

IKÄÄNTYNEIDEN KOTONA ASUVIEN HENKILÖIDEN TYYDYTTYMÄTTÖMÄT OSALLISUUDEN TARPEET

Kukka-Maaria Lepistö

Gerontologian ja kansanterveystieteen
pro gradu -tutkielma

Syksy 2015

Terveystieteiden laitos

Jyväskylän yliopisto

TIIVISTELMÄ

Tyydyttymättömien osallisuuden ja ulkoilun tarpeiden yhteys ikääntyneen henkilön terveyteen ja toimintakykyyn, ympäristön esteisiin ja sosiodemografisiin tekijöihin yli 65- vuotiailla kotona asuvilla miehillä ja naisilla.

Lepistö Kukka-Maaria

Pro gradu -tutkielma

Gerontologia ja kansanterveys

Jyväskylän yliopisto, liikuntatieteellinen tiedekunta, terveystieteiden laitos

Kevät 2015, 60 sivua

Ikääntyneiden ihmisten kuuluu saada osallistua yhteiskuntaan. Osallisuutta pidetään aktiivisen ikääntymisen yhtenä piirteenä. Jos ikääntynyt on kykenemätön osallistumaan haluamaansa toimintaan, muodostuu tästä tyydyttymättömän osallisuuden tarve. Tutkielman tarkoituksena oli selvittää tyydyttymättömään osallisuuden ja ulkoilun tarpeeseen yhteydessä olevia tekijöitä yli 65 – vuotiailla kotona asuvilla henkilöillä.

Tässä tutkimuksessa analysoitiin vuonna 2009-2011 kerättyä vapaaehtoistyö, ulkoliikunta ja vanhusten hyvinvointi (VAU)- tutkimushankkeen alkumittausaineistoa. Tutkimukseen osallistui 120 67-92 – vuotiasta miestä (n= 12) ja naista (n=108). Tyydyttymättömän ulkoilun sekä osallisuuden tarvetta esimerkiksi järjestö-, seurakunta-, tai kerhotoimintaan selvitettiin haastatteleamalla. Tyydyttymättömien osallisuuden tarpeiden ryhmään luokiteltiin ne tutkittavat, jotka eivät osallistuneet kyseisiin toimintoihin, mutta olisivat halunneet. Tyydyttymättömään ulkoilun tarpeen ryhmään kuuluivat ne tutkittavat, jotka halusivat lisätä ulkona liikkumista, mutta heillä ei ollut mahdollisuutta siihen. Sosiodemografisia tekijöitä, ympäristön esteitä, terveyttä ja toimintakykyä selvitettiin kyselyllä ja haastatteleamalla. Short Performance Physical Battery (SPPB)- testillä mitattiin ikääntyneiden henkilöiden alaraajojen suorituskykyä. Ryhmien välisiä eroja tarkasteltiin χ^2 -testillä, t-testillä ja Mann-Whitney U-testillä. Tyydyttymättömien tarpeiden yhteyksiä eri tekijöihin tarkasteltiin logistisen regressioanalyysin avulla. Analyysi vakioitiin iällä ja sukupuolella

Huonoksi koettu taloudellinen tilanne (OR=4.7, LV=1.050–21.077) ja kaatumisen pelko (OR=3.0, LV=1.356–6.715) olivat yhteydessä tyydyttymättömään osallisuuden tarpeeseen. Tyydyttymättömään ulkoilun tarpeeseen olivat yhteydessä kaatumisen pelko (OR=3.5, LV=1.426-8.590), se, että tutkittavalla oli useita pitkäaikaissairauksia (OR=6.2, LV=1.329-28.478) sekä kivut (OR=2.5, LV=1.120-5.791) ja sairaudet (OR=2.2, LV=1.021-4.936), jotka estivät tutkittavia liikkumasta ulkona. Lisäksi kaupassa käynnin (OR=30.4, LV=3.269-282.788) ja puolen kilomerin matkan kävelyn (OR=5.2, LV=1.406-19.207) vaikeutuessa, myös riski tyydyttymättömälle ulkoilun tarpeelle kasvoi.

Heikentynyt toimintakyky ja terveys, sekä huonoksi koettu taloudellinen tilanne saattavat estää osallisuuden yhteiskuntaan.

Avainsanat: Tyydyttymättömän tarve, osallisuus, toimintakyky

ABSTRACT

The connection between the participation and outdoor activity needs and the health and functional ability of the elderly, the obstacles of the surroundings and the sociodemographic factors over 65- year-old men and women living at home.

Lepistö Kukka-Maaria

Master's Thesis

Gerontology and Public Health

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

Autumn 2015, 60 pages

Everyone need to have the chance to take part in society. Participation is considered to be an important feature in active aging. An unmet need occurs when an elderly person is unable to participate in the action he or she wants to participate in. The aim of the study is to find out which factors are connected to the unmet needs for participation and outdoor activity of over 65-year-old men and women living at home.

The data of the study comes from the first measurement data of the Finnish three year Voluntary work, Outdoor activities and Wellbeing of the elderly (VAU) research project (2009-2011). 120 67-72-year-old men (n=12) and women (n=108) participated in the study. The unmet needs for participation and outdoor activity, for example organization, church, or club activities, were gathered by interviews.

The Participants who wanted to participate in the activities but couldn't, had an unmet participation need. The elderly who wanted to increase outdoor activity but couldn't were categorized in the unmet outdoor activity need group. Sociodemographic factors, environmental barriers, health and functional ability were studied using questionnaires, interviews and the short performance physical battery (SPPB). It was used to assess the functioning of inferior limbs. The differences between the groups were analyzed with the χ^2 -test and the Mann-Whitney's U-test. The Factors' connections to the unmet needs for participation and outdoor activity were analyzed using logistic regression. The analysis was standardized by age and sex.

A Poor perceived economic situation (OR=4.7, LV=1.050–21.077) and the fear of falling (OR=3.0, LV=1.356–6.715) were connected to unmet participation need. The fear of falling (OR=3.5, LV=1.426-8.590), several long-term diseases (OR=6.2, LV=1.329-28.478), pain (OR=2.5, LV=1.120-5.791) and diseases (OR=2.2, LV=1.021-4.936) which prevented the participants to go outside, were connected to the unmet outdoor activity need. Also when the participants had difficulties with grocery shopping (OR=30.4, LV=3.269-282.788) and walking 500 meters (OR=5.2, LV=1.406-19.207), the risk for an unmet outdoor activity need increased.

Poor functional ability, health and perceived economic situation may prevent elderly to participate in the society.

Keywords: Unmet need, participation, functional ability

KÄYTETYT LYHENTEET

| | |
|-------|---|
| ADL | Activities of Daily Living |
| AEA | Action on Elder Abuse |
| BKT | Brittiläisen Kolumbian Terveysministeriö |
| CAOA | Crime Against Older Adults |
| IADL | Instrumental Activities of Daily Living |
| SPPB | Short Performance Physical Battery |
| SPRC | Social Policy Research Centre |
| STM | Sosiaali- ja Terveysministeriö |
| THL | Terveysten- ja Hyvinvoinnin laitton |
| UNECE | United Nations Economic Commission for Europe |
| VAU | Vapaaehtoistyö, ulkoliikunta ja vanhusten hyvinvointi |
| WHO | World Health Organisation |

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

| | |
|--|----|
| 1 JOHDANTO | 1 |
| 2 MASLOWIN TARVEHIERARKIA | 4 |
| 3 IKÄÄNTYNEIDEN OSALLISUUDEN TARPEET | 6 |
| 3.1 Osallistuminen ja osallisuus..... | 6 |
| 3.2 Aktiiviteettien ja osallistumisen muutokset ikääntyessä..... | 8 |
| 3.3 Osallisuus osana aktiivista vanhenemista | 9 |
| 3.4 Osallisuus osana onnistunutta vanhenemista | 11 |
| 3.5 Sosiaalinen syrjäytyminen ja eristäytyneisyys..... | 12 |
| 4 IKÄÄNTYNEIDEN HENKILÖIDEN TYYDYTTYMÄTTÖMÄT OSALLISUUDEN TARPEET JA ESTEET | 15 |
| 4.1 Toimintakyky ja ympäristö osallisuuden tarpeen esteenä | 16 |
| 4.2 Sosiaalisen verkoston puute ja kaltoinkohtelu osallisuuden esteenä | 18 |
| 4.3 Palveluiden, avun ja tuen puute osallisuuden tarpeen esteenä..... | 19 |
| 5 IKÄÄNTYNEIDEN HENKILÖIDEN OSALLISUUDEN TARPEIDEN TYYDYTTYMISEN MAHDOLLISUUDET | 22 |
| 5.1 Yhteisöllisyys apuna osallisuuden tarpeiden tyydyttymiseen?..... | 23 |
| 5.2 Yhteiskunta tukena osallisuuden tarpeen tyydyttymisessä | 25 |
| 6 TUTKIELMAN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET | 29 |
| 7 TUTKIMUSAINESTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT | 30 |
| 7.1 Tutkimusaineiston kuvaus | 30 |
| 7.2 Tutkimusmenetelmät..... | 31 |
| 7.3 Sosiodemografiset muuttujat | 31 |
| 7.4 Toimintakykyä, terveyttä ja ympäristön esteitä mittaavat muuttujat..... | 32 |
| 7.5 Tilastotieteellinen analyysi | 33 |
| 8 TULOKSET | 35 |
| 8.1 Tutkittavien taustatiedot..... | 35 |
| 8.2 Sosiodemografisten tekijöiden yhteys tyydyttymättömään osallisuuden tarpeeseen | 35 |
| 8.3 Toimintakyvyn, terveyden ja ympäristön esteiden yhteys tyydyttymättömään osallisuuden tarpeeseen..... | 37 |

| | |
|---|-----------|
| 8.4 Sosiodemografisten tekijöiden yhteys tyydyttymättömään ulkoilun tarpeeseen | 40 |
| 8.5 Toimintakyvyn, terveyden ja ympäristön esteiden yhteys tyydyttymättömään ulkoilun tarpeeseen..... | 41 |
| 9 POHDINTA | 45 |
| 10 LÄHTEET | 52 |

1 JOHDANTO

Ikääntyneiden ihmisten määrä tulee kasvamaan nopeasti (Cho & Yi 2013). Yli 60- vuotiaita oli vuonna 1995 542 miljoonaa ja vuonna 2025 määrän ennustetaan kasvavan 1,2 miljardiin (WHO 2011). Ihmisoikeuksiin kuuluu mahdollisuus osallistua yhteiskuntaan (Regeringens Proposition 1999/2000:79, United Nations 1993, Haak ym. 2007 mukaan). Osallisuutta pidetäänkin tärkeänä piirteenä sekä aktiivisessa ikääntymisessä (WHO 2002) että onnistuneessa ikääntymisessä (Troutman-Jordan & Staples 2014). Tyydyttymätön osallisuuden tarve syntyy silloin, kun ikääntyneet henkilöt eivät pääse osallistumaan haluamiinsa toimintoihin (Rantanen ym. 2014) esimerkiksi huonontuneen terveydentilan (Siltaniemi ym. 2008, 55), tai heikentyneen liikkumiskyvyn vuoksi (Yang & Stanford 2012, Ward ym. 2012, WHO 2015, Ikäinstituutti 2015). Osallisuuden tarve voi liittyä esimerkiksi haluun liikkua ulkona, kulttuuritapahtumissa käymiseen tai vaikkapa järjestötoimintaan osallistumiseen (Rantanen ym. 2014). Osallisuus vaikuttaa sekä terveyteen (UNECE 2009, Rouvinen-Wilenius ym. 2011) että elämänlaatuun positiivisesti (UNECE 2009, Li ym. 2010). Lisäksi se edistää tasa-arvoa (Rouvinen-Wilenius ym. 2011).

Ikääntyneet henkilöt kohtaavat haasteita, joita ovat esimerkiksi yksinäisyys ja eristäytyneisyys (Cho & Yi 2013). Liikkumiskyvyn heikentyminen, sekä esimerkiksi avun puute voivat estää ikääntyneitä henkilöitä poistumasta kotoaan ja näin johtaa eristäytyneisyyteen (Ikäinstituutti 2015). Kodistaan ulos pääseminen kuuluu ihmisen autonomiaan. Sitä pidetään kuitenkin itsestään selvänä toimintana, minkä vuoksi se ei usein herätä poliittista tai tutkimuksellista mielenkiintoa (Terde 2006). Sosiaalinen irtautuminen ja havaittu eristäytyneisyys ovat yhteydessä huonontuneeseen terveyteen (Cornwell & Waite 2009). Tämän vuoksi osallisuuden turvaaminen on osana aktiivista ikääntymispolitiikkaa, sillä yhteiskunta, jossa kaikkien on hyvä olla, koostuu muun muassa mahdollisuudesta osallisuuteen ja esteettömyyteen. EU:n aktiivisen ikäpolitiikan tarkoituksena on elinajan pidentämisen lisäksi lisätä elämää vuosiin (Valtioneuvoston julkaisusarja 2004). Ikääntynyt sukupolvi on arvokas ja usein huomioimaton resurssi, jonka panos on yhteiskunnilla tärkeää (WHO 2002). Merkittävää on myös elinajanodotteen pidentymisen ja terveemmän ikääntymisen tuomat hyödyt, joita ovat potentiaalinen työvoima, pätevyys ja kokemus (UNECE 2009).

Englanniksi sana participation käännetään osallisuudeksi ja osallistumiseksi, mutta usein suomenkielissä keskusteluissa ne tarkoittavat eri asioita. Osallisuuteen kuuluu osallistuminen (Viirkorpi 1993, 23, Nivalan & Rynnäsén 2013 mukaan), sillä osallistumisen kautta kehittyä osallisuus (Oikeusministeriö 2005, Rouvinen-Wilenius ym. 2011). Tyydyttymättömästä osallisuuden tarpeesta ja niiden yhteyksistä on melko vähän tutkimuksia. Tyydyttynyt osallisuuden tarve ei näytä olevan terminä yleisesti käytetty. Kuitenkin esimerkiksi fyysisen aktiivisuuden tyydyttymättömästä tarpeesta (Rantakokko ym. 2010), sosiaalisen osallisuuden tyydyttymättömästä tarpeesta (Miranda-Castillo ym. 2010, Ploeg ym. 2013) ja tyydyttymättömistä palvelutarpeista (Casado ym. 2011) löytyi tutkimuksia. Aiempia tutkimuksia oli kuitenkin osallisuuden esteistä. Esimerkiksi Itäsuomalaisen kaikenikäisten osallisuutta tarkastelevassa tutkimuksessa selvitettiin osallistumisen tarvetta ja osallisuuden esteitä (Siltaniemi ym. 2008). Eri tutkimuksissa ilmenneitä osallisuuden esteitä olivat esimerkiksi ympäristön esteet (Michaela ym. 2006, Li ym. 2010, Clarke ym. 2012, Yang & Stanford 2012, Tsai ym. 2013), avun ja tuen puute (Siltaniemi ym. 2008, 52, Tsai ym. 2013, Ikäinstituutti 2015), kykenemättömyys käyttää julkista liikennettä (Michaela ym. 2006, Broome ym. 2009, Roe ym. 2011), sosiaalisen verkoston puute (Ward ym. 2012) ja kaltoinkohtelu (CAOA 2013, Gibbs & Mosqueda 2010). Lisäksi ikääntyneiden henkilöiden liikkumiskyvyn heikkeneminen (Yang & Stanford 2012, Ward ym. 2012, WHO 2015, Ikäinstituutti 2015) ja huono terveydentila (Haak ym. 2007, Siltaniemi ym. 2008, 55), olivat esteenä osallisuudelle (Haak ym. 2007, Siltaniemi ym. 2008, Yang & Stanford 2012, Ward ym. 2012, Ikäinstituutti 2015). Toimintakyvyn (Nadien 2006) ja liikkumiskyvyn (Rantakokko ym. 2010) heikkeneminen vaikuttivat myös ikääntyneen henkilön itsenäiseen suoriutumiseen (Nadien 2006, Rantakokko ym. 2010) ja osallisuuteen (Clarke ym. 2012).

Tutkielmassa analysoitiin vuonna 2009-2011 kerättyä vapaaehtoistyö, ulkoliikunta ja vanhusten hyvinvointi (VAU)- tutkimushankkeessa kerättyä alkumittausaineistoa (Rantanen ym. 2014). Hankkeen tavoitteena oli auttaa yksin asuvia ja liikkumiskyvyn ongelmista kärsiviä ikääntyneitä ihmisiä järjestämällä heille vapaaehtoisten avulla mahdollisuuden osallistua kodin ulkopuolisiin aktiviteetteihin. Näitä olivat esimerkiksi liikunta-, kulttuuri-, sivistys- ja virkistystoiminnat (GeroCenter 2015). Pro- gradu tutkielman tarkoituksena on selvittää mitkä sosiodemografiset tekijät, ympäristöstä johtuvat esteet sekä toimintakykyyn ja terveyteen

liittyvät tekijät ovat yhteydessä ikääntyneiden henkilöiden tyydyttymättömyyden osallisuuden ja ulkoilun tarpeeseen. Osallisuuden ja ulkoilun tyydyttymättömät tarpeet ovat ikääntyneiden henkilöiden subjektiivisia kokemuksia.

2 MASLOWIN TARVEHIERARKIA

Maslowin (1954) tarvehierarkian mukaan ihmisen perustarpeet ovat hierarkkisessa järjestyksessä niiden voimakkuuden mukaan. Motivaatioteorian alkupisteenä pidetään ihmisen fysiologisten viettien tuottamia tarpeita, jotka ovat kaikkein voimakkaimpia tarpeita ja joiden rinnalla muut tarpeet jäävät usein taka-alalle. Esimerkiksi jos yksilöllä ei ole ruokaa, turvaa, rakkautta tai kunnioitusta, on ruoan tavoittelu näistä voimakkain tarve. Korkeammat tarpeet tulevat esiin sitä mukaan kun alemmat tarpeet ovat tyydytettyinä. Fysiologisten tarpeiden jälkeen ilmaantuu turvallisuuden tarve. Maslowin (1954) mukaan turvassa oleva yksilö ei koe itseään enää uhatuksi samoin kuin kylläinen yksilö ei tunne enää nälkää. Kun sekä fysiologiset että turvallisuuden tarpeet ovat tyydytettyinä, ilmaantuvat seuraavaksi rakkauden ja kiintymyksen sekä yhteenkuuluvuuden tarpeet. Yksilö kaipaa ja yrittää saavuttaa kiintymyssuhteita ihmisten kanssa (Maslow 1954, 80-83).

