1.00	
70-84	3.26	(1.87-5.68)	3.24	(1.86-5.66)	2.96	(1.68-5.21)	3.05	(1.73-5.38)
alle 70	10.96	(6.54-18.65)	11.05	(6.45-18.94)	9.60	(5.55-16.61)	9.23	(5.32-16.02)
Sukupuoli								
mies			1.00		1.00		1.00	
nainen			0.85	(0.60-1.20)	0.76	(0.53-1.09)	0.75	(0.52-1.08)
Ikä (v)								
75-79			1.00		1.00		1.00	
80-84			1.21	(0.82-1.80)	1.12	(0.75-1.67)	1.08	(0.72-1.62)
85-89			1.26	(0.83-1.91)	1.11	(0.73-1.70)	1.06	(0.69-1.63)
Sairaudet (n)								
0-2					1.00		1.00	
yli 2					3.59	(2.09-6.17)	3.47	(2.02-5.98)
SPPB (p)								
11-12							1.00	
0-10							1.93	(1.36-2.75)

* 1.00 vertailuryhmä

** tilastollisesti merkitsevä tulos lihavoitu

8 POHDINTA

Tutkimustulosten tarkastelu

Tässä tutkimuksessa selvitettiin itsenäisesti asuvien ikääntyneiden ihmisten koetun ympäristön yhteyttä autonomian kokemiseen. Tutkimukseen osallistuneista lähes kolme neljästä koki mahdollisuutensa vaikuttaa omaan elämäänsä hyvänä. Ympäristötekijöillä havaittiin olevan suuri merkitys autonomian ja osallisuuden kokemiselle. Autonomiansa hyväksi kokeneet olivat kaikilla ympäristöulottuvuuden osa-alueilla tyytyväisempiä elinympäristöönsä kuin autonomiansa heikentyneeksi kokeneet. He olivat myös hieman nuorempia, terveempiä ja heillä oli parempi liikkumiskyky kuin autonomiansa puutteelliseksi kokeneilla. Ympäristöönsä tyytymättömät henkilöt kokivat autonomiansa heikentyneeksi yli kymmenen kertaa todennäköisemmin kuin ympäristöönsä tyytyväiset henkilöt. Huonoksi koettu taloudellinen tilanne, heikot mahdollisuudet vapaa-ajan toimintaan, riittämätön tiedonsaanti, tyytymättömyys asuinalueeseen ja huonot kulkuyhteydet lisäsivät riskiä heikentyneeseen autonomiaan. Vaikka terveydentilalla ja liikkumiskyvyllä havaittiin yhteys heikentyneeseen autonomiaan, koetun autonomian ja ympäristötekijöiden välinen yhteys ei selittänyt tutkittavien iällä, terveydentilalla tai liikkumiskyvyllä. Autonomian kokemisessa ei havaittu eroa miesten ja naisten välillä.

Ympäristötekijöiden vaikutuksesta ikääntyneiden ihmisten koettuun autonomiaan ei ole aikaisempaa tutkimustietoa. Aiemmat tutkimukset ovat kuitenkin osoittaneet, että ympäristötekijöillä on yhteys ikääntyneiden ihmisten toimintamahdollisuuksiin ja koettuun elämänlaatuun (The WHOQOL Group 1995, Lawton 1999, Bowling 2005, Cummins 2005). Autonomiia pidetään myös yhtenä elämänlaadun ulottuvuutena (The WHOQOL Group 1995, Cardol ym. 2002, WHO 2002, Cummins 2005, Welford ym. 2010, Kivelä & Vaapio 2011) ja psyykkisen hyvinvoinnin edellytyksenä (Ryff 1989; Mill 1859/1975, Christman 2009 mukaan). Tämän tutkimuksen tulokset ovat teoreettisesti yhteensopivia autonomian filosofisten perusoletusten (Pietarinen 1994, Christman 2009) sekä ympäristögerontologisten teorioiden kanssa (Lawton & Nahemow 1973, Peace ym. 2011, Wahl ym. 2012).

Autonomiia ja itsemääräämisoikeutta on tutkittu aiemmin rajatummissa yhteyksissä kuten vanhusten pitkäaikaishoidossa (Ball ym. 2004, Saarnio ym. 2007, Hellström & Sarvimäki 2007, Welford ym. 2010, Perkins ym. 2012) sekä potilaan oikeuksiin liittyvissä tutkimuksissa

(Välimäki ym. 2001, Pahlman 2003, Naukkarinen 2008, Foss 2010) eli suhteessa terveydenhuollon palvelujärjestelmään. Yhtenä syynä autonomiaa käsittelevien tutkimusten vähäisyyteen saattaa olla autonomian käsitteen moniulotteisuus ja itsenäisesti asuvien ikäihmisten toimintaympäristön laajuus, minkä vuoksi aiheen tarkastelu ja sopivien indikaattoreiden löytäminen on vaikeaa. On myös mahdollista, että kotona asumisen oletetaan turvaavan ikääntyneiden ihmisten autonomian.

Palveluasumista tarkastelevissa laadullisissa tutkimuksissa on kuitenkin havaittu ympäristön merkitys autonomian kokemiselle (Ball ym. 2004, Welford ym. 2010, Perkins ym. 2012). Perkins ym. (2012) ovat laatineet autonomian käsitteellisen mallin, jonka mukaan autonomiaa määrittävät yksilön ominaisuuksien ohella monet sosiaaliset, kulttuuriset ja rakenteelliset tekijät, jotka voivat tukea tai rajoittaa autonomiaa. Autonomia ymmärretään prosessina, jossa yksilön käsitys itsestä muotoutuu jatkuvassa vuorovaikutuksessa muuttuvan fyysisen ja sosiaalisen ympäristön kanssa. Autonomian on koettu myös ylläpitävän toimintakykyä, itseluottamusta ja identiteettiä sekä mahdollistavan osallistumisen merkitykselliseen toimintaan ja rooleihin (Ball ym. 2004).

