

**KOTONA ASUVIEN 75-VUOTIAIDEN NAISLESKIEN SUORIUTUMINEN  
INSTRUMENTAALISISTA PÄIVITTÄISTOIMINNOISTA**

Tuija Jakola

Gerontologian ja kansanterveyden

pro gradu-tutkielma

Syksy 2014

Terveystieteiden laitos

Jyväskylän yliopisto

## TIIVISTELMÄ

Kotona asuvien 75-vuotiaiden naisleskien suoriutuminen instrumentaalisista päivittäistoiminnoista

Tuija Jakola

Pro gradu-tutkielma

Gerontologia ja kansanterveys

Jyväskylän yliopisto, liikuntatieteellinen tiedekunta, terveystieteiden laitos

Syksy 2014, 37 sivua

Aiemmissä tutkimuksissa on pääsääntöisesti selvitetty leskien käyttäytymistä kuvailemalla, millaisia psykososiaalisia selviytymis- eli coping-strategioita he käyttävät. Tämän tutkielman tarkoituksena oli laaja-alaisen vanhuskäsityksen mukaisesti selvittää, kuinka kotona asuvat 75-vuotiaat naislesket suoriutuivat instrumentaalisista päivittäistoiminnoista - ruoanlaitosta, kauppa-asioinnista ja pankissa käymisestä - muihin samanikäisiin naisiin verrattuna.

Tutkimuksen aineistona käytettiin Iki vihreät-projektin ”75-vuotiaiden terveys- ja toimintakykytutkimus”-haastatteluja syksyiltä 1989. Tutkielmaan kuuluivat kaikki vuoden 1989 alussa elossa olevat jyväskyläläiset kotona asuvat naiset. Lopullisessa analyysissä oli 215 naista, joista 116 oli leskiä. Kauppa- ja pankkiasiointia selvitettiin myös koettua kuormittavuutta mittaavan viisiportaisen luokituksen avulla. Arkiaskareista selviytymistä tarkasteltiin koetun terveyden, koulutuksen, tulojen ja sosiaalisten suhteiden avulla. Tilastotieteelliset menetelmät olivat frekvenssien tarkastelu, ristiintaulukointi,  $\chi^2$ -testi sekä korrelaatioiden tarkastelu.

Leskistä 84 % asui yksin ja 59 % koki terveytensä hyväksi tai erittäin hyväksi. Keskimääräinen koulutusaika heillä oli 5,9 vuotta, keskimääräiset nettotulot olivat 3203 mk kuukaudessa ja heillä oli keskimäärin 2,64 todellista ystävää. Lämpimän ruoan laitto itsellensä 95 % kaikista naisista ja 97 % leskistä. Naisleskistä 92 % teki itse ostoksensa. Kaupassa käyminen sujui vaikeuksitta 55 % leskistä. Ulkona liikkuminen huonolla säällä tuotti eniten vaikeuksia niille, jotka eivät käyneet kaupassa ( $r = ,329^{**}$ ;  $p = ,002$ ). Ostoksista huolehtiminen oli selkeässä yhteydessä siviilisäättyyn ja naimissa olevilla korostui puolisolta saatu apu. Peräti 99 % leskistä kykeni itsenäisesti hoitamaan pankissa käymisen, vaikka eriasteisia vaikeuksia oli 16 % leskistä. Tilastollisesti merkitseviä tekijöitä, jotka olivat yhteydessä leskien vaikeuksiin pankkiasioinnissa, olivat vaikeudet ulkona liikkumisessa huonolla säällä ( $r = ,313$ ;  $p = ,001^{**}$ ), huonoksi tai vähemmän hyväksi koettu fyysinen kunto ( $r = ,295$ ;  $p = ,002^{**}$ ) ja heikentyneeksi koettu terveys ( $r = ,199$ ;  $p = ,033^*$ ).

Tutkimustulokset osoittavat, että kotona asuvat 75-vuotiaat lesket selviytyivät arkiaskareista yhtä hyvin kuin muut samanikäiset naiset. Aineiston kaikki seitsemän akuutin suruvaiheen leskeä selvisi vaikeuksitta tutkittavista askareista, mikä todistaa heidän sopeutuneensa hyvin viimeaikaiseen elämänmuutokseen. Leskeytyminen ei näin ollen ollut 75-vuotiailla naisilla yhteydessä päivittäistoiminnoista suoriutumiseen.

Asiasanat: leski, leskeytyminen, arkiaskare, päivittäistoiminnot, ruoanlaitto, kaupassa käyminen, pankissa asioiminen

## ABSTRACT

75-year-olded community-dwelling widows' coping with daily activities

Tuija Jakola

Master's thesis

Gerontology and Public Health

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

Autumn 2014, 37 Pages

In earlier studies recovering of the death of a spouse mainly has been estimated by behavior of the widowed, e.g. what kind of coping strategies was used. In this study whereas is used an extended comprehensive understanding of elderly people. The purpose is to find out how 75-year-olded widows living at home cope with daily instrumental activities - cooking, shopping and banking - compared to other women of the same age. The data of this study is from the Evergreen project "Health and disability of the 75-year-olded in autumn 1989".

The data consisted of all 75-year-olded female community-dwellers of Jyväskylä: that is 215 women of those 116 were widows. Coping with shopping and banking was also figured out in five classes of self-estimated burden of the task. Coping with daily chores were explored through self-estimated health, education, income and social relations. Data was analyzed by computing frequencies, cross-tabulations,  $\chi^2$ -tests and correlations.

Out of the widows 84% lived alone and 59 % estimated their health to be good or excellent. Their average education was 5,9 school years, average monthly income 3203 Fmk and approximately they had 2,64 true friends. Warm meals were cooked by 95 % of all women and 97 % out of the widows. Shopping was independently handled by 92 % of the widows. However 55 % had different kind of problems. Most problems were due to difficulties moving outdoors by bad weather ( $r = ,329^{**}$ ;  $p = ,002$ ). Shopping correlated significantly to marital status and the married showed out to get remarkable help from their spouses. No less than 99 % of the widows coped with banking, though 16 % told to have different kind of problems. Moving outdoors by bad weather ( $r = ,313$ ;  $p = ,001^{**}$ ), self-estimated physical condition ( $r = ,295$ ;  $p = ,002^{**}$ ) and self-estimated health ( $r = ,199$ ;  $p = ,033^*$ ) showed out to be statistically significant explanatory factors to difficulties with banking.

The results of the study show that 75-year-olded widows cope with explored daily activities as good as others in their age. Still a bit surprisingly all recently widowed even showed no problems with these tasks.

Subjects: widow, widowhood, daily activities, cooking, shopping, banking

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	1
2 LESKEYTYMINEN .....	3
2.1 Leskeytyminen ja yksinasuminen Suomessa.....	4
2.2 Leskeytymisen vaikutus elämäntapaan.....	5
2.2.1 Vaikutukset terveydentilaan .....	5
2.2.2 Vaikutukset sosiaalisiin suhteisiin ja arjen askareisiin.....	7
2.3 Leskeytymiseen sopeutuminen.....	9
3 TOIMINTAKYKY JA PÄIVITTÄISTOIMINNOISTA SUORIUTUMINEN .....	11
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	14
5 TUTKIMUSAINESTO JA MENETELMÄT .....	15
5.1 Tutkittavat ja tutkimuksen kulku.....	15
5.2 Tutkimusmenetelmät .....	16
5.3 Tilastolliset menetelmät.....	17
6 TULOKSET .....	18
6.1 Tutkittavien taustatiedot .....	18
6.2 Arkiaskareista selviytyminen .....	20
6.2.1 Ruoanlaitosta selviytyminen .....	21
6.2.2 Kauppa-asioinnista selviytyminen.....	21
6.2.3 Pankkiasioinnista selviytyminen .....	23
7 POHDINTA.....	25
7.1 Tulosten yhteenveto ja vertailu aiempiin tutkimuksiin .....	25
7.2 Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet.....	27
7.3 Tutkimustulosten sovellettavuus käytäntöön .....	28
7.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimukset.....	30
LÄHTEET .....	32

## 1 JOHDANTO

Iäkkäiden ihmisten toimintakykyä, hyvinvointia ja elämänlaatua voidaan tarkastella myös muilla tavoin kuin medikaalisesti eli sairauslähtöisesti (Koskinen 2006). Helin (2002) ja Koskinen (2006) tähdentävät Tuomisen (1994) tavoin, että ikäihmisen hyvinvointia tarkastellessa sairaudet kertovat vain osan ihmisen toimintakyvystä ja hyvinvoinnista. Tämän vuoksi tarkasteluun tulisi aina liittää laaja-alaisemmin ihmisen omat elämänsäkokemukset, joilla on merkittävä vaikutus yleiseen hyvinvointiin ja onnistuneeseen vanhenemiseen (Koskinen 2006).

Leskeytyminen on dramaattisuudessaan yksi elämänsäkokemusten raskaimpia kokemuksia (Hyrkäs ym. 1997; Bonnano 2004; Fasoranti ym. 2007; Stroebe ym. 2007; Shear 2008; Grimby & Johansson 2009; Boyle ym. 2011; Utz ym. 2012). Kyseessä on peruuttamaton, omakohtainen ja turvattomuutta luova elämänsämuutos, joka saattaa erityisesti iäkkäille aiheuttaa sekä psyykkisiä että fyysisiä ongelmia (Newson ym. 2011; Utz ym. 2012; Nseir & Larkey 2013) ja merkitä pitkittynyttä surua (Newson ym. 2011), traumaa (Shear & Shair 2005) sekä vaikeuksia päivittäistoiminnoista suoriutumisessa (Utz ym. 2011).

Leskeytymistä seuraava surukokemus vaikuttaa kokonaisvaltaisesti puolisonsa menettäneen kuolleisuusriskiin, terveydentilaan, hyvinvointiin, arkipäivästä selviytymiseen ja jokapäiväisiin rutiineihin (Naef ym. 2013). Iäkkäämpien leskien vaikeudet selviytyä arjen askareista omassa kodissa näkyvät Nihtilän ja Martikaisen (2008) mukaan myös laitokseen joutumisen lisääntymisenä heti leskeytymisen jälkeen. Koskinen (2006) kuitenkin muistuttaa, että elämänsäkokemusten siirtymillä, jollainen myös leskeytyminen on, voi olla sekä myönteisiä että kielteisiä seurauksia onnistuneelle vanhenemiselle.

Surututkimuksissa on paljolti tarkasteltu leskien psykososiaalista käyttäytymistä ja tunteiden ilmaisua. Näin on pyritty selittämään, millaisia emotionaalisia (Segal ym. 1999; Segal ym. 2001) ja psykososiaalisia (Stroebe ym. 1993) *coping*- eli selviytymisstrategioita surevat lesket käyttävät sopeutuakseen uuteen elämäntilanteeseen. Leskeytymisen vaikutuksia itsenäiseen elämänsähallintaan kokonaisvaltaisemmin sosiokulttuurisen vanhuskäsitteen mukaisesti on alettu tutkia systemaattisemmin vasta 2000-luvulla.

Leskeytymistä koskeva tutkimustieto on vielä puutteellista ja osin ristiriitaista. Tulosten ristiriitaisuuteen saattaa vaikuttaa se, että ei ole olemassa mitään yleisesti hyväksyttyä ja standardoitua mittaria siitä, miten surun ilmenemistä ja sen vaikuttavuutta arjessa tulisi mitata.

Tässä tutkielmassa aion tarkastella jyvaskyläläisten 75-vuotiaiden naisleskien arkipäivän sujumista ja selvittää, millaisia ovat leskien kokemat vaikeudet päivittäistoiminnoista suoriutumisessa. Tarkoitus on tutkia, kuinka Ikivihreät-aineiston 75-vuotiaat naislesket selviytyvät omalle itsenäiselle asumiselle merkityksellisistä IADL-toiminnoista verrattuna muihin samankäisiin naisiin. Tarkasteltavat askareet ovat ruoanlaitto, raha-asioiden hoitaminen ja kaupassa käynti.

## 2 LESKEYTYMINEN

Arvioiden mukaan noin joka toinen yli 65-vuotias länsimainen nainen elää leskenä ja leskien määrä kasvaa ikääntyessä (Naef ym. 2013). Leskeytyminen, jota pidetään riskinä niin hyvinvoinnille kuin terveydentilalle (Grimby & Johansson 2009), on useammin naisten kuin miesten kohtalona (Antonucci ym. 2001). Syy naisleskien suurempaan osuuteen on se, että naiset edelleen avioituvat useammin itseään vanhemman miehen kanssa. Lisäksi miesten elinikä on lyhyempi kuin naisilla. Näistä syistä Suomessa naiset jäävät leskeksi keskimäärin viisi vuotta nuorempana kuin miehet ja elävät siten pitempään yksin (Tuominen 1994; SVT 2012a; SVT 2012b) kuin miehet, jotka naisia useammin solmivat uuden liiton (Tuominen 1994; Pankarinkangas 2011).

Iäkkäiden leskien haavoittuvuus on suurempaa kuin nuorempien, sillä heillä voi olla jo ennestään heikentynyt terveydentila ja he ovat riippuvaisempia puolisoistaan kuin nuoremmat, jotka helpommin saavat tukea, lohtua ja ymmärrystä muilta (Tuominen 1994; Koskinen 2006). Lisäksi elämäntarkoituksellisuuden löytämiseen. Leskeytymiseen sopeutuminen on kuitenkin hyvin henkilökohtaista ja tilannekohtaista, eikä näin ollen iästä riippuvaista (Brisette ym. 2002; Wolf & Wortman 2005). Mastekaasan (1994) leskeytymistä koskevassa tutkimuksessa voitiin osoittaa, että merkittäväkin hyvinvoinnin heikkeneminen on vain väliaikaista, ja leskien koettu hyvinvointi oli kolmen vuoden kuluttua verrattavissa samanikäisten naimisissa olevien henkilöiden hyvinvointiin.

Uudempien tutkimusten (Naef ym. 2013) mukaan leskeytyminen on niin yleinen, yleisuniversaali ja koko elämäntarkoituksellisuuteen vaikuttava kokemus sen yksilöllisyydestä huolimatta, että on tarpeen pystyä tarkemmin selvittämään, kuinka kokonaisvaltaisia puolison menetyksestä johtuvat seuraukset ovat, ja millaisia vaikutuksia leskeytymisellä on arkipäivän rutiineihin (Lalivie d'Épinay ym. 2009). Yleisesti myönnetään, että leskeytyminen aiheuttaa useille yksinäisyyttä ja erilaisia terveyshuolia. Uuden leskenä olemisen rooli muodostetaan muiden ihmisten kautta, niin sukulaisten kuin ystävienkin avulla, joita pidetään suurena voimavarana oman eheytyksen ja selviytymisen kannalta (Naef ym. 2013).