Seuraavaksi yksilöä kohtaa kunnioituksen tarpeet. Miltei kaikilla ihmisillä on tarve ja halu itsekunnioitukseen tai itseluottamukseen ja muiden ihmisten kunnioittamiseen. Nämä tarpeet voidaan siksi luokitella kahteen toissijaiseen ryhmään. Ensiksi on esimerkiksi halu voimaan, menestykseen ja kompetenssiin, itsetuntoon ja itsenäisyyteen sekä vapauteen. Toisekseen ihmisillä on halu maineeseen tai vaikutusvaltaan, eli kunnioitukseen tai arvostukseen toisilta ihmisiltä. Se, että yksilö on tyytyväinen itseensä, luo itseluottamusta. Tällöin yksilö tuntee olevansa hyödyllinen ja korvaamaton. Näiden tarpeiden estäminen aiheuttaa huonommuuden, heikkouden ja avuttomuuden tunteita. Itsensä toteuttamisen tarpeet syntyvät seuraavaksi. Maslow (1954) muistuttaa, että tyytymättömyyden ja rauhottomuuden tunteet kehittyvät, ellei yksilö pääse toteuttamaan itseään siihen mihin hänet on luotu. Itsensä toteuttaminen mahdollistaa sen, että yksilö voi kokea olevansa sinut itsensä kanssa. Esimerkiksi muusikko on luotu tekemään musiikkia, taiteilijan täytyy saada maalata ja runoilijan tehtävä on kirjoittaa. Itsensä toteuttamisen tarpeen keksi Kurt Goldstein. Se viittaa yksilön haluun kokea itsensä täytenä ja toteuttaa omaa potentiaaliaan. Vapaus puhua, ilmaista itseään, tutkia, puolustaa itseään ja tehdä mitä haluaa aiheuttamatta muille harmia, ovat edellytyksenä perustarpeiden tyydyttymiseen (Maslow 1954, 86, 90-92)

Tarpeiden hierarkkinen järjestys ei ole joustamaton. Useimmilla ihmisillä perustarpeet näyttävät olevan Maslowin (1954) nimittämässä järjestyksessä. On kuitenkin olemassa ihmisiä, joille esimerkiksi itsetunto on tärkeämpi kuin rakkaus. Kun tarve on ollut tyydytettynä jo pitkän aikaa, se menettää tärkeytensä ja siihen ei enää kiinnitetä huomiota. Korkeammat tarpeet voivat ajoittain ilmestyä myös pakotettuina tai vapaaehtoisesti. Lisäksi ne voivat ilmaantua silloin, jos perustarpeet tukahdutetaan tai riistetään yksilöltä. Näihin voi olla syynä esimerkiksi torjuminen, itsekuri tai eristäytyneisyys (Maslow 1954, 98-99).

3 IKÄÄNTYNEIDEN HENKILÖIDEN OSALLISUUDEN TARPEET

3.1 Osallistuminen ja osallisuus

Osallisuus on laaja käsite (Oikeusministeriö 2005) eikä sitä voida selittää vain yhdellä määritelmällä. Se koostuukin useista erilaisista merkityksistä (Kohonen & Tiala 2002). Osallisuus ja osallistuminen näytetään kuitenkin erottavan toisistaan, sillä Nivala ja Rynnänen (2013) viittaavat Viirkopeen (1993, 22), jonka mukaan englanniksi sana participation käännetään osallisuudeksi ja osallistumiseksi. Usein suomenkielisissä keskusteluissa ne tarkoittavat eri asioita. Osallisuuteen kuuluu osallistuminen (Nivala & Rynnänen 2013). Osallistumisen kautta kehittyä osallisuus (Oikeusministeriö 2005, Rouvinen-Wilenius ym. 2011), minkä kautta yksilö kokee olevansa osana yhteisöä ja yhteiskuntaa. Kuulumisen tunne syntyy siitä, että yksilö saa osallistua, vaikuttaa ja esimerkiksi harrastaa yhteiskunnassaan (Oikeusministeriö 2005). Osallistuminen on siis toimintaa, joka tukee osallisuutta, mutta sitä ei voi käyttää osallisuuden synonyymina (Nivala & Rynnänen 2013). Osallistuminen on sitä, että ihminen pääsee vaikuttamaan omaan elämäänsä, elinpiiriinsä ja saa samalla toteuttaa myös itseään (Rouvinen-Wilenius ym. 2011). Se ei ole ainoastaan suurelta yhteiskunnallista vaikuttamista, vaan se on yhdessä tekemistä esimerkiksi oman yhteisönsä kanssa (Nivala & Rynnänen 2013).

Osallisuus on tunneperäinen kokemus (Rouvinen-Wilenius 2014), joka voi myös olla voimaannuttavaa (Rouvinen-Wilenius ym. 2011). Yksilön tasolla osallisuus on sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitoa ja vahvistamista sekä yhteenkuuluvuutta yhteisöönsä (STM 2008). Se on toimintaa, joka toteutuu yksilön ja yhteisön välillä. Yksilö on osana yhteisöä, toimii siinä ja tuntee myös itse kuuluvansa siihen (Nivala & Rynnänen 2013, THL 2015). Osallisuuden tunteet muodostuvatkin yksilön kuulluksi tulemisesta, huomioon ottamisesta, sosiaalisesta kanssakäymisestä, omien asioiden päättämisestä, vaikuttamisesta, keskusteluista ja muiden ihmisten tapaamisista (Rouvinen-Wilenius 2014). Haak ym. (2007) tutkimuksessa tutkittavat kuvailivat osallisuuden olevan yhteenkuuluvuuden tunnetta toisiin ihmisiin ja sitä, että he tunsivat olevansa osana isompaa kontekstia, olivat sitoutuneita johonkin ja osallistuivat erilaisiin aktiviteetteihin. Yhteenkuuluvuus jaettiin kolmeen kategoriaan, joita olivat

kokemusten jakaminen, toisten ihmisten kanssa oleminen ja yhteys ulkomaailmaan. Kokemusten jakaminen sisälsi ajatuksen, että ikääntyneet henkilöt ovat yhteydessä muihin verbaalisesti ja toisten ihmisten kanssa oleminen taas korosti tutussa paikassa tuttujen ihmisten kanssa olemista. Muiden auttaminen ja vastuun ottaminen jostakin olivat myös tärkeä osa osallisuuden kokemusta. Ikääntyneet henkilöt kokivat olevansa yhteydessä ulkomaailmaan, kun he saivat olla niitä ihmisiä, johon muut tukeutuivat. Maselko ym. (2014) tutkimuksessa suosituin produktiivinen aktiviteetti olikin lastenlasten hoito (Maselko ym. 2014). Jos ikääntynyt henkilö ei merkinnyt mitään kenellekään, tai hänellä ei ollut mitään tehtävää, kehkeytyi tästä yksinäisyyden kokemuksia (Haak ym. 2007). Yhteisöllisyys ja kuulluksi tuleminen auttavat yksilöä muodostamaan identiteettiä ja eheyttämään sitä (Rouvinen-Wilenius ym. 2011). Ei ole kuitenkaan määritelty miten osallisuuden tarve tulee tyydytetyksi (Rouvinen-Wilenius ym. 2011).

Yhteiskunnallisella tasolla erityisesti sosiaalinen osallisuus nähdään yksilön oikeutena kehittää ja vaikuttaa yhteiskuntaan (STM 2008). Osallisuutta pidetäänkin usein aktiivisena vaikuttamisena ja toimimisena. Oikeusministeriön julkaisussa (2005) osallisuus nähdään mahdollisuutena päätöksentekoon, jolloin kansalaisilla tulisi olla tarpeeksi tietoa saatavilla (Oikeusministeriö 2005). Osallistuminen kuvastaa yksilöä aktiivisena toimijana, kuten aloitteentekijänä yhteiskunnassa. Osallisuus voi olla myös kansalaistoimintaa tai -aktivismia sekä järjestötoimintaa (Kohonen & Tiala 2002). Aito osallisuus syntyy kuitenkin silloin, kun kansalaiset kokevat olevansa täysivaltaisia jäseniä, sekä kokevat vaikuttavansa asioihin (Oikeusministeriö 2005). Osallisuus voidaan jakaa erilaisiin tasoihin ja rooleihin, jotka viestittävät osallisuuden merkityksestä vaikuttaa ja olla vaikuttajana. Yksilö voi olla kansalaisena osallisena esimerkiksi kunnan asiakkaana ja asiakasosallisena palveluiden kehittäjänä. Tämän lisäksi yksilö voi olla kunnallishallinnossa osallisena, johon kuuluu muun muassa omaan kuntaan liittyvä vaikuttaminen (Kohonen & Tiala 2002). Osallisuus voidaan jakaa tieto-osallisuuteen, suunnitteluosallisuuteen, päätösosallisuuteen ja toimintaosallisuuteen. Tieto-osallisuuteen kuuluu esimerkiksi kunnan kansalaisten informoiminen ja heidän asioidensa kuuleminen. Suunnitteluosallisuus on taas valmisteluihin liittyvää osallistumista ja päätösosallisuus esimerkiksi oman asuinalueen päätöksiin osallistumista. Toimintaosallisuus on yksilön omassa elinympäristössä, tai palveluissa tuotettua toimintaa (Kohonen & Tiala 2002). Toisaalta Bukov ym. (2002) tutkimuksessa erotettiin kolme sosiaalisen osallisuuden tyyppiä, joita olivat kollektiivinen, produktiivinen ja poliittinen

osallisuus. Produktiiviseen osallisuuteen liittyi sekä lasten hoitaminen että esimerkiksi urheiluyhdistyksen isännöinnin tehtävät. Sosiaalisen osallisuuden huomattiin olevan kumulatiivista, sillä poliittisiin aktiviteetteihin osallistuvat ikääntyneet ihmiset osallistuivat myös kahteen muuhun sosiaalisen osallisuuden toimintaan. Vaikka monet yksilöt vaihtoivat heidän sosiaalista osallisuuttaan neljän vuoden seurannan aikana, kumulatiivinen malli näytti pysyvän muuttumattomana. Koulutus ja ammattiasema olivat yhteydessä sosiaalisen osallisuuden voimakkuuteen, mutta tutkimuksen mukaan sosiaalinen osallisuus olisi kuitenkin paremmin selitettävissä iällä ja terveydellä.

3.2 Aktiviteettien ja osallistumisen muutokset ikääntyessä

Hodgkin (2012) tutkimuksessa ikä määritteli ikääntyneiden henkilöiden kiinnostusta aktiviteetteihin ja osallistumisen tasoa. Vanhemmat kohortit vierailivat perheensä luona vähemmän ja toisaalta perheet vierailivat vähemmän ikääntyneiden henkilöiden luona verrattuna nuorempiin kohortteihin. Tutkittavista 60-70- vuotiaat ja sitä vanhemmat pitivät enemmän yhteyttä naapureihinsa verrattuna nuorempiin ikäryhmiin. Nuoremmat ihmiset raportoivat korkeampaa sosiaalisen aktiivisuuden tasoa julkisilla paikoilla, kuten klubeilla, kahviloissa ja ravintoloissa. He kävivät enemmän elokuvissa ja juhlissa. Nuoremmat ikäluokat olivat myös kiinnostuneempia urheilusta. Nämä aktiviteetit vähenivät merkittävästi ikääntyneemmillä ihmisillä (Hodgkin 2012). Liikkumisen rajoittuminen (Portegijs ym. 2014) ja yleisesti terveyden huonontuminen (Haak ym. 2007) saattavatkin johtaa kodin ulkopuolisista aktiviteeteista luopumiseen (Haak ym. 2007, Portegijs ym. 2014). Aktiviteetit näyttävät muuttuvan ikääntyessä passiivisiksi ja vähemmän vaativiin aktiviteetteihin osallistumiseksi (Haak ym. 2007), jolloin esimerkiksi ystävien luona vierailut ja kunnan palveluissa käyminen vähenevät (Portegijs ym. 2014). Useissa tutkimuksissa ikääntyneiden henkilöiden suosituimmiksi vapaa-ajan toiminnoiksi osoittautuivat television katselu (Li ym. 2010, Minhat & Amin 2012, Maselko ym. 2014), keskusteleminen ja lukeminen (Li ym. 2010, Minhat & Amin 2012). Lisäksi käveleminen ja osallistuminen uskonnollisiin menoihin mainittiin Li ym. (2010) tutkimuksessa. Osallistuminen eri toimintoihin voi olla mielekästä niin kauan kuin ne tuottavat tyydytystä. Jos ikääntyneet henkilöt kokevat olevansa aloittelijoita tai heillä ei ole taitoja vaadittuun toimintaan, saattaa tämä vähentää osallistumista eri aktiviteetteihin (Haak ym. 2007). Toisaalta mieluisista toiminnoista luopuminen, kuten taiteellisten kykyjen

menettäminen, saattaa tuntua jopa minuuden kadottamiselta (Wijngaarden ym. 2015). Esimerkiksi Li ym. (2010) tutkimuksessa pitkäaikaishoitolaitokseen muuttaneet ikääntyneet henkilöt joutuivat hylkäämään aiemmat mieluisat aktiviteetit ja korvaamaan ne uusilla. Aiemmin jotkut asukkaista nauttivat maalauksesta, korutekstauksesta, puutarhanhoidosta ja matkustamisesta. Pitkäaikaishoitolaitoksesta kuitenkin puuttui esimerkiksi maalaamiseen sopiva pöytä, korutekstauksen työkalut sekä tila kukkien istuttamiseen.

Kotiin rajautunut elämä sai Haak ym. (2007) tutkimuksessa ikääntyneitä henkilöitä etsimään uusia mahdollisuuksia, joiden avulla jakaa kokemuksia ja olla osallisena. Näitä olivat esimerkiksi ystävien vierailut ja kotona järjestettävät ryhmäaktiviteetit, kuten kirjapiiri. Ikääntyneiden henkilöiden rooli muuttui toimijasta katselijaksi ja yhteys ulkomaailmaan tarkoitti myös sitä, että ikääntyneet henkilöt saattoivat seurata kotoaan muiden ihmisten tapahtumia. Ihmisten seuraaminen tutussa yhteydessä loi kuvan, että henkilöt olisivat itsekin osana isompaa kontekstia. Kun eristäytyneisyys kasvoi, visuaalisen vaikutelman kautta yksilöt kykenivät kokemaan itsensä taas osalliseksi ulkomaailmaan, esimerkiksi seuraamalla lapsia leikkikentällä. Erityisesti ne ihmiset, joihin ikääntyneillä henkilöillä oli jonkinlainen yhteys, koettiin kiinnostaviksi. Tämä vaikutti merkittävästi osallisuuden tunteiden kehittymiseen ja aktiivisuuden tunteeseen. Yhteys ulkomaailmaan ei siis välttämättä enää kuvaakaan ikääntyessä osallisuutta suoranaisena vuorovaikutuksena toisiin ihmisiin. Ystävät menehtyivät ja yhteydenpidosta perheen kanssa tuli tärkeä tapa säilyttää läheisiä suhteita. Muutoin yksinäisyyden tunteet ja eristäytyneisyys kasvoivat, jolloin koti saatettiin kokea jopa vankilaksi. Myös Wijngaarden ym. (2015) tutkimuksessa useimmat ikääntyneistä henkilöistä olivat aluksi aktiivisia yhteiskunnan jäseniä, mutta huomasivat hiljalleen muuttuvansa ulkopuoliseksi ympäröivästä maailmasta ja näin menettivät kuulumisen tunteensa yhteiskuntaan.

3.3 Osallisuus osana aktiivista vanhenemista

Aktiivista ikääntymistä, tervettä ikääntymistä, tuottavaa ikääntymistä ja positiivista ikääntymistä käytetään usein synonyymeina toisilleen. Onnistunut ikääntyminen ja aktiivinen tai terve ikääntyminen koostuvat samankaltaisista merkityksistä. Niihin sisältyy ajatus

hyvinvoinnin saavuttamisesta, sekä toivotusta käytöksestä (Ng ym. 2009). Bowling (2008) tutkimuksessa aktiivinen vanheneminen tarkoitti tutkittavien mielestä fyysisen terveyden ja toimintakyvyn ylläpitoa (43 %), vapaa-ajan aktiviteetteja sekä sosiaalisia toimintoja (34 %). Lisäksi sen merkitykseen kuului henkinen hyvinvointi ja aktiivisuus (18 %) sekä sosiaaliset suhteet ja kontaktit (15 %). Aktiivisessa ikääntymisessä ominaista oli muun muassa kehon ja mielen harjoittaminen, sillä ajatuksena oli pyrkiä ylläpitämään terveyttä ja toimintakykyä. Tutkittavien käsitykset aktiivisesta vanhenemisesta sulki hauraat ikääntyneet ihmiset pois määritelmästä, sillä heidän mukaansa aktiiviseen vanhenemiseen kuului ajatus aktiivisuudesta, sosiaalisesta, fyysisestä ja henkisestä terveydestä.

Aktiivinen vanheneminen on prosessi, joka optimoi terveyden, osallisuuden ja turvallisuuden mahdollisuuksia ja edistää näin elämänlaatua. Se myös auttaa ihmisiä näkemään heidän fyysiset, sosiaaliset ja henkiset mahdollisuutensa eri elämän vaiheissa. Kun yksilön tarpeet ja halut huomioidaan, vahvistaa tämä yksilön osallistumista yhteiskuntaan. Olisi kuitenkin tärkeää, että aktiivisen vanhenemisen strategia siirrettäisiin pois WHO:n (2002) nimittämästä "tarve-pohjaisesta" - lähestymistavasta, jolloin ihminen muuttuu subjektista objektiksi. Toinen WHO:n (2002) nimittämä lähestymistapa on "oikeus- pohjainen", joka tekee ihmisistä tasa-arvoisesti oikeutettuja erilaisiin mahdollisuuksiin tai esimerkiksi hoitoon kaikissa elämän vaiheissa. Se tukee sekä poliittista osallisuutta että laajemmin myös yhteiskunnallista osallisuutta. Aktiivisuus ei kuitenkaan tarkoita sitä, että yksilön tulisi osallistua sosiaaliseen, taloudelliseen, kulttuuriseen, uskonnolliseen tai kunnalliseen toimintaan, puhumattakaan siitä, että ikääntyneen henkilön tulisi olla fyysisesti aktiivinen tai tehdä töitä. Ikääntyneet ihmiset voivat pysyä aktiivisina hyväntekijöinä perhettään, ystäviään, yhteisöään ja koko yhteiskuntaa kohtaan, oli kyse sitten juuri eläkkeelle jääneistä tai toimintakyvyltään huonokuntoisista ikääntyneistä ihmisistä (WHO 2002).

Jos siis terveys-, työmarkkina-, työllisyys-, koulutus- ja sosiaalilinjat tukisivat aktiivista ikääntymistä, ihmisillä olisi mahdollisuus ikääntyessään nauttia hyvästä elämänlaadusta ja osallistua aktiivisesti sosiaaliseen, kulttuuriseen, taloudelliseen sekä yhteiskunnan poliittisiin muotoihin unohtamatta perhe- ja yhteisöelämää. Aktiivinen ikääntyminen pyrkii myös pidentämään ikääntyneiden ihmisten elinajanodotetta ja elämänlaatua, unohtamatta hauraita, toimintakyvyttömiä ja hoitoa tarvitsevia ikääntyneitä ihmisiä (WHO 2002).

3.4 Osallisuus osana onnistunutta vanhenemista

Onnistunut vanheneminen määritellään sairauksien ja niistä aiheutuvien toimintakyvyttömyyksien vähäisyydeksi, korkeaksi kognitiiviseksi ja fyysiseksi toimintakyvyksi sekä aktiiviseksi osallistumiseksi. Näiden kolmen tekijän suhde on kuitenkin hierarkkinen, sillä onnistunut vanheneminen on enemmän kuin sairauksien puutetta ja toimintakyvyn ylläpitoa. Kyse on ennemminkin näiden yhdistelmästä, joka ilmenee ikääntyneen henkilön aktiivisesta sitoutumisesta elämään (Rowe & Kahn 1997). Biolääketieteen mallit korostavat onnistuneen vanhenemisen olevan sairauksien puutetta sekä hyvää fyysistä ja henkistä toimintakykyä. Toisaalta sosiopsykologiset mallit taas korostavat elämäntyytyväisyyttä, sosiaalista toimintakykyä ja osallistumista sekä psyykkisiä voimavaroja. Onnistuneen vanhenemisen termit ja kriteerit ovat kuitenkin useimmille ihmisille epärealistisia. Ne tulisi nähdä ihanteellisena tilana johon tähdätä, sillä käsitettä ei tulisi jakaa onnistumiseksi tai epäonnistumiseksi (Bowling & Dieppe 2005). Esimerkiksi Strawbridgen (2002) tutkimuksessa 43 % tutkittavista, joilla oli kroonisia sairauksia, kokivat silti ikääntyvänsä onnistuneesti ja samoin kokivat myös 36 % tutkittavista, joilla oli fyysisiä tai kognitiivisia ongelmia.