Useissa tutkimuksissa on havaittu ympäristötekijöiden yhteys arjessa selviytymiseen liittyvään kompetenssiin (Wahl ym. 2012), joka puolestaan määrittää osaltaan autonomiaa (Pietarinen 1994). Lisäksi tyytyväisyydellä asuinalueeseen on mitattu asumisen ja hyvinvoinnin välistä yhteyttä (Pinquart & Burmedi 2003, Oswald ym. 2006), ja se osoittautui tässä tutkimuksessa korreloivan hyvin myös koetun autonomian kanssa. Tyytymättömyys asuinalueeseen selitti tilastollisesti merkitsevästi heikentynyttä autonomian kokemista ja lisäksi sen riskiä kaksinkertaiseksi verrattuna erittäin tyytyväisiin. Eurooppalaisessa Enable-Age -hankkeessa (n=1918) osoitettiin, että koettu asuinympäristön laatu, esteettömyys, kodin merkitys ja arjen hallinnan tunne ovat yhteydessä elämään tyytyväisyyteen ikääntyneillä yksin asuvilla henkilöillä (Iwarsson ym. 2007, Oswald ym. 2011). Asumiseen liittyvän arjen hallinnan tunteen havaittiin toimivan välittävänä tekijänä koettujen ympäristön esteiden ja arjessa selviytymisen välisessä yhteydessä (Oswald ym. 2007) ja mittavaan yksilön ja ympäristön välistä koettua vuorovaikutusta (Wahl ym. 2009). Oswald ja Kaspar (2012) havaitsivat kotona asumisen kokemusta selvittäneessä faktorianalyysissään positiivisen korrelaation koetun itsenäisyyden ja koetun terveyden välillä. Vaikka analyysissä ei selvitetty koettua autonomiaa, itsenäisyysfaktori sisälsi useita sisä- ja ulkoympäristöön liittyviä autonomiatekijöitä. Iwarssonin ym. (2007) mukaan yksin asuvilla vanhuksilla on riski

itsenäisyyden ja autonomian menettämislle, mutta tässä tutkimuksessa yksin asumisen ja heikentyneen autonomian välillä ei havaittu yhteyttä. Suuri osa tähän tutkimukseen osallistuneista oli kuitenkin varsin hyväkuntoisia, jolloin yksin asuminen ei välttämättä rajoittanut toiminnan vapautta.

Mahdollisuudet osallistua vapaa-ajan toimintaan on tämän tutkimuksen mukaan erittäin tärkeää kotona asuvien ikääntyneiden ihmisten autonomian kokemiselle. Myös Searlen ym. (1995) tutkimuksessa mahdollisuus tehdä valintoja ja osallistua vapaa-ajan toimintaan itselle mielekkäällä tavalla oli yhteydessä hallinnan tunteeseen itsenäisesti asuvilla ikääntyneillä henkilöillä. Vapaa-ajan toimintaan osallistumisen on myös havaittu lisäävän psyykkistä hyvinvointia (Lawton 1994, Lampinen 2004, Bowling 2005) ja elämänlaatua (Silverstein & Parker 2002, Kivelä & Vaapio 2011, 102) sekä tukevan sosiaalista kanssakäymistä ja yhteisöllisyyden kehittymistä (Dionogi & Lyons 2010). Osallistuminen vapaa-ajan toimintaan mahdollistaa siten osallisuuden tunteen ja saattaa myös lisätä voimavaroja arjessa selviytymiseen (Hutchinson & Nimrod 2012). Toimintakykyään menettäneiden kotona asuvien vanhusten mahdollisuudet osallistua vapaa-ajan toimintaan ovat kuitenkin heikot, mikäli heillä ei ole osallistumista tukevaa sosiaalista tukiverkostoa. Elämänlaatua edistävät ja osallistumista tukevat palvelut eivät kuulu kotihoidon palveluvalikkoon (VTV 2010), huolimatta niiden merkityksestä kotona asuvien ikäihmisten hyvinvoinnille.

Ympäristötekijöiden merkityksestä elämänlaadulle kertoo myös suomalainen Hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -tutkimuksen tulos. Siinä havaittiin WHOQOL-Bref -mittarilla arvioidun koetun elämänlaadun heikkenevän iän myötä fyysisellä ja psyykkisellä ulottuvuudella, mutta sosiaalisella ja ympäristöulottuvuudella vasta 80 vuotta täyttäneillä (Vaarama ym. 2010a), mikä voi kertoa siitä, että ympäristötekijät voivat tukea yksilön hyvinvointia silloinkin, kun yksilön toimintakyky on heikentynyt. Tässä tutkimuksessa ympäristöulottuvuuden pisteet vastasivat sekä miehillä ($\bar{x}=79$) että naisilla ($\bar{x}=75$) HYPA-tutkimuksen 70-79 -vuotiaiden miesten ($\bar{x}=77$) ja naisten ($\bar{x}=76$) tuloksia (Vaarama ym. 2010b).

HYPA-aineistossa toimeentulohuolien puuttuminen selitti vahvasti yli 80-vuotiaiden suomalaisten koettua elämänlaatua ympäristöulottuvuudella (Vaarama ym. 2010a). Myös omassa tutkimuksessani taloudelliset tekijät selittivät tilastollisesti merkitsevästi heikentynyttä autonomiaa, vaikka useiden tutkimusten mukaan taloudellinen tyytyväisyys lisääntyy ikääntyessä ja toimeentulon kokeminen hankalaksi on harvinaista (Hsieh 2003,

Hansen ym. 2008, Kautto ym. 2009, Plagnol 2011). On mahdollista, että ikääntyneet ihmiset tyytyvät elintasoonsa ja kokevat rahojensa riittävän tavanomaiseen elämiseen, mutta tulot eivät mahdollista valintojen tekoa tai unelmien toteuttamista kuten esimerkiksi lomailua tai palvelujen ostamista. Vaikka Oswaldin ja Kasparin (2012) tutkimuksessa korkeampi tulotaso ja koulutus olivat yhteydessä itsenäisyyden kokemiseen, omassa tutkimuksessani koulutustasolla ei havaittu yhteyttä autonomian kokemiseen. Ero saattaa johtua tutkittavien iästä. Oswaldin ja Kasparin (2012) tutkimuksessa tutkittavien keski-ikä oli 65 vuotta, kun tässä tutkimuksessa se oli 80 vuotta. Tähän tutkimukseen osallistuneet kuuluvat vielä ikäluokkaan, joista suurimmalla osalla on vähän koulutusta. Tilanne saattaa muuttua, kun nuoremmat enemmän kouluja käyneet ikäluokat vanhenevat.