## 2.1 Leskeytyminen ja yksinasuminen Suomessa

Elintason nousun myötä ihmisten terveydentila ja elinikä ovat nousseet. Vuonna 1990 vähintään 65-vuotiaiden osuus koko maamme väestömäärästä oli 13,5 %, kun se vuonna 2010 oli jo 17,5 % (SVT 2012a). Tilastokeskuksen ennusteen (SVT 2012a) mukaan vuonna 2060 65 vuotta täyttäneiden osuus olisi jo 28,2 prosenttia, mikä kertoo siitä, että maamme väestömäärän kasvu johtuu ennen kaikkea ikäihmisten osuuden merkittävästä lisääntymisestä (Pääkkönen & Hanifi 2011).

Ikäihmisten osuuden kasvuun ovat puolestaan yhteydessä leskien ja yksin asuvien henkilöiden lukumäärän lisääntyminen. Yksin asuminen merkitsee usein myös yksinoloa ja yksinäisyyttä (Pääkkönen & Hanifi 2011). Kun verrataan yksinasumista vuonna 1990 vuoden 2012 tilanteeseen, voidaan todeta, että vuonna 1990 keskimäärin 13 % koko väestöstä asui yksin ja nykyisin yksin asuu jo noin 20 % väestöstä (Pääkkönen & Hanifi 2009; SVT 2012a). Sekä naisten että miesten yksinasuminen on lisääntynyt etenkin nuorimmissa ikäryhmissä mutta myös vanhimmissa ikäryhmissä. Kaiken kaikkiaan naiset asuvat miehiä useammin yksin. Eniten yksinasuvia on 65 vuotta täyttäneiden naisten ikäryhmässä (SVT 2009; Pääkkönen & Hanifi 2011; SVT 2012a).

Edelleen väestön ikääntymiseen ja yksinasumiseen liittyy lisääntynyt yksinolo (Pääkkönen & Hanifi 2009). Tilastokeskuksen (SVT 2009) tiedoista ilmenee, että yksinolo maamme 10 vuotta täyttäneiden keskuudessa on lisääntynyt lähes kaikissa ikäryhmissä niin miehillä kuin naisilla (Pääkkönen & Hanifi 2011). Yksinololla tarkoitetaan tässä yhteydessä sekä kotona että sen ulkopuolella yksin vietettyä aikaa. Miehiä korkeamman keskimääräisen eliniän ja yksinasumisen vuoksi eniten aikaansa viettävät yksin yli 65-vuotiaat naislesket (SVT 2009). Pääkkönen ja Hanifi (2011) arvelevat myös poliittisesti kannustettavan kotona asumisen lisääntymisen ja toisaalta vanhusten laitospaikkojen vähentämisen vaikuttavan siihen, että 65 vuotta täyttäneiden naisten yksinolo korostuu.

Yksinasuminen, yksinolo ja yksin päivittäisistä toimista selviytyminen voi muodostua vaikeammaksi erityisesti niille leskille, joilla on pitkä liitto takanaan, koska työnjako on mahdollisesti ollut puolisoitten kesken hyvin selvä (Utz 2006). Arkiaskareista selviytyminen on kuitenkin elämänlaadulle ja elämänhallinnalle yksi keskeinen tekijä. Vaarama ym. (2010) korostavat, että elämänlaatu säilyy hyvänä sitä pidempään, mitä kauemmin kotona asuminen on



mahdollista. Ellei ole riittävästi omia voimavaroja, ei saa tukea läheisiltä tai ei ole mahdollisuutta erilaisiin terveys- ja sosiaalipalveluihin, yksin asuminen voi muodostua jopa liian suureksi haasteeksi (Vaarama ym. 2010). Vaarana on tällöin ennenaikainen laitoshoitoon joutuminen (Nihtilä & Martikainen 2008).

Yksin asumisen haaste on erityisen suuri haja-asutusalueilla, jossa monilla vanhuksilla on puutteelliset asuinolot ja heikosti saavutettavat palvelut (Vaarama ym. 2010; Kytö 2012), mistä saattaa seurata yksinäisyys, joka on yleisempää ikäihmisten kuin nuorempien keskuudessa (Vaarama ym. 2010). Routasalon ym. (2005) mukaan yksinäisyyttä aiheuttavat myös erilaiset elämäntilanteiden muutokset, kuten puolison joutuminen laitoshoitoon tai puolison kuolema. Tästä voi seurata sosiaalisten suhteiden vähenemiseen liittyvää yksinäisyyttä (Routasalo ym. 2005). Vaaraman ym. (2010) mukaan yksinäisyys on kuitenkin ehkä yllättäen harvinaisinta maaseudulla ja yleisintä keskustassa asuvilla, ikään ja sukupuoleen katsomatta.

## **2.2 Leskeytymisen vaikutus elämäntilanteeseen**

Leskeytymisen vahvasta vaikuttavuudesta elämäntilanteelle osoituksena on Boylen ym. (2011) seurantatutkimus, jossa osoitetaan leskeytymisen molemmilla sukupuolilla merkitsevän suurentunutta kuolleisuusriskiä, ei vain heti leskeytymisen jälkeen, vaan vielä 10 vuoden kuluttua puolisonsa menettäneillä on muita ikäisiään suurempi kuolleisuusriski.

Tutkimuksin on kuitenkin heikommin voitu osoittaa, mitkä erilliset tekijät, kuten terveyteen ja talouteen liittyvät tekijät nimenomaan vaikuttavat kuolleisuusriskin kasvuun. Kuitenkaan hyvä terveydentila tai taloudellinen tilanne ei suojaa kuolleisuusriskin kasvulta puolisonsa menettäneitä (Shah ym. 2012). Manzolin ym. (2007) mukaan leskillä on jopa 11 % suurempi kuolleisuusriski kuin samanikäisillä avioliitossa olevilla.

### **2.2.1 Vaikutukset terveydentilaan**

Eri tekijöiden itsenäistä, muista tekijöistä riippumatonta, vaikutusta kuolleisuusriskiin on leskeyttä koskevissa tutkimuksissa ollut hankala osoittaa. Bowling (2009) toteaa kuitenkin, että

selvimmin kuolleisuusriskiin vaikuttavat korkeampi ikä, miessukupuoli ja heikompi fyysinen terveydentila. Omaisia koskevissa tutkimuksissa on lisäksi voitu osoittaa, että läheisen ihmisen menettäminen ja siitä seuraava suru vaikuttavat jäljelle jääneen fyysiseen ja psyykkiseen terveydentilaan iästä riippumatta lisäten sekä sairastavuutta että kuolleisuutta (Li ym. 2003; Williams 2004; Boyle ym. 2011).

Van den Bergin tutkimustiimi (2011) arvioi puolison menetyksen lyhentävän leskeksi jääneen elinaikaa 12 prosentilla. Bowlingin (2009) lähes kolme vuosikymmentä kestäneessä seuranta-tutkimuksessa ei kuitenkaan voitu osoittaa erillisten tekijöiden, kuten sosioekonomisen aseman, sosiaalisen tukiverkon, muilta saatavan avun, oman aktiivisuuden, aktiviteetteihin osallistumisen tai henkisen terveydentilan yhteyttä kuolleisuusriskin kasvuun. Sairastavuuden ja kuolleisuuden lisääntyminen koskee vielä enemmän iäkkäämpiä, jotka ovat erityisen haavoittuvaisia jonkin läheisen menetettyään (Hart ym. 2007; Elwert & Christakis 2008).

Utzin ym. (2012) mukaan leskeytymisen suoranaiset haittavaikutukset terveydentilaan eivät olleet merkittäviä, vaikka surevilla oli nähtävissä useammanlaisia somaattisia oireita. Toisaalta psyykkisen terveydentilan heikkeneminen on selkeästi osoitettavissa suruna ja masennuksena (Stroebe ym. 2008). Leskeytymisen negatiiviset vaikutukset - kuten diagnosoitu masennus tai pitkittynyt suru (Lichtenthal ym. 2004) - näkyivät selvimmin niillä henkilöillä, joilla jo alun perin oli fyysisesti heikoin terveydentila (Utz ym. 2012). Terveydentilastaan huolimatta useimmat lesket ajan kuluessa sopeutuivat uuteen elämäntilanteeseen, ja leskeytymisen välittömät haittavaikutukset heikkenivät (Mastekaasa 1994; Utz ym. 2012).

Iän myötä raskaiden kokemusten ja menetysten määrä kasvaa, jolloin myös oman onnellisuuden ja hyvän elämän tunteminen voi olla vaikeaa (Grimby & Johansson 2009). Puolisonsa menettäneen turvallisuudentunne voi olla koetuksella tai jopa kadoksissa, vaikka monissa kulttuureissa yleisesti vanhan ihmisen kuolema on helpompi hyväksyä ja siihen osataan ehkä paremmin suhtautua luonnollisena osana elämäntilanteen kulkua (Pankarinkangas 2011). On muistettava, että itse kuolemanhetki on harvoin ennalta tiedettävissä ja läheisen menettäminen on aina mieltä järkyttävää. Brissette ym. (2002) korostavat, että lesken uuteen elämäntilanteeseen sopeutuminen on iästä riippumatta henkilökohtaista, ja elämänhallintaan vaikuttaa aina yleinen positiivisuus ja elämänmyönteisyys.

Äkillistä kuolemaa, kuten tapaturman aiheuttamaa kuolemaa, pidetään yleisesti traagisempaan ja vaikeampaan kohdata. Boyle ym. (2011) eivät kuitenkaan voineet tutkimuksessaan osoittaa itse kuolinsyylä olevan yhteyttä läheisensä menettäneen kuolleisuusriskin kasvamiseen. Sen

sijaan äkillisestä kuolemasta johtuva akuutti suru vaikuttaa sairastavuuteen ja yleisesti terveydentilaan lisäten muiden muassa masennusta sekä erilaisia traumaperäisiä ahdistusoireiluja ja häiriöitä (Poijula 2010). Masennuksella puolestaan on myös itsenäinen, iästä ja surukokemuksesta riippumaton, vaikutus kuolleisuusriskin kasvuun (Williams 2004). Sen sijaan leskeytymisellä ei fyysisen ja psyykkisen toimintakyvynkään heiketessä näyttäisi olevan haitallisia vaikutuksia sosiaaliseen toimintakykyyn (Bennett 1997).

Vaikka kuoleman kohtaaminen ja läheisen menettäminen saattaa olla erityisen traumatisoiva kokemus, useimmat onnistuvat Shearin (2008) mukaan surun prosessoinnissaan, jota kutsutaan myös surutyöksi (Shear 2008; Poijula 2010). Surukokemuksen onnistuneesta prosessoinnista kertoo se, että kuolleisuus- että sairastavuusriskin kasvusta huolimatta, vain joidenkin terveys olennaisesti heikkenee surukokemuksen takia. Tämän vuoksi on tärkeää pystyä tunnistamaan erityisessä vaarassa olevat ja kohdentamaan apua juuri heille (Shear 2008).

## **2.2.2 Vaikutukset sosiaalisiin suhteisiin ja arjen askareisiin**

Leskeytymisen vahvaa vaikutusta elämänkululle selitetään sillä, että kyseessä on moninkertainen stressitekijä: toisaalta menetetään yhteys itselle läheiseen ihmiseen ja toisaalta yhteys muihin ihmisiin muuttuu ja joskus jopa katkeaa, kun yhteydenpito ei enää tapahdukaan yhdessä pariskuntana vaan yksin ilman toisen tukea (Donnelly & Hinterlong 2010). Aiemmat sosiaaliset suhteet voivat katketa siitä syystä, että yksin jäänyt leski kokee olevansa vain osa kokonaisuutta ja niin sanottu kolmas pyörä (*fifth wheel*) pitäessään yhteyttä muihin pariskuntiin (Chambers 2005).

Lisäksi läheisen ihmisen menettäminen merkitsee sosiaalisen tukiverkon muuttumista (Naef ym. 2013). Iäkkään ihmisen kohdalla puolison menettäminen voi olla erityisen dramaattista (Naef ym. 2013), mikäli puoliso on sairastanut jo pitempään ja leskeksi jäänyt on jo aiemmin joutunut sitovan omaishoitajana toimimisen vuoksi luopumaan omista harrastuksistaan ja sosiaalisista suhteistaan (Burton ym. 2006). Yhtäkkiä auttajasta voikin tulla autettava, jolla ei ole tyydyttävästi sosiaalisia suhteita kodin ulkopuolelle.

Leskeytymisen vaikutuksia itsenäiseen elämänhallintaan ja arjen askareisiin sosiokulttuurisen vanhuskäsityksen mukaisesti on alettu tutkia systemaattisemmin 2000-luvulla. Tutkimuksista

saatava tieto on vielä puutteellista ja osin ristiriitaista. Tulosten ristiriitaisuuteen saattaa myös vaikuttaa se, että ei ole olemassa mitään yleisesti hyväksyttyä ja standardoitua mittaria siitä, miten surun ilmenemistä ja vaikuttavuutta arjessa tulisi mitata. Utzin ym. (2011) mukaan voidaan ajatella, että arjen askareista selviytyminen riippuu lähinnä kolmesta seikasta: 1) Millaiset voimavarat ja taidot jäljelle jääneellä puolisoilla on siinä vaiheessa, kun hän jää leskeksi. 2) Millainen avioliitto ja suhde puolisoilla on ollut. 3) Oliko kuolema odotettu vai ennalta aavistamaton.

Jäljelle jääneen puolison henkilökohtaisilla voimavaroilla, jotka vaikuttavat rutiininomaisten arkitoimien ja kotiaskareiden onnistumiseen, tarkoitetaan rotua, taloustilannetta, koulutusta, terveydentilaa, asuinoloja ja ansiotyötä (Utz ym. 2011). Kuoleman äkillisyyden ajatellaan olevan lisästressiä aiheuttava tekijä, sillä tällöin leskellä ei ole etukäteen vielä puolison eläessä mahdollisuutta opetella niitä askareita, jotka perinteisesti ehkä ovat kuuluneet toiselle puolisoista (Carr ym. 2001). Vaikka Carr ym. (2001) eivät voineet osoittaa äkillisesti vaimonsa menettäneillä yli 65-vuotiailla miesleskillä psyykkisen terveydentilan olevan heikompi kuin muilla samanikäisillä, Van den Brink ym. (2004) havaitsivat miesten olevan selkeästi haavoituvaisempia leskeydyttyään kuin samanikäiset naiset. Toisaalta Hauksdottirin ym. (2010) mukaan puolisonsa menettäneiden kuoleman äkillisyydestä johtuvat negatiiviset seuraukset ovat selvimmin nähtävissä nuoremmilla leskillä.