Onnistuneen vanhenemisen eräänä piirteenä voidaan pitää aktiivista itsenäisyyttä, joka nousi Troutman-Jordan & Staplesin (2014) tutkimuksessa toiseksi yleisimmäksi teemaksi (29 %). Aktiivista itsenäisyyttä ilmaistiin esimerkiksi riippumattomuutena, sitoutumisena ulkomaailmaan ja osallistumisena haluttuihin aktiviteetteihin. Tutkittavien mukaan itsestään huolehtiminen, autolla ajaminen, asuminen yksin, kotitöiden teko, kirkkoon meneminen, ostosten tekeminen itsenäisesti ja riippumattomuus muista kuuluivat aktiiviseen itsenäisyyteen. Sitoutumisella ulkomaailmaan tarkoitettiin kiinnostusta ja osallisuutta sekä lähiympäristöön että laajempaan yhteisöön. Onnistuneen vanhenemisen yksi tärkeimmistä piirteistä oli sosiaaliset suhteet (23 %). Myös Ng ym. (2009) tutkimuksessa sosiaalinen verkosto ja tuki olivat onnistuneen vanhenemisen piirteinä. Troutman-Jordan ja Staples (2014) tutkimuksessa korostettiin erityisesti perhettä, jolta sai rakkautta ja tukea. Lisäksi tutkittavat mainitsivat perheen ulkopuoliset ystävyysuhteet, laajemmat sosiaaliset vuorovaikutukset sekä tuen ja hoidon. Osallisuus oli tässäkin teemassa tärkeässä roolissa, sillä tutkittavien mukaan ystävät ja mahdollisuus mennä paikkoihin toisten ihmisten kanssa olivat hyvin tärkeitä onnistuneen

vanhenemisen piirteitä. Osallistumisen merkitys tuli esille myös useissa muissa teemoissa, joita tutkittavat ottivat esille. Kolmasosa (26 %) tutkittavista vastasi terveyttä koskeviin aiheisiin. Fyysinen toimintakyky ja terveyden jonkinasteinen säilyttäminen olivat usein mainittuina onnistuneen vanhenemisen piirteiksi. Näihin lukeutui tutkittavien mukaan tunne, että voi tehdä mitä fyysisesti haluaa ja osallistua aktiviteetteihin ilman kipua. Lisäksi tähän kuului aktiivisen sekä terveellisen elämäntyylin säilyttäminen. Positiivinen elämänasenne ja selviytyminen olivat myös onnistuneen vanhenemisen piirteitä. Positiivisessa elämänasenteessa hyväksyttiin ikääntymisen mukana tuomat esteet, mutta elämää jatkettiin tästä huolimatta tyytyväisenä. Selviytyminen oli tutkittavien mielestä päivittäisistä toiminnoista selviytymistä, toiminnanheikkouksien hyväksymistä ja jatkamista mahdollisuuksien mukaan entiseen malliin.

Osallisuuden tavoittelu näkyi myös vapauden ja itsensä hyödylliseksi kokemisen teemoissa. Vapaus määriteltiin kahdella tavalla. Ensimmäisessä tavassa vapaus oli sitä, että sai osallistua nautintoa tuoviin asioihin elämässä. Noin 68 % tutkittavista mainitsi vapauden olevan osallisuutta ja elämän yksikertaisista asioista nauttimista. Tämä saattoi olla menemistä minne haluaa, harrastamista, matkustamista ja yleisesti elämästä nauttimista omien kiinnostusten ja kykyjen mahdollistamalla tavalla. Vapaus vaatimuksista, aikarajoitteista, stressistä ja huolista mainittiin useissa vastauksissa. Toiveena olikin tehdä mieluummin sitä mitä haluaa, kuin sitä mitä täytyy. Hyödyllisen osallisuuden mainitsi 97 % tutkittavista, joka koettiin esimerkiksi tarpeena antaa takaisin yhteisölleen. Tämä saattoi olla toimimista esimerkiksi kuuntelevana korvana, elämäkokemusten jakamisena tai vapaaehtoistyön tekemisenä. Pieni osa tutkittavista (0,7 %) piti onnistuneen ikääntymisen merkinä uskonnon harjoittamista. Myös Ng ym. (2009) tutkimuksessa havaittiin, että onnistuneen vanhuuden kokivat erityisesti ne ikääntyneet henkilöt, joilla oli uskonnollisia ja/ tai muita henkisiä uskomuksia.

3.5 Sosiaalinen syrjäytyminen ja eristäytyneisyys

Vastakohtana sosiaaliselle osallisuudelle on sosiaalinen syrjäytyminen (THL 2015). Ikääntyneiden henkilöiden mahdollisuus päästä ulos on vanhushuollossa miltei vaiettu asia. Kun ikääntynyt henkilö ei pääse poistumaan kotoaan, yksilön kuntalaisuus ja kansalaisuus eivät toteudu (Terde 2006). Vammaisen henkilön tulee ensin kamppailla itselleen asunto, jonka

jälkeen sieltä ulos pääseminen on työn takana (Marjo-Riitta Reinikainen (s.a.), Terde 2006 mukaan). Tämä on myös vanhuspoliittinen asia (Terde 2006). Syrjäytyneiltä ja yksinäisiltä ihmisiltä puuttuu osallisuuden tunne, eli kuulumisen ja vaikuttamisen tunne, joka voi olla jopa traumatisoiva kokemus. Ihminen haluaa kuulua johonkin ja tuntea osallisuutta, sillä osallisuus on hyvän elämän oletus (Oikeusministeriö 2005). Syrjäytymisen kuvataan olevan yhteiskunnan vaikutusmahdollisuuksien ulkopuolelle jäämistä, joka estää osallistumasta sen toimintoihin (STM 2015). Wijngaarden ym. (2015) tutkimuksessa useat ikääntyneet henkilöt kokivat, että heillä ei ollut enää tarkoitusta. Aiempi ammatti määritteli monien ikääntyneiden henkilöiden elämän tarkoituksen. Osa tutkittavista koki, että he olivat suorittaneet elämäntehtävänsä, eivätkä nyt kokeneet olevansa enää tärkeitä tai antavansa omaa panostaan yhteiskunnalle. Ympäröivä elämä kuvailtiin olevan kaukainen kohde, eikä sitä koettu enää omaksi. Se aiheutti syrjäytymisen ja eristäytyneisyyden tunteita.

Kun ikääntynyt henkilö ei pääse poistumaan kotoaan esimerkiksi heikentyneen toimintakyvyn vuoksi, voi tämä johtaa eristäytymiseen (Ikäinstituutti 2015). Ikääntyneitä ihmisiä kuitenkin rohkaistaan asumaan kotonaan yhä pidempään ja tästä syystä myös riski joutua sosiaalisesti eristäytyneiksi tai yksinäisiksi kasvaa (BKT 2004). Sosiaalista eristäytyneisyyttä pidetään joskus miltei yksinäisyyden synonyymina (BKT 2004, Pate 2014). Yksin vietetty aika voi olla henkilön oma valinta, jolloin se ei herätä yksinäisyyden tunteita (Pate 2014). Yksinäisyys on subjektiivista, mutta sosiaalista eristäytymistä voidaan mitata objektiivisesti havainnoimalla yksilön sosiaalista kanssakäymistä ja sosiaalista verkostoa (BKT 2004).

Eristäytyneisyyden vakavuudesta kertoo esimerkiksi se, että sosiaalista eristäytymistä käytetään vankiloissa äärimmäisen kidutuksen keinona. Se vaikuttaa terveyteen, psyykkiseen ja fyysiseen toimintakyvyn heikkenemiseen ja voi johtaa jopa kuolemaan (Umberson & Montez 2010). Sosiaalinen eristäytyneisyys voidaan myös jakaa sosiaaliseen irtautumiseen ja koettuun eristäytyneisyyteen. Sosiaalisessa irtautumisessa yksilöllä ei ole esimerkiksi sosiaalista verkostoa, tai hän osallistuu harvoin sosiaalisiin aktiviteetteihin. Koettuun eristäytyneisyyteen kuuluu yksinäisyyden kokemukset ja sosiaalisen tuen puute. Sosiaalinen irtautuminen ja koettu eristäytyneisyys ovat toisistaan riippumatta yhteydessä alentuneeseen itsearvioituun fyysiseen terveyteen. Sosiaalinen eristäytyneisyys on siis yhteydessä huonontuneeseen fyysiseen terveyteen riippumatta siitä, onko yksinäisyyden tunteita tai sosiaalisen tuen puutetta.

Sosiaalisten kontaktien puute ei aina kuitenkaan ole seurausta yksinäisyyden tunteista ja eristäytyneisyydestä (Cornwell & Waite 2009). Eristäytyneisyys ja yksinäisyys ovat molemmat yhteydessä lisääntyneeseen kuolleisuuteen, mutta eristäytyneisyys vaikuttaa olevan itsenäinen tekijä suurentuneeseen kuolleisuusriskiin (Stephoe ym. 2013).

4 IKÄÄNTYNEIDEN HENKILÖIDEN TYYDYTTYMÄTTÖMÄT OSALLISUUDEN TARPEET JA ESTEET

Tyydyttymätön tarve voi syntyä silloin, kun ikääntyneet henkilöt eivät kykene osallistumaan haluamaansa toimintaan. Näitä voivat olla esimerkiksi kulttuurisiin tapahtumiin osallistuminen, kaupassa käyminen, kuorossa laulaminen, maalaaminen tai ulkoilmasta nauttiminen (Rantanen ym. 2014). Tyydyttymätön tarve voi syntyä myös silloin, kun ikääntynyt henkilö ei koe saavansa tarpeeksi tukea osallistuakseen haluamaansa toimintaan (Vlachantoni ym. 2011). Osallisuuden tarpeita on tutkittu esimerkiksi Itäsuomen alueelta tehdyssä kaikenikäisiin kohdistuvassa tutkimuksessa (Siltaniemi ym. 2008). Tutkimuksessa tiedusteltiin muun muassa haluaisivatko tutkittavat osallistua yhdistys- ja kerhotoimintaan, liikunta- ja kulttuuriharrastuksiin, vapaaehtoistoimintaan tai aatteelliseen toimintaan, johon eivät tällä hetkellä osallistu. Tutkittavista viidesosalla oli osallistumisen tarvetta ja erityisesti niillä tutittavilla, jotka olivat jo valmiiksi aktiivisia. Osallistumisen tarvetta oli myös sillä vähemmistöryhmällä, joka koki henkisen vireytensä heikoksi ja vaikutusmahdollisuutensa huonoiksi. Lisäksi ne tutkittavat, joilla oli syrjäytymisen ja ulkopuolisuuden kokemuksia, halusivat osallistua johonkin toimintaan. Tutkimuksessa havaittiin myös, että 75- vuotiaat eivät päässeet osallistumaan järjestötoimintaan, vaikka olisivat halunneet. Järjestötoimintaan osallistuminen lisääntyi iän myötä, mutta väheni taas 75- vuotta täyttäneiden kohdalla. Tämän lisäksi osallisuus poliittiseen päätöksentekoon koettiin vajaaksi verrattuna nuorempiin ikäryhmiin. Kymmenesosa tutkittavista, joihin kuului erityisesti pienituloiset ja heistä eläkeläiset, koki osallistumisen olevan kallista. Kuusi prosenttia tutkittavista koki osallistumisen mahdollisuudet kyllä hyviksi, mutta osallistumattomuus johtui oman aktiivisuuden puutteesta. Toinen kuusi prosenttia tutkittavista koki kiinnostuksen puutteen syyksi siihen, että he eivät osallistuneet aktiviteetteihin. Osallistumisen esteet johtuvatkin usein fyysisistä, psyykkisistä, sosiaalista ja taloudellisista ongelmista. Miehillä ja 65- vuotta täyttäneillä ihmisillä oli vähiten osallistumisen tarpeita (Siltaniemi ym. 2008, 51).

4.1 Toimintakyky ja ympäristön esteet osallisuuden tarpeen esteenä

”Helmi, 82 v, haluaisi kävelylle läheiseen puistoon, kun syksyn lehtiloisto on parhaimmillaan, mutta lähteminen yksin ulos tuntuu kurjalta, vähän turvattomaltakin.” (Espoo 2012)

Toimintakyky yhdessä ympäristön kanssa voivat asettaa esteen yksilön osallisuudelle, kun yksilön toimintakyky ja ympäristön vaatimukset eivät kohtaa. Ympäristön esteet, kuten mäet, levähdyspaikkojen puute ja vaaralliset risteykset olivat yhteydessä fyysisen aktiivisuuden tyydyttymättömään tarpeeseen. Yhteys oli erityisen vahva niillä tutkittavilla, joilla oli liikkumisvaikeuksia. Liikkumiskyky on tärkeä tekijä kuntalaisten itsenäisyyden säilyttämisessä vanhuudessa (Rantakokko ym. 2010), jota ympäristön esteet saattavat heikentää joko useiden vuosien aikana tai äkillisesti esimerkiksi lonkkamurtuman seurauksena (Rantakokko ym. 2013).

Fyysisen toimintakyvyn muutokset johtavat usein itsenäisyyden vähenemiseen (Nadien 2006) ja toimintakyvyn muutokset ja kognitiiviset häiriöt voivatkin estää ikääntyneitä henkilöitä osallistumasta haluamiinsa aktiviteetteihin (Li ym. 2010). Liikkumiskyky on yksilön liikkumista paikasta toiseen turvallisesti (Rantakokko ym. 2013). Ikääntyneiden ihmisten liikkumiskyky mahdollistaa ostoksilla käymisen, palveluiden luo pääsemisen ja osallistumisen sosiaaliin ja kulttuuriin aktiviteetteihin (WHO 2015). Liikkumiskyky ja tasapaino vaikuttavat suuresti ikääntyneiden henkilöiden suoriutumiseen ja osallisuuteen (Yang & Stanford 2012). Portegijs ym. (2014) tutkimuksessa huono fyysinen suoriutuminen ja rajoittunut autonomian tunne olivat yhteydessä rajoittuneeseen liikkumiskykyyn ikääntyneiden henkilöiden omassa elinpiirissään ja heidän elintilansa oli myös pienempi. Korrelaatiot olivat korkeimmat naisten ja vanhimpien ihmisten ikäryhmässä, verrattuna miesten tai nuorempien ikäluokkien ryhmään. Crombie ym. (2004) tutkimuksessa 36 % tutkittavista ei ollut vapaa-ajallaan fyysisesti aktiivisia ja 17 % teki harjoitteita vähemmän kuin kaksi tuntia viikossa. Tähän vaikutti kiinnostuksen puutteen lisäksi hengitysvaikeudet, nivelkivut sekä huono itsearvioitu kunto. Clarke ym. (2012) tutkimuksessa ilmeni, että viidesosalla keskimäärin 60-vuotiaista aikuisista ihmisistä oli vaikeuksia kävellä 2-3 korttelia itsenäisesti, sekä 20 % pienempi todennäköisyys hakeutua terveydenhoidon piiriin, jos heillä oli näkökyvyssään

ongelmia (Clarke ym. 2012). Toimintakyvyn rajoitteet voivat myös aiheuttaa ulkona liikkumisen pelkoa. Sitä ilmeni erityisesti niillä vanhuksilla, joilla oli tuki- ja liikuntaelimestön sairauksia sekä hidas kävelynopeus (Rantakokko ym. 2009). Siltaniemi ym. (2008, 55) tutkimuksessa vain pienelle osalle tutkittavista huono terveydentila esti osallistumisen. Tämä ilmeni nimenomaan ikääntyneiden henkilöiden osallistumisessa.

Ympäristö esteet vaikuttavat myös ikääntyneiden henkilöiden osallisuuteen. Tämä saattaa johtua ulkona liikkumisen pelosta, mikä on yleistä sellaisilla ikääntyneillä ihmisillä, jotka kokevat esteitä ympäristössään. Esteitä ovat esimerkiksi huonot tiet, mäet ympäristössä ja liikenteen melu (Rantakokko ym. 2009). Clarke ym. (2012) tutkimuksessa huonossa kunnossa olevat kadut osoittivat, että tutkittavilla oli 60 % matalampi todennäköisyys käydä äänestämässä. Yang ja Stanfordin (2012) tutkimuksessa havaittiin, että neljäsosalla ikääntyneistä henkilöistä oli rajoittunut elinpiiri, vaikka he olivatkin verrattain aktiivisia. Heistä 18 % vieraili yhteisössään vähemmän kuin kerran viikossa ja noin 10 % kerran kuussa tai vähemmän. Viidesosa tutkittavista havaitsi esteitä joko kotona (15 %) tai yhteisössä (21 %). Yleisimmät ympäristössä havaitut esteet liittyivät katuihin (28 %) ja jalkakäytäviin (28 %). Michaela ym. (2006) tutkimuksessa vilkasliikenteisiä teitä pidettiin epämiellyttävinä ja jopa vaarallisina. Monet tutkittavat välttelivät kävelyä vilkasliikenteisillä kaduilla erityisesti ruuhka-aikoina. Toisten tutkittavien mielestä välttely ei ollut mahdollista, koska palvelut sijaitsivat näillä alueilla. Lisäksi tutkittavat eivät halunneet kävellä palveluiden luokse, jos ne sijaitsivat korkean rikollisuuden alueella (Michaela ym. 2006). Palveluiden sijainnit ovat tärkeässä asemassa ikääntyneen henkilön osallisuuden kannalta, sillä Tsai ym. (2013) tutkimuksessa pitkät välimatkat saattoivat vähentää kävelyä palveluiden luokse (Tsai ym. 2013). Jos asuinalueella ei ole palveluita, saattaa tämä johtaa jopa eristäytymiseen (Michaela ym. 2006). Osallisuuden esteet voivatkin liittyä tarvittavien osallisuuden paikkojen puuttumiseen (Siltaniemi ym. 2008, 52, 54).

Julkinen liikenne voi olla tärkeä osallisuuden väylä. Esimerkiksi näkökyvyn heikkeneminen yhdessä vilkkaan liikenteen kanssa aiheuttavat ongelmia ajamisessa, jolloin ihmiset joutuvat turvautumaan julkiseen liikenteeseen kulkeakseen paikasta toiseen. Toimintakyvyn rajoitteet saattavatkin johtaa siihen, että ikääntyneet henkilöt eivät pääse osallistumaan niihin toimintoihin ja aktiviteetteihin, jotka sijaitsevat kaukana kotoa (Clarke ym. 2012).

Taloudellinen tilanne ja huono terveys voivat estää joidenkin ikääntyneiden henkilöiden mahdollisuuden matkustamiseen. Julkinen liikenne ei ole ainoastaan ajamisen vaihtoehto, vaan sen avulla ikääntynyt henkilö pääsee tapaamaan toisia ihmisiä ja osallistumaan haluamiinsa aktiviteetteihin. Julkinen liikenne on tärkeässä asemassa ikääntyneille henkilöille, mutta elintärkeä liikkumisvaikeuksista kärsiville ihmisille (Michaela ym. 2006). Kykenemättömyys käyttää julkista liikennettä voi rajoittaa yksilön osallistumista yhteiskuntaan ja sillä voi myös olla haitallisia terveysvaikutuksia (Broome ym. 2009). Roe ym. (2001) tutkimuksessa selvisi, että vain pieni osa tutkittavista kykeni matkustamaan pitkiä matkoja vieraillakseen esimerkiksi sukulaistensa luona. Monet ikääntyneistä henkilöistä tarvitsevatkin apua matkustamisessa (Roe ym. 2001).