HYPA-tutkimuksessa myös terveystalvelujen saatavuus selitti koettua elämänlaatua ympäristöulottuvuudella. Lisäksi saadun avun riittävydellä ja muiden lähipalvelujen saavutettavuudella oli tilastollisesti merkitsevä yhteys elämänlaadun ympäristöulottuvuuteen. Tyytymättömyys julkisiin sosiaalipalveluihin kolminkertaisti ja pitkät etäisyydet lähipalveluihin kaksinkertaisti riskin heikkoon elämänlaatuun ympäristöulottuvuudella (Vaarama ym. 2010a). Cardolin ym. (2002) mukaan palvelujen saatavuuteen liittyvät vaikeudet voivat rajoittaa autonomiaa. Tässä tutkimuksessa tutkittavilta tiedusteltiin tyytyväisyyttä terveystalvelujen saatavuuteen. Vaikka yhteys koettuun autonomiaan oli tilastollisesti merkitsevä, yhteys olisi saattanut olla vielä voimakkaampi, mikäli olisi kysytty myös sosiaalipalvelujen saatavuutta. Esimerkiksi HYPA-tutkimuksessa havaittiin ikääntyneille suunnattujen palvelujen vastaavan huonosti erityisesti kodin ulkopuolella asioinnin vaikeuksiin (Vilkko ym. 2010a). Riittävä tiedon saanti on Pietarisen (1994) mukaan yksi autonomian toteutumisen edellytys, mikä näkyy myös tämän tutkimuksen tuloksissa. Riittämätön tiedonsaanti oli yhteydessä heikentyneeseen autonomian kokemiseen. Myös HYPA-tutkimuksessa arjen sujumista helpottavan tiedon saatavuutta pidettiin tärkeänä (Vaarama ym. 2010a).

Menetelmien tarkastelu

Laajalla aineistolla (N=848) ja haastattelujen suorittamisella tutkittavien kotona pyrittiin tutkimukseen saamaan mukaan myös huonokuntoisia ikääntyneitä ihmisiä (Rantanen ym. 2012). Siitä huolimatta suurin osa tutkittavista oli varsin hyväkuntoisia ja useimmat kokivat mahdollisuutensa vaikuttaa omaan elämäänsä hyväksi. Haastattelusta kieltäytyneet (n=811) kokivat terveytensä useammin huonoksi ja heillä oli enemmän liikkumisvaikeuksia kuin

tutkimukseen osallistuneilla (Rantanen ym. 2012). Tällainen valikoituminen on kuitenkin Rantasen (2012) mukaan tavallista tutkimuksissa, joissa osallistujat ovat ikääntyneitä ihmisiä. Tutkimukseen osallistuneet saattoivat olla myös koetun autonomian suhteen valikoituneita, sillä terveydentila ja liikkumiskyky selittivät heikentyneeksi koettua autonomiaa. Suuren otoskoon vuoksi analyysi toi kuitenkin esille eroja tutkittavien autonomian ja ympäristön kokemisessa. Lisäksi puuttuvan tiedon osuus aineistossa oli vähäinen.

Koettua autonomiaa arvioitiin Impact on Participation and Autonomy (IPA) -mittarilla. Mittari on validoitu aikuisilla henkilöillä, joilla on fyysinen toimintakyvyn rajoite (Cardol ym. 1999). Mittarin rakennevaliditeetti on osoittautunut hyväksi ja se mittaa hyvin koettua osallistumista ja osallistumisen rajoituksia (Kanelisto & Salminen 2011). Myös reliabiliteetti on havaittu kaikkien yksittäisten kysymysten kohdalla hyväksi ja autonomian osa-alueiden osalta erittäin hyväksi. IPA:n soveltuvuudesta ikääntyneille henkilöille on kuitenkin vasta vähän tutkimuksia (Kanelisto & Salminen 2011). Ikääntyneillä henkilöillä autonomian kokemiseen ovat yhteydessä fyysisten voimavarojen ja fyysisen ympäristön ohella myös vanhenemiseen liittyvät psykologiset ja sosiaaliset ulottuvuudet (Pietarinen 1994, Diehl & Willis 2003). Toimintaan ja rooleihin osallistumisen esteenä voivat olla myös ympäristön asenteet ikääntymistä ja ikääntyneitä kohtaan.

LISPE-tutkimuksen aineisto sisälsi vain IPA-mittarin Autonomia ulkona -osa-alueen kysymykset, josta tässä tutkimuksessa käytettiin vain yhtä kysymystä. Kysymyksellä arvioitiin tutkittavien kokonaisnäkemystä omista vaikutusmahdollisuuksista ja mahdollisuudesta elää haluamalla tavalla. On mahdollista, että kysymys ei erotellut riittävän hyvin koettua autonomiaa ikääntyneillä henkilöillä, sillä noin kolme neljästä tutkittavasta ilmoitti mahdollisuutensa vaikuttaa elämäänsä hyväksi tai erittäin hyväksi. Haastattelulomakkeessa koettua autonomiaa oli arvioitu ulkona liikkumisen yhteydessä, ja tässä tutkimuksessa käytetty kysymys esitettiin kysymyssarjan viimeisenä. Tämä on saattanut ohjata tutkittavia vastaamaan kysymykseen liikkumisen näkökulmasta. Tutkittavien vastaukset saattavat siten heijastaa enemmän toiminnan autonomiaa kuin päätöksenteon autonomiaa. On myös havaittu, että ikääntyneiltä ihmisiltä saadaan usein liian positiivisia arvioita yleiskysymyksiin (Iwarsson ym. 2007, Vaarama ym. 2010a). Tarkemmin suunnatuilla kysymyksillä koetusta autonomiasta olisi voitu saada esille autonomian eri ulottuvuuksia.