Cartwright (1982) mainitsee leskeyteen liittyvinä haitallisina seurauksina ennen kaikkea alakuloisuuden, yksinäisyyden ja erityisesti naisilla taloushuolet. Molemmilla sukupuolilla oli lisäksi vaikeuksia arjen käytännön askareissa, kuten ruoanlaitossa. Ruoanlaiton osalta vaikeudet ilmenivät miehillä siten, että leskenä he joutuivat tai saivat opetella usein uutena asiana kaupassa käymisen ja ruoanlaiton. Miesleskien kohdalla voidaankin puhua tilannekohtaisesta toimintakyvyn heikkenemisestä (*situational disability*), joka ilmenee erilaisina vaikeuksina IADL-toiminnoissa (Van den Brink ym. 2004). Naisleskille ruoanlaitto ja ruokakaupassa käynti sen sijaan oli entuudestaan tuttua, mutta ongelmaksi tuli se, että vain yhdelle ihmiselle ruoanlaitto koettiin turhauttavaksi ja vähämerkitykselliseksi (Cartwright 1982). Yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan (Quandt ym. 2000) naisleskien ruoan valmistaminen kotona jäi edellä selostetuista syistä aiempaa vähemmälle, ruoan ravitsemuksellisuus heikkeni sen yksipuolisuuden takia ja osa aterioista jätettiin kokonaan väliin.

### 2.3 Leskeytymiseen sopeutuminen

Leskeytymiseen sopeutumisen ajatellaan merkitsevän surukokemuksen prosessointia niin, että hyväksytään puolison menetys osana omaa elämäntilannetta. Kyse ei ole niinkään surevan tietoisista valinnoista ja toimintatavoista, vaan surutyö on pikemminkin luonnolliseen käyttäytymiseen liittyvää ja osin automaattisempaa surukokemuksen prosessointia kuin on aiemmin luultu (Shear 2008). Surutyön luonnetta on vaikeaa kuvata yleistäen, sillä jokainen surukokemus on ainutkertainen (DeMichele 2009). Ei voida ajatella, että koettu menetys ei jättäisi jälkeä niin, että voitaisiin puhua elämäntilanteen palautumisesta ennalleen (*recovery*) (Hyrkäs ym. 1997). Mieluummin on ajateltava, että surukokemus hyväksytään (*acceptance*) (Holland ym. 2013) osana elämäntilannetta ja sopeudutaan (*adaption, adjustment*) (Shear 2008) uuteen leskenä olemisen identiteettiin.

Leskeytymiseen sopeutumista kuvaillaan myös stressikirjallisuudessa resilienssinä (*resilience*) eli eräänlaisena sieto- ja sopeutumiskykyä stressaavissa elämänmuutostilanteissa (Ong & Bergeman 2004; O'Rourke 2004). Resilienssi voidaan myös suomentaa joustavuudeksi ja lannistumattomuudeksi. O'Rourken (2004) mukaan leskeytymiseen sopeutumista voidaan arvioida tutkimalla leskien psykiatrista ahdistusta ja yleistä elämäntyytyväisyyttä, jotka toimivat hyvinä mittareina leskeyden roolissa toimimista arvioitaessa. Ong ja Bergeman (2004) tosin muistuttavat, että ikäihmiset ovat varsin heterogeeninen ryhmä, joten vertailujen ja yleistysten tekeminen eri tekijöiden vaikuttavuuksista tai yhteyksistä leskeytymisen rooliin sopeutumisessa on lähes mahdotonta.

Surututkimuksissa on käytetty useita teorioita kuvatessa surua ja surun ilmenemismuotoja. Yhtenä keskeisenä mallina pidetään Bowlbyn (1980) suhdeteoriaa (*attachment theory*), jonka mukaan leskeytymisessä on kyse horjuneesta elämäntilanteesta, jossa väliaikaisesti on kadoksissa turvallisuuden ja pysyvyyden tunne, koska on menetetty itselle läheinen ihmissuhde. Tämä ihmissuhde on ollut keskeinen omalle turvallisuudelle, hyvinvoinnille ja arjesta selviytymiselle. Katkenneesta ihmissuhteesta on vaikutuksia niin kognitioon, tunteisiin ja käytökseen, ennen kaikkea ihmisten välisiin kanssakäymisiin (Collins & Feeney 2000), mutta se saattaa näkyä myös muissa psyykkisissä ja fysiologisissa toiminnoissa (Shear 2008).

Parhaiten selviytyvät surusta ja läheisen ihmisen menetyksestä ne henkilöt, jotka ymmärtävät ja hyväksyvät kuoleman osaksi elämäntilannetta (Shear 2008). Holland ym. (2013) ovat osoittaneet, että puolison kuoleman hyväksyminen varhaisessa vaiheessa poismenon jälkeen myös

helpottaa lesken uuteen elämäntilanteeseen sopeutumista. Lisäksi menetyksen hyväksyminen merkitsee sitä, että surusta johtuvat kokemukset eivät ole niin voimakkaita kuin niillä, jotka joko kieltävät kuoleman tai eivät hyväksi sitä (Holland ym. 2013).

Mikulincer ym. (2003) puolestaan arvelevat heikoimmilla olevan niiden, joilla on ollut jonkinlainen riippuvuussuhde puolisoonsa. He saattavat edelleen tuntea muita suurempaa pelkoa, ja sen vuoksi heidän surunsa ilmenee useammin negatiivisina surureaktioina kuten surumieli-syytenä, vihana ja häpeänä. Pelkoa hälventääkseen ja turvallisuuden tunnetta lisätäkseen iäkkäämmät naislesket säilyttävät nuoria leskiä useammin yhteyden edesmenneeseen puolisoon. Sen lisäksi iäkkäät lesket muita herkemmin kärsivät heikosta itseluottamuksesta ja alemmuudentunteesta sekä kokevat olevansa muita heikommassa asemassa, mikä myös näkyy heidän arjen toiminnoista suoriutumisessaan (Mikulincer ym. 2003).

Toisaalta Utzin ym. (2012) mukaan voimakkaimmin surukokemus ilmenee somaattisina oireiluina terveydentilaltaan heikoimmilla ja heillä on muita ryhmiä enemmän diagnosoitua masennusta. He kärsivät myös useammin pitkittyneestä surusta kuin ne lesket, joilla on parempi terveydentila. Terveydentilasta riippumatta kaikkien kohdalla oli kuitenkin nähtävissä, että surukokemuksen voimakkuus heikkeni ajan kuluessa (Utz ym. 2012).

Shear (2008) muistuttaa, että surun prosessointi on mieltä järkyttäneen kokemuksen työstämistä, mikä näyttäytyy ulkopuolisille erilaisena eri ajankohtina ja eri tilanteissa. Aika on merkitevin tekijä suruprosessin etenemistä arvioitaessa (Shear 2008). Ajan kuluessa leskeyteen sopeutuminen paranee ja kuolemasta johtuva suru surureaktioineen heikkenee voimakkuudeltaan (Hogan ym. 2001). Schuchter ja Zisook (1993) ovat lisäksi osoittaneet, että surun kokemus ei ole vain kulttuurisidonnaista vaan naisilla ja miehillä on molemmilla selkeästi erilainen tapa ilmaista ja ilmentää surukokemustaan.

### 3 TOIMINTAKYKY JA PÄIVITTÄISTOIMINNOISTA SUORIUTUMINEN

Voutilainen ja Vaarama (2005) toteavat, että toimintakyky voidaan ymmärtää monin eri tavoin. Laajasti ajateltuna toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen kykyä selviytyä jokapäiväisen elämän toimista ja vaatimuksista. Toimintakyky liittyy myös läheisesti ihmisen elämänlaatuun ja hyvinvointiin. Yksilön elämänlaatua voidaan puolestaan arvioida joko voimavaralähtöisesti toimintakyvyn tasona tai todettujen vaikeuksien ja vajeiden avulla (Voutilainen & Vaarama 2005; Laukkanen 2008a).

Usein toimintakykyä kuvataan fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena toimintakykynä. Fyysisen toimintakyvyn mittaamiseen on monia erilaisia menetelmiä, mutta sen sijaan niiden toimintojen arviointi ja mittaaminen, jotka vaativat myös psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä on haasteellisempaa tutkittavan ilmiön moninaisuuden ja yhteneväisen arviointikäytännön puuttumisen vuoksi (Laukkanen 2008a; TOIMIA 2012).

Tutkimuksissa arvioidaan usein ihmisen toimintakykyä liikkumiskyvyn, perustoiminnoista (*BADL*) suoriutumisen ja välinetoiminnoista (*IADL*) suoriutumisen avulla mittareita ja asteikkoja hyväksi käyttäen. Katz ym. (1963) kehittivät jo viisikymmentä vuotta sitten ADL-indeksin (*Index of Independence in Activities of Daily Living*), jonka avulla yhä edelleen voidaan sekä luotettavasti että nopeasti arvioida ikäihmisten suoriutumista päivän yksinkertaisista perustoiminnoista ja henkilökohtaisesta hygieniasta. Myöhemmin Katz kumppaneineen (1970) on edelleen muokannut ja kehittänyt ADL-indeksiä niin, että kuuden kysymyksen avulla voidaan nopeasti kartoittaa ikäihmisen yleinen toimintakyky ja itsenäinen suoriutuminen arjen perustoiminnoista.

Katzin ym.(1963) ADL-mittari ei kuitenkaan sovellu vaativampien päivittäistoimintojen mittaamiseen eli instrumentaalitoiminnoista suoriutumisen arviointiin. Näin ollen Katzin ADL-mittari rajoittuu lähinnä laitoshoidossa olevien toimintakyvyn arviointiin (Laukkanen 2008b, 298). Koska Katzin ADL-asteikko oli vain rajallisesti sovellettavissa kotona asuvien toimintakyvyn arviointiin, Lawton ja Brody (1969) kehittivät edelleen PSMS-asteikon (*Physical Self Maintenance Care Scale*), johon kuuluu ADL-toimintoja mittaavien kysymysten lisäksi päivittäisiä välinetoimintoja eli IADL-toimintoja mittaava asteikko (*Lawton's Instrumental Activities of Daily Living Scale*). Lawtonin ja Brodyn (1969) asteikkoon kuuluvia instrumentaalisia päivittäistoimintoja ovat puhelimen käyttö, kaupassa käyminen, ruoan valmistaminen,

taloustyöt, pyykin pesu, kodin ulkopuolella liikkuminen (julkisilla kulkuneuvoilla kulkeminen), lääkkeiden ottaminen ja raha-asioista huolehtiminen.

THL:n toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallisen asiantuntijaverkoston (TOIMIA:n 2012) mukaan Lawtonin IADL-asteikko soveltuu hyvin kotihoidossa olevien ikäihmisten yleisen toimintakyvyn ja palvelutarpeen kartoittamiseen, vaikka kyseisen mittarin avulla palvelutarvetta arvioidessa ei ole käytettävissä vakiintuneita raja-arvoja. Tästä syystä Lawtonin IADL-asteikkoa käyttävän haastattelijan tulisi olla koulutettu kyseiseen arviointimenetelmään, jotta hän osaisi ohjata ikäihmistä vastaamaan kykyjen eikä tottumusten mukaan. Laukkanen (2008b, 294–308) muistuttaa, että on tärkeää toimintakykyä kartoitettaessa tehdä selkeä ero siihen, mitä henkilö kykenee tekemään ja mitä hän oikeasti tekee. Tämä ero tehdään tutkimuksissa usein käyttämällä sanoja *kyky (ability)* ja *teko (activity)*. On myös tutkimustuloksia luettaessa tai ihmisen toimintakykyä kartoitettaessa tärkeää tehdä täsmällinen ero näiden kahden käsitteen välille. Laukkanen (2008b, 294–308) ohjeistaakin edelleen, että jo tutkimusmenetelmää valittaessa tulisi tarkoin miettiä, halutaanko tutkimuksella kartoittaa henkilöiden keskimääräistä toiminta- ja suorituskkyä vai sitä, mihin henkilö parhaimmillaan kykenee.

Toimintakyvyn arviointi IADL-kysymysten avulla on myös siitä syystä tärkeää, että toimintakyvyn heiketessä heikkeneminen tapahtuu usein tietynlaisessa järjestyksessä. Ensimmäisenä apua tarvitaan fyysisesti, henkisesti ja sosiaalisesti vaativampiin päivittäistoimintoihin, joten toiminnanvajauksia ennustettaessa ja vaikeuksien varhaisen vaiheen kartoituksessa on syytä arvioida IADL- toiminnoista suoriutumista (Graf 2008; Laukkanen 2008a). Edelleen Rantanen & Sakari-Rantala (2008, 286–293) toteavat, että väsyminen arkiaskareiden suorittamisessa merkitsee lisääntyneitä terveys- ja sosiaalipalvelujen käyttöä sekä suurempaa kuolleisuusriskiä.

Aiempiä Ikivihreät-tutkimuksia varten on myös kehitetty käytännön työhön soveltuva ADL-mittari, joka osittain perustuu edellä esitettyyn IADL-asteikkoon (TOIMIA 2012). Ikivihreät-projektin mittarissa on sekä yhdeksän fyysistä perustoimintakykyä mittaavaa kysymystä että yhdeksän välinetoimintoja mittaavaa kysymystä. Lawtonin IADL-asteikkoa on muokattu niin, että taloustyöt on jaettu kahtia keveisiin ja raskaisiin taloustöihin (vrt. Lawton & Brody 1969; Laukkanen 2008, 306).

Kyseisen tutkielman suunnittelussa ja toteutuksessa olen aiemman tutkimuskirjallisuuden lisäksi käyttänyt tukena Lawtonin ja Brodyn IADL-asteikkoa (1969) ja aiemmille Ikivihreät-



tutkimuksille muokattua ADL-mittaria niin, että Iki vihreiden ADL-mittarin kysymyksistä olen valinnut tarkasteltaviksi päivittäistoiminnoiksi sellaisia instrumentaalisia päivittäistoimintoja, jotka ovat keskeisiä itsenäiselle kotona asumiselle ja samalla ovat kuormittavuudeltaan erilaisia. Tarkasteltavat asiat vaativat näin ollen eri toimintakyvyn osa-alueiden hallintaa.

Lisäksi jo suunnitteluvaiheessa olen tutustunut suomalaisille ikäihmisille tarkoitettuun TOIMIA -tietokannan suositukseen ”Suositus toimintakyvyn arvioinnista iäkkään väestön hyvinvointia edistävien palveluiden yhteydessä” (Mäkelä ym. 2013). Tähän arkipäiväaskareiden toimintakykykartoitukseen kuuluvat myös raha-asoiden hoitamista ja ruokakaupassa käyntiä koskevat kysymykset, joilla pyritään selvittämään mahdollinen palveluiden tarve.