4.2 Sosiaalisen verkoston puute ja kaltoinkohtelu osallisuuden esteenä

Ikääntyneiden henkilöiden sosiaaliset suhteet vähenevät menehtymisien ja sairauksien johdosta (Siltaniemi ym. 2008, 103). Ystävien ja perheen menettäminen voi aiheuttaa eristäytyneisyyttä (BKT 2004, Ward ym. 2012, Pate 2014) ja ikääntyessä eristäytyneisyys näyttääkin lisääntyvän (Pate 2014). Yksinäisyyden ja sosiaalisen eristäytyneisyyden riskitekijöitä ovat esimerkiksi yksinasuminen ja sosiaalisten verkostojen vähäisyys, vaikkakaan näiden syy-seuraus- suhde ei ole täysin selvä (BKT 2004). Esimerkiksi Ward ym. (2012) projektissa työntekijät huomasivat, että heikoimmat palveluiden käyttäjät olivat eristäytyneitä ja yksinäisiä. Tämä saattoi johtua ikääntyneiden henkilöiden huonontuneesta liikkumiskyvystä, jolloin luottamus ulkona selviytymiseen heikentyi. Tämän seurauksena sosiaalisten kontaktien määrä todennäköisesti väheni (Ward ym. 2012). Dementiaa sairastavien ikääntyneiden henkilöiden sosiaalisen osallisuuden tyydyttymättömät tarpeet olivat seuran puute ja päiväaikaisten aktiviteettien puute (Miranda-Castillo ym. 2010, Ploeg ym. 2013), sekä avun tarvitseminen ahdistukseen. Niillä tutkittavilla, joilla oli enemmän käyttäytymisen ongelmia ja psykologisia oireita, ei ollut juurikaan esimerkiksi sosiaalista verkostoa. Tämä ennustikin tyydyttymättömien tarpeiden syntyä dementiaa sairastavilla ikääntyneillä henkilöillä (Miranda-Castillo ym. 2010).

Kaltoinkohtelun avulla ikääntyneeltä henkilöltä voidaan estää sosiaalinen osallisuus, sillä esimerkiksi emotionaalisessa kaltoinkohtelussa ikääntynyt henkilö voidaan eristää perheestään

ja ystävistään (CAOA 2013), tai kaltoinkohtelija voi eristää hänet myös kokonaan ympäröivästä maailmasta (Gibbs & Mosqueda 2010). Sosiaalisen eristäytymisen johdosta kaltoinkohtelu voi jatkua huomaamatta (Heck & Gordon 2013). Perheet, joissa ilmenee kaltoinkohtelua, pysyttelevät usein piilossa (Wolf ym. 2002). Kodin jakaminen toisen ihmisen kanssa lisää kaltoinkohtelun mahdollisuutta (Wolf ym. 2002, WHO 2011). Päivittäisiä ristiriitoja on hankalampi välttää, kun osapuolet jakavat saman asuinympäristön (Wolf ym. 2002). Noin 90 % kaltoinkohtelijoista on sukua uhreille ja kaltoinkohtelijana toimii usein puoliso (Wolf ym. 2002, THL 2013) tai aikuinen lapsi (Wolf ym. 2002). Vaikkakin miehillä ja naisilla on yhtäläinen riski joutua kaltoinkohdelluiksi (WHO 2011), koskee se erityisesti naisia (Wolf ym. 2002).

Kaltoinkohtelun määritelmän teki Action on elder abuse – järjestö jo vuonna 1998. Tästä on sittemmin tullut myös WHO:n (2011) virallinen kaltoinkohtelun määritelmä. Sen mukaan ikääntyneiden henkilöiden kaltoinkohtelu on harmia tai ahdinkoa aiheuttava yksittäinen tai toistuva teko luottamuksellisissa suhteissa. Se voi olla emotionaalisen kaltoinkohtelun lisäksi (Gibbs & Mosqueda 2010) psyykkistä, fyysistä kaltoinkohtelua (AEA 2012), hoidon laiminlyöntiä sekä taloudellista että seksuaalista hyväksikäyttöä (Gibbs & Mosqueda 2010, AEA 2012). Suomessa vuonna 2010 toteutetun tutkimuksen mukaan 1700 koehenkilöstä joka neljäs nainen oli kokenut viimeisen 12 kuukauden aikana väkivaltaa tai kaltoinkohtelua. Jos luvun rinnastaa kohdeväestöön, se tarkoittaa noin 150 000 yli 60-vuotiasta naista (THL 2013). Ikääntyneen väestön kaltoinkohtelua on hankala tutkia, koska se on pääsääntöisesti hyvin vaikeasti havaittavissa (Kirsch 2009). Se on kuitenkin vakava ongelma, sillä kaltoinkohtelu näyttää aiheuttavan toimintakyvyttömyyttä (Suvanto ry (s.a.), Jackson & Hafemeister 2012), nopeuttaa ikääntymisprosessia (Suvanto ry (s.a.)), aiheuttaa fyysisiä vaurioita ja psyykkisiä ongelmia, sekä masennusta ja ahdistusta (WHO 2011) ja voi päättyä jopa kaltoinkohdeltavan kuolemaan (Gibbs & Mosqueda 2010).

4.3 Palveluiden, avun ja tuen puute osallisuuden tarpeen esteenä

”Toivolla, 79 v, on lääkäriaika, mutta pyörätuolin kanssa liikkuminen ilman saattajaa on hankalaa. Matkalla on monta kynnystä.” (Espoo 2012)

Osallisuus voi estyä, jos tutkittava ei saa apua tai tukea (Siltaniemi 2008, 52). Ikääntyneiden henkilöiden arjen selviytymistä tulisi auttaa tarjoamalla palveluita, tukea ja apua, sillä ikääntyneet henkilöt tarvitsevat nuoria ikäluokkia enemmän hoitoa ja hoivaa (Valtioneuvoston julkaisusarja 2004), naiset miehiä enemmän (Roe ym. 2001). Toimintakyvyttömyys johtaa itsenäisyyden vähenemiseen (Nadien 2006) ja lisää ikääntyneiden henkilöiden tarpeita (WHO 2002), jolloin ikääntyneet ihmiset ovat riippuvaisia toisten ihmisten avusta (Nadien 2006, WHO 2002). Siltaniemi ym. (2008) tutkimuksessa 75- vuotiaiden joukossa koettiin avun tarvetta erityisesti terveydellisiin ongelmiin. Avun tarjoajia olivat esimerkiksi perhe, sukulaiset, ystävät sekä julkiset ja yksityiset palvelut (Siltaniemi ym. 2008, 110, 116). Avopalveluiden avulla yhä heikkokuntoisemmat ikääntyneet henkilöt asuvatkin kotonaan niin pitkään kuin mahdollista (GEREC 2015). Vaarana siis on, että yksinasuvat ikääntyneet henkilöt eivät pääse poistumaan kotoaan, koska he eivät saa apua (Tsai ym. 2013).

Kotona asuvat vanhukset saattavat usein tarvita apua päivittäisissä toiminnoissa (Roe ym. 2001), kuten ADL-toiminnoissa ja IADL-toiminnoissa (Nadien 2006). Suomessa vuonna 2013 kotihoidossa oli asiakkaita noin 72 137. Luku nousi edellisen vuoden määrästä hieman yli kaksi prosenttia (THL 2014). Monet maat käyvät kuitenkin läpi muutoksia. Esimerkiksi Ruotsissa että Australiassa vähennetään palveluita niiltä ikääntyneiltä henkilöiltä, jotka tarvitsevat vain vähän apua (Leonard & Johansson 2008). Myös Suomessa kotipalvelun tulee usein olla monta kertaa viikossa tapahtuvaa auttamista, sillä muuten kunnat yleensä ohjaavat ikääntyneet avuntarvitsijat yksityisten palveluiden piiriin tai pyytävät omaisten apua (Suomi.fi 2015). Ward ym. (2012) projektissa haastateltavien vapaaehtoistyöntekijöiden ja Age Concern henkilöstön mukaan ikääntyneillä henkilöillä voi kuitenkin olla vaikeuksia tunnustaa tuen tarvetta ja he voivat olla vastahakoisia kysymään apua. Työntekijät ajattelivat tämän johtuvan ikääntyneiden henkilöiden ylpeyden säilyttämisestä tai häpeästä.

Palveluiden saatavuus on tärkeää, sillä erityisesti lähipalvelut ovat jokapäiväisen elämän sujuvuuden kannalta ensisijaisia. Ne tuotetaan ikääntyneen henkilön kotiympäristössä ja niitä on esimerkiksi kotihoito ja sosiaalityö (STM 2008). Avun hakeminen palveluiden kautta ei kuitenkaan ole itsestänselvyys. Ikääntyneeltä henkilöltä voidaan jopa evätä pääsy

tarvitsemiinsa palveluihin (Jackson & Hafemeister 2012), tai ikääntynyt henkilö voi laiminlyödä omia tarpeitaan ja kieltäytyä palveluista (Bartley ym. 2011). Toisaalta palvelut eivät aina ole edes saatavilla. Casado ym. (2011) tutkimuksen suurin osa ikääntyneistä henkilöistä ei ollut koskaan käyttänyt koti- ja kuntapalveluita. Kotipalveluita käytettiin useimmin, ja siltikin niitä käytti vain kolmasosa haastateltavista. Jopa 65 % tutkittavista ei ollut koskaan käyttänyt kyseisiä palveluita. Tutkimuksessa kävi ilmi, että tiedon puuttuminen ja esimerkiksi palveluiden tavoittamattomuus olivat syynä siihen, että koti- ja kuntapalveluiden tarve koettiin tyydyttymättömäksi. Myös Vlachantoni ym. (2011) tutkimuksessa ilmeni merkittävää tyydyttymätöntä hoidon tarvetta ikääntyneiden henkilöiden keskuudessa. Tutkimuksessa informaalia, eli arkipäiväistä apua ja formaalia, eli virallisten tahojen apua annettiin todennäköisemmin ADL- tarpeisiin verrattuna IADL- tarpeisiin (Vlachantoni ym. 2011). Roe ym. (2001) tutkimuksessa taas havaittiin, että suurin osa ikääntyneistä henkilöistä tarvitsi apua IADL- toiminnoissa, joita tarjosivat informaaliset verkostot, asuivatpa he kotona tai laitoksessa. Kotona apua tarvittiin esimerkiksi ostoksien tekemisessä, ruoanlaitossa, kotitöissä ja matkustamisessa (Roe ym. 2001). Tyydyttymätöntä tarvetta voi kuitenkin ilmetä siitä huolimatta, vaikka ikääntyneet henkilöt saisivat formaalia apua ja tukea (Vlachantoni ym. 2011). Tarpeen tyydyttyminen onkin subjektiivista. Huolestuttavaa on, että heikkokuntoiset ikääntyneet ihmiset, joilla ei ole sosiaalista tukiverkostoa ja jotka eivät saa tai halua maksullista apua kotiinsa, ovat vaarassa jäädä kotinsa vangeiksi.

5 IKÄÄNTYNEIDEN HENKILÖIDEN OSALLISUUDEN TARPEIDEN TYYDYTTYMISEN MAHDOLLISUUDET

Osallisuudella ja terveydellä on yhteys. Fyysisesti terveen yksilön mahdollisuudet osallisuuteen ovat paremmat kuin yksilön, jonka terveydentila on heikentynyt (Rouvinen-Wilenius ym. 2011). Ikääntyneet henkilöt, joilla on vähemmän pitkäaikaissairauksia, edesauttaa heitä olemaan fyysisesti aktiivisempia sekä liikkumiskyvyltään parempia. Nämä tekijät vaikuttavat myös positiivisesti ikääntyneiden henkilöiden vapaa-ajan aktiivisuuteen (Lampinen ym. 2006). Vapaa-ajan aktiviteettien on todettu vähentävän masennusta, parantavan elämänlaatua (Li ym. 2010) ja henkistä hyvinvointia (Lampinen ym. 2006). Mitä useammin ikääntyneet henkilöt osallistuvat vapaa-ajan aktiviteetteihin ja mitä intensiivisempää se on, sitä tyytyväisempiä ja onnellisempia he ovat (Cho & Yi 2013). Henkiseen hyvinvointiin vaikuttaa vapaa-ajan aktiivisuuden lisäksi hyvä liikkumiskyky, vähäinen määrä pitkäaikaissairauksia ja epäsuorasti myös fyysinen aktiivisuus (Lampinen ym. 2006). Elämänlaatu on todettu olevan niillä ikääntyneillä henkilöillä heikompi, joilla on fyysisen aktiivisuuden tarve tyydyttymättä (Rantakokko ym. 2010).

Kun ihmiset ovat osana yhteiskuntaa, on heillä usein parempi elämänlaatu ja terveempi elämä (UNECE 2009). Itsearvioitu elämänlaatu on niillä dementiaa sairastavilla ikääntyneillä henkilöillä parempi, joilla on vähemmän tyydyttymättömiä tarpeita. Tämä saattaa kuitenkin johtua siitä, että korkean elämänlaadun arvioineet ikääntyneet henkilöt asuvat sellaisilla alueilla, jossa heidän oli mahdollista saada tukea (Miranda-Castillo ym. 2010). Tyytyväisyys omaan elämään edesauttaa positiivisten osallisuuden tunteiden syntyä (Siltaniemi ym. 2008, 49). Ikääntyneiden henkilöiden elämänlaatua ja hyvinvointia voitaisiin parantaa vähentämällä muun muassa sosiaalista eristyneisyyttä ja yksinäisyyttä (Steptoe ym. 2013). Sosiaalitieteilijät ovat löytäneet selvän yhteyden sosiaalisten suhteiden ja terveyden väliltä (Umberson & Montez 2010). Sosiaaliset suhteet vaikuttavat positiivisesti yksilön hyvinvointiin, sillä sosiaalinen verkosto avun ja tuen lähteenä ehkäisee yksinäisyyttä sekä rakentaa yksilön identiteettiä (Siltaniemi ym. 2008, 97). Osallisuus ja sosiaalinen aktiivisuus voivat ylläpitää terveyttä ja vähentää haitallisia terveysvaikutteita (Pynnönen ym. 2011). Tyydyttymättömiä tarpeita onkin vähemmän niillä ikääntyneillä ihmisillä, joilla on enemmän kehittyneitä sosiaalisia verkostoja (Miranda-Castillo ym. 2010).

Sosiaalisesti aktiivisemmat ihmiset ovat usein terveempiä ja elävät pidempään kuin sosiaalisesti eristäytyneet ihmiset (Umberson & Montez 2010). Vapaa-ajan aktiivisuus näyttää vaikuttavan jopa kuolemanriskiin (Hyyppä ym. 2006, Pynnönen ym. 2011). Hyyppä ym. (2006) tutkimuksessa huomattiin, että kuoleman riski kasvoi, jos ikääntyneet henkilöt eivät juurikaan osallistuneet vapaa-ajan aktiviteetteihin. Vastaavasti ne ikääntyneet henkilöt elivät pidempään, jotka olivat aktiivisia esimerkiksi kerhotoiminnassa, vapaaehtoistoiminnassa, harrastustoiminnoissa tai kulttuurisissa aktiviteeteissa. Pynnösen ym. (2011) tutkimuksessa tarkasteltiin kollektiivista (kulttuuriset ja organisaatiolähtöiset aktiviteetit) ja produktiivista (toisten auttaminen) sosiaalista aktiivisuutta kuoleman ja laitostumisen ennusteina. Seuranta-ajan loputtua ilmeni, että 17- vuoden aikana 22 % ikääntyneistä ihmisistä oli joutunut laitokseen ja 71 % heistä oli kuollut. Kun kontrolloitiin terveyttä, toimintakykyä ja fyysistä aktiivisuutta huomattiin, että kollektiivinen sosiaalinen aktiivisuus vähensi kuolleisuusriskiä. Se vähensi aluksi myös laitostumien riskiä, mutta yhteys heikkeni ajan myötä. Kollektiiviset ja produktiiviset sosiaaliset aktiviteetit näyttävät siis vähentävän kuolemanriskiä.

5.1 Yhteisöllisyys apuna osallisuuden tarpeen tyydyttymiseen?

Dementiaa sairastavien ikääntyneiden henkilöiden psykologiset oireet, asuinolosuhteet sekä sosiaaliset verkostot ovat yhteydessä sosiaalisen osallisuuden tyydyttymättömään tarpeeseen. Interventioiden avulla voitaisiin kuitenkin vähentää psykologisia oireita, sekä lisätä dementiaa sairastavien ikääntyneiden henkilöiden yhteisöllisyyttä ja osallistumista. Hoidontarjoajien tulisi varmistaa, että yksin asuvilla ja dementiaa sairastavilla yksilöillä olisi mahdollisuus saada palveluita, jotka pitäisivät heidät yhteydessä yhteisöönsä joko osallistumalla psykososiaaliseen interventioon, sosiaaliseen ryhmään tai saamaan tukea toisilta ihmisiltä tai työntekijöiltä (Miranda-Castillo ym. 2010). Eristyneisyyttä vähentämällä voitaisiin vaikuttaa myös kuolemanriskiin. Sosiaalisesti inaktiiviset ikääntyneet henkilöt ovat riskiryhmässä ja siksi on tarvetta luoda enemmän mahdollisuuksia, jotta he voisivat osallistua sosiaalisiin aktiviteetteihin (Pynnönen ym. 2011). Sosiaalisen eristäytyneisyyden ja yksinäisyyden vastineena toimivatkin sosiaalinen verkosto ja tuki (Tomaka ym. 2006). Ystäviltä saatu sosiaalinen tuki voi tulla erityisen tärkeäksi silloin, kun ikääntynyt henkilö joutuu hoitolaitokseen (Minhat & Amin 2012). Säännölliset sosiaaliset kontaktit ovat erityisen tärkeitä sellaisille henkilöille, jotka eivät kykene lähtemään ulos (Ward ym. 2012).

Koska kotipalvelu auttaa ikääntyneitä ihmisiä nimenomaan kotona arjen askareissa ja toiminnoissa (STM 2015), tarvittaisiin esimerkiksi vapaaehtoistyötä tukemaan ikääntyneen henkilön osallisuutta myös kodin ulkopuolisissa toimissa. Tämän lisäksi vapaaehtoistyö lisää työntekijän omaa hyvinvointia (Valtioneuvoston julkaisusarja 2004, Vanhustyön keskusliitto 2015), sosiaalisia kontakteja (Valtioneuvoston julkaisusarja 2004), terveyttä ja tuomielekkyyttä elämään (Vanhustyön keskusliitto 2015). Vapaaehtoistyöntekijät ovat tärkeässä roolissa huolehtiessaan ikääntyneistä henkilöistä, joilla ei ole läheisiä sukulaisia (SPRC 2009). Vapaaehtoisjärjestöt Suomessa tukevat ikääntyneiden ihmisten osallisuutta. Esimerkiksi Kantti ry:n (sa.) ja Vanhustyön keskusliiton (2015) vapaaehtoistoimintaan kuuluu saattaja-apua, keskustelua, ulkoilukaveria sekä asiointiapua (Kantti (s.a.), Vanhustyön keskusliitto 2015). Ikääntyneet henkilöt eivät pääse välttämättä ulkoilemaan muuten kuin vapaaehtoisten kanssa (Vanhustyön keskusliitto 2015). Espoon kaupungin liikuntapalvelut yhdessä vanhuspalveluiden kanssa järjestävätkin ulkoiluystäväksi iäkkäälle -koulutuksia. Koulutuksen tarkoituksena on auttaa ulkoilussa ja etsiä sopivia ulkoilureittejä (Espoo 2015). Suomessa eri vapaaehtoisjärjestöt ovat ottaneet osallisuuden tärkeäksi osaksi omaa toimintaansa. Kysyntää onkin enemmän kuin tarjontaa. Ikääntyneiden ihmisten määrän lisääntyttyä tarvitaan jatkuvasti uusia vapaaehtoisia (Vanhustyön keskusliitto 2015).