Ympäristötekijöihin sisältyi sekä fyysisen että psykososiaalisen ympäristön indikaattoreita ja niitä arvioitiin The World Health Organization Quality of Life Assessment short version (WHOQOL-Bref) -elämänlaatumittarilla. Myös WHOQOL-Bref -mittarin psykometriset ominaisuudet on havaittu hyviksi (Skevington ym. 2004) ja mittari soveltuu hyvin elämänlaadun arviointiin epidemiologisissa väestötason tutkimuksissa (WHOQOL Group 1998). Sen rakennevaliditeetti on todettu hyväksi ja reliabiliteetti on hyväksyttävällä tasolla elämänlaadun eri ulottuvuuksilla (Toimia-tietokanta 2013). Mittari erottelee hyvin terveiden ja sairaiden henkilöiden elämänlaatua kaikilla ulottuvuuksilla (Skevington ym. 2004, Toimia-tietokanta 2013). Mittarin osa-alueita voidaan käyttää myös itsenäisesti (WHOQOL Group 1998), kuten tässä tutkimuksessa on tehty. Skevington ym. (2004) havaitsivat, että elämänlaadun yleismuuttuja korreloi voimakkaimmin psykologisen ja ympäristöulottuvuuden kanssa ja yleinen terveystuuttuja fyysisen ulottuvuuden kanssa, mikä sopii yhteen muiden ympäristötekijöiden ja elämänlaadun yhteyttä kartoittaneiden tutkimusten (Lawton 1999, Bowling 2005, Cummins 2005) kanssa. Ympäristötekijöitä indikoivat kysymykset kattavat Skevingtonin ym. (2004) mukaan hyvin elämänlaadun ympäristöulottuvuuden silloin, kun yksityiskohtaisempaa tietoa ei tarvita. Elämänlaadun ympäristöulottuvuus saattaa kuitenkin olla liian karkea mittari selittämään koettua autonomiaa varsinkin, kun autonomiaa määrittävät tekijät ovat edelleen varsin tuntemattomia. Lisäksi strukturoitu kyselylomake ei mahdollista tutkittavien näkemysten ilmaisua omin sanoin, eivätkä valmiit vastausvaihtoehdot välttämättä tuo riittävästi esille tutkittavien käsityksiä.

Tässä tutkimuksessa heikentynyttä autonomiaa selittävän mallin selitysaste oli 26 %, joten huomioon otettujen muuttujien lisäksi koettua autonomiaa määrittävät myös monet muut tekijät. Autonomia on niin moniulotteinen käsite, että tämän tutkimuksen puitteissa ei ollut mahdollista ottaa huomioon kaikkia siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Tässä tutkimuksessa keskityttiin ympäristön osuuteen autonomian kokemisessa. Terveystila ja liikkumiskyky oli valittu kompetenssin yksilötason mittareiksi, mutta autonomian kokemiseen ovat yhteydessä mahdollisesti myös muut kompetenssiin liittyvät tekijät kuten aistien toiminta ja kognitiiviset kyvyt. Tämän tutkimuksen ulkopuolelle jäivät myös monet psykologiset ja sosiaaliset tekijät, joiden yhteys autonomian kokemiseen on tunnistettu (Ryff 1989, Pietarinen 1994, Cardol ym. 2002, Diehl & Willis 2003, Oswald ym. 2007, Welford ym. 2010, Perkins ym. 2012).

Johtopäätökset

Ikääntyneiden ihmisten itsenäisen kotona asumisen mahdollisuuksia on tarkasteltu yleensä yksilön toimintakyvyn valossa (Iwarsson ym. 2007) ja autonomiaa määrittävät kokemukselliset ja kontekstuaaliset tekijät on usein jätetty huomiotta (Wahl ym. 2012). Vaikka yksilön voimavarat määrittävät osaltaan koettua autonomiaa (Pietarinen 1994, Diehl & Willis 2003), autonomia ei ole vain yksilön ominaisuus vaan se toteutuu vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa (Ball ym. 2004, Welford ym. 2010, Perkins ym. 2012). Tämän tutkimuksen tulokset vahvistavat käsitystä ympäristön merkityksestä ikääntyneiden ihmisten autonomian kokemiselle. Asuinympäristöjen esteettömyys, viihtyisyys ja turvallisuus, hyvät mahdollisuudet vapaa-ajan toimintaan ja tiedonsaantiin, toimivat lähipalvelut sekä taloudellinen riippumattomuus edistävät ikääntyneiden ihmisten autonomian tunnetta. Ympäristön merkitys korostuu niillä vanhuksilla, joiden toimintakyky on heikentynyt (Lawton & Nahemow 1973, Wahl ym. 2012), sillä yksilön voimavarojen ja ympäristön haasteiden välisen kuilun kasvaessa hallinnan ja autonomian tunne voi heiketä. Ympäristön esteitä poistamalla voidaan siten lisätä edellytyksiä autonomian ja osallisuuden toteutumiselle. Autonomian ja osallisuuden tunne omassa elinympäristössä tukee yksilön identiteettiä (Wiles ym. 2012) ja hyvinvointia (Diehl & Willis 2003).