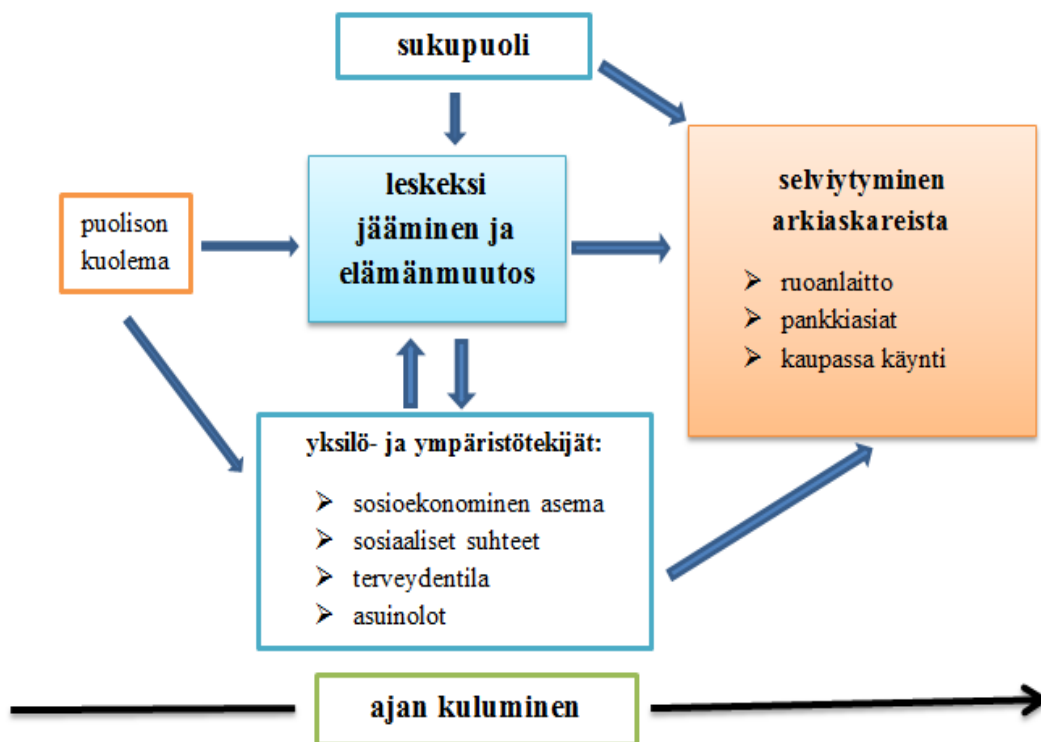
Yksittäisille ADL- ja IADL-toimintoja koskeville kysymyksille ei ole edellä selostetussa Mäkelän ja kumppaneiden (2013) suosituksessa luotu varsinaisia raja-arvoja tai viitearvoja, vaan havainnoijan tai haastattelijan tulee itse pohtia kunkin vastauksen merkityksellisyyttä. Kysymysten avulla voidaan kuitenkin jo varhaisessa vaiheessa todeta toimintakyvyn heikkeneminen, kun vastaaja ilmoittaa hänellä olevan vaikeuksia jonkin arkiaskareen hoitamisessa. Suositusta voidaan käyttää paitsi kokonaisille ikäryhmille myös erityisille riskiryhmille, kuten vasta leskeytyneille sekä hyvinvoinnin edistämiseen, toimintakyvyn kartoitukseen että varhaisen palvelutarpeen toteamiseen. Vaikka suosituksen pätevyyttä tai sopivuutta koskien ei tois-taiseksi ole tieteellistä numeerista tutkimusnäyttöä, tekijät kertovat sen väestötutkimuksissa erottelevan tehokkaasti ikäväestöstä ne, joilla on palvelun tarve (Mäkelä ym. 2013).

#### 4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkielmani päätarkoituksena on selvittää, kuinka kotona asuvat jyvaskyläläiset 75-vuotiaat naislesket selviytyvät lämpimän ruoan laitosta, pankkiasioden hoitamisesta ja kaupassa käymisestä muihin samanikäisiin ei-leskinaisiin verrattuna. Pankkiasioinnilla tarkoitetaan pankissa tapahtuvaa tiliasiointia ja maksujen maksamista. Toisin sanoen tutkimukseen kuuluvat kodissa ja sen ulkopuolella tapahtuvat arkipäivän toimet, jotka ovat keskeisiä itsenäiselle ja onnistuneelle kotona asumiselle.

Tutkimuskysymykset:

- Kuinka 75-vuotiaat naislesket selviytyvät kodissaan arjen ruoanlaitosta, pankkiasioinnista ja kaupassa käymisestä verrattuna muihin samanikäisiin naisiin?
- Mitkä muut tekijät, kuten sosioekonominen asema, sosiaaliset suhteet, terveydentila ja asuinolot selittävät naisleskien arjesta selviytymistä (kuva 1)?

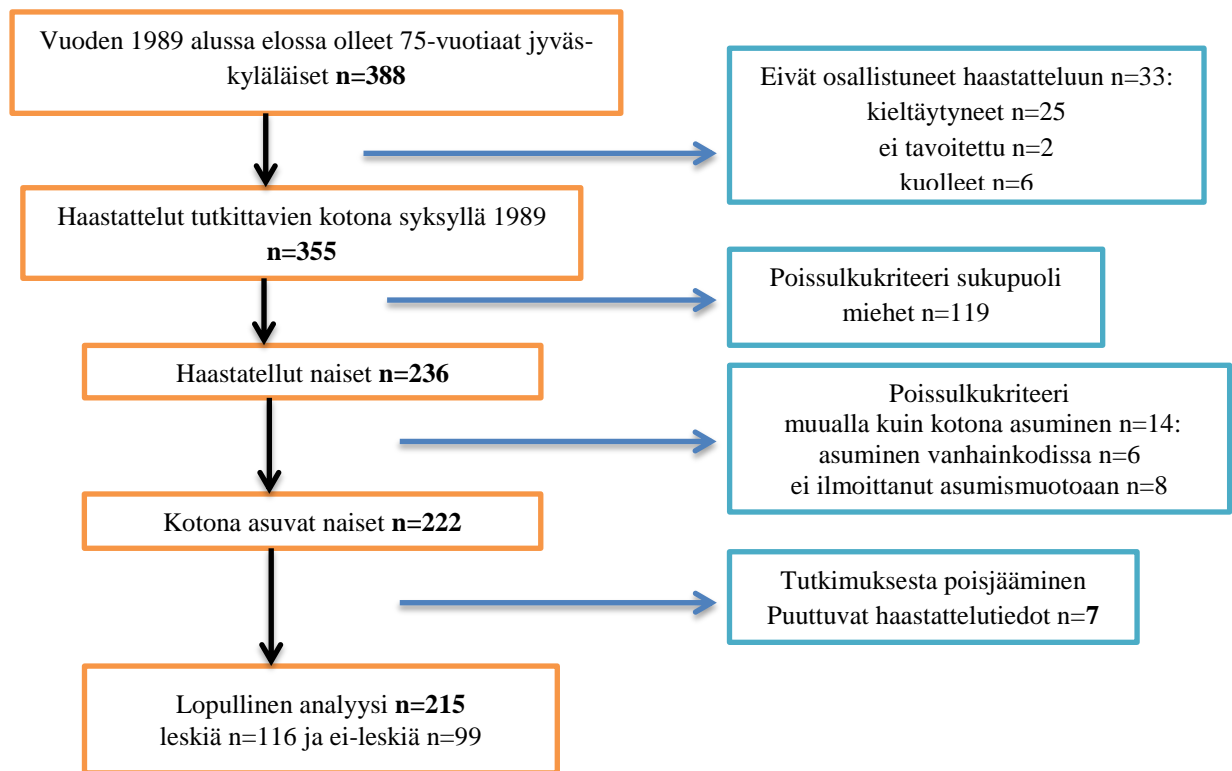


KUVA 1. Tutkielmaa ohjaava kaavio, jossa on havainnollistettu, mitkä yksilö- ja ympäristötekijät ajan kuluminen lisäksi vaikuttavat leskeksi jääneen arkiaskareista selviytymiseen.

## 5 TUTKIMUSAINIESTO JA MENETELMÄT

### 5.1 Tutkittavat ja tutkimuksen kulku

Tämän pro gradu-tutkielman tutkimusaineisto on osa jo vuonna 1985 käynnistynyttä Ikivihreät-projektia, jonka tarkoituksena on laaja-alaisesti kartoittaa iäkkäiden jyvaskyläläisten toimintakykyä ja terveyttä. Tutkittavat ovat Ikivihreiden ”75-vuotiaiden terveys- ja toimintakykytutkimukseen syksy 1989”-aineistosta ja tutkittaviin kuuluivat kaikki vuoden 1989 alussa elossa olevat jyvaskyläläiset 75-vuotiaat.



KUVA 2. Tutkittavat ja tutkimuksen kulku.

Tämä tutkimus on poikkileikkaus laajasta seurantatutkimuksesta ja tutkimusaineisto on poimittu syksyllä 1989 Jyvaskylässä tehdyistä terveys- ja toimintakykyhaastatteluista. Kaikkiaan haastatteluihin osallistui yhteensä 355 samaan ikäryhmään kuuluvaa miestä ja naista. Naisia tästä joukosta oli 236, ja heidän haastatteluun osallistumisprosenttinsa oli 90,4 % kaikista

elossa olevista 75-vuotiaista naisista. Lopullisesta tutkimusaineistosta suljettiin vielä pois vanhainkodissa asuvat 6 naista ja myös ne 8 naista, jotka eivät olleet ilmoittaneet asuinmuotoaan. Näin tutkimusaineistoon saatiin 222 kotona asuvaa naista, joista 7 tutkittavaa naista on myöhemmin jäänyt pois tutkimuksesta ja heidän osaltaan tiedot puuttuvat, joten he eivät ole mukana tutkimusaineistossa. Jäljelle jääneistä 215 naisesta leskiä oli 116 (54 %) ja ei-leskiä 99 (46 %). Tutkimushaastattelijoita oli kaikkiaan 13 ja yhden haastattelun kesto oli vähintään 20 minuuttia. Haastattelut tehtiin loka-joulukuussa 1989 tutkittavien kotona. Kuvassa 2 on esitetty yhteenveto tutkittavien haastatteluihin osallistumisesta ja tutkimusaineiston sisäänottokriteereistä.

## 5.2 Tutkimusmenetelmät

Tutkimuksen arkiaskareista suoriutumista oli tutkittavien kotona tehdyissä haastatteluissa kysytty seuraavasti: ”Laitatteko itse ruokanne”, ”Teettekö ostokset itse” ja ”Huolehditteko itse raha-asioista”. Kysymyksiin vastattiin ”kyllä” tai ”ei”. Näillä kysymyksillä haluttiin kartoittaa tutkittavien todellisia arkipäivän tekemisiä (*daily activities*).

Ostoksilla käymiseen ja raha-asioiden hoitamiseen liittyi myös jatkokysymykset siinä tapauksessa, että vastattiin ”kyllä”. Jatkokysymysten osalta vastaukset uudelleen luokiteltiin koetun kuormittavuuden mukaan viiteen luokkaan: 1) vaikeuksitta, 2) väsyä tai kestää, 3) väsyä ja kestää, 4) kykenee vain autettuna ja 5) ei kykene. Lisäksi tuloksia analysoitiin vaikeuksien osalta kaksiluokkaisena: ensimmäisen ryhmän muodostivat ne, joilla ei ollut vaikeuksia ja toisen ryhmän ne, joilla oli jonkinasteisia vaikeuksia. Ruoanlaittoon liittyen ei ollut jatkokysymyksiä.

Tutkittavat jaettiin siviilisäädyn mukaan niin, että naimattomat, naimisissa olevat ja eronneet yhdistettiin luokaksi ”ei-leski” ja lesket olivat omana luokkanaan ”leski”. Näin ”ei-leskiä” oli kaikkiaan 99 naista ja ”leskiä” oli 116. Tutkittavien osalta selvitettiin myös oliko perhesuhteissa tapahtunut muutoksia 70. ikävuoden jälkeen. Perhemuutoksia koskien oli kysymys myös leskeytymisestä. Kaikilta tutkimuksen leskiltä kysyttiin lisäksi puolison kuolinvuosi.

Muiden selittävien tekijöiden osalta tehtiin tulosten vertailuja varten seuraavia uudelleen luokituksia. Tutkittavat jaettiin tulojen perusteella neljään luokkaan: 0–2000, 2001–3500, 3501–

5000 ja yli 5000 markkaa kuukaudessa ansaitsevat. Alhaisimpaan tuloluokkaan kuuluivat ne, joiden tulot olivat enintään 2000 mk. Tähän tuloluokkaan kuuluvilla ei ollut muita tuloja kansaneläkkeen lisäksi. Koulutusta koskien tehtiin jako neljään luokkaan: vähemmän kuin kansakoulu, kansa- tai keskikoulu, lukio tai opistoaste ja yliopistotutkinto.

Koetun terveydentilan osalta tietokoneajot tehtiin sekä alkuperäisen neljän luokan (erittäin hyvä / hyvä / huono / erittäin huono) mukaan että uuden kahtia jaon (hyvä / huono) mukaan. Koettua fyysistä kuntoa verrattuna muihin samanikäisiin tarkasteltiin kolmijaolla: parempi, samanlainen ja huonompi kuin muilla samanikäisillä. Sosiaalisia suhteita tarkasteltiin ilmoitetulla todellisten ystävien lukumäärällä. Lisäksi tapauskohtaisesti selvitettiin jokaisen kohdalta yksitellen muut ilmenneisiin vaikeuksiin ja askareesta suoriutumiseen vaikuttavat tekijät.

### **5.3 Tilastolliset menetelmät**

Tutkimusaineiston analysoinnissa käytettiin SPSS 20.0 – ohjelmaa. Aineiston tarkastelu aloitettiin muuttujien frekvenssien tarkastelulla. Tilastollisten testien merkitsevyysarvot määriteltiin seuraavasti: Mikäli p-arvo on pienempi kuin 0,001, tulos on tilastollisesti erittäin merkitsevä (\*\*\*), mikäli p-arvo on pienempi kuin 0,01, tulos on tilastollisesti merkitsevä (\*\*) ja mikäli p-arvo on pienempi kuin 0,05, tulos on tilastollisesti melkein merkitsevä (\*). Lisäksi tutkimustulokset on keskeisiltä osin esitetty myös niissä tapauksissa, että ne eivät ole tilastollisesti merkitseviä. Tällä tavoin on haluttu taata, että tulokset ovat luettavissa myös niiltä osin, kun leskien ja ei-leskien välillä on enemmän yhtäläisyyksiä kuin eroja tai kun ei ole osoitettavissa yksittäisen tekijän tilastollisesti merkitsevää yhteyttä tarkasteltavaan ilmiöön.

Tutkittavan ilmiön, ei-normaalien jakaumien ja luokiteltujen muuttujien vuoksi tilastollisesti merkitseviä tuloksia oli niukasti. Tästä johtuen tulosten tarkastelu arkiaskareiden osalta tehtiin suurimmalta osalta ristiintaulukoinnin avulla.

Tutkimushaastatteluihin osallistuminen oli todella aktiivista. Puuttuvia tietoja tutkittavien osalta oli hyvin vähän. Useimpiin kysymyksiin oli saatu vastaus jokaiselta tutkittavalta ja enimmilläänkin puuttuvien tietojen osuus vastauksista oli 3,2 %, joten puuttuvia vastauksia ei ole erikseen kirjattu tulososiossa kaavioiden yhteyteen.