On myös tärkeä muistaa, että ikääntyneiden henkilöiden oma panostus vapaaehtoistyössä on merkittävää, sillä he tekevät omassa kunnassaan tärkeää työtä ja auttavat esimerkiksi perheitään. Ikääntyneitä vapaaehtoistyöntekijöitä voitaisiin käyttää mentoreina muille ikääntyneille ihmisille, jotta saataisiin alennettua muiden ikääntyneiden henkilöiden kynnystä osallistua esimerkiksi sosiaaliin aktiviteetteihin (SPRC 2009). Euroopassa yli 50-vuotiaista vapaaehtoistyöntekijäistä viidesosa tarjoaa informaalia apuaan perheelleen, ystävilleen ja naapureilleen. Eniten tätä apua tarjotaan Ruotsissa, mutta myös Belgiassa, Tanskassa ja Saksassa. Viidennes vapaaehtoistyöntekijöistä oli tehnyt vapaaehtoistyötä päivittäin ja jopa puolet joka viikko (Hank & Stuck 2008). Ikääntyneet henkilöt ovat innokkaita suunnittelemaan ja kehittämään asioita omassa yhteiskunnassaan. He ovat tärkeä formaalinen ja informaalinen vapaaehtoistoimija, joka pyrkii harjoittamaan velvollisuuksiaan yhteiskunnan kansalaisia (AGE 2004).

Vapaaehtoistyö ei ole kuitenkaan ehtymätön voimavara yhteiskunnissa. Esimerkiksi Ruotsi ja Australia palkkaavat vapaaehtoisia kasvattamaan hyvinvointia yhteiskunnilleen, mutta käyttävät siihen vain vähän resursseja. Ruotsissa ongelmia aiheuttaa toiminnan näkymättömyys, sillä kulttuuristen myyttien mukaan yhteiskunnan tulisi tarjota kansalaisilleen hyvinvointia. Tulisikin panostaa vapaaehtoistyöntekijöiden tyytyväisyyteensä antamalla heille esimerkiksi julkista tunnustusta työstään. Tehtävien jaosta voi myös olla odotettavissa erimielisyyttä vapaaehtoistyöntekijöiden ja varsinaisten työntekijöiden välillä, sillä kilpailu näiden organisaatioiden välillä voimistuu (Leonard & Johansson 2008). Vapaaehtoiset eivät toimi kuitenkaan kotipalvelua korvaavana toimijana (Vanhustyön keskusliitto 2015). Jotkut ikärajoitukset pakottavat ikääntyneitä henkilöitä lopettamaan vapaaehtoisaktiviteetit. Esimerkiksi Isossa-Britanniassa yksi suosituimmista vapaaehtoistöistä on ihmisten kyyditseminen hyväntekeväisyysjärjestöihin ja sairaaloihin. Vaikeus saada vakuutusta, on kuitenkin asettanut pakolliset eläkeiät vapaaehtoisajajille. Luterilaisen kirkon auttava puhelin ei hyväksy 62 – vuotiaita ja sitä vanhempia työntekijöitä. Irlannissa taas vanhempia ihmisiä ei hyväksytä valamiehistöön. Verenluovutuksen ikäraajat vaihtelevat myös eri maissa. Esimerkiksi Puolassa yli 55- vuotiaat eivät saa luovuttaa verta, kun taas Alankomaissa raja on 70- vuotta (AGE 2004).

5.2 Yhteiskunta tukena osallisuuden tarpeen tyydyttämisessä

Yhteiskunnissa osallisuuden mahdollistavat toimivat yhteiskuntajärjestelmät (Rouvinen-Wilenius ym. 2011). Yhteiskunnallisesti osallisuuden tulisikin olla mahdollisuus terveyteen, toimeentuloon, asuntoon ja sosiaalisiin suhteisiin (STM 2012). Ikääntymispolitiinen toimintasuunnitelma ottaa ikääntyneet ihmiset huomioon esimerkiksi liikenne- ja asuntopolitiikassa, kulttuuri- ja harrastustoiminnassa sekä palveluissa (STM 2008). Kuitenkin ageismi, taloudelliset rajoitteet tai fyysiset esteet voivat estää ikääntyneiden ihmisten osallistumisen. Yksinkertaiset muutokset kaupunkiympäristössä voisivat helpottaa ihmisten osallisuutta yhteiskunnassa (Clarke ym. 2012). Kuntien tulisi huolehtia, että ikääntyneiden ihmisten lähiympäristössä tulisi olla liikkumista helpottavia tekijöitä, kuten levähdyspaikkoja tai viheralueita (Rantakokko ym. 2013). Paikalliset ostospalvelut, liikenteen sekä jalankulun infrastruktuuri ja naapuruston viehättävyys vaikuttavat usein ikääntyneiden ihmisten aktiivisuuteen. Lähiympäristön palvelut tarjoavat ikääntyneille ihmisille mahdollisuuden

mennä kävellen hoitamaan päivittäisiä aktiviteetteja ja samalla myös kuntoilla. Ikääntyneiden ihmisten on usein vaikea määrittellä mikä olisi hyvä kävelyetäisyys palveluille. Joillekin maili (noin 1,6 km) on sopiva matka ja toisten mielestä kolme korttelia on jo liian kaukana. Lisäksi autottomuus saattaa vaikuttaa ikääntyneiden henkilöiden asuinpaikan valintaan niin, että he asuvat lähellä palveluita, jolloin he kykenevät kävelemään palveluiden luokse. Kävelyteiden turvallisuus tai viehättävyys saattaa kuitenkin olla tärkeämpää kuin etäisyyksien pienentäminen määränpäihin. Lisäksi turvattomuus rajoittaa kävelyä jokapäiväisiin aktiviteetteihin ja yleisesti ikääntyneiden ihmisten liikkumiseen. Ensisijaisesti huolia aiheuttavat vilkasliikenteiset kadut ja turvattomat risteykset (Michaela ym. 2006). Kuntasuunnittelussa tulisi etsiä ratkaisuja ulkona liikkumisen pelkoon, sekä yksilön ja ympäristön välisiin tekijöihin, jotta voitaisiin ehkäistä toimintakyvyttömyyksiä (Rantakokko ym. 2009). Osallisuus ihmissuhteisiin on korkeampi niillä alueilla, joissa asuminen koetaan turvalliseksi (Clarke ym. 2012).

Julkinen liikenne vaikuttaa usein ikääntyneiden ihmisten aktiivisuuteen (Michaela ym. 2006). Yhteiskuljetuksilla ja muutoinkin paremmilla liikenneyhteyksillä on osallisuutta parantavia vaikutuksia (Siltaniemi ym. 2008, 54). Kuljetuspalveluiden on tarkoitus tukea sosiaalista yhtenäisyyttä ja liikkumiskykyä (AGE 2004). Esimerkiksi Suomessa useissa kaupungeissa toimii palveluliikenne. Se hakee asiakkaita kotipihasta ja tavoitteena on kuljettaa heidät mahdollisimman lähelle haluttua kohdetta (Varkaus 2015). Palveluliikenteen linja-autoihin on mahdollista päästä pyörätuoleilla, sillä niissä on huomioitu esteettömyys ja tämän lisäksi kuljettajat auttavat myös tarvittaessa (Kuopion seudun joukkoliikenne 2015).

Sosiaali- ja terveydenhuollon lait turvaavat joiltain osin osallisuuden tarpeita. Näistä monet liittyvät ikääntyneiden henkilöiden oikeuteen saada palveluita, joiden avulla he kykenisivät asumaan kotona mahdollisimman pitkään. Sosiaalihuoltolain pykälän 36 mukaan sosiaalihuollossa olevan työntekijän tulee varmistaa kiireellinen apu sitä tarvitsevalle henkilölle ja arvioida yksilön palvelun tarve. Useat informaalit verkostot sekä esimerkiksi ikääntyneen henkilön perhe voivat tunnistaa ikääntyneen henkilön palveluntarpeen ja auttaa hänet formaalien hoitopalveluiden piiriin (BKT 2004). Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista taas turvaa pykälän neljä mukaan ikääntyneen henkilön oikeutta saada hyvää sosiaalihuoltoa ja kohtelua. Yksilön toiveet, mielipiteet ja tarpeet tulee ottaa huomioon ja syrjiminen on kiellettyä. Lisäksi pykälä 8 määrää yksilön itsemääräämisoikeudesta ja

osallistumisen mahdollistamisesta. Yksilön itsemääräämisoikeutta ja toivomuksia tulee kunnioittaa sosiaalihuoltoa toteutettaessa, sekä antaa hänen osallistua ja vaikuttaa omien palveluidensa suunnitteluun ja toteutukseen. Ikääntyneille ihmisille tulisikin antaa mahdollisuus tehdä omia päätöksiään saatavista palveluista (Ward ym. 2012). Lisäksi laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvueluista pykälän 13 mukaan ikääntyneille suunnattujen palveluiden tulisi olla sellaisia, jotka edesauttavat päivittäisistä toiminnoista suoriutumista ja osallisuutta. Tulisi panostaa kuntouttaviin ja kotiin tuotaviin palveluihin, mutta myös pykälän 14 mukaan pitkäaikaishoidossa asuville ikääntyneille henkilöille tulisi antaa mahdollisuus osallistua mieluisaan toimintaan.

Kodin ulkopuolista osallisuutta pyritään tukemaan esimerkiksi kuljetuspalveluiden avulla. Esimerkiksi ne ikääntyneet henkilöt, jotka eivät pääse hyödyntämään julkista liikennettä vaikkapa heikon toimintakyvyn vuoksi, sosiaalihuollon pykälän 23 mukaan heille tulisi järjestää vastaavia kuljetuspalveluita. Näiden lakien toteutuminen vaikuttaa suuresti ikääntyneiden henkilöiden osallisuuteen ja kotona asumiseen. On selvää, että kun ikääntynyt henkilö muuttaa hoitolaitokseen, osallisuuden mahdollisuudet rajoittuvat. Päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen taas on edellytys sille, että ikääntynyt henkilö kykenee asumaan kotonaan mahdollisimman pitkään ja osallistumaan haluamiinsa toimintoihin. Onkin tärkeää, että yksilöiden itsenäisyyttä tuetaan palveluiden ja eri tukiverkostojen avulla. Tulisi kiinnittää huomiota erityisesti niiden ikääntyneiden henkilöiden palvelutarpeisiin, jotka eivät pääse palveluiden piiriin. Tietoisuuden puute tai esimerkiksi haluttomuus käyttää näitä palveluita olivat osaltaan syynä siihen, että Casado ym. (2011) tutkimuksessa palveluita ei käytetty. Tietoisuutta tulisikin lisätä, jotta avuntarpeessa olevat ikääntyneet ihmiset pääsisivät palveluiden piiriin (Casado ym. 2011) ja tukea tulisi tarjota sillä tavoin, että se edistäisi samalla yksilön autonomiaa (SPRC 2009).

Osallisuuden saavuttamiseksi tulisi luoda paikkoja ja tilaisuuksia. Osa ihmisistä luo nämä itse, mutta yksilöille, jotka eivät aktivoitu itse tulee luoda puitteet ja rakenteet, jossa osallisuuden on mahdollista tapahtua (Oikeusministeriö 2005). Tietoa osallisuuden paikoista tulisi lisätä. Tiedottamisen kanavia voisi olla esimerkiksi lehti-ilmoitukset, erilliset tiedotteet ja vaikkapa ilmoitustaulut. Kurssien hintoja toivottiin myös alemmiksi (Siltaniemi ym. 2008, 53). Jokaisen

ihmisen tulisi kyetä ikääntymään turvallisesti ja kunniakkaasti, sekä kyetä vaikuttamaan yhteiskuntaan. Kaikkien jäsenten tulisi nauttia tasa-arvoisista mahdollisuuksista. Yhtenäistyminen ja osallistuminen ovatkin tärkeitä elementtejä terveessä yhteiskunnassa, sillä se tarkoittaa yhteiskunnan kykyä varmistaa hyvinvointi sen jäsenille. Se vaatii edistämään solidaarisuutta ja vastavuoroisuutta sukupolvien välillä (SPRC 2009). Täytyy muistaa, että osallisuus vaikuttaa yksilön hyvinvointiin ja sen kautta myös koko yhteiskunnan hyvinvointiin (Oikeusministeriö 2005).

6 TUTKIELMAN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkielman tarkoituksena oli selvittää yli 65- vuotiaiden kotona-asuvien liikkumisongelmista kärsivien henkilöiden tyydyttymättömään osallisuuden ja ulkoilun tarpeeseen yhteydessä olevia tekijöitä.

Tutkimuskysymykset:

- 1) Ovatko sosiodemografiset tekijät yhteydessä tyydyttymättömään osallisuuden ja ulkoilun tarpeeseen yli 65-vuotiailla miehillä ja naisilla?
- 2) Ovatko toimintakyky ja terveys yhteydessä tyydyttymättömään osallisuuden ja ulkoilun tarpeeseen yli 65-vuotiailla miehillä ja naisilla?
- 3) Ovatko ympäristön esteet yhteydessä tyydyttymättömään osallisuuden ja ulkoilun tarpeeseen yli 65-vuotiailla miehillä ja naisilla?

7 TUTKIMUSAINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT

7.1 Tutkimusaineiston kuvaus

Tässä tutkielmassa analysoitiin vuonna 2009-2011 kerättyä vapaaehtoistyö, ulkoliikunta ja vanhusten hyvinvointi (VAU)- tutkimushankkeessa kerättyä alkumittausaineistoa. VAU oli satunnaistettu, yksöissokkotuettu kontrolloitu tutkimus, jonka rahoittajina toimivat Opetus- ja Kulttuuriministeriö sekä Raha-automaattiyhdistys (Rantanen ym. 2014). Yhteistyökumppaneina toimivat GeroCenter, Jyväskylän kaupunki, Jyväskylän yliopisto, Jyväskylän vapaaehtoistoimintakeskus Vapari ja Ikääntynyt yliopisto. Hankkeen tavoitteena oli auttaa yksin asuvia, liikkumisvaikeuksista kärsiviä ikääntyneitä henkilöitä järjestämällä heille vapaaehtoisten avulla mahdollisuuden osallistua kodin ulkopuolisiin aktiviteetteihin. Näitä olivat esimerkiksi liikunta-, kulttuuri-, sivistys- ja virkistystoiminnat (GeroCenter 2015).

Kohderyhmänä olivat yli 65- vuotiaat naiset ja miehet, jotka olivat kunnan kotihoitopalveluiden ja muiden avohoitopalveluiden asiakkaita. Heidät myös rekrytoitiin pääosin näiden palveluiden kautta. Tutkittavien tuli asua yksin omassa asunnossa, heillä tuli olla vaikeuksia ulkona liikkumisessa ja heidän täytyi kyetä kommunikoimaan selkeästi. Tutkittavien tuli suostua satunnaistettuun ja kontrolloituun tutkimukseen. Tutkimukseen ilmoittautui aluksi 124 osallistujaa, mutta alkuhaastattelun yhteydessä kolme heistä kieltäytyi. Lopulta tutkimukseen osallistui 121 67-92- vuotiasta henkilöä, joista 109 (90 %) oli naisia ja 12 (10 %) miehiä (Rantanen ym. 2014).

Tutkimuksessa otettiin huomioon eettiset tekijät. Hankkeelle annettiin puoltava lausunto Keski-Suomen sairaanhoitopiirin eettiseltä toimikunnalta. Lisäksi valituille tutkittaville lähetettiin kirjallinen tutkimuskuvaus ja ikääntyneitä henkilöitä kehoitettiin vielä keskustelemaan asiasta läheisensä kanssa. Myös vapaaehtoisille kerrottiin tutkimuksesta ja he allekirjoittivat suostumuksensa osallistua tutkimukseen (Rantanen ym. 2014).

7.2 Tutkimusmenetelmät

Osallisuuden tarpeesta ja ulkoilun tarpeesta tehtiin omat muuttujansa, sillä tutkimusjoukosta 95 %:lla oli jonkin aktiviteetin kohdalla tyydyttämätöntä tarvetta. Näin ollen summamuuttuja ei olisi ollut käyttökelpoinen analyyseissa, sillä jokin ilmiö olisi voinut korostua virheellisesti, tai vastaavasti ilmiö olisi voinut jäädä huomaamatta. Todennäköisyydet olisivat saattaneet suosia liikaa isompaa ryhmää.

Tyydyttämättömiä osallisuuden ja ulkoilun tarpeita selvitettiin haastattelemalla. Tyydyttymättömiä osallisuuden tarpeita selvitettiin kysymällä osallistuvatko tutkittavat järjestö-, seurakunta-, ryhmä- tai kerhotoimintaan, käyvätkö kahviloissa tai torilla, tai harrastavatko esimerkiksi käsitöitä. Jos tutkittavat eivät osallistuneet näihin toimintoihin, heiltä kysyttiin haluaisivatko he osallistua. Jos tutkittavat halusivat osallistua johonkin kyseiseen toimintaan, heidät luokiteltiin tyydyttymättömän osallisuuden tarpeen ryhmään. Toisen ryhmän muodostivat ne tutkittavat, jotka eivät osallistuneet eivätkä halunneekaan osallistua ja ne tutkittavat, jotka jo osallistuivat kyseisiin toimintoihin.

Tyydyttämätöntä ulkoilun tarvetta selvitettiin kysymällä haluaisivatko ikääntyneet henkilöt lisätä ulkona liikkumista ja olisiko heidän mahdollista lisätä sitä. Jos tutkittavat halusivat lisätä ulkona liikkumista, mutta heillä ei ollut mahdollisuutta siihen, muodostui tästä tyydyttymätön ulkoilun tarve. Toisen ryhmän muodostivat ne tutkittavat, jotka eivät halunneet lisätä ulkoilua, eikä heillä ollut mahdollisuuttakaan lisätä sitä. Lisäksi tähän ryhmään kuuluivat myös ne tutkittavat, jotka eivät halunneet lisätä ulkona liikkumista, vaikka heillä oli siihen mahdollisuus.

7.3 Sosiodemografiset muuttujat

Sosiodemografisissa muuttujissa tarkasteltiin tutkittavien taustatietoja, kuten ikää, sukupuolijakaumaa ja siviilisäätystä. Siviilisäädyn vastausvaihtoehdot luokiteltiin neljäloukkaisesta muuttujasta uudelleen naimissa oleviin, naimattomiin/eronneisiin ja leskiin.

Koulutustausta selvitettiin 9 –luokkaisella kysymyksellä. Vastausvaihtoehdot olivat vähemmän kuin kansakoulu, kansakoulu tai vastaava, kansakoulu tai vastaava sekä vähintään yhden vuoden ammattikoulutus, keskikoulu tai kansankorkeakoulu, keskikoulu tai kansankorkeakoulu sekä vähintään yhden vuoden ammattikoulutus (myös lukio-opinnot), ylioppilastutkinto sekä vähintään yhden vuoden ammattikoulutus, korkeakoulu- tai yliopistotutkinto sekä viimeiseksi muut koulutus vaihtoehdot. Tilastollista analyysia varten muuttuja luokiteltiin uudelleen kolmeluokkaiseksi muuttujaksi, jolloin vastausvaihtoehdoiksi tuli kansakoulu tai vastaava, keskikoulu tai vastaava ja ylioppilastutkinto/korkeakoulu tai yliopistotutkinto.