Ikääntyneiden ihmisten itsenäinen kotona asuminen on sekä inhimillisistä että taloudellisista syistä tärkeä yhteiskunnallinen tavoite. Väestön ikääntyminen asettaa kuitenkin haasteen avopalvelujen kehittämiseksi ja kotona asumisen tukemiseen tarvitaan uusia keinoja. Itsenäinen kotona asuminen tarkoittaa itsenäisen suoriutumisen lisäksi myös valinnan vapautta, mahdollisuutta itsenäiseen päätöksentekoon ja oikeutta yksilölliseen elämäntapaan. Kotona asuvat ikäihmiset on kuitenkin hyvin heterogeeninen ryhmä ja kokemukset omista voimavaroista ja ympäristön tarjoamista mahdollisuuksista voivat olla hyvin erilaisia. Autonomian kokemus voi vaihdella ympäristön kanssa koetun vuorovaikutuksen, henkilökohtaisten voimavarojen ja elämäntilanteen mukaan. Autonomian edistämiseksi keskeistä on ikääntyneiden ihmisten oma motivaatio (Bandura 1982, Perenboom & Chorus 2003), joten toimenpiteiden tulee myös vastata ikääntyneiden ihmisten toiveita ja tavoitteita.

Autonomian tukemisessa tulisi kiinnittää huomiota riskiryhmiin eli vanhuksiin, joiden omat voimavarat ovat heikentyneet. Autonomian käsitteeseen sisältyy oikeus avun saantiin (Pietarinen 1994) ja riippuvuuden hyväksyminen osana ihmisen elämänvaiheita tai erilaisissa vaikeissa elämäntilanteissa. Autonomian ja itsenäisyyden käsitteet heijastavat siten erilaista

näkökulmaa selviytymiseen ja avun tarpeeseen. Itsenäistä asumista ja selviytymistä tukevien palvelujen lisäksi tarvitaan autonomian tukemista. Tämän vuoksi sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten dialogiin perustuva toimintatapa on ensiarvoisen tärkeää ikääntyneiden asiakkaiden autonomian ja osallisuuden edistämiseksi (Löfman 2006, Naukkarinen 2008, Welford ym. 2010). Riittävä tiedonsaanti tukee osaltaan autonomiaa ja mahdollistaa valintojen tekemisen. Ohjauksella ja autonomian tukemisella voidaan auttaa ikääntyneitä ihmisiä hyödyntämään voimavarojaan paremmin. Myös puolison ja hänen perheensä tukeminen on tärkeää, sillä sosiaalinen tuki voi edesauttaa autonomian ylläpitämistä (Ball ym. 2004).

Vanhustenhuollon eettinen perusta on hyvin esillä vanhuspoliittisissa tavoitteissa ja ohjelmissa (STM 2001, 2011 & 2013, WHO 2002, Futurage 2011, Vanhuspalvelulaki 2012). Voidaan kuitenkin kysyä, miten nämä periaatteet toteutuvat käytännössä. Nykyisen palvelujärjestelmän ongelmana näyttää olevan avun riittävyyden lisäksi myös autonomian ja osallisuuden tukeminen (Cummins 2005, Kivelä & Vaapio 2011) sekä palvelujärjestelmän joustavuus yksilöllisen elämäntilanteen mukaan (Vilkko ym. 2010a). Palvelujen järjestämisen lähtökohtana tulee olla edellytyksien luominen hyvälle vanhenemiselle, jota autonomia ja osallistuminen osaltaan määrittävät. Kun palvelujen järjestämisen lähtökohtana on autonomian tukeminen, palvelut saadaan vastaamaan ikääntyneiden ihmisten tarpeita eivätkä tavoitteet jää vain strategioiden ja ohjelmien tasolle. Ymmärryksen lisääminen autonomiaa määrittävistä ja sitä tukevista tai rajoittavista tekijöistä on tärkeää terveydenhuollon ja sosiaalitoimen toimintakäytäntöjen kehittämiseksi sekä tarkoituksenmukaisten ja oikea-aikaisten palvelujen järjestämiseksi. Autonomiaa ja osallistumista estäviä käytäntöjä ja asenteita tulee myös tunnistaa ja tehdä näkyviksi, jotta niitä voitaisiin muuttaa. Ikääntyneillä ihmisillä täytyy olla myös mahdollisuus osallistua oman toimintaympäristönsä ja palvelujensa suunnitteluun ja kehittämiseen. Tämä edellyttää koko yhteiskunnalta myönteistä asennetta autonomiaa tukevien olosuhteiden edistämiseen.

Jatkotutkimusehdotukset

Geboy ym. (2012) ovat linjanneet ympäristögerontologian yhdeksi tulevaisuuden tutkimuskohteeksi kotona asuvien ikäihmisten elinympäristön mahdollisuudet autonomian tukemiseen. Autonomian käsite pohjautuu arvoille (Pietarinen 1994, STM 2001, Christman 2009) ja voi siten saada erilaisia yksilöllisiä ja kulttuurisia merkityksiä. Sen vuoksi autonomiaa tulisikin tarkastella ikääntyneiden ihmisten arkielämän ja oman kulttuurin

kontekstissa. Autonomian ulottuvuuksien ymmärtäminen edellyttää tutkimusta siitä, millaisia merkityksiä ikääntyneet itse antavat autonomialle arjen toimintatilanteissa. Autonomian kokemuksellisuuden ja yksilöllisten merkitysten tavoittaminen edellyttää laadullista tutkimusotetta. Koetun autonomian yhteyttä persoonallisiin ja sosiaalisiin tekijöihin tulisi myös kartoittaa sopivien interventiokeinojen löytämiseksi. Poikkileikkausasetelman vuoksi ympäristötekijöiden ja autonomian välisen yhteyden suunnasta ei voi tämän tutkimuksen perusteella tehdä päätelmiä. Pitkittäistutkimuksella voitaisiin selvittää muuttuuko koetun ympäristön ja autonomian välinen yhteys iän karttuessa, toisin sanoen kasvaako vai väheneekö ympäristön merkitys korkeassa iässä.