## 6 TULOKSET

### 6.1 Tutkittavien taustatiedot

Leskeytymisestä kulunut aika vaihteli suuresti: 7 naisleskellä puolison menetyksestä oli kulunut 0-2 vuotta kun taas jotkut tutkittavista olivat olleet leskiä jo vuosikymmeniä. Toisin sanoen vain 6 % leskistä oli sellaisia, joiden voidaan sanoa tutkimushetkellä eläneen akuutin leskeytymisen vaihetta. Kun lesket jaetaan kahteen luokkaan puolison kuolemasta kuluneen ajan mukaan, 0-10 vuotta menetyksestä oli kulunut 45 leskellä (38,8 %) ja yli 10 vuotta leskenä oli ollut 71 leskeä (61,2 %).

Asuinoloja tarkasteltaessa kaikki tutkittavat kahta lukuun ottamatta asuivat joko vuokralla tai omassa asunnossa. Yksinasuminen osoittautui tilastollisesti erittäin merkitseväksi eroksi leskien ja ei-leskien välillä ( $\chi^2 = 42,253$ ;  $df=1$ ;  $p=,000***$ ). Naisleskistä yksin asuvia oli 97 (83,6 %) ja 17 (14,6 %) naisleskeä asui yhdessä lasten tai lastenlasten kanssa. Ainoastaan yksi naisleski kertoi asuvansa yhdessä avo- tai aviopuolison kanssa ja 1 naisleski asui puolestaan jonkun muun kuin puolison tai lasten kanssa. Ei-leskistä yksinasuvia oli vain 40 (41,8 %) ja heidän yksinasumisensa oli selkeässä yhteydessä siviilisäättyyn: naimisissa olevista vain yksi (2 %) asui yksin kun taas naimattomista 79,3 % ja eronneista 81 % ilmoitti asuvansa yksin.

Naislesket kokivat terveydentilansa vaihtelevan epätavallisen hyvästä erittäin huonoon: 3 naisleskeä (2,6 %) arvioi terveydentilansa epätavallisen hyväksi, hyväksi 59 (51,3 %), vähemmän hyväksi tai huonoksi 52 (45,2 %) ja erittäin huonoksi 1 (0,9 %). Ei-leskistä naimisissa olevista naisista 55,1 % arvioi terveytensä hyväksi tai erittäin hyväksi. Naimattomilla vastaava osuus oli 51,7 % ja eronneista vain 38,1 % arvioi terveydentilansa hyväksi tai epätavallisen hyväksi.

Kotitöistä selviytymisen kannalta on myös olennaista selvittää asunnon sopivuus terveydentilaan ja fyysiseen kuntoon nähden. Naislesket kokivat asuntonsa sopivammaksi kuin ei-lesket ja ryhmien välillä oli tilastollisesti melkein merkitsevä ero: ( $\chi^2 = 8,342$ ;  $df=3$ ;  $p=,039*$ ). Leskistä 77,6 % arvioi asuntonsa olevan hyvin tai erittäin hyvin sopivan heidän terveydentilaansa nähden. Nykyisessä asunnossa lesket olivat asuneet keskimäärin 16,1 vuotta. Ei-lesket olivat asuneet keskimäärin 18,1 vuotta nykyisessä asunnossaan ja olivat tyytymättö-

mämpiä asuinoloihinsa. Vain 63,3 % ei-leskistä arvioi asunnon sopivan hyvin tai erittäin hyvin heidän terveydentilaansa.

Naisleskillä koulutusta osoittavat luvut olivat seuraavat: yliopistotutkinnon suorittaneita naisleskistä oli 5 (4,3 %), lukion tai opiston käyneitä oli 3 (2,6 %), kansa- tai keskikoulun käyneitä 98 (84,5 %) ja 10 (8,6 %) oli vähemmän kuin kansakoulun käyneitä. Kouluvuosina mitattuna leskien keskimääräinen koulutusaika oli 5,92 kouluvuotta ja koulutusaika vaihteli välillä 0-19 kouluvuotta moodin ollessa 4 koulutusvuotta. Vastaavat koulutusta ilmaisevat luvut samanikäisillä ei-leskinaisilla olivat: yliopistotutkinnon suorittaneita oli 2 (2,1 %), lukion tai opiston käyneitä oli 10 (10,3 %), kansa- tai keskikoulun käyneitä 72 (74,2 %) ja vähemmän kuin kansakoulun käyneitä oli 13 (13,4 %). Keskimääräinen koulutusaika ei-leskillä oli 6,15 kouluvuotta ja koulutusaika vaihteli välillä 0-16 vuotta moodin ollessa 4 vuotta. Vaikka leskien ja ei-leskien koulutuksissa oli eroja, ne eivät olleet tilastollisesti merkitseviä ( $\chi^2 = 7,790$ ;  $df=3$ ;  $p=,051$ ). Tutkittavien koulutustasoa tarkasteltaessa tulee myös huomioida tutkimustiedon keruuajankohta (syksy 1989), jolloin ei vielä ollut kaikille pakollista peruskoulutusta.

Tutkittavien naisleskien nettotulot kuukaudessa olivat keskimäärin 3202,85 mk ja ei-leskien 2771,23mk. Naisleskiä alhaisimpaan tuloluokkaan kuului kaikkiaan 10 (8,9 %). Toiseen ansioluokkaan kuuluivat ne, joilla kuukausitulot olivat 2001–3500 mk ja heitä oli selkeästi suurin osa tutkittavista naisleskistä eli 75 (67,0 %). Kolmanteen ansioluokkaan kuuluivat ne lesket, joiden tulot olivat 3501–5000 mk ja heitä oli 21 (18,8 %). Ylimpään ansioluokkaan kuuluivat kaikki yli 5000 mk kuukaudessa nettona saavat, ja heitä oli 6 (5,4 %). Ei-leskistä alimpaan tuloluokkaan kuului 30 (31,9 %) ja toiseen tuloluokkaan kuuluvia oli enemmistö eli 52 (55,3 %) ei-leskistä. Kolmanteen ansioluokkaan kuuluvia oli 11 (11,7 %) ja vain yksi (1,1 %) ei-leski ansaitsi kuukaudessa enemmän kuin 5000 markkaa. Leskien ja ei-leskien välillä havaittiin ryhmällä olevan tilastollisesti melkein merkitsevä ero ( $t(205) = -2,497$ ;  $p=,013^*$ ). Taulukossa 1 on yhteenvetona esitelty taustatiedot tutkittavista.

TAULUKKO 1. Tutkittavien 75-vuotiaiden leskinaisten ja ei-leskinaisten taustatiedot.

	<b>lesket</b>	<b>ei-lesket</b>	
	<b>n= 116</b>	<b>n=99</b>	
	<b>54 %</b>	<b>46 %</b>	
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b><math>\chi^2</math><sup>a</sup></b>
			<b>p-arvo</b>
<b>Asuminen</b>			
Yksinasuminen	83,6	40,8	,000***
Kauppoja lähellä	87,9	89,8	,667
Asunnon koettu sopivuus terveyteen			,039*
erittäin hyvin	25,9	20,4	
hyvin	51,7	42,9	
melko hyvin	22,4	32,7	
huonosti	0	4,1	
			,258
<b>Itsearvioitu terveydentila</b>			
erittäin hyvä	2,6	4,1	
hyvä	51,3	45,9	
vähemmän hyvä tai huono	45,2	44,9	
erittäin huono	0,9	5,1	
			,051
<b>Koulutus</b>			
vähemmän kuin kansakoulu	8,6	13,4	
kansa- tai keskikoulu	84,5	74,2	
lukio tai opisto	2,6	10,3	
yliopistotutkinto	4,3	2,1	
	<b>ka</b>	<b>ka</b>	<b>t-testi</b>
<b>Nettotulot/kk (Fmk)</b>	3202,85	2771,23	<b>p-arvo</b>
<b>Todellisten ystävien lukumäärä</b>	2,64	2,11	,013*
<b>Asuinvuodet nykyisessä asunnossa</b>	16,1	18,1	,096
			,233

ka = keskiarvo

Fmk = Suomen markka

<sup>a</sup> ryhmien väliset erot on testattu luokitteluasteikkolisilla muuttujilla  $\chi^2$ -testillä ja jatkuvilla muuttujilla kahden riippumattoman otoksen t-testillä (Levenen testillä)

## 6.2 Arkiaskareista selviytyminen

Elämänmuutoksiin sopeutuminen näkyy usein päivittäisistä askareista suoriutumisessa. Tässä tutkielmassa tarkasteltiin kolmen vaativuudeltaan erilaisen ja itsenäiselle kotona asumiselle keskeisen arkiaskareen avulla naisleskien ja muiden samanikäisten naisten itsenäistä selviytymistä ruoanlaitosta, kaupassa käymisestä ja pankkiasioiden hoitamisesta. Taulukossa 2 on esitetty yhteenveto kaikista kolmesta tarkasteltavasta arkiaskareesta.



TAULUKKO 2. 75-vuotiaiden leskinaisten ja ei-leskinaisten itsenäinen arkiaskareiden hoitaminen.

	<b>lesket</b> n 116 %	<b>ei-lesket</b> n 99 %	$\chi^2$	<b>p-arvo</b>
<b>ruoanlaitto</b>			,885	,347
kyllä	96,6	93,8		
ei	3,4	6,2		
<b>ostosten tekeminen</b>			2,443	,118
kyllä	92,2	85,6		
ei	7,8	14,4		
<b>pankkiasiointi</b>			,594	,441
kyllä	99,1	97,8		
ei	0,9	2,2		

### 6.2.1 Ruoanlaitosta selviytyminen

Kun tarkasteltiin kaikkien 75-vuotiaiden naisten lämpimän ruoan laittoa 96,6 % leskistä ja 93,8 % ei-leskistä valmisti itse oman ruokansa. Eronneista joka ikinen ilmoitti tekevänsä itse ruokansa ja naimisissa olevistakin 93,9 %. Naimattomista sen sijaan ruoan laittoi itselleen vajaa 90 %. Keskimääräisesti tarkasteltuna 95,3 % tutkittavista naisista selviytyi ruoan laitosta, mikä osoittaisi ruoanlaiton olevan kaikille tutkittaville naisille siviilisäädystä riippumattoman luontaisen arkiaskareen, eikä ryhmien välille muodostunut tilastollisesti merkitsevää eroa.

Niistä leskistä, jotka eivät laittaneet itse ruokaansa, kotiavustaja kävi laittamassa ruoan yhdelle ja muille kolmelle leskelle ruoka tuotiin muualta. Näiden leskien osalta selvitettiin lisäksi puolison kuolemasta kulunut aika. Yksi leskistä oli menettänyt puolisonsa kolme vuotta ennen haastattelua, mutta muiden kohdalla ei ollut tapahtunut siviilisäädyn muutoksia 70. ikävuoden jälkeen.

### 6.2.2 Kauppa-asioinnista selviytyminen

Leskistä 92,2 % teki itse ostokset. Muihin siviilisäätymiin kuuluvista 75-vuotiaista naisista 85,6 % huolehti itse kaupassa käymisestä. Kaupassa käyminen koettiin yleisesti selkeästi vaa-

tivammaksi IADL-toiminnoksi, sillä vain 55,1 % leskistä ja 50,6 % ei-leskistä, jotka itse hoitivat ostosten tekemisen, kokivat suoriutuvansa kaupassa käymisestä täysin ilman vaikeuksia (taulukko 3). Vaikka 44,9 % leskistä oli eriasteisia vaikeuksia suoriutua kauppa-asioinnista, ainoastaan 7,8 % leskistä ei itse huolehtinut omien ostosten tekemisestä.

TAULUKKO 3. Ostosten tekemisen koettu kuormittavuus niiden naisten osalta, jotka huolehtivat kauppa-asioinnistaan.

	<b>lesket</b> n 116 %	<b>ei-lesket</b> n 99 %	$\chi^2$	<b>p-arvo</b>
<b>ei-vaikeuksia</b>	55,1	50,6	,387	,534
väsy tai kestää	16,8	15,7		
väsy ja kestää	22,4	24,1		
vain autettuna	5,6	9,6		
ei kykene	0,0	0,0		
<b>yhteensä</b>	100,0	100,0		

Leskinaisista yhdeksän (7,8 %) ei siis itse käynyt kaupassa. Näistä leskinaisista yksi oli avioitunut uudelleen 70 ikävuoden jälkeen ja hänen kohdallaan puoliso huolehti ostosten tekemisestä. Viidelle leskelle kaupassa kävivät lapset tai muut sukulaiset ja kotiavustaja huolehti kaupassa käymisestä kolmessa tapauksessa. Fyysisen kuntonsa jokainen näistä ei-kaupassa käyvistä leskinaisista arvioi olevan samanlaisen tai paremman kuin muilla samanikäisillä ja terveydentilansakin vain kaksi heistä arvioi vähemmän hyväksi. Heidän koetulla terveydellään ei voitu osoittaa olevan tilastollista yhteyttä kauppa-asioinnin laiminlyömiseen ( $\chi^2 = 287$ ;  $df=1$ ;  $p=,592$ ). Ostosten tekemisen koetun kuormittavuuden taso vaihteli niiden leskinaisten osalta, jotka eivät itse huolehtineet kauppa-asioinnista.

Koska koettua terveydentilaa, fyysistä kuntoa ja kauppa-asioimisen kuormittavuutta arvioimalla ei saatu selkeitä vastauksia kauppa-asioiden hoitamiseen tai niiden tekemättä jättämiseen, selvitettiin vielä edelleen muiden tekijöiden yhteyttä tähän arkiaskareeseen. Jokainen näistä yhdeksästä leskinaisesta, joka ei hoitanut omia kauppa-asioitaan, ilmoitti liikkuvansa ulkona hyvällä säällä. Huonolla säällä ulkona liikkuminen tuotti kuitenkin vaikeuksia kaikille muille kuin yhdelle näistä leskistä. Tutkittavien naisten kohdalla juuri huonolla säällä ulkona liikkumisen vaikeus oli yhteydessä ostoksista selviytymiseen ( $r=,329^{**}$ ;  $p=,002$ ). Kolme ilmoitti, ettei lainkaan kykene ulkona liikkumiseen huonolla säällä. Erilaisten turvattomuuden

tunnetta ilmaisevien pelkojen ohella kahdella leskellä lisävaikeuksia toi lähellä olevien kauppojen puuttuminen. Toisella näistä naisleskistä ei myöskään ollut kodin lähellä julkisia kulkuneuvoja.