Lasten lukumäärä muutettiin jatkuvasta muuttujasta kolmeluokkaiseksi muuttujaksi, jolloin vastausvaihtoehdot olivat ei lapsia, 1-2 lasta ja 3 tai useampi. Koettu taloudellinen tilanne tiivistettiin analyysia varten viisiluokkaisesta muuttujasta kolmiluokkaiseksi muuttujaksi, jolloin vastausvaihtoehdot olivat hyvä/erittäin hyvä, kohtalainen ja huono/erittäin huono. Yksinäisyyden kokemuksen vastausvaihtoehdot luokiteltiin neliluokkaisesta muuttujasta uudelleen kolmiluokkaiseksi muuttujaksi. Vastausvaihtoehdoiksi tuli tällöin ei koskaan/harvoin, joskus ja usein. Lisäksi ikääntyneiltä henkilöiltä kysyttiin onko heillä ulkoilukaveria. Vastausvaihtoehdoiksi tuli kyllä ja ei.

7.4 Toimintakykyä, terveyttä ja ympäristön esteitä mittaavat muuttujat

Tutkittavien toimintakykyä ja terveyttä mitattiin itsearviointien avulla. Tutkittavien tuli arvioida, kuinka usein heillä oli huimaus tai tasapainohäiriöitä. Tilastollista analyysia varten muuttujat tiivistettiin kolmiluokkaiseksi muuttujaksi. Vastausvaihtoehdot olivat ei koskaan, harvoin ja melko usein/usein. Tutkittavien tuli myös arvioida pystyivätkö he kävelemään puolen kilometrin matkan, liikkumaan asunnossa huoneesta toiseen, käymään kaupassa tai liikkumaan julkisilla. Tilastollista analyysia varten muuttujat luokiteltiin viisiluokkaisesta muuttujasta neljälukkaiseksi muuttujaksi, jolloin vastausvaihtoehdot olivat ei vaikeuksia, vähän vaikeuksia, paljon vaikeuksia/tarvitsee apua ja ei kykene autettunakaan. Lisäksi tutkittavilta kysyttiin estivätkö kivut, heikko näkö, sairaudet tai kaatumisen pelko heitä

liikkumasta ulkona, tai jaksoivatko he lähteä ulos. Vastausvaihtoehdot olivat näissä muuttujissa ei ja kyllä.

Koetun terveyden vastausvaihtoehdot tiivistettiin neliluokkaisesta muuttujasta erittäin hyvään/hyvään, kohtalaiseen ja erittäin huonoon/huonoon. Tutkittavat arvioivat myös pitkäaikaissairauksiensa lukumäärän, joka muutettiin jatkuvasta muuttujasta neliluokkaiseksi muuttujaksi. Vastausvaihtoehdot olivat tällöin 0-1 sairautta, 2-3 sairautta, 4 sairautta ja 5 tai useampi sairaus. Alaraajojen toimintakykyä mitattiin Short Performance Physical Battery (SPPB)- mittarin avulla. Siihen kuului kolme testiä, joita olivat kävelynopeuden mittaaminen yli 2,44 metrin matkalla, tuolilta ylösnousu ja seisomatasapainon testaaminen. Kaikki tehtävät pisteytettiin 0-4 ja koko testin maksimipistemäärä oli 12 (Rantanen ym. 2014). SPPB- muuttuja muutettiin kolmeluokkaiseksi, jossa 0-6 pistemäärä tarkoitti heikkoa, 7-9 melko hyvää ja 10-12 hyvää. Ne tutkittavat, joilla oli vaikeuksia suorittaa testi, saivat pistemääräksi 0.

Ympäristön esteiden selvittämiseksi tutkittavilta kysyttiin, mitkä ympäristön tekijät vaikeuttivat heidän liikkumista. Kysymyksiin kuului vaikeuttavatko levähdyspaikkojen (esim. penkkien) puute, mäkinen maasto tai kaltevat pinnat, katujen huono kunto ja sisäportaat liikkumista. Tutkittavilta myös kysyttiin kokivatko he kodin lähiympäristön sopivaksi ulkoiluun ja oliko palveluiden luokse pitkä matka. Kaikissa ympäristöön liittyvissä muuttujissa vastausvaihtoehdot olivat kyllä ja ei.

7.5 Tilastotieteellinen analyysi

Muuttujista verrattiin frekvenssejä ja prosenttiosuuksia niiden tutkittavien välillä, joilla oli tyydyttymättömiä tarpeita ja niiden, joilla näitä tarpeita ei ollut. Ristiintaulukoimalla ja χ^2 -testillä tarkasteltiin luokittelu- ja järjestysasteikollisten muuttujien välisiä eroja niiden tutkittavien välillä, joilla oli tyydyttymättömiä tarpeita ja niiden, joilla näitä tarpeita ei ollut. Ikä oli ainoa jatkuva muuttuja analyysissä ja sen normaalijakautuneisuus testattiin Kolmogorov-Smirnov- testillä ja Shapiro-Wilkin- testillä. Ulkoilun tarpeen ikä- muuttuja ei ollut normaalisti jakautunut, joten sen keskiarvojen yhtäsuuruutta tarkasteltiin Mann-Whitney U- testillä.

Tilastollisen merkitsevyyden rajana pidettiin merkitsevyydestä $p < 0.05$. Tyydyttymättömien osallisuuden tarpeiden ja ulkoilun tarpeiden yhteyttä eri muuttujiin tarkasteltiin logistisen regressioanalyysin avulla, jossa kukin muuttuja muodosti oman mallinsa. Tämän jälkeen tulokset raportoitiin ristitulo-suhteina (OR), joille estimoitiin 95 %:n luottamusvälit. Tutkielman tilastotieteellinen analysointi tehtiin SPSS 20.0 for Windows -tilasto-ohjelmalla.

8 TULOKSET

8.1 Tutkittavien taustatiedot

Tyydyttymätöntä ulkoilun tarvetta oli noin 34 %:lla tutkittavista ja tyydyttymätöntä osallisuuden tarvetta oli noin 59 %:lla tutkittavista. Osallistujista 90 % oli naisia ja 10 % miehiä. Tutkimusjoukon keski-ikä oli 82 (kh= 5.8) vuotta. Heistä noin 66 % oli jäänyt leskeksi ja 30 % tutkittavista oli naimattomia tai eronneita. Yli puolet tutkittavista oli käynyt kansakoulun tai vastaavan koulutuksen ja vajaa kolmasosa oli käynyt keskikoulun tai vastaavan koulutuksen. Tutkittavista yli 80 %:lla oli lapsia. Yli puolet tutkittavista koki taloudellisen tilanteesta kohtalaiseksi. Ulkoilukaveria ei ollut 75 %:lla tutkittavista. Yli 80 %:lla tutkittavista oli enemmän kuin kaksi pitkäaikaissairautta ja 58 % tutkittavista piti koettua terveyttään kohtalaisena. Asunnossa huoneesta toiseen kävely ei aiheuttanut vaikeuksia 76 % tutkittavista, mutta kaupassakäynti aiheutti yli puolelle tutkittavista paljon vaikeuksia tai he tarvitsivat siinä apua. Noin 63 % tutkittavista koki, että kaatumisen pelko estää heitä liikkumasta ulkona ja 96 % mielestä kodin lähiympäristö ei ollut sopiva ulkoiluun. Toisaalta yli 80 % mielestä katujen huono kunto ei vaikeuttanut liikkumista.

8.2 Sosiodemografisten tekijöiden yhteys tyydyttymättömään osallisuuden tarpeeseen

Enemmistö miehistä ei kokenut osallisuuden tarvettaan tyydyttymättömäksi. Naisista 94 %:lla oli tyydyttymätöntä osallisuuden tarvetta, kun miesten vastaava luku oli noin 6 %. Ryhmien välinen ero ei ollut kuitenkaan tilastollisesti merkitsevä ($p=0.068$). Tyydyttymättömän osallisuuden tarpeen ryhmässä noin 17 % koki taloudellisen tilanteensa olevan huono/erittäin huono. Ne ikääntyneet ihmiset, joilla ei ollut tyydyttymätöntä osallisuuden tarvetta, koki 6 % taloudellisen tilanteensa olevan huono/erittäin huono. Tyydyttymättömässä osallisuuden tarpeessa hyvää/erittäin hyvää taloudellista tilannetta koki noin 20 % tutkittavista, kun taas ne tutkittavat, joilla ei ollut tyydyttymätöntä osallisuuden tarvetta, tätä koki noin 35 % tutkittavista. Koettu taloudellinen tilanne ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä tyydyttymättömään osallisuuden tarpeeseen ($p=0.071$). Logistisessa regressioanalyysissä

ilmeni, että huonoksi/erittäin huonoksi koettu taloudellinen tilanne sai merkitsevän tuloksen ($p < 0.05$). Iällä ja sukupuolella vakioinnin jälkeen huonoksi/erittäin huonoksi koettu taloudellinen tilanne säilyi merkitseväenä ja riski tyydyttymättömille tarpeille näytti lisääntyvän jopa 4.7 kertaiseksi (LV=1.050–21.077) verraten niihin, jotka kokivat taloudellisen tilanteen hyväksi/erittäin hyväksi (Taulukko 1).

TAULUKKO 1. Sosiodemografisten muuttujien jakautuminen sen mukaan, oliko tutkittavilla tyydyttymättömää osallisuuden tarvetta vai ei. Muuttujien yhteys tyydyttymättömään osallisuuden tarpeeseen (logistinen regressioanalyysi). Ristitulosuhteet (OR) ja niiden 95 % luottamusväli (LV)

| | Tyydyttymättömän osallisuuden tarve | | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------|-------|---------------------|--------------------|
| | Kyllä (n=71) f (%) | Ei (n=49) f (%) | OR | 95 % LV | p-arvo |
| Ikä (ka ± kh) | 81.51 ± 6.068 | 82.80 ± 5.404 | 0.962 | 0.902–1.025 | 0.234 ¹ |
| Sukupuoli | | | | | 0.068 ² |
| Mies | 4 (5.6) | 8 (16.3) | 1 | | |
| Nainen | 67 (94.4) | 41 (83.7) | 3.268 | 0.926–11.540 | |
| Siviilisäät | | | | | 0.256 ² |
| Naimisissa | 2 (2.8) | 3 (6.1) | 1 | | |
| Naimaton/eronnut | 25 (35.2) | 11 (22.4) | 3.032 | 0.416–22.106 | |
| Leski | 44 (62.0) | 35 (71.4) | 1.746 | 0.261–11.688 | |
| Koulutustausta | | | | | 0.811 ² |
| Kansakoulu tai vastaava | 42 (59.2) | 29 (59.2) | 1 | | |
| Keskikoulu tai vastaava | 20 (28.2) | 12 (24.5) | 1.127 | 0.464–2.737 | |
| Ylioppilastutkinto/korkeakoulu tai yliopistotutkinto | 9 (12.7) | 8 (16.3) | 0.630 | 0.200–1.981 | |
| Lasten lukumäärä | | | | | 0.332 ² |
| Ei lapsia | 11 (15.5) | 11 (22.4) | 1 | | |
| 1-2 lasta | 37 (52.1) | 19 (38.8) | 1.506 | 0.526–4.312 | |
| 3 tai enemmän | 23 (32.4) | 19 (38.8) | 1.147 | 0.390–3.379 | |
| Koettu taloudellinen tilanne | | | | | 0.071 ² |
| Hyvä/erittäin hyvä | 14 (19.7) | 17 (34.7) | 1 | | |
| Kohtalainen | 45 (63.4) | 29 (59.2) | 1.800 | 0.754–4.297 | |
| Huono/erittäin huono | 12 (16.9) | 3 (6.1) | 4.704 | 1.050–21.077 | |
| Yksinäisyyden kokemus | | | | | 0.383 ² |
| Ei koskaan/ harvoin | 28 (39.4) | 24 (49.0) | 1 | | |
| Joskus | 28 (39.4) | 19 (38.8) | 1.359 | 0.591–3.121 | |
| Usein | 15 (21.1) | 6 (12.2) | 2.534 | 0.809–7.936 | |
| Onko ulkoilukaveria | | | | | 0.834 ² |
| Ei | 52 (73.2) | 37 (75.5) | 1 | | |
| Kyllä | 19 (26.8) | 12 (24.5) | 1.116 | 0.471–2.646 | |
| Saa seuraava tarvittaessa | | | | | 0.165 ² |
| Ei koskaan/harvoin | 27 (38.0) | 11 (22.4) | 1 | | |
| Joskus | 19 (26.8) | 14 (28.6) | 0.481 | 0.173–1.338 | |
| Usein | 25 (35.2) | 24 (49.0) | 0.447 | 0.177–1.128 | |

¹Ryhmien keskiarvojen yhtäsuuruus testattu t-testillä

²Muuttujien väliset riippuvuudet mitattu χ^2 – riippumattomuustestillä

8.3 Toimintakyvyn, terveyden ja ympäristön esteiden yhteys tyydyttymättömään osallisuuden tarpeeseen

Tyydyttymättömän tarpeen ryhmässä sekä ryhmässä, jossa näitä tarpeita ei ollut, oli eroa toimintakykyä ja terveyttä mittaavissa muuttujissa. Esimerkiksi tyydyttymättömän osallisuuden tarpeen ryhmässä noin 73 % kertoi kaatumisen pelon estävän ulkona liikkumisen. Ne ikääntyneet ihmiset, joilla ei ollut tyydyttymättömän osallisuuden tarvetta, esti kaatumisen pelko 49 % heistä liikkumasta ulkona ($p=0.012$). Tyydyttymättömän osallisuuden tarpeen ryhmässä oli enemmän niitä tutkittavia, joita kivut estivät liikkumasta ulkona verrattuna ryhmään, jolla ei ollut tyydyttymättömän osallisuuden tarvetta ($p=0.041$). Tyydyttymättömän osallisuuden tarpeen ryhmässä noin 48 % tutkittavista koki, että ei jaksanut lähteä ulos. Ryhmässä, jossa ei ollut tyydyttymättömän osallisuuden tarvetta, tätä koki 71 % tutkittavista ($p=0.039$). Logistisessa regressioanalyysissä ilmeni, että kivut ja kaatumisen pelko, jotka estivät tutkittavia lähtemästä ulos, saivat merkitsevän tuloksen ($p<0.05$). Samoin merkitsevän tuloksen sai kun tutkittava ei jaksanut lähteä ulos ($p<0.05$). Näistä tekijöistä vain kaatumisen pelko säilyi tilastollisesti merkitsevästi iällä ja sukupuolella vakioitussa mallissa. Kaatumisen pelko kasvatti riskiä tyydyttymättömälle osallisuuden tarpeelle yli kolmikertaiseksi ($LV=1.356-6.715$) verrattuna niihin tutkittaviin, joilla kaatumisen pelko ei estänyt liikkumasta ulkona (Taulukko 2). Ympäristön esteillä ei ollut yhteyttä tyydyttymättömään osallisuuden tarpeeseen. Ryhmät jakautuivat frekvenssien osalta melko tasaisesti (Taulukko 3).

TAULUKKO 2. Toimintakykyä ja terveyttä mittaavien muuttujien jakautuminen sen mukaan, oliko tutkittavilla tyydyttymätöntä osallisuuden tarvetta vai ei. Muuttujien yhteys tyydyttymättömään osallisuuden tarpeeseen (logistinen regressioanalyysi). Ristitulosuhteet (OR) ja niiden 95 % luottamusväli (LV)

| Tyydyttymätön osallisuuden tarve | | | | | |
|--|---------------------------|------------------------|-------|--------------|---------------------|
| | Kyllä (n= 71) f (%) | Ei (n= 49) f (%) | OR | 95 % LV | p-arvo ¹ |
| Pitkäaikaissairauksien lukumäärä | | | | | 0.278 |
| 0-1 sairautta | 11 (15.5) | 13 (26.5) | 1 | | |
| 2-3 sairautta | 31 (43.7) | 21 (42.9) | 1.555 | 0.561–4.314 | |
| 4 sairautta | 14 (19.7) | 10 (20.4) | 1.493 | 0.455–4.897 | |
| 5 tai useampi | 15 (21.1) | 5 (10.2) | 3.229 | 0.849–12.281 | |
| Koettu terveys | | | | | 0.150 |
| Hyvä/erittäin hyvä | 7 (10.4) | 1 (2.3) | 1 | | |
| Kohtalainen | 35 (52.2) | 29 (67.4) | 0.195 | 0.022–1.733 | |
| Huono/erittäin huono | 25 (37.3) | 13 (30.2) | 0.304 | 0.032–2.849 | |
| Huimaus tai tasapainohäiriöitä | | | | | 0.284 |
| Ei koskaan | 16 (22.5) | 11 (22.4) | 1 | | |
| Harvoin | 12 (16.9) | 14 (28.6) | 0.727 | 0.235–2.246 | |
| Melko usein/Usein | 43 (60.6) | 24 (49.0) | 1.268 | 0.497–3.232 | |
| 0,5 km matkan kävely | | | | | 0.540 |
| Ei vaikeuksia | 20 (28.2) | 19 (38.8) | 1 | | |
| Vähän vaikeuksia | 14 (19.7) | 10 (20.4) | 1.614 | 0.542–4.808 | |
| Paljon vaikeuksia/tarvitsee apua | 27 (38.0) | 13 (26.5) | 2.232 | 0.865–5.763 | |
| Ei kykene autettunakaan | 10 (14.1) | 7 (14.3) | 1.290 | 0.392–4.245 | |
| Asunnossa huoneesta toiseen liikkuminen | | | | | 0.559 |
| Ei vaikeuksia | 52 (73.2) | 39 (79.6) | 1 | | |
| Vähän vaikeuksia | 15 (21.1) | 9 (18.4) | 1.169 | 0.453–3.015 | |
| Paljon vaikeuksia | 4 (5.6) | 1 (2.0) | 2.956 | 0.310–28.160 | |
| Kaupassakäynti | | | | | 0.261 |
| Ei vaikeuksia | 9 (12.7) | 13 (26.5) | 1 | | |
| Vähän vaikeuksia | 9 (12.7) | 6 (12.2) | 2.520 | 0.625–10.160 | |
| Paljon vaikeuksia/tarvitsee apua | 40 (56.3) | 24 (49.0) | 2.387 | 0.849–6.713 | |
| Ei kykene autettunakaan | 13 (18.3) | 6 (12.2) | 3.153 | 0.832–11.956 | |
| Julkisilla liikkuminen | | | | | 0.576 |
| Ei vaikeuksia | 16 (22.5) | 16 (33.3) | 1 | | |
| Vähän vaikeuksia | 7 (9.9) | 5 (10.4) | 1.159 | 0.294–4.576 | |
| Paljon vaikeuksia/tarvitsee apua | 28 (39.4) | 17 (35.4) | 1.546 | 0.603–3.966 | |
| Ei kykene autettunakaan | 20 (28.2) | 10 (20.8) | 1.490 | 0.508–4.372 | |
| Kivut estävät liikkumasta ulkona | | | | | 0.041 |
| Kyllä | 37 (52.1) | 16 (32.7) | 1 | | |
| Ei | 34 (47.9) | 33 (67.3) | 1.944 | 0.884–4.275 | |
| Heikko näkö estää liikkumasta ulkona | | | | | 0.791 |
| Kyllä | 11 (15.5) | 6 (12.2) | 1 | | |
| Ei | 60 (84.5) | 43 (87.8) | 1.368 | 0.450–4.161 | |

| | | | | | |
|--|-----------|-----------|-------|--------------------|--------------|
| Sairaudet estävät liikkumasta ulkona | | | | | 0.463 |
| Kyllä | 37 (52.1) | 22 (44.9) | 1 | | |
| Ei | 34 (47.9) | 27 (55.1) | 1.268 | 0.596–2.698 | |
| Kaatumisen pelko estää liikkumasta ulkona | | | | | 0.012 |
| Kyllä | 52 (73.2) | 24 (49.0) | 1 | | |
| Ei | 19 (26.8) | 25 (51.0) | 3.017 | 1.356–6.715 | |
| Ei jaksa lähteä ulos | | | | | 0.039 |
| Kyllä | 34 (47.9) | 14 (28.6) | 1 | | |
| Ei | 37 (52.1) | 35 (71.4) | 2.084 | 0.941–4.613 | |
| SPPB- pisteet yhteensä | | | | | 0.500 |
| Heikko | 37 (53.6) | 20 (42.6) | 1 | | |
| Melko hyvä | 23 (33.3) | 19 (40.4) | 0.592 | 0.253–1.385 | |
| Hyvä | 9 (13.0) | 8 (17.0) | 0.745 | 0.235–2.363 | |