LÄHTEET

- Ball M, Perkins M, Whittington F, Hollingsworth C, King S, Combs B. Independence in assisted living. *Journal of Aging Studies* 2004; 18: 467–483.
- Baltes PB. On the Incomplete Architecture of Human Ontogeny: Selection, Optimization, and Compensation as Foundation of Developmental Theory. *American Psychologist* 1997; 52: 366-380.
- Baltes PB, Baltes MM. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. Teoksessa Baltes PB, Baltes MM (toim.) *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. New York: Cambridge University Press 1990: 1-34.
- Bandura, A. Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist* 1982; 37: 122-147.
- Barnes M, Taylor D, Ward L. Being well enough in old age. *Critical Social Policy* 2013; 33(3): 473–493 .
- Bowling, A. *Ageing well. Quality of life in old age*. Maidenhead: Open University Press 2005.
- Brandstädter J. Elämänhallinta ja hyvinvointi ikäännyttäessä: assimilaation ja akkomodaation merkitys sopeutumisessa. Sýren I. (suom.) *Gerontologia* 1997; 11(2): 116-124.
- Cardol M, Haan RJ de, Bos GA van den, Jong BA de, Groot J de. The development of a handicap assessment questionnaire. The impact on Participation and Autonomy (IPA). *Clin Rehabil* 1999; 13: 411–419.
- Cardol M, Jong BA de, Ward CD. On autonomy and participation in rehabilitation. *Disabil Rehabil* 2002; 24: 970–974.
- Carstensen LL, Isaacowitz DM, Charles ST. Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist* 1999; 54: 165-181.
- Chaudhury H, Rowles GD. Between the shores of recollection and imagination: Self, aging and home. Teoksessa Chaudhury H, Rowles GD (toim.) *Home and identity in late life. International perspectives*. Springer Publishing Company 2005: 3-18.
- Christman J. Autonomy in Moral and Political Philosophy. *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. [www-dokumentti] 2003; substantive revision 2009. [viitattu 2013] Center for the Study of Language and Information, Stanford University, Stanford 2013. <http://plato.stanford.edu/entries/autonomy-moral/>
- Cummins R.A. Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research* 2005; 49(10): 699-706.

- Diehl M, Willis SL. Everyday competence and everyday problem solving in aging adults: The role of physical and social context. Teoksessa Wahl et al (toim.) *Aging in Context: Socio-Physical Environments*. Springer Publishing Company 2003: 130-166.
- Dionigi R, Lyons K. Examining layers of community in leisure context: a case analysis of older adults in an exercise intervention. *Journal of Leisure Research* 2010; 42(2): 317-338.
- Eläketurvakeskus 2013. Viitattu 10.12.2013. <http://www.etk.fi/fi/service/suomi/233/suomi>
- Foss C. Elders and patient participation revisited – a discourse analysis approach to elderly persons' reflections on patient participation. *Journal of Clinical Nursing* 2010.
- Futurage. The Future of Ageing Research in Europe: A Road Map for European Ageing Research. 2011. Viitattu 15.2.2012. <http://futurage.group.shef.ac.uk/>
- Geboy L, Moore K, Smith E. Environmental Gerontology for the Future: Community-Based Living for the Third Age. *Journal of Housing for the Elderly* 2012; 26: 44–61.
- Gitlin L. 2003. Conducting Research on Home Environments: Lessons Learned and New Directions. *The Gerontologist* 2003; 43(5): 628-637.
- Godbey G, Crawford D, Shen X. Assessing Hierarchical Leisure Constraints Theory after Two Decades. *Journal of Leisure Research* 2010; 42(1): 111-134.
- Guralnik J, Simonsick E, Ferrucci L, Glynn R, Berkman L, Blazer D, Scherr P, Wallace R. A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *J Gerontol* 1994; 49: 85–94.
- Haak M, Fänge A, Iwarsson S, Dahlin-Ivanoff S. The importance of successful place integration for perceived health in very old age: a qualitative meta-synthesis. *Int J Public Health* 2011; 56; 589–595.
- Hansen T, Slagsvold B, Moum T. Financial satisfaction in old age: A satisfaction paradox or a result of accumulated wealth? *Social Indicators Research* 2008; 89(2): 323–347.
- Harva U. Moraalin ongelmia. 4. painos. Helsinki: Otava 1980.
- Hellström UW, Sarvimäki A. Experiences of self-determination by older persons living in sheltered housing. *Nurs Ethics*. 2007;14(3):413-424.
- Hsieh, Chang-Ming: Income, age and financial satisfaction. *International Journal of Aging and Human Development* 56 (2003): 2, 89–112
- Hutchinson S, Nimrod G. Leisure as a resource for successful aging by older adults with chronic health conditions. *Int J Aging and Human Development* 2012; 74(1): 41-65.
- ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Helsinki: Stakes, Ohjeita ja suosituksia 2004:4.

Iwarsson S, Ståhl A, Löfqvist C. Mobility in outdoor environments in old age. Teoksessa Rowles G, Bernard M (toim.) *Environmental gerontology. Making meaningful places in old age.* Springer Publishing Company 2013:175-198.

Iwarsson S, Wahl H-W, Nygren C, Oswald F, Sixsmith A, Sixsmith J, Széman Z, Tomsone S. Importance of the home environment for healthy aging: conceptual and methodological background of the european ENABLE-AGE project. *The Gerontologist* 2007; 47(3): 78-84.

Kanelisto K, Salminen A. IPA-kyselylomake valinnoista ja osallistumisesta jokapäiväisessä elämässä: Toimintakyvyn itsearviointimenetelmä aikuisille, joilla on fyysisiä toimintarajoitteita. Helsinki. Kelan tutkimusosasto 2011.

Kaseva K. Asiakkaan asema, itsemäärääminen ja vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä - Integroitu kirjallisuuskatsaus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2011:16.

Kautto M, Palomäki L-M, Rantala J, Tuominen E. Eläkeläisten tulot ja kokemukset toimeentulosta. *Yhteiskuntapolitiikka* 2009; 74(3): 290-302.