Siviilisäättyjen tarkempi vertailu osoitti, että naimattomat naiset huolehtivat 100 % kauppasioinnistaan, eronneista 90 % ja naimisissa olevista 75,5 % ( $\chi^2 = 14,115$ ;  $df=3$ ;  $p=,003^{**}$ ), joten siviilisäädtyillä oli selkeä yhteys itsenäiseen ostosten tekemiseen. Vertailu osoitti myös leskinaisten ja naimisissa olevien naisten kauppasioinnista huolehtimisen olevan molemmilla siviilisäädtyillä yhteydessä samanlaisiin turvattomuutta ja erilaisia pelkoja ilmentäviin seikkoihin. Yhtenä tärkeänä selittävänä tekijänä naimisissa olevien naisten vähäisempään kaupassa käymiseen oli pelko liikkua ulkona riippumatta hyväksi koetusta fyysisestä kunnosta. Terveystilansa näistä 12 naimisissa olevasta naisesta (, jotka eivät itse käyneet kaupassa) seitsemän arvioi huonoksi tai erittäin huonoksi, mikä heidän kohdallaan merkinnee muita kuin fyysiseen toimintakykyyn liittyviä heikkenemisiä. Edelleen naimisissa olevien kohdalla voidaan osoittaa puolison tuen, turvan ja avun olevan erittäin merkitsevä selittävä tekijä ostosten itsenäiseen hoitamiseen. Puoliso teki ostokset 10 tapauksessa. Kahdessa tapauksessa lapset tai muut sukulaiset yhdessä kotiaavustajan kanssa huolehtivat ostoksilla käymisestä. Puolison tärkeää tukea osoittaa myös suhde puolisoon, sillä yhtä lukuun ottamatta nämä naiset ilmoittivat heillä olevan läheisen suhteen puolisoon.

### **6.2.3 Pankkiasioinnista selviytyminen**

Pankissa tapahtuva raha-asioista huolehtiminen kuuluu myös niihin IADL-toimintoihin, jotka vaativat parempaa ja monialaisempaa toimintakykyä. Tässä tutkielmassa raha-asioinnilla tarkoitetaan pankin tiskillä tapahtuvaa tiliasiointia ja laskujen maksamista.

Leskistä 114 (99,1 %) kykeni itsenäisesti asioimaan pankissa: yhden lesken tiedot itsenäisen pankkiasioinnin osalta puuttuvat ja yksi leski ilmoittaa, että hän ei itse kykene huolehtimaan pankkiasioinnistaan. Eriasteisia vaikeuksia oli kaikkiaan 19 (16,4 %) naisleskellä (taulukko 4).

TAULUKKO 4. Pankkiasioinnin koettu kuormittavuus tutkittavien naisten osalta.

	lesket n 116 %	ei-lesket n 92 %	$\chi^2$	p-arvo
<b>ei-vaikeuksia</b>	83,6	85,9	4,706	,319
väsyty tai kestää	8,6	6,5		
väsyty ja kestää	5,2	1,1		
vain autettuna	1,7	4,3		
ei kykene	0,9	2,2		
<b>yhteensä</b>	100,0	100,0		

Pankkiasiointi osoittautui eritasoisista koetuista vaikeuksista huolimatta vähiten esteitä aiheuttavaksi tutkimuksessa tarkastelluista päivittäistoiminnoista. Ainoastaan yksi aineiston (0,9 %) leskistä ilmoitti, ettei hän itse huolehdi omasta tiliasioinnistaan. Kyseinen leski ei huolehtinut kahdesta muustakaan tarkasteltavasta askareesta. Siitä huolimatta, että tutkittavat olivat vastanneet kiittävästi kaikkiin tutkittaviin kysymyksiin, juuri pankkiasioiden kuormittavuutta koskien seitsemän ei-lesken vastaukset puuttuivat.

Etsittäessä tekijöitä, jotka selittivät koettuja vaikeuksia pankkiasioiden hoitamisessa, ei havaittu mitään yksittäistä selittävää tekijää. Selkeimmäksi selittäväksi tekijäksi, joka oli yhteydessä vaikeuksiin raha-asioinnissa, muodostui korrelaatioita tarkastelemalla vaikeudet ulkona liikkumiseen huonolla säällä ( $r = ,313$ ,  $p = ,001^{**}$ ). Vain 13 (68,4 %) näistä 19 leskestä, joilla oli eritasoisia vaikeuksia, kertoi ylipäättään liikkuvansa ulkona huonolla säällä. Lisäksi 8 (42,1 %) leskeä ilmoitti pelkäävänsä ulkona liikkumista. Kuudella leskellä suurin pelko oli päällekkäisyys, yhdellä pimeän pelko ja yksi leskistä ei maininnut erityistä pelon syytä. Kukaan näistä leskistä ei ilmoittanut pelkäämisen syyksi kaatumista liukkauden tai huimauksen vuoksi. Kaatumisen pelko ei siis ollut ulkona liikkumisen ja raha-asioiden hoitamisen este, sillä 11,3 % leskistä kertoi hoitavansa pankkiasiointinsa itsenäisesti ilman vaikeuksia kaatumisen pelosta huolimatta. Huonolla säällä ulkona liikkumiseen liittyvien vaikeuksien lisäksi koettu fyysinen kunto ( $r = ,295$ ,  $p = ,002^{**}$ ) ja koettu heikentynyt terveydentila ( $r = ,199$ ,  $p = ,033^*$ ) olivat yhteydessä naisleskien vaikeuksiin hoitaa pankkiasioita.

## 7 POHDINTA

Tässä tutkielmassa tutkittiin 75-vuotiaiden naisten ja erityisesti naisleskien selviytymistä kolmesta vaativuudeltaan erityyppisestä arkiaskareesta, jotka kaikki ovat keskeisiä itsenäiselle kotona asumiselle. Tarkasteltavat asiat olivat lämpimän ruoan laittaminen, kaupassa käynti ja pankkiasioiden hoitaminen. Päätuloksena tutkimuksesta on, että 75-vuotiaat leskinaiset selviytyivät tarkasteltavista päivittäistoiminnoista yhtä hyvin kuin muut samanikäiset naiset.

### 7.1 Tulosten yhteenveto ja vertailu aiempiin tutkimuksiin

Tutkielman 215 naisesta kaikkien 95,3 % suoriutui oman lämpimän ruoan laittamisesta, joten ruoanlaitto vaikuttaisi olevan keskeinen ja luonnollinen osa 75-vuotiaiden naisten arkea siviilisäädystä riippumatta. Leskinaisista 96,6 % huolehti omasta ruoanlaitostaan. Ruoanlaiton sukupuolisidonnaisuudesta kertoo se, että samaisen Ikivihreät -tutkimusaineiston leskimiehistä vain noin joka viides laittoi itsellensä ruoan. Van den Brink tutkimuskumppaneineen (2004) toteaaakin naisleskien sopeutuvan miehiä paremmin leskeytymiseen, kun tarkastellaan päivittäisiä IADL-toimintoja. Miesleskien haavoittuvuus voidaan naisia useammin liittää sellaisiin arkipäivän tilanteisiin (*situational disability*), joissa on kyseessä perinteisesti puolisolle kuuluneet kotitaloustyöt (Van den Brink ym. 2004).

Quandtin ym. (2000) tavoin tämän tutkielman tulokset osoittavat, että yksinasuvien naisleskien ruoanlaitto sinänsä sujuu ja se saattaa jopa olla helpompaa kuin muiden kanssa asuvien, sillä ruokailussa tarvitsee huolehtia vain omista tarpeista. Samankaltaisia tuloksia koko Suomen väestön osalta on saanut myös Tuominen (1994, 272–275), jonka mukaan naislesket selviytyvät muita samanikäisiä paremmin juuri keveistä kotitöistä, kun taas vaikeuksia toivat erilaiset kantamista vaativat kotiaskareet.

Koulutustaso ja henkilökohtaiset tulot olivat yhteydessä ruoanlaitosta selviytymiseen, joskaan ei lineaarisessa yhteydessä. Ruokansa jättivät laittamatta kansa- ja keskikoulun käyneet leskinaiset, kun taas kaikki muut naiset koulutustasosta riippumatta itse laittoivat ruokansa. Myös kaikki alhaisimpaan tuloluokkaan kuuluvat lesket laittoivat itselleen lämpimän ruoan. Tässä saadut tutkimustulokset ovat ristiriidassa esimerkiksi Sulanderin ym. (2006) raporttiin, jonka mukaan kaikin tavoin mitattuna toimintakyky ja arkiaskareista suoriutuminen on sen parem-

paa mitä korkeampi koulutus tutkittavilla on. Keskusteltuani vanhempien ihmisten kanssa kyseisestä asiasta, olemme todenneet tutkimustulosten ristiriitaisuuden hyvin todennäköisesti johtuvan siitä, että vähemmän kuin kansakoulun käyneiden on aikanaan jo nuoruudessa ollut taloudellisesti pakko opetella ruoanlaitto. Siitä on tullut niin pysyvä rutiini, että he ovat edelleen säilyttäneet ruoanlaiton osana arkea vanhemmalla iällä. Tällaista samanlaista elämäntilanteista johtuvaa pakkoa ei kenties ole ollut kansa- ja keskikoulun käyneillä leskinaisilla.

Kauppa-asioinnilla tarkoitettiin tässä työssä tutkittavien itsenäistä ostoksilla käymistä. Leskistä 92,2 % suoriutui kaupassa käymisestä omin avuin, kun taas muihin siviilisäätymiin kuuluvista 75-vuotiaista naisista 85,6 % huolehti itse ostosten tekemisestä. Siviilisäätymien tarkempi vertailu osoitti, että tilastollisesti merkitsevä ero siviilisäätymien kohdalla oli yhteydessä naimisissa olevien naisten alhaiseen lukuun (75,5 %). Puolisolta saatu emotionaalinen ja instrumentaalinen tuki sekä ulkona liikkumiseen liittyvät pelot korostuivat naimisissa olevien naisten tuloksissa.

Kauppa-asiointiin liittyvää koettua kuormittumista tarkastelemalla ei saatu esille eroja leskien ja ei-leskien välille eikä kuormittavuuden vaikeusasteella ollut tilastollisesti merkitsevää suoraa yhteyttä kauppa-asioinnista huolehtimiseen. Hyvästä fyysisestä kunnosta ja koetusta hyvästä terveydentilasta huolimatta tutkittaville naisleskille kaupassa käyminen osoittautui selkeästi kahta muuta tarkasteltavaa askareta vaikeammaksi. Ulkona liikkuminen huonolla säällä ja siihen liittyvät erilaiset pelot sen sijaan selittivät leskinaisten kauppa-asioinnin välttämistä. Huonolla säällä ulkona liikkuminen tuotti vaikeuksia kaikille muille paitsi yhdelle. Kolmen kohdalla huono sää esti täysin heidän ulkona liikkumisensa. Kahdella leskellä lisävaikeuksia toi lähellä olevien kauppojen puuttuminen. Toisella näistä naisleskistä ei myöskään ollut kodin lähellä julkisia kulkuneuvoja.

Tämän tutkimuksen haastatteluissa ei erikseen kartoitettu raskaampien taakkojen nostelua tai kantamista, joten ei siltä osin voida ehdottomasti sanoa Tuomisen (1994) tavoin juuri kantamusten aiheuttaneen ongelmia naisleskien kaupassa käymiseen liittyen. Toisaalta naimisissa olevien naisten vähäisempää kaupassa käyntiä selitti puolisolta saatu apu, mikä osaltaan viittaisi Tuomisen saamaan tulokseen.

Itsenäiseen pankissa asioimiseen kykeni naisleskistä 99,1 % eli kahta lukuun ottamatta kaikki. Kuitenkin kaikkiaan 16,4 % naisleskellä oli jonkinasteisia koettuja vaikeuksia hoitaa pankissa käyminen. Lisäksi naisleskillä oli ehkä yllättäenkin enemmän eriasteisia koettuja vaikeuksia kuin samanikäisillä ei-leskillä, joista 97,8 % kykeni itsenäiseen pankkiasiointiin. Tätä tilastol-

lista ristiriitaisuutta pankkiasiointia koskien selittänee peräti seitsemän ei-lesken kohdalla ollut puuttuva tieto pankkiasioinnin koetusta kuormittavuudesta. Tilastollisesti merkitseviä selittäviä tekijöitä naisleskien pankkiasioinnin vaikeuksille oli kolme: huonolla säällä ulkona liikkuminen ( $r = ,313$ ;  $p = ,001^{**}$ ), koettu fyysinen kunto ( $r = ,295$ ;  $p = ,002^{**}$ ) ja heikentynyt terveydentila ( $r = ,199$ ;  $p = ,033^*$ ). Yksikään huonolla säällä ulkona liikkumista välttelevä leski ei ilmoittanut pelkäämisen syyksi kaatumista liukkauden tai huimauksen vuoksi, mitkä näin ollen eivät olleet kenellekään este kodin ulkopuolella liikkumiselle ja pankkiasioinnista huolehtimiselle. Todennäköisesti koettuja ulkona liikkumisen vaikeuksia korostivat muut kaksi selittävää tekijää eli heikentynyt fyysinen kunto ja terveydentila.

## 7.2 Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet

Tämän tutkimuksen vahvuuksia on laaja ja perusteellisesti koottu tutkimusaineisto. Tutkimustulosten luotettavuutta lisää se, että tutkittavat ovat kaikki syntyneet vuonna 1914 ja kaikkien asuinkunta on Jyväskylä. Tutkittavat ovat myös kaikkia kotona asuvia naisia, jolloin ei tule tulosten osalta sukupuoleen tai asuinoloihin liittyen vääristymiä.

Tutkittavien kotona tehdyt haastattelut on tehty kaikille loppuvuonna 1989. Aineiston homogeenisyys edesauttaa olennaisesti havaintojen keskinäistä ja siviilisäätyjen välistä vertailumahdollisuutta. Havaintojen yhdenmukaisuudet ja erot ovat näin ajatellen luotettavampia kuin esimerkiksi ikäryhmien välinen vertailu eri aikoina ja eri paikoissa. Kyseisen pro gradu-tutkielman tulosten analysoinnissa olen lisäksi käyttänyt SPSS 20.0-ohjelmaa niin, että tietokoneajot on suoritettu useampaan kertaan ja usealla tavalla, jotta voidaan varmistua tulosten pätevydestä.

Toisaalta aineiston ikä on asettanut omat rajansa ja rajoituksensa tälle tutkimukselle. On vaikeaa yksiselitteisesti sanoa, pätevätkö saadut tulokset vielä nykyään. Voi olla tarpeen miettiä, mikä ikäryhmä nykyisin voisi olla sopivampi kyseisiä IADL-toimintoja tutkittaessa. Puuttuvia tietoja oli enimmilläänkin vain 3,2 % yhden kysymyksen osalta, mikä kertoo tutkimusaineiston keruumenetelmän vahvuudesta. Lisäinformaation saaminen puuttuvien tietojen osalta ei kuitenkaan ollut mahdollista. Tutkimusaineiston kattavuus ja laajuus on toisaalta jo aineiston koontivaiheessa ollut haasteellista: haastattelihoita on kaikkiaan ollut 13. Haastattelijoiden suuresta lukumäärästä johtuen tulosten kirjaamisessa on todennäköisesti ollut haastattelijoiden

välisiä eroavuuksia. Tällaisista eroavuuksista osoituksena on esimerkiksi aineistossa olevat haastattelijoiden tekemät lisähuomautukset.