¹ Muuttujien väliset riippuvuudet mitattu χ^2 – riippumattomuustestillä

TAULUKKO 3. Ympäristön esteitä mittaavien muuttujien jakautuminen sen mukaan, oliko tutkittavilla tyydyttymätöntä osallisuuden tarvetta vai ei. Muuttujien yhteys tyydyttymättömään osallisuuden tarpeeseen (logistinen regressioanalyysi). Ristitulosuhteet (OR) ja niiden 95 % luottamusväli (LV)

| Tyydyttymätön osallisuuden tarve | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------|-------|--------------|---------------------|
| | Kyllä (n=71) f (%) | Ei (n=49) f (%) | OR | 95 %LV | p-arvo ¹ |
| Kodin lähiympäristö ei ole sopiva ulkoiluun | | | | | 0.647 |
| Ei | 67 (94.4) | 48 (98.0) | 1 | | |
| Kyllä | 4 (5.6) | 1 (2.0) | 2.470 | 0.264-23.069 | |
| Vaikeuttaako levähdyspaikkojen esim. penkkien puute liikkumista | | | | | 0.452 |
| Ei | 39 (54.9) | 31 (63.3) | 1 | | |
| Kyllä | 32 (45.1) | 18 (36.7) | 1.457 | 0.675-3.142 | |
| Vaikeuttavatko mäkinen maasto/kaltevat pinnat liikkumista | | | | | 0.851 |
| Ei | 40 (56.3) | 29 (59.2) | 1 | | |
| Kyllä | 31 (43.7) | 20 (40.8) | 1.224 | 0.570-2.627 | |
| Vaikeuttaako katujen huono kunto liikkumista | | | | | 0.327 |
| Ei | 57 (80.3) | 43 (87.8) | 1 | | |
| Kyllä | 14 (19.7) | 6 (12.2) | 1.708 | 0.588-4.962 | |
| Vaikeuttavatko sisäportaat liikkumista | | | | | 0.517 |
| Ei | 56 (78.9) | 36 (73.5) | 1 | | |
| Kyllä | 15 (21.1) | 13 (26.5) | 0.704 | 0.294-1.685 | |
| Pitkä matka palveluiden luokse | | | | | 0.824 |
| Ei | 54 (76.1) | 39 (79.6) | 1 | | |
| Kyllä | 17 (23.9) | 10 (20.4) | 1,264 | 0.509-3.139 | |

¹ Muuttujien väliset riippuvuudet mitattu χ^2 – riippumattomuustestillä

8.4 Sosiodemografisten tekijöiden yhteys tyydyttymättömään ulkoilun tarpeeseen.

Sosiodemografiset tekijät eivät vaikuttaneet ryhmien välisiin eroihin niiden tutkittavien välillä, joilla oli tyydyttymätöntä ulkoilun tarvetta verrattuna niihin, joilla tätä tarvetta ei ollut. Ne tutkittavat, joilla ei ollut tyydyttymätöntä ulkoilun tarvetta, kokivat taloudellisen tilanteensa paremmaksi (30 %) kuin tyydyttymätöntä ulkoilun tarvetta kokeneet tutkittavat (17 %). Ulkoilukaveria ei ollut tyydyttymättömän ulkoilun tarpeen ryhmässä noin 76 %:lla tutkittavista, eikä myöskään noin 74 %:lla tutkittavista, jotka eivät kokeneet ulkoilun tarvettaan tyydyttymättömäksi. Frekvenssit jakautuivatkin ryhmien välillä melko tasaisesti, eikä merkitseviä tuloksia tullut minkään muuttujan suhteen. Logistisessa regressioanalyysissä ei myöskään ilmennyt merkitseviä tuloksia (Taulukko 4).

TAULUKKO 4. Sosiodemografisten muuttujien jakautuminen sen mukaan, oliko tutkittavilla tyydyttymätöntä ulkoilun tarvetta vai ei. Muuttujien yhteys tyydyttymättömään ulkoilun tarpeeseen (logistinen regressioanalyysi). Ristitulosuhteet (OR) ja niiden 95 % luottamusväli (LV)

| Tyydyttymätön ulkoilun tarve | | | | | |
|--|--------------------|-----------------|-------|--------------|--------------------|
| | Kyllä (n=41) f (%) | Ei (n=80) f (%) | OR | 95 % LV | p-arvo |
| Ikä (ka ± kh) | 82.93 ± 6.521 | 81.57 ± 5.403 | 1.042 | 0.975-1.114 | 0.137 ¹ |
| Sukupuoli | | | | | 1.000 ² |
| Mies | 4 (9.8) | 8 (10.0) | 1 | | |
| Nainen | 37 (90.2) | 72 (90.0) | 1.028 | 0.290-3.638 | |
| Sivillisäät | | | | | 0.795 ² |
| Naimisissa | 1 (2.4) | 4 (5.0) | 1 | | |
| Naimaton/eronnut | 13 (31.7) | 24 (30.0) | 2.526 | 0.252-25.330 | |
| Leski | 27 (65.9) | 52 (65.0) | 1.984 | 0.209-18.833 | |
| Lasten lukumäärä | | | | | 0.912 ² |
| Ei lapsia | 7 (17.1) | 16 (20.0) | 1 | | |
| 1-2 lasta | 19 (46.3) | 37 (46.3) | 1.180 | 0.397-3.507 | |
| 3 tai enemmän | 15 (36.6) | 27 (33.8) | 1.112 | 0.363-3.404 | |
| Koulutustausta | | | | | 0.768 ² |
| Kansakoulu tai vastaava | 23 (56.1) | 49 (61.3) | 1 | 0.476-2.855 | |
| Keskikoulu tai vastaava | 11 (26.8) | 21 (26.3) | 1.166 | 0.563-5.351 | |
| Ylioppilastutkinto/korkeakoulu tai yliopistotutkinto | 7 (17.1) | 10 (12.5) | 1.736 | 0.980-1.129 | |
| Koettu taloudellinen tilanne | | | | | 0.299 ² |
| Hyvä/erittäin hyvä | 7 (17.1) | 24 (30.0) | 1 | | |
| Kohtalainen | 28 (68.3) | 47 (58.8) | 2.137 | 0.808-5.648 | |
| Huono/erittäin huono | 6 (14.6) | 9 (11.3) | 2.595 | 0.669-10.073 | |

| | | | | | |
|---------------------------------|-----------|-----------|-------|-------------|--------------------|
| Yksinäisyyden kokemus | | | | | 0.139 ² |
| Ei koskaan/ harvoin | 15 (36.6) | 37 (46.3) | 1 | | |
| Joskus | 15 (36.6) | 33 (41.3) | 1.204 | 0.504-2.876 | |
| Usein | 11 (26.8) | 10 (12.5) | 2.776 | 0.962-8.006 | |
| Onko ulkoilukaveria | | | | | 1.000 ² |
| Ei | 31 (75.6) | 59 (73.8) | 1 | | |
| Kyllä | 10 (24.4) | 21 (26.3) | 0.861 | 0.357-2.076 | |
| Saa seurata tarvittaessa | | | | | 0.640 ² |
| Ei koskaan/harvoin | 14 (34.1) | 24 (30.0) | 1 | | |
| Joskus | 9 (22.0) | 24 (30.0) | 0.656 | 0.237-1.816 | |
| Usein | 18 (43.9) | 32 (40.0) | 0.943 | 0.388-2.293 | |

¹Keskiarvojen yhtäsuuruus testattu Mann-Whitneyn U-testillä

²Muuttujien väliset riippuvuudet mitattu ja χ^2 – riippumattomuustestillä

8.5 Toimintakyvyn, terveyden ja ympäristön esteiden yhteys tyydyttymättömään ulkoilun tarpeeseen

Kaupassa käymisessä oli eroa niiden tutkittavien välillä, joilla oli tyydyttymättömää ulkoilun tarvetta ja niiden, joilla tätä tarvetta ei ollut ($p=0.003$). Tyydyttymättömässä ulkoilun tarpeen ryhmässä noin 27 % ei kyennyt autettunakaan käymään kaupassa. Ne tutkittavat, joilla ei ollut tyydyttymättömää ulkoilun tarvetta, heistä 10 % ei kyennyt käymään autettunakaan kaupassa. Tyydyttymättömän ulkoilun tarpeen ryhmässä noin 15 %:lla ei ollut vaikeuksia kävellä puolen kilometrin matkaa. Tutkittavat, joilla tätä tarvetta ei ollut, oli vastaava osuus 43 %. Tyydyttymättömän ulkoilun tarpeen ryhmässä noin 42 % tutkittavista koki puolen kilometrin matkalla paljon vaikeuksia tai tarvitsivat apua. Niiden, joilla tätä tarvetta ei ollut, oli vastaava osuus 29 % ($p=0.022$). Myös kaatumisen pelko sai merkitsevän tuloksen ($p=0.009$). Tyydyttymättömän ulkoilun tarpeen ryhmässä noin 81 % pelkäsi kaatuvansa ulkona. Ryhmä, jolla ei ollut tyydyttymättömää tarvetta, pelkäsi 55 % heistä samaa. Lisäksi lähellä merkitsevyysrajaa olivat kivut, jotka estivät tutkittavia liikkumasta ulkona ($p=0.056$) sekä pitkäaikaissairauksien lukumäärä ($p=0.064$). Frekvenssit jakautuivat kuitenkin melko tasaisesti ryhmien välillä (Taulukko 5).

Logistisessa regressioanalyysissä ilmeni, että kaatumisen pelko, useat pitkäaikaissairaudet sekä kaupassakäynnin ja puolen kilometrin matkan kävelyn vaikeus olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä tyydyttymättömään ulkoilun tarpeeseen ($p<0.05$). Iällä ja

sukupuolella vakioidussa mallissa riskit säilyivät merkitsevinä. Kivut (OR=2.5, LV=1.120-5.791) ja sairaudet (OR=2.2, LV=1.021-4.936), jotka estivät tutkittavia liikkumasta ulkona, saivat myös merkitsevän tuloksen. Riski tyydyttymättömälle ulkoilun tarpeelle kasvoi miltei 14- kertaiseksi (LV=1.409-132.175) niillä tutkittavilla, joilla oli vähän vaikeuksia kaupassa käymisessä verrattuna niihin tutkittaviin, joilla ei ollut vaikeuksia käydä kaupassa. Lisäksi esimerkiksi ne tutkittavat, jotka eivät kyenneet käymään autettunakaan kaupassa, kasvoi riski tyydyttymättömälle ulkoilun tarpeelle yli 30- kertaiseksi (LV=3.269-282.788) verrattuna niihin, joilla ei ollut vaikeuksia käydä kaupassa. Kaatumisen pelko nosti riskiä tyydyttymättömälle ulkoilun tarpeelle noin 3.5- kertaiseksi (LV=1.426-8.590) verrattuna niihin, jotka eivät pelänneet kaatuvansa ulkona. Tuloksista ilmeni myös, että mitä enemmän tutkittavilla oli pitkäaikaissairauksia, sitä suurempi riski heillä oli tyydyttymättömille ulkoilun tarpeille verrattuna niihin, joilla ei ollut yhtään sairautta tai enintään yksi. Tilastollisesti merkitsevän tuloksen sai myös puolen kilometrin matkan kävely. Esimerkiksi ne tutkittavat, jotka eivät kyenneet autettunakaan kävelemään puolen kilometrin matkaa, kasvoi riski yli viisinkertaiseksi tyydyttymättömälle ulkoilun tarpeelle verrattuna niihin tutkittaviin, joilla ei ollut vaikeuksia (LV=1.406-19.207) (Taulukko 5). Ympäristön esteillä ei ollut yhteyttä tyydyttymättömään ulkoilun tarpeeseen. Ryhmät jakautuivat frekvenssien osalta melko tasaisesti (Taulukko 6).

TAULUKKO 5. Toimintakyky ja terveyttä mittaavien muuttujien jakautuminen sen mukaan, oliko tutkittavilla tyydyttymätöntä ulkoilun tarvetta vai ei. Muuttujien yhteys tyydyttymättömään ulkoilun tarpeeseen (logistinen regressioanalyysi). Ristitulosuhteet (OR) ja niiden 95 % luottamusväli (LV)

| | Tyydyttymätön ulkoilun tarve | | OR | 95 %LV | p-arvo ¹ |
|--|------------------------------|------------------|--------|----------------------|---------------------|
| | Kyllä (n= 41) f (%) | Ei (n= 80) f (%) | | | |
| Pitkäaikaissairauksien lukumäärä | | | | | 0.064 |
| 0-1 sairautta | 3 (7.3) | 22 (27.5) | 1 | | |
| 2-3 sairautta | 19 (46.3) | 33 (41.3) | 4.302 | 1.095-16.904 | |
| 4 sairautta | 10 (24.4) | 14 (17.5) | 5.485 | 1.246-24.153 | |
| 5 tai useampi | 9 (22.0) | 11 (13.8) | 6.152 | 1.329-28.478 | |
| Koettu terveys | | | | | 0.815 |
| Hyvä/erittäin hyvä | 2 (5.9) | 6 (7.8) | 1 | | |
| Kohtalainen | 19 (55.9) | 46 (59.7) | 1.286 | 0.232-7.137 | |
| Huono/erittäin huono | 13(38.2) | 25 (32.5) | 1.655 | 0.284-9.643 | |
| Huimaus tai tasapainohäiriöitä | | | | | 0.740 |
| Ei koskaan | 8 (19.5) | 20 (25.0) | 1 | | |
| Harvoin | 10 (24.4) | 16 (20.0) | 1.391 | 0.433-4.470 | |
| Melko usein/Usein | 23 (56.1) | 44 (55.0) | 1.228 | 0.464-3.253 | |
| 0,5 km matkan kävely | | | | | 0.022 |
| Ei vaikeuksia | 6 (14.6) | 34 (42.5) | 1 | | |
| Vähän vaikeuksia | 10 (24.4) | 14 (17.5) | 4.076 | 1.217-13.648 | |
| Paljon vaikeuksia/tarvitsee apua | 17 (41.5) | 23 (28.7) | 3.922 | 1.334-11.538 | |
| Ei kykene autettunakaan | 8 (19.5) | 9 (11.3) | 5.197 | 1.406-19.207 | |
| Asunnossa huoneesta toiseen kävely | | | | | 0.156 |
| Ei vaikeuksia | 27 (65.9) | 65 (81.3) | 1 | | |
| Vähän vaikeuksia | 12 (29.3) | 12 (15.0) | 2.492 | 0.982-6.325 | |
| Paljon vaikeuksia | 2 (4.9) | 3 (3.8) | 1.484 | 0.231-9.554 | |
| Kaupassakäynti | | | | | 0.003 |
| Ei vaikeuksia | 1 (2.4) | 21 (26.3) | 1 | | |
| Vähän vaikeuksia | 6 (14.6) | 9 (11.3) | 13.648 | 1.409-132.175 | |
| Paljon vaikeuksia/tarvitsee apua | 23 (56.1) | 42 (52.5) | 12.438 | 1.536-100.705 | |
| Ei kykene autettunakaan | 11 (26.8) | 8 (10.0) | 30.405 | 3.269-282.788 | |
| Julkisilla liikkuminen | | | | | 0.397 |
| Ei vaikeuksia | 13 (31.7) | 19 (24.1) | 1 | | |
| Vähän vaikeuksia | 6 (14.6) | 6 (7.6) | 1.609 | 0.415-6.233 | |
| Paljon vaikeuksia/tarvitsee apua | 14 (34.1) | 32 (40.5) | 0.676 | 0.260-1.757 | |
| Ei kykene autettunakaan | 8 (19.5) | 22 (27.8) | 0.591 | 0.194-1.800 | |
| Kivut estävät liikkumasta ulkona | | | | | 0.056 |
| Ei | 18 (43.9) | 50 (62.5) | 1 | | |
| Kyllä | 23 (56.1) | 30 (37.5) | 2.547 | 1.120-5.791 | |
| Heikko näkö estää liikkumasta ulkona | | | | | 1.000 |
| Ei | 35 (85.4) | 69 (86.3) | 1 | | |
| Kyllä | 6 (14.6) | 11 (13.8) | 1.000 | 0.337-2.972 | |
| Sairaudet estävät liikkumasta ulkona | | | | | 0.058 |
| Ei | 16 (39.0) | 46 (57.5) | 1 | | |
| Kyllä | 25 (61.0) | 34 (42.5) | 2.245 | 1.021-4.936 | |
| Kaatumisen pelko estää liikkumasta ulkona | | | | | 0.009 |
| Ei | 8 (19.5) | 36 (45.0) | 1 | | |
| Kyllä | 33 (80.5) | 44 (55.0) | 3.499 | 1.426-8.590 | |

| | | | | | |
|-------------------------------|-----------|-----------|-------|-------------|-------|
| Ei jaksa lähteä ulos | | | | | 0.078 |
| Ei | 20 (48.8) | 53 (66.3) | 1 | | |
| Kyllä | 21 (51.2) | 27 (33.8) | 2.183 | 0.991-4.808 | |
| SPPB- pisteet yhteensä | | | | | 0.663 |
| Heikko | 19 (50.0) | 39 (49.4) | 1 | | |
| Melko hyvä | 15 (39.5) | 27 (34.2) | 1.161 | 0.497-2.711 | |
| Hyvä | 4 (10.5) | 13 (16.5) | 0.514 | 0.143-1.852 | |

¹ Muuttujien väliset riippuvuudet mitattu χ^2 – riippumattomuustestillä

TAULUKKO 6. Ympäristön esteitä mittaavien muuttujien jakautuminen sen mukaan, oliko tutkittavilla tyydyttymätöntä ulkoilun tarvetta vai ei. Muuttujien yhteys tyydyttymättömyyden ulkoilun tarpeeseen (logistinen regressioanalyysi). Ristitulosuhteet (OR) ja niiden 95 % luottamusväli (LV)

| | Tyydyttymätön ulkoilun tarve | | OR | 95 % LV | p-arvo ¹ |
|--|------------------------------|-----------------|-------|-------------|---------------------|
| | Kyllä (n=41) f (%) | Ei (n=80) f (%) | | | |
| Kodin lähiympäristö ei ole sopiva ulkoiluun | | | | | 1.000 |
| Ei | 39 (95.1) | 77 (96.3) | 1 | | |
| Kyllä | 2 (4.9) | 3 (3.8) | 1.328 | 0.211-8.363 | |
| Vaikeuttaako levähdyspaikkojen esim. penkkien puute liikkumista | | | | | 0.123 |
| Ei | 20 (48.8) | 51 (63.7) | 1 | | |
| Kyllä | 21 (51.2) | 29 (36.3) | 1.811 | 0.839-3.910 | |
| Vaikeuttavatko mäkinen maasto/kaltevat pinnat liikkumista | | | | | 1.000 |
| Ei | 24 (58.5) | 46 (57.5) | 1 | | |
| Kyllä | 17 (41.5) | 34 (42.5) | 0.913 | 0.422-1.974 | |
| Vaikeuttaako katujen huono kunto liikkumista | | | | | 0.303 |
| Ei | 32 (78.0) | 69 (86.3) | 1 | | |
| Kyllä | 9 (22.0) | 11 (13.8) | 1.724 | 0.649-4.674 | |
| Vaikeuttavatko sisäportaat liikkumista | | | | | 0.264 |
| Ei | 29 (70.7) | 64 (80.0) | 1 | | |
| Kyllä | 12 (29.3) | 16 (20.0) | 1.631 | 0.680-3.911 | |
| Pitkä matka palveluiden luokse | | | | | 0.490 |
| Ei | 30 (73.2) | 64 (80.0) | 1 | | |
| Kyllä | 11 (26.8) | 16 (20.0) | 1.457 | 0.599-3.543 | |

¹ Muuttujien väliset riippuvuudet mitattu χ^2 – riippumattomuustestillä

9 POHDINTA

Tutkielman tarkoituksena oli selvittää, että miten yli 65- vuotiaiden kotona- asuvien, kotihoitoa ja kunnan avohoitoa käyttävien miesten ja naisten terveys ja toimintakyky, ympäristöön liittyvät esteet sekä sosiodemografiset tekijät ovat yhteydessä tyydyttymättömään osallisuuden ja ulkoilun tarpeeseen. Tutkielman tulosten mukaan huonoksi koettu taloudellinen tilanne ja kaatumisen pelko olivat yhteydessä tyydyttymättömään osallisuuden tarpeeseen. Tyydyttymättömään ulkoilun tarpeeseen oli yhteydessä kaatumisen pelko ja se, että tutkittavalla oli useita pitkäaikaissairauksia. Kivut ja sairaudet, jotka estivät tutkittavia liikkumasta ulkona, olivat myös yhteydessä tyydyttymättömään ulkoilun tarpeeseen. Lisäksi kaupassa käynnin ja puolen kilometrin matkan kävelyn vaikeutuessa, riski tyydyttymättömälle ulkoilun tarpeelle kasvoi. Ympäristön esteet eivät olleet yhteydessä tyydyttymättömään osallisuuden tai ulkoilun tarpeeseen.