Kivelä S-L, Vaapio S. Vanhana tänään. Kohtaavatko tiedot, suositukset ja arkipäivän kokemukset toisensa ikääntyneiden ja vanhusten hoidossa ja palveluissa? Tallinna: Suomen Senioriliike ry. 2011.

Kyttä M. Terveellistä elämäntapaa tukeva yhdyskunta. Teoksessa: *Terveyden edistämisen eettiset haasteet.* Sosiaali- ja terveysministeriö. Etene- julkaisuja 2008: 19; 47-52.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. Viitattu 12.10.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Lampinen P. Fyysinen aktiivisuus, harrastustoiminta ja liikkumiskyky iäkkäiden ihmisten psyykkisen hyvinvoinnin ennustajina. 65-84-vuotiaiden jyvaskyläläisten 8-vuotisseuruututkimus. Jyväskylän yliopisto. *Studies in Sport, Physical Education and Health* 99, 2004.

Lawton MP. Residential environment and self-directedness among older people. *American Psychologist* 1990; 45(5): 638-640.

Lawton MP. Personality and affective correlates of leisure activity participation by older people. *Journal of Leisure Research* 1994; 26(2): 138-151.

Lawton MP, Nahemow L. Ecology and aging process. Teoksessa Eisdorfer C, Lawron MP (toim.) *The Psychology of Adult Development and Aging.* Washington: American Psychological Association, 1973; 619-974.

Lawton MP, Winter L, Kleban M.H, Ruckdeschel K. Affect and Quality of Life: Objective and Subjective. *J Aging Health* 1999; 11: 169-198.

Lindqvist M. Terveydenhuollon etiikka ja valinnat aikamme peilissä. Teoksessa: *Autonomia ja heitteillejätö – eettistä rajankäyntiä.* Sosiaali- ja terveysministeriö. Etene- julkaisuja 2004:10;13-15.

Lyyra T-M, Lyyra A-L. Harrastustoiminnot 65-69 –vuotiailla jyvaskyläläisillä vuosina 1988, 1996 ja 2004. Teoksessa Heikkinen E. ym. (toim.) Ovatko 65-69 –vuotiaat aikaisempaa toimintakykyisempiä, terveempiä ja aktiivisempia? Havainnot Ikivihreät-projektin kohorttivertailututkimuksesta vuosilta 1988, 1996 ja 2004. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 2006; 83: 119-132.

Löfman P. Itsemääräämisen edistäminen. Osallistavan toimintamallin kehittäminen reumapotilaiden hoitotyöhön. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 2006.

Moisio P. Tuloerojen, köyhyyden ja toimeentulo-ongelmien kehitys. Teoksessa Vaarama M, Moisio P, Karvonen S (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2010: 178-196.

Mänty M, Sihvonen S, Hulkko T, Lounamaa A. Iäkkäiden henkilöiden kaatumistapaturmat. Opas kaatumisten ja murtumien ehkäisyyn. Helsinki: Publications of the National Public Health Institute B; 2007:29.

Naukkari E-L. Potilaan itsemääräämisen ja sen edellytysten toteutuminen terveydenhuollossa. Kyselytutkimus potilaille ja henkilöstölle. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 2008.

Oswald F, Jopp D, Rott C, Wahl H-W. Is aging in place a resource for or risk to life satisfaction? *The Gerontologist* 2011; 51: 238–250.

Oswald F, Kaspar R. On the Quantitative Assessment of Perceived Housing in Later Life. *Journal of Housing for the Elderly* 2012; 26: 72-93.

Oswald F, Schilling O, Wahl HW, Fänge A, Sixsmith J, Iwarsson S. Homeward bound: Introducing a four-domain model of perceived housing in very old age. *Journal of Environmental Psychology* 2006; 26: 187-201.

Oswald F, Wahl H-W. Dimensions of the meaning of home in later life. Teoksessa Chaudhury H, Rowles GD (toim.) Home and identity in late life. International perspectives. Springer Publishing Company 2005: 21-45.

Oswald F, Wahl H-W, Schilling O, Nygren C, Fänge, A, Sixsmith A, Sixsmith J, Szeman Z, Tomson S, Iwarsson S. Relationships between housing and healthy aging in very old age. *The Gerontologist* 2007; 47, 96–107.

Pahlman I. Potilaan itsemääräämisoikeus. Helsinki: Edita Publishing Oy 2003.

Palomäki L-M. Mitkä tekijät selittävät pienituloisten eläkeläisten toimeentulokokemusten eroja? *Yhteiskuntapolitiikka* 2009; 74(5): 542-552.

Peace S, Holland C, Kellaher L. 'Option recognition' in later life: Variations in ageing in place. *Ageing and Society* 2011; 31(05): 734 – 757.

Perenboom RJ, Chorus AM. Measuring participation according to international Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disabil Rehabil* 2003; 25: 577–587.

Perkins M, Ball M, Whittington F, Hollingsworth C. Relational autonomy in assisted living: A focus on diverse care settings for older adults. *Journal of Aging Studies* 2012; 26: 214–225.

Pietarinen J. Itsemäärääminen ja itsemääräämisoikeus. Teoksessa Pietarinen J, Launis V, Räikkä J, Lagerspetz E, Rauhala M, Oksanen M. Oikeus itsemääräämiseen. Helsinki: Painatuskeskus Oy 1994: 15-47.

Pinquart M, Burmedi D. Correlates of residential satisfaction in adulthood and old age: a meta-analysis. Teoksessa Wahl et al (toim.) *Aging in Context: Socio-Physical Environments*. Springer Publishing Company 2003: 195-222.

Plagnol A. Financial satisfaction over the life course: The influence of assets and liabilities. *Journal of Economic Psychology* 2011; 32: 45–64.

Pursiainen T. Kuka määrää ihmisen hyvän: ihminen itse vai ulkopuolinen? Teoksessa: Terveystieteiden tutkimuskeskus ja terveysministeriö. *Etene- julkaisuja* 2008:19;19-23.