On tärkeää huomata, että kyseisen tutkimuksen tuloksia ei saa tarkastella naisleskien osalta uudesta elämäntilanteesta ja leskeytymisestä johtuviksi seurauksiksi. Osa tutkittavista naisleskistä oli ollut jo useita vuosikymmeniä leskenä ja vain 6 % leskistä oli sellaisia, joiden puolison kuolemasta oli kulunut enintään kaksi vuotta. Lisäksi kyseessä on laajasta seurantatutkimuksesta tehty poikkileikkaustutkimus, johon kuuluu ainoastaan yksi haastattelu kustakin tutkittavasta.

Paitsi leskenä olemisen ajan suuri vaihtelevuus myös tutkittavan ilmiön monimuotoisuus on asettanut omat rajoituksensa. Tutkimuksessa kyettiin heikosti osoittamaan selkeitä yhteyksiä arjesta suoriutumisen ja jonkin yksittäisen selittävän tekijän osalta. Sen vuoksi tilastollisten menetelmien monipuolista tarkastelua jouduttiin rajoittamaan. Tämä vaikeus ei liity pelkästään tähän kyseiseen tutkimukseen, vaan ns. kattoefekti estää tämäntyypisten aineistojen tarkastelun tilastollisilla monimuuttujamenetelmillä.

Tutkimustulosten ja -havaintojen tarkasta analysoinnista ja esittämisestä huolimatta, tutkija itse olisi johdonmukaisuuden vuoksi toivonut voivansa esittää tulokset ruoanlaiton koettua kuormittavuutta koskien, aivan kuten kauppa- ja pankkiasiointiin liittyen. Tämä ei kuitenkaan ollut mahdollista, sillä haastatteluissa ei ollut itselle tapahtuvaan ruoanlaittoon liittyviä jatkokysymyksiä. Tällaiset lisäkysymykset olisivat osaltaan tuoneet mukanaan tärkeää tietoa paitsi ruoanlaiton koetusta kuormittavuudesta myös tutkittavien naisten yleisestä jaksamisesta ja kotona pärjäämisestä.

### **7.3 Tutkimustulosten sovellettavuus käytäntöön**

Toimintakyvyn heikkenemisen voidaan ajatella olevan jo selkeästi havaittavissa, mikäli on vaikeuksia kevyemmissä kotiaskareissa. Tavallisten arkiaskareiden tekemättä jättäminen saattaa olla merkki siitä, että on tarpeen kartoittaa henkilön avun tarvetta ja sen saantia. Kaikki neljä leskinaista, jotka eivät laittaneet omaa ruokaansa, kertoivat heille tuotavan tai laitettavan ruokaa heidän omassa kodissaan. Lisäksi kolme kertoi saavansa tarpeen vaatiessa apua joltakin lähellä asuvalta, useimmiten lapsilta. Vain yhden kohdalla avun saanti oli jonkin kauem-



pana asuvan varassa. Kaksi kertoi saaneensa ateriapalvelua ja kolme lisäksi jotakin muuta kotiapua. Haastattelussa yksi kertoi silloisessa elämäntilanteessa tarvitsevansa ateriapalvelua, mikä myös hänen kohdallaan toteutui. Tutkittavien osalta voidaan siis sanoa, että he saivat kaipaamansa avun ja palvelun.

Tutkimusaineiston keruuajankohdasta on kuitenkin kulunut jo yli kaksi vuosikymmentä, joiden aikana yhteiskunnassamme on koettu kahteen otteeseen taloudellisesti tiukempia aikoja. Näitä lamavuosia ovat leimanneet myös sosiaali- ja terveydenhuoltoon kuuluvat säästö- ja leikkaustoimenpiteet, jotka ovat koskettaneet myös kotona asuvia vanhuksia. Jotta jatkossakin voidaan mahdollistaa ikääntyvän väestön kotona asuminen, tulee huolehtia siitä, että avun saanti vastaa tarvetta. Erityisen haastavana tämä koettaneen maassamme, jossa on käynnissä laajoja sosiaali- ja terveysalan uudistuksia, joissa on samanaikaisesti kyettävä huomioimaan ikääntyvän väestön laajeneva palvelutarve ja rajalliset taloudelliset resurssit.

Tämän tutkimuksen tulosten osalta tärkeäksi osoittautui ulkona liikkumisen tukeminen ja siihen kannustaminen. Erityisen tärkeää tämä on yksin asuvien kohdalla, ei ainoastaan arkiaskareista suoriutumisen kannalta, vaan myös heidän sosiaalisten suhteidensa ylläpitämiseksi ja mahdollisen yksinäisyyden estämiseksi (vrt. Pääkkönen & Hanifi 2011). Lapsilta ja muilta saatu apu ei tämän tutkimuksen osalta ollut yhteydessä siihen, asuuko yksin vai esimerkiksi lastensa kanssa, vaan lapsilta saatu apu oli yhtä yleistä niin yksin asuville kuin heidän luonaan asuville.

Kotona selviytymistä tukee myös riittävien lähipalveluiden saavutettavuus (Vaarama ym. 2010). Vaikka tässä tutkimusaineistossa vain kaksi leskeä ei pystynyt itsenäisesti huolehtimaan omien ostosten tekemisestä lähipalveluiden puuttumisen vuoksi, ei voida ajatella tilanteen olevan samanlaisen nyt 25 vuotta myöhemmin. Lähi- ja kyläkauppojen verkosto on harventunut. Kauppa-asiointi on siirtynyt aiempaa suurempiin marketteihin, mikä osaltaan saattaa vaikeuttaa vanhemman henkilön itsenäistä kauppa-asiointia. Myös pankkiasioinnin muuttuminen yhä teknisemmäksi voi asettaa vanhemmat ihmiset heikompaan asemaan siitä huolimatta, että jotkut pankit edelleen tarjoavat maksutonta kassa- tai maksupalveluasointia yli 65-vuotiaille. Yhteiskunnallisia muutoksia ja poliittisia toimenpiteitä tehtäessä tuleekin huolehtia siitä, että syrjäytymistä ei tapahdu johonkin tiettyyn ikäluokkaan kuulumisen tai syrjäisemmän asuinpaikan vuoksi.

Mahdollinen tuen ja palvelun tarve tulisi aina arvioida henkilökohtaisesti iästä, sukupuolesta, siviilisäädystä tai muista yksilötekijöistä riippumatta. Samanlaista henkilökohtaista avun tar-

peen arviointia korostaa Utz tutkimuskumppaneineen (2004). Palvelutarpeen kartoituksessa apuna voisi myös toimia ”Suositus toimintakyvyn arvioinnista iäkkään väestön hyvinvointia edistävien palveluiden yhteydessä” (Mäkelä ym. 2013) sillä edellytyksellä, että avun saanti on todella riippuvainen kunkin omista voimavaroista, asuin- ja elinolosuhteista.

#### **7.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimukset**

Aiemmissa tutkimuksissa on pääsääntöisesti kuvattu leskeytymisen negatiivisia vaikutuksia, mutta nyttemmin on yhä enenevässä määrin kiinnitetty huomiota leskien hyvään sopeutumiskykyyn. Vertailuissa, jotka on tehty leskinaisten ja muiden naisten välillä, on todettu leskinaisten pärjäävän arjessa akuutin suruvaiheen jälkeen yhtä hyvin kuin muut samanikäiset naiset (mm. Hahn ym. 2011). Myös tämän tutkielman osalta voidaan todeta naisleskien selviytyneen ruoanlaitosta, kaupassa käymisestä ja pankkiasioiden hoitamisesta yhtä hyvin kuin muut samanikäiset naiset. Leskien ja ei-leskien välillä ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja.

Erikseen tulee huomata, että tutkimuksen kaikki seitsemän akuutissa suruvaiheessa ollutta naisleskeä selviytyi vaikeuksista tarkasteltavista askareista. Näin voidaan todeta heidän onnistuneesti sopeutuneen uuteen elämäntilanteeseen ja suoriutuneensa vaikeuksista itsenäiselle kotona asumiselle tärkeistä arjen askareista. Tutkielman tulokset ovat näiltä osin ristiriidassa aiemman leskeytymisen negatiivisia seurauksia korostavan tutkimustiedon kanssa, ja kyseisen tutkimuksen tulokset ovat yhtenevämpiä uudempien tutkimustulosten kanssa. Stimpson ym. (2007) osoittavat tutkimuksellaan, että leskien kuolleisuusriski saattaa liittyä arveltua enemmän leskeytymisestä kuluneen ajan lisäksi sukupuoleen niin, että vain miehillä voidaan osoittaa olevan leskeytymistä seuraava merkittävästi suurentunut kuolleisuusriski, kun taas leskinaisten kuolleisuusriski on pikemmin yhteydessä yksilötason tekijöihin.

Bonnano tutkimustiimeineen (2002; 2004) on seurantatutkimuksissa huomannut joidenkin leskien jopa osoittavan kasvua ihmisenä ja toimijoina. Voimavarojen kasvua ja suoritusten paranemista on havaittu erityisesti niillä leskillä, joilla on ollut tavanomaista suurempi huoli ja vastuu puolisostaan (Bonnano ym. 2002; Bonnano ym. 2004). Samansuuntaisesta traagistakin elämänmuutosta seuraavasta henkisestä kasvusta on maassamme puhunut Koskinen (mm. 2006). Leskien kohdalla tulisikin tämän tutkielman tulosten perusteella muistaa olla varovainen stereotyyppisen ajattelun suhteen. Tulosten osittaiset ristiriitaisuudet aikaisempaan

tutkimustietoon verrattuna osoittavat leskitutkimusten tarpeellisuuden tästäkin eteenpäin - jopa enenevässä määrin- leskeytymisen ja yksin asumisen yleistymisen sekä väestön ikääntymisen vuoksi.

Osa tuloksista saattaa myös näyttäytyä tilastollisesti tarkastellen erilaisina kuin itse todellisuus on. Niinpä esimerkiksi tutkittujen naisten lämpimän ruoan laittaminen, ei välttämättä merkitse heidän ruokailunsa olevan ravitsemusopillisesti oikeanlaista. Lähempää tarkastelua tulisikin tehdä ruokailun säännöllisyydestä ja aterioiden ravitsemuksellisuudesta terveyden ja jaksamisen kannalta, mitkä osaltaan ovat yhteydessä kotona asumisen sujumiselle.

Kuoleman ennalta arvaamattomuuden takia uuteen elämäntilanteeseen sopeutuminen on aina yksilöllistä ja tapauskohtaista. Jotta leskien elämänhallinnasta ja arjesta saadaan Suomen osalta tärkeää lisätietoa, on pystyttävä tekemään väestöämme koskevia laajempia seurantatutkimuksia, joihin kuuluu akuutissa vaiheessa olevien leskien osalta retrospektiivisesti täydennetyt lisätiedot. Laajempien kvantitatiivisten väestötutkimusten lisäksi tulisi syvällisemmin tapauskohtaisesti tutkia leskeytymisen monimuotoisuutta kvalitatiivisesti pienemmillä otoksilla. Tämän tutkielman osalta olisi ollut erityisen kiinnostavaa tarkemmin selvittää, mikä on edesauttanut jokaisen vasta 0-2 vuotta leskenä olleen sopeutumista ja arjesta suoriutumista.

Lopuksi yhteen kiteytettynä voisi todeta, että tämän tutkimuksen perusteella lesket suoriutuivat IADL-toiminnoista yhtä hyvin kuin muut 75-vuotiaat naiset, mutta jatkossa olisi tärkeää tutkia ennen kaikkea akuutissa suruvaiheessa olevia leskiä: niin naisia kuin miehiäkin eri puolilta maataamme. Tutkimukset tulisi eliniän pitenemisen vuoksi ulottaa myös kaikkein vanhimpiin kotona asuviin. Näin voitaisiin tarkemmin selvittää, onko leskeytymisestä ja IADL-toiminnoista suoriutuminen nimenomaan sukupuolisidonnaista. Lisäksi olisi tärkeää kartoittaa, mitkä yksittäiset tekijät parhaiten selittävät itsenäiselle asumiselle keskeisistä arkipäivän välinetoiminnoista selviytymistä. Tällä tavoin voitaisiin kohdistaa voimavaroja juuri heikoimmiksi todennettuihin seikkoihin ja suunnata palvelut niille, jotka niitä kipeimmin tarvitsevat.

## LÄHTEET

- Antonucci, T.C., Lansford, J.E., Schaberg, L., Smith, J., Baltes, M., Akiyama, H., Takahashi, K., Fuhrer, R. & Dartigues, J-F. 2001. Widowhood and Illness: A Comparison of Social Network Characteristics in France, Germany, Japan, and the United States. *Psychology & Aging* 16 (4), 655–665, December 2001.
- Bennett, KM. 1997. A longitudinal study of wellbeing in widowed women. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 12, 61-66.
- Bonanno, GA., Wortman, CB., Lehman, DR., Tweed, RG., Haring, M., Sonnega, J., Carr, D. & Nesse, RM. 2002. Resilience to loss and chronic grief: a prospective study from preloss to 18-months postloss. *J Pers Soc Psychol.* 83(5), 1150-64.
- Bonanno, G.A., 2004. Loss, trauma and human resilience. Have we underestimated our capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist* 59, 20–28.
- Bowlby, J. 1980. *Attachment and Loss*. Vol 3, Basic Books, New York, London.
- Bowling, A. 2009. Predictors of mortality among a national sample of elderly widowed people: analysis of 28-year mortality rates. *Age Ageing* 38 (5), 527-530. doi: 10.1093/ageing/afp108
- Boyle, P.J., Feng, Z. & Raab, G.M. 2011. Does widowhood increase mortality risk?: testing for selection effects by comparing causes of spousal death. *Epidemiology* 22 (1), 1–5.
- Brissette, I., Scheier M.F. & Carver, C.S. 2002. The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *Journal of Personality and Social Psychology* 82(1), 102–111.
- Carr, D., House, J., Wortman, C., Nesse, R. & Kessler, R. 2001. Psychological adjustment to sudden and anticipated spousal loss among older widowed persons. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 56(4), 237–248.
- Carr, D. 2006. Methodological Issues in Studying Late Life Bereavement. Teoksessa D. Carr, R. Nesse & C. Wortman (toim.) *Spousal Bereavement in Late Life*. New York: Springer, 19–48.
- Cartwright, A. 1982. The elderly bereaved and their supporters. *Bereavement Care* 1(3), 20-22. Published online 7 Jan 2009.
- Chambers, P. 2005. *Older Widows and the Life Course: Multiple Narratives of Hidden Lives*. Aldershot: Ashgate Publishing.
- Collins, N.L. & Feeney, B.C. 2000. A safe haven: An attachment theory perspective on support seeking and caregiving in intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology* 78 (6), 1053 –1107.
- DeMichele, K.A. 2009. Memories of suffering: exploring the life story narratives of twice-widowed elderly women. *J. Aging Stud.* 23, 103–113.
- Donnelly, E.A. & Hinterlong, J.E. 2010. Changes in social participation and volunteer activity among recently widowed older adults. *Gerontologist* 50(2), 158-169.