Terveydestä puhutaan usein osallistumista mahdollistavana tekijänä. Tutkielmassa jopa 95 %:lla tutkittavista olikin tyydyttymättömää tarvetta. Heikentyneestä liikkumiskyvystä kärsivillä ikääntyneillä henkilöillä näyttää olevan enemmän tyydyttymättömiä tarpeita kuin niillä ikääntyneillä henkilöillä, joiden liikkumiskyky oli parempi. Tutkielmassa erityisesti ulkoilu sekä suurimmaksi osaksi myös osallisuus vaativat erityistä ponnistelua, joten toimintakyvyn rajoitteiden ja/tai heikentyneen terveydellisen tilan vuoksi kynnys poistua kotoa saattoi olla liian suuri. Toimintakykyyn ja terveyteen liittyvillä tekijöillä näyttikin olevan muita tekijöitä enemmän vaikutusta siihen, että erityisesti ulkoilun tarpeet koettiin tyydyttymättömiksi. Tulokset tukevat aiempien tutkimuksien tuloksia, sillä esimerkiksi Portegijs ym. (2014) tutkimuksessa huono fyysinen suorituskyky oli yhteydessä rajoittuneeseen liikkumiskykyyn yksilön omassa elinpiirissä (Portegijs ym. 2014). Liikkumiskyvyn heikkeneminen (Yang & Stanford 2012, Ward ym. 2012, Ikäinstituutti 2015) ja huono terveydentila (Haak ym. 2007, Siltaniemi ym. 2008, 55), olivat esteenä osallisuudelle (Haak ym. 2007, Siltaniemi ym. 2008, Yang & Stanford 2012, Ward ym. 2012, Ikäinstituutti 2015). Lisäksi toimintakyvyn (Nadien 2006) ja liikkumiskyvyn (Rantakokko ym. 2010) heikkeneminen vaikuttivat ikääntyneen henkilön itsenäiseen suoriutumiseen (Nadien 2006, Rantakokko ym. 2010) ja osallisuuteen (Clarke ym. 2012). Tasapaino vaikuttaa myös suuresti ikääntyneiden ihmisten suoriutumiseen ja osallisuuteen (Yang & Stanford 2012). Tutkielmassa pitkäaikaissairauksien lukumäärän

kasvaessa riski tyydyttymättömälle ulkoilun tarpeelle lisääntyi. Lampisen ym. (2006) tutkimuksessa vähäinen määrä pitkäaikaissairauksia paransi tutkittavien fyysistä aktiivisuutta ja liikuntakykyä. Se vaikutti myös epäsuorasti korkeampaan vapaa-ajan aktiivisuuteen (Lampinen ym. 2006). Heikentynyt toimintakyky ja terveys saattoivat vaikuttaa myös siihen, että esimerkiksi kaatumisen pelko oli yhteydessä sekä tyydyttymättömään osallisuuden että ulkoilun tarpeeseen. Tätä tukee Rantakokko ym. (2009) tutkimus, jossa ne ikääntyneet ihmiset, joilla oli tuki- ja liikuntaelämistön sairauksia ja hidas kävelynopeus, oli myös ulkona liikkumisen pelkoa. Toisaalta tähän saattoi olla syynä ympäristötekijät, sillä ulkona liikkumisen pelko on yleistä niillä ikääntyneillä henkilöillä, jotka kokivat ympäristössään esteitä. Esimerkiksi huonot tiet, mäet ympäristössä ja liikenteen melu aiheuttivat ulkona liikkumisen pelkoa (Rantakokko ym. 2009). Olisikin tarpeellista selvittää toimintakyvyn ja ympäristötekijöiden yhteisvaikutuksia. Terveys ja toimintakyky näyttivät olevan enemmän yhteydessä tyydyttymättömään ulkoilun tarpeeseen kuin osallisuuden tarpeeseen. Tyydyttymättömään ulkoilun tarpeen ryhmään valikoitui kuitenkin kaikista huonokuntoisimmat tutkittavat.

Sosiodemografisista tekijöistä heikoksi koettu taloudellinen tilanne oli yhteydessä tyydyttymättömään osallisuuden tarpeeseen. Riski kasvoi yli nelikertaiseksi verrattuna niihin ikääntyneisiin, jotka kokivat taloudellisen tilanteen hyväksi tai erittäin hyväksi. Heikko taloudellinen tilanne saattoi siis estää tutkittavia osallistumasta haluamiinsa aktiviteetteihin. Tämä saattoi johtua siitä, että monet tutkielmassa olleet osallisuuden aktiviteetit olivat maksullisia, kuten esimerkiksi konsertissa tai elokuvissa käyminen. Siltaniemi ym. (2008) tutkimuksessa kymmenesosa tutkittavista, joihin kuului erityisesti pienituloiset eläkeläiset, kokivat osallistumisen olevan kallista (Siltaniemi ym. 2008, 54). Tämän lisäksi matkakustannukset saattoivat olla esteenä osallistumiselle. Myös Roe ym. (2001) tutkimuksessa taloudellinen tilanne esti joidenkin ikääntyneiden henkilöiden mahdollisuuden julkisen liikenteen käyttöön (Roe ym. 2001). Tulisikin tutkia enemmän ikääntyneiden henkilöiden taloudellista eriarvoisuutta ja sen vaikutusta osallisuuden tarpeeseen.

Ympäristötekijät eivät olleet yhteydessä tyydyttämättömään ulkoilun tai osallisuuden tarpeeseen. Voisiko tämä johtua samasta asiasta, kuin Tsai ym. (2013) tutkimuksessa, jossa arveltiin aktiivisempien ja yksinasuvien ikääntyneiden henkilöiden havainnoivan ympäristöönsä

tarkemmin, verrattuna vähemmän aktiivisiin sekä toisen ihmisen kanssa asuviin ikääntyneisiin henkilöihin. Tämän vuoksi aktiivisemmat tutkittavat raportoivat enemmän liikkumiskykyyn vaikuttavia esteitä (Tsai ym. 2013). Tutkimuksessa saattoikin käydä niin, että koska ikääntyneet olivat verrattain huonokuntoisia, eivät he välttämättä ulkoilleet ja tämän vuoksi kiinnittäneet huomiota ympäristönsä esteisiin.

Osallisuuden tarpeen tyydyttyminen voitaisiin soveltaa Maslowin (1954) tarvehierarkian mukaisesti. Hierarkian alimmalla portaalla voisi olla toimintakyky ja terveys, sillä ikääntyneet henkilöt tarvitsevat riittävää toimintakykyä ja terveyttä osallistumiseen sekä aktiviteeteista suoriutumiseen. Toimintakyvyn ja terveyden heikentyessä osallisuus vaikeutuu, kuten aiemmista tutkimuksista kävi ilmi. Myös tässä tutkielmassa toimintakyky ja terveys näyttivät olevan yhteydessä vanhusten tyydyttymättömään osallisuuden ja ulkoilun tarpeeseen. Lisäksi aiemmissa tutkimuksissa korostettiin ympäristön esteitä, jotka vaikuttivat osallisuuteen (Michaela ym. 2006, Li ym. 2010, Clarke ym. 2012, Yang & Stanford 2012, Tsai ym. 2013). Seuraavaksi tarpeeksi voisi nousta turvallisuuden tunne, joka on myös Maslow:n (1954, 87) tarvehierarkian seuraavalla portaalla. Vaikka tutkielmassa ympäristön esteet eivät olleet yhteydessä tyydyttymättömään osallisuuden tai ulkoilun tarpeeseen, aiempien tutkimusten mukaan ympäristön esteet aiheuttivat pelon tunteita ikääntyneille henkilöille (Rantakokko ym. 2009) ja yksilö saattoi alkaa välttelemään vaarallisia ympäristöjä (Michaela ym. 2006). Jos siis ikääntyneet henkilöt eivät koe ympäristöään turvalliseksi, voi tämä estää osallisuuden tarpeen tyydyttymisen. Tällöin kotoa poistuminen vaikeutuu tai voi estyä miltei kokonaan.

Kun yksilö tuntee olonsa turvalliseksi, Maslowin (1954, 89) hierarkiassa syntyy seuraavaksi yhteenkuuluvuuden tarpeet, jossa yksilö tuntee vahvasti läheisyyden poissaolon. Hän tavoittelee kiintymyssuhteita. Myös osallisuuden tarpeen tyydyttymisen seuraavalla hierarkian tasolla voisi olla yhteenkuuluvuuden tarpeet, sillä osallisuutta pidetään useissa tutkimuksissa yhteenkuuluvuutena toisiin ihmisiin (Oikeusministeriö 2005, Haak ym. 2007, STM 2008) ja yhdessä tekemisenä (Nivala & Rynnänen 2013, Rouvinen-Wilenius 2014, THL 2015). Osallisuuteen näyttääkin kuuluvan sosiaalisuus ja sosiaaliin suhteisiin taas osallistuminen. Vastakohtana sosiaaliselle osallisuudelle onkin sosiaalinen syrjäytyminen (THL 2015). Esimerkiksi Ward ym. (2012) projektissa työntekijät huomasivat, että heikoimmat palveluiden käyttäjät olivat eristäytyneitä ja yksinäisiä. Tämä johtui todennäköisesti ikääntyneiden

henkilöiden heikentyneestä liikuntakyvystä (Ward ym. 2012). Kotiinsa eristäytyneet ikääntyneet henkilöt voivat siis jäädä vaille sosiaalisia kontakteja ja tukea. Sosiaalista kenttää näytetään tarvitsevan osallisuuden saavuttamiseksi. Toisaalta sosiaalinen kenttä voidaan tuoda myös ikääntyneen henkilön kotiin, niin kuin Haak ym. (2007) tutkimuksesta kävi ilmi.

Seuraava taso ennen osallisuuden tarpeen tyydyttymistä voisi olla esimerkiksi tarve osallisuuden paikkoihin, sillä osallisuuden saavuttamiseksi tulisi luoda paikkoja ja tilaisuuksia. Osa ihmisistä luo nämä itse. Toisaalta niille yksilöille, jotka eivät aktivoitu itse, tulee luoda puitteet ja rakenteet osallisuudelle (Oikeusministeriö 2005). Myös Siltaniemi ym. (2008, 52, 54) tutkimuksessa osallisuuden esteenä pidettiin osallisuuden paikkojen puuttumista. Vastaavasti esimerkiksi naapuruston viehättävyys vaikutti ikääntyneiden ihmisten aktiivisuuteen (Michaela ym. 2006). Tulisi kuitenkin tutkia lisää sitä, miten osallisuuden mahdollisuuksien ja paikkojen luominen vaikuttaa osallisuuden tarpeeseen.

Korkeimmalla hierarkian tasolla sijaitsee osallisuus, jonka tyydyttyminen saattaisi olla yhteydessä siihen, kuinka omaehtoisesti ja usein ikääntynyt henkilö saa toteuttaa osallisuutta. Tätä tukee myös Maslow:n (1954) tarvehierarkia, jonka mukaan tyytymättömyyden ja rauhattomuuden tunteet kehittyvät pian, ellei yksilö pääse toteuttamaan itseään siihen mihin hänet on luotu (Maslow 1954, 86). Voitaissiinkin väittää, että yksilö on luotu olemaan osallinen ja vapaa osallistumaan mielekkäisiin asioihin. Myös Terden (2006) mukaan yksilöllä kuuluu olla vapaus mennä omien kiinnostusten kohteiden luokse (Terde 2006). Jos tämä ei ole mahdollista, syntyy tyydyttymätön osallisuuden tarve. Tulee kuitenkin ottaa huomioon, että ikääntynyt henkilö saattaa saavuttaa tyydyttyneen osallisuuden tarpeen, vaikka hänen aiemmat tarpeensa eivät tulisi tyydytetyiksi. Esimerkiksi tuen ja palveluiden avulla yksilöä voidaan auttaa osallistumaan, vaikka hänen toimintakykynsä olisikin heikko, hän ei kokisi ympäristöään turvalliseksi, tai hänellä ei olisi sosiaalista verkostoa tukena. Tällöin voi kuitenkin käydä niin, että ikääntyneet henkilöt eivät pääse spontaanisti toteuttamaan osallisuuden tarpeitaan. Tulee myös muistaa, että osallisuuden tunne on subjektiivista ja se mikä voi jollekin ikääntyneelle henkilölle olla riittävää, voi toiselle henkilölle jäädä riittämättömäksi.

Tutkimukseen sisältyi joitain heikkouksia. Tutkimuksessa haasteena oli löytää yhteyksiä, koska aineistossa oli katkaistu jakauma. Näin ollen yhteydet olivat aliarvioita. Yhteydet olisivatkin olleet voimakkaampia, jos tutkimuksessa olisi ollut toimintakyvyltään parempikuntoisia enemmän mukana. Tämän vuoksi tutkimus ei edusta väestöä. Tutkimus oli poikkileikkaustutkimus, joten syy-seuraus suhdetta ei ollut mahdollista selvittää. Tutkittavat olivat sukupuoleltaan valikoituneita, sillä valtaosa tutkittavista oli naisia. Muuttujien luokittelu ja niiden tiivistäminen tilastollista analyysia varten saattoivat vaikuttaa tutkimuksen tulokseen. Tutkimuksen vahvuuksia oli uusi tutkimusalue, josta saatiin spesifiä tietoa ikääntyneiden henkilöiden tyydyttymättömistä osallisuuden ja ulkoilun tarpeista. Haastattelut ja SPPB-mittaus suoritettiin ikääntyneiden henkilöiden kotona, joten tutkimukseen saatiin myös ne huonokuntoisimmat kotona-asuvat ikääntyneet henkilöt, jotka haluttiin tutkimuksen kohderyhmäksi. Haastattelijat olivat koulutettuja tehtäväänsä ja haastattelun avulla puuttuvan tiedon määrä saatiin minimiin. Tutkimusjoukko oli myös riittävä ja hajontaa oli tarpeeksi vastaajien välillä.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että tyydyttymättömyyttä osallisuuden ja ulkoilun tarvetta näyttää olevan niillä ikääntyneillä henkilöillä, joilla on heikentynyt terveydentila ja toimintakyky. Tutkielma osoitti myös heikoksi koetun taloudellisen tilanteen olevan yhteydessä tyydyttymättömään osallisuuden tarpeeseen. Tulokset tuovat uutta tietoa ikääntyneiden henkilöiden tyydyttymättömistä tarpeista, sillä aiemmat tutkimukset ovat liittyneet osallisuuden ja liikkumisen esteisiin, jotka eivät välttämättä ole suoranaisia yhteyksiä tyydyttymättömään osallisuuden tai ulkoilun tarpeeseen. Olisikin tärkeä pohtia, miten ikääntyneiden henkilöiden osallisuutta voitaisiin tukea, sillä ikääntyneitä ihmisiä rohkaistaan asumaan kotonaan niin pitkään kuin mahdollista (BKT 2004) yhä heikkokuntoisempina (GEREC 2015). Kotona-asuvien ja liikkumisongelmista kärsivien ikääntyneiden henkilöiden mahdollisuus osallisuuteen on heikentynyt, eikä nykyinen järjestelmä näytä ottavan huomioon näiden ikääntyneiden henkilöiden osallisuuden tarpeen turvaamista. Tulisi kehittää erityisiä keinoja liikkumisen rajoitteista kärsiville sekä myös taloudellisesti heikommassa asemassa oleville ikääntyneille henkilöille, jotka jäävät osallisuuden ulkopuolelle ja kotinsa vangeiksi. Tuen avulla ikääntyneitä henkilöitä voitaisiin kannustaa toiminnallisiin aktiviteetteihin ja tapaamiset esimerkiksi omaisten kanssa voitaisiin järjestää kodin sijaan kaupungin kahvilassa, tai puistossa kävellen. Vapaaehtoistyötä tulisi myös hyödyntää enemmän. Vapaaehtoiset ovatkin tärkeässä asemassa niille ikääntyneille henkilöille, joilla ei ole omaisia (SPRC 2009). Toisaalta tulisi

myös tutkia sitä, voiko osallisuutta tuoda lähemmäksi ikääntynyttä ihmistä niin, että osallisuuden tarve tulee tyydytetyksi. Haak ym. (2007) tutkimuksessa ikääntyneen henkilön osallistuminen keskittyi yhä enemmän kotiin ja siitä tuli päivittäisen elämän tapahtumapaikka (Haak ym. 2007). Säännölliset sosiaaliset kontaktit ovatkin erityisen tärkeitä niiden ikääntyneiden henkilöiden hyvinvointiin, jotka eivät pysty lähtemään ulos (Ward ym. 2012). Jos osallisuus on tunneperäinen kokemus (Rouvinen-Wilenius 2014), niin miksi osallistumisen ja kuulumisen tunne ei voisi