Rantakokko M, Iwarsson S, Kauppinen M, Leinonen R, Heikkinen E, Rantanen T. Quality of life and barriers in the urban outdoor environment in old age. *J Am Geriatric Soc* 2010; 58: 2154-2159.

Rantanen T, Portegijs E, Viljanen A, Eronen J, Saajanaho M, Tsai L-T, Kauppinen M, Palonen E-M, Sipilä S, Iwarsson S, Rantakokko M. Individual and environmental factors underlying life space of older people - study protocol and design of a cohort study on life-space mobility in old age (LISPE). *BMC Public Health* 2012; 12: 1471-2458.

Rappe E. Kasvien hoitamisen ja viherympäristön vaikutus laitoksissa asuvien vanhusten koettuun terveyteen. *Gerontologia* 2005;2:79-81.

Raymore L. Facilitators to leisure. *Journal of Leisure Research* 2002; 34(1): 37-51.

Rowles G, Bernard M. The meaning and significance of place in old age. Teoksessa Rowles G, Bernard M (toim.) *Environmental gerontology. Making meaningful places in old age*. Springer Publishing Company 2013: 3-24.

Rubinstein RL, de Meneiros K. Ecology and the aging self. Teoksessa Wahl et al (toim.) *Aging in Context: Socio-Physical Environments*. Springer Publishing Company 2003: 59-84.

Ryff C. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* 1989; 57(6): 1069-1081.

Saarnio R, Isola A, Backman K. Fyysisten rajoitteiden käytön syyt, yleisyys ja eri muodot vanhusten laitoshoidossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2007; 44: 109–119.

Scheidt R.J, Norris-Baker C. The general ecological model revisited: evolution, current status and continuing challenges. Teoksessa Wahl et al (toim.) *Aging in Context: Socio-Physical Environments*. Springer Publishing Company 2003:34-57.

Schwanen T, Banister D, Bowling A. Independence and mobility in later life. *Geoforum* 2012; 43: 1313–1322.

Searle M, Mahon M, Iso-Ahola S, Sdrolias H, van Dyck J. Enhancing a sense of independence and psychological well-being among the elderly: A field experiment. *Journal of Leisure Research* 1995; 27(2): 107-124.

Silverstein M, Parker M. Leisure Activities and Quality of Life among the Oldest Old in Sweden. *Research on Aging* 2002; 24(5): 528-547.

Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research* 2004; 13: 299–310.

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. *Etene- julkaisuja* 2001:1.

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). Autonomia ja heitteillejätö – eettistä rajankäyntiä. *Etene- julkaisuja* 2004:10.

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia. *Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja* 2011:1. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM), Suomen Kuntaliitto. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. *Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja* 2013:11. Helsinki.

Terveydenhuoltolaki. Viitattu 14.10.2013.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL). Position paper from the World Health Organization. *Social science and medicine* 1995; 41(10): 1403-1409.

The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOLBref quality of life assessment. *Psychol Med* 1998; 28: 551-558.

Tilastokeskus. Väestöennuste 2012. Viitattu 14.9.2013.
http://www.stat.fi/til/vaenn/2012/vaenn_2012_2012-09-28_tie_001_fi.html

Toimia-tietokanta. WHOQOL-BREF Maailman terveysjärjestön elämänlaatumittari – lyhyt versio. 2013. Viitattu 15.12.2013. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/134/>

Vaarama M, Luoma M-L, Siljander E, Meriläinen S. 80 vuotta täyttäneiden koettu elämänlaatu. Teoksessa Vaarama M, Moisio P, Karvonen S (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2010*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010a: 150-196.

Vaarama M, Siljander E, Luoma M-L, Meriläinen S. Suomalaisten kokema elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen. Teoksessa Vaarama M, Moisio P, Karvonen S (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2010*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010b: 126-149.

Valtiontalouden tarkastusvirasto (VTV). Vanhuspalvelut: Säännöllinen kotihoito. Tuloksellisuustarkastuskertomus 214/2010. Helsinki.

Vanhuspalvelulaki. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalousta 28.12.2012/980. Viitattu 12.10.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Vilkko A, Finne-Soveri H, Heinola R. Ikäihmisten palvelutarpeet ja saatu apu. Teoksessa Vaarama M, Moisio P, Karvonen S (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010a: 44-59.

Vilkko A, Muuri A, Finne-Soveri H. Läheisapu iäkkään ihmisen arjessa. Teoksessa Vaarama M, Moisio P, Karvonen S (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010b: 60-77.

Välimäki M, Nyrhinen T, Leino-Kilpi H, Dassen T, Gasull M, Lemonidou C, Scott P.A, Arndt M, Kaurila T. Potilaan itsemäärääminen ja suostumus pitkäaikaisessa laitoshoidossa: vanhusten ja hoitajien näkökulma. Gerontologia 2001;2:136-47.

Wahl H-W, Iwarsson S, Oswald F. Aging well and the environment: toward an integrative model and research agenda for the future. The Gerontologist 2012; 52(3): 306-316.

Weidekamp-Maicher M, Naegele G. Economic resources and subjective well-being in old age. Teoksessa Mollenkopf H, Walker A. (toim.) Quality of life in old age. International and multi-disciplinary perspectives. Social indicators research series 31. Dordrecht: Springer 2007.

Welford C, Murphy K, Wallace M, Casey D. Care for older people. A concept analysis of autonomy for older people in residential care. Journal of Clinical Nursing, 2010: 19, 1226–1235

Wiles J, Leibing A, Guberman N, Reeve J, Allen R. The Meaning of “Aging in Place” to Older People. The Gerontologist 2012; 52(3): 357–366.

World Health Organization (WHO). Active ageing: A policy framework. 2002. Viitattu 10.11.2013. <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf>.

Ympäristöministeriö. Ikääntyneiden asumisen kehittämisohjelma vuosille 2013 – 2017. Valtioneuvoston periaatepäätös 18.4.2013.