- Elwert, F., & Christakis, N.A. 2008. The effect of widowhood on mortality by the causes of death of both spouses. *Research and Practice* 98, 2092–2098.
- Gerra, G., Monti, D., Panerai, A.E., Sacerdote, P., Anderlini, R., Avanzini, P., Zaimovic, A., Brambilla, F., Franceschi, C. 2003. Long-term immune-endocrine effects of bereavement: relationships with anxiety levels and mood. *Psychiatry Res.* 121(2), 145-158.
- Graf, C. 2008. The Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale. *American Journal of Nursing* 108(4), 53-62.
- Grimby, A. & Johansson, Å.K. 2009. *Handbok om sorg*. Göteborg: GrafiX SU/Sahlgrenska.
- Hahn, EA., Cichy, KE., Almeida DM. & Haley, WE. 2011. Time Use and Well-Being in Older Widows: Adaptation and Resilience. *Journal of Women & Aging* 23(2), 149-159. doi: 10.1080/08952841.2011.561139
- Hart, C.L., Hole, D.J., Lawlor, D.A., Smith, G.D., & Lever, T.F. 2007. Effect of conjugal bereavement on mortality of the bereaved spouse in participants of the Renfrew/Paisley Study. *Journal of Epidemiological Community Health* 61, 455 – 460. doi: 10.1136/jech.2006.052043
- Helin, S. 2002. Palvelujärjestelmä iäkkään ihmisen voimavarojen tukijana. Teoksessa Heikkinen, E. & Marin, M. (toim.) *Vanhuuden voimavarat*. Helsinki: Kustannusyhtiö Tammi, 35-67.
- Hogan, N.S., Greenfield, D.B. & Schmidt, L.A. 2001. Development and validation of the Hogan Grief Reaction Checklist. *Death Studies* 25, 1-31.
- Holland, J.M., Futterman, A., Thompson, L.W., Moran, C. & Gallagher-Thompson, D. 2013. Difficulties Accepting the Loss of a Spouse: A Precursor for Intensified Grieving Among Widowed Older Adults. *Death Studies* 37(2), 126-144.
- Hyrkäs, K., Kaunonen, M. & Paunonen, M. 1997. Recovering from the death of a spouse. *Journal of Advanced Nursing* 25, 775–779.
- Katz, S., Ford, A.B., Moskowitz, R.W., Jackson, B.A. & Jaffe, M.W. 1963. Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA* 1963 Sep 21(185), 914-919.
- Katz, S., Downs, T.D., Cash, H.R. & Grotz, R.C. 1970. Progress in Development of the Index of ADL. *The Gerontologist* 10 (1), 20-30. doi: 10.1093/geront/10.1\_Part\_1.20
- Kauppinen, M. 1992. Aineistot ja menetelmät sekä tutkittujen taustatietoja. Teoksessa Heikkinen, R-L. & Suutama, T. (toim.) *Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn ja terveyden arviointi*. Ikivihreät-projekti osa II. Helsinki: Valtion painatuskeskus 1992, 13–19.
- Koskinen, S. 2006. Ikäihmisten voimavarojen ja toimintakyvyn tunnistaminen. Esitelmä Vanhustyön koulutuksen kehittämisseminaari 1.9.2006. Tampere. Viitattu 7.3.2014. [http://www.oamk.fi/sote/hankkeita/aktiivinenvanhuus/vakka\\_verkoston/Simo%20Koskinen.doc](http://www.oamk.fi/sote/hankkeita/aktiivinenvanhuus/vakka_verkoston/Simo%20Koskinen.doc)
- Kytö, H. 2012. Lähipalvelujen merkitys kasvaa väestön ikääntyessä. Tilastokeskuksen Hyvinvointikatsaus 2/2012.

- Lalive d'Epinay, C., Cavalli, S. & Guillet, L.A. 2009. Bereavement in very old age: impact on health and relationships of the loss of a spouse, a child, a sibling, or a close friend. *Omega: Journal of Death and Dying* 60 (4), 301–325.
- Laukkanen, P. 2008a. Toimintakyky ja ikääntyminen – käsitteestä ja viitekehystä päivittäistoiminnoista selviytymisen arviointiin. Teoksessa E. Heikkinen & T. Rantanen (toim.) *Gerontologia*. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 261–272.
- Laukkanen, P. 2008b. Päivittäisistä toiminnoista selviytymistä arvioivat haastattelu- ja kyselytutkimukset. Teoksessa E. Heikkinen & T. Rantanen (toim.) *Gerontologia*. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 294–308.
- Lawton, M.P., & Brody, E.M. 1969. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 9(3), 179-186.
- Levy, L.H., Derby, J.F. & Martinkowski, K.S. 1993. Effects of membership in bereavement support groups on adaptation to conjugal bereavement. *American Journal of Community Psychology* 21, 361 – 381.
- Li, J., Precht, P. B., Mortensen, P. B. & Olsen, J. 2003. Mortality in parents after death of a child in Denmark: A nationwide follow-up study. *The Lancet* 361(9355), 363-367.
- Lichtenthal, W.G., Cruess, D.G. & Prigerson, H.G. 2004. Review A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clin Psychol Rev.* 24(6), 637-662.
- Newson, R.S., Boelen, P.A., Hek, K., Hofman, A. & Tiemeier, H. 2011. The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults. *Journal of Affective Disorders* 132, 231–238.
- Manzoli, L., Villari, P., M Pirone, G. & Boccia, A. 2007. Review Marital status and mortality in the elderly: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med.* 64(1), 77-94.
- Mikulincer, M., Shaver, P.R. & Pereg, D. 2003. Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion* 27 (2), 77–102.
- Mäkelä, M., Autio, T., Heinonen, H., Holma, T., Häkkinen, H., Hänninen, T., Pajala, S., Sainio, P., Schroderus, K., Seppänen, M., Sihvonen, S., Stenholm, S. & Valkeinen, H. 2013. Suositus toimintakyvyn arvioinnista iäkkään väestön hyvinvointia edistävien palveluiden yhteydessä. Julkistettu TOIMIA-tietokannassa 19.12.2013.
- Naef, R., Ward, R., Mahrer-Imhofa, R. & Grande, G. 2013. Characteristics of the bereavement experience of older persons after spousal loss: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies* 50(8), 1108–1121.  
doi.org.ezproxy.jyu.fi/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.026
- Nihtilä, E., & Martikainen, P. 2008. Institutionalization of older adults after the death of a spouse. *American Journal of Public Health* 98, 1228 – 1234.
- Nseir, S. & Larkey, L.K. 2013. Interventions for Spousal Bereavement in the Older Adult: An Evidence Review. *Death Studies* 37(6), 495-512. doi:10.1080/07481187.2011.649941
- Ong, A.D. & Bergeman, C.S. 2004. Resilience and adaptation to stress in later life: Empirical perspectives and conceptual implications. *Ageing International* 29(3), 219-246.

- O'Rourke, N. 2004. Psychological resilience and the well-being of widowed women. *Ageing International* 29(3), 267–280.
- Pankarinkangas, K. 2011. Leskien keski-ikässä tai myöhemmällä iällä solmimat uudet avioliitot: seurantatutkimus. University of Eastern Finland, Joensuu. *Dissertations in Education, Humanities, and Theology* 19.
- Pojjula, S. 2010. Henkirikosuhrien perheenjäsenten selviytyminen, mielenterveys ja kokemukset tuesta ja palveluista. *Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:21*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Pääkkönen, H. & Hanifi, R. 2011. Ajankäytön muutokset 2000-luvulla. Helsinki: Tilastokeskus.
- Quandt, SA., McDonald, J., Arcury, TA., Bell, RA. & Vitolins MZ. 2000. Nutritional self-management of elderly widows in rural communities. *The Gerontologist* 40(1), 86–96.
- Rantanen, T. & Sakari-Rantala, R. Toimintatetit. Teoksessa E. Heikkinen & T. Rantanen (toim.) *Gerontologia*. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 286-293.
- Routasalo, P. & Pitkälä, K. & Savikko, N. & Tilvis, R. 2005. Ikääntyneiden yksinäisyys: Kyselytutkimuksen tuloksia. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.
- Segal, D.L., Bogaards, J.A., Becker, L.A., & Chatman, C. 1999. Effects of emotional expression on adjustment to spousal loss among older adult. *Journal of Mental Health and Aging* 5, 297 – 310 .
- Segal, D.L, Chatman, C., Bogaards, J.A. & Becker, L.A. 2001. One-year follow-up of an emotional expression intervention for bereaved older adults. *Journal of Mental Health and Aging* 7, 465– 472.
- Shah, S.M., Carey, I.M., Harris, T., DeWilde, S., Victor, C.R. & Cook, D.G. 2012. Do good health and material circumstances protect older people from the increased risk of death after bereavement? *Am J Epidemiol*. 15;176(8), 689-98. doi: 10.1093/aje/kws162.
- Shear, K. & Shair, H. 2005. Attachment, loss, and complicated grief. *Developmental Psychology* 47(3), 253-267.
- Shear, M.K. 2008. *Death and Bereavement*, in *Psychiatry*. 3. edition. Chisester UK: John Wiley & Sons. doi: 10.1002/9780470515167.ch120
- Stimpson, J.P., Kuo, Y-F, Ray, L.A., Raji, M.A. & Peek, M.K. 2007. Risk of Mortality Related to Widowhood in Older Mexican Americans. *Annals of Epidemiol* 17(4), 313–319. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annepidem.2006.10.006>
- Stroebe, M.S., Stroebe, W. & Hansson, R.O. 1993. *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention*. New York: Cambridge University Press.
- Stroebe, M., Schut, H. & Stroebe, W. 2007. Health outcomes of bereavement. *The Lancet* 370(9603), 1960–1973.
- Stroebe, M., Hansson, R., Schut, H. 2008. *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention*. Washington DC: American Psychological Association.

Sulander, T., Helakorpi, S., Nissinen, A. & Uutela, A. 2006. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2005 ja niiden muutokset 1993–2005. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, B1/2006. Helsinki: Edita Prima Oy.

Suomen virallinen tilasto (SVT): Ajankäyttötutkimus. 2009. Helsinki: Tilastokeskus Viitattu 9.2.2014. [http://www.stat.fi/til/akay/2009/06/akay\\_2009\\_06\\_2014-02-06\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/akay/2009/06/akay_2009_06_2014-02-06_tie_001_fi.html)

Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestöennuste. 2012. 2012a. Liitetaulukko 1. Väestö ikäryhmittäin koko maa 1900–2060 (vuodet 2020–2060: ennuste). Helsinki: Tilastokeskus. Päivitetty 28.9.2012. Viitattu 9.2.2014. [http://www.stat.fi/til/vaenn/2012/vaenn\\_2012\\_2012-09-28\\_tau\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/vaenn/2012/vaenn_2012_2012-09-28_tau_001_fi.html)

Suomen virallinen tilasto (SVT): Perheet. Vuosikatsaus 2012: 7. 2012b. Miesten yksinasuminen yleistä myös keski-iässä. Helsinki: Tilastokeskus. Päivitetty 13.1.2014. Viitattu 9.2.2014. [http://www.stat.fi/til/perh/2012/02/perh\\_2012\\_02\\_2013-11-22\\_kat\\_007\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/perh/2012/02/perh_2012_02_2013-11-22_kat_007_fi.html)

Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestö. Vuosikatsaus 1991: 11, 49. Tilastotieto teoksesta Tuominen, E. 1994. Elämänmuutos ja muutoksen hallinta. Eläketurvakeskus tutkimuksia 1994:1. Helsinki: Painatuskeskus Oy.

THL 2014. Toimintakyky ja toimintakyvyn kuvaaminen. Viitattu 3.6.2014. [http://www4.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/icf/toimintakyky\\_ja\\_toimintakyvyn\\_kuvaaminen](http://www4.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/icf/toimintakyky_ja_toimintakyvyn_kuvaaminen)

TOIMIA 2012. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Lähtökohdat. Päivitetty 14.5.2010. Viitattu 6.3.2014. <http://www.toimia.fi/backgr.html>

Tuominen, E. 1994. Elämänmuutos ja muutoksen hallinta. Eläketurvakeskus tutkimuksia 1994:1. Helsinki: Painatuskeskus Oy.

Utz, R.L., Reidy, E.B., Carr, D., Nesse, R. & Wortman, C. 2004. The daily consequences of widowhood: The role of gender and intergenerational transfers on subsequent housework performance. *Journal of Family Issues* 25, 683–712.

Utz, R.L. 2006. The Economic and Practical Adjustments to Late Life Spousal Loss. Teoksessa D. Carr, R. Nesse & C. Wortman (toim.) *Spousal Bereavement in Late Life*. New York: Springer, 167–194.

Utz, R.L., Lund, D.A., Caserta, M.S. & deVries, B. 2011. Perceived Self-Competency Among the Recently Bereaved. *J Soc Work End Life Palliat Care* 7(2-3), 173–194. doi: 10.1080/15524256.2011.593154

Utz, R.L., Caserta, M. & Lund, D. 2012. Grief, Depressive Symptoms, and Physical Health Among Recently Bereaved Spouses. *Gerontologist* 52(4), 460–471.

Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, S. (toim.) 2010. *Suomalaisten hyvinvointi 2010*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 11.3.2013. Viitattu 15.2.2014. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/8cec7cec-5cf3-4209-ba7a-0334ecdb6e1d>.

Van den Berg, G.J., Lindeboom M. & Portrait F. 2011. Conjugal bereavement effects on health and mortality at advanced ages. *Journal of Health Economics* 30(4), 774–794. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhealeco.2011.05.011>



Van Den Brink, C. L., Tijhuis, M., Van Den Bos, G. A.M., Giampaoli, S., Kivinen, P., Nissinen, A. & Kromhout, D. 2004. Effect of Widowhood on Disability Onset in Elderly Men from Three European Countries. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52: 353–358. doi: 10.1111/j.1532-5415.2004.52105.x

Voutilainen, P. & Vaarama M. 2005. Toimintakykyymmittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Stakes, raportteja 7/2005. Helsinki.

Wilcox, S., Evenson, KR., Aragaki, A., Wassertheil-Smoller, S., Mouton, CP., Loevinger, BL.2003. The effects of widowhood on physical and mental health, health behaviors, and health outcomes: The Women's Health Initiative. *Health Psychology* 22, 513–522.

Williams, K. 2004. The transition to widowhood and the social regulation of health: consequences for health and health risk behavior. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 59(6), 343-349.

Wolff, K. & Wortman, C. B. 2005. Psychological Consequences of Spousal Loss Among Older Adults: Understanding the Diversity of Responses. Teoksessa Carr, D., Nesse, R. M. & Wortman, C. B. (toim.) *Spousal Bereavement in Late Life*. New York: Springer, 81-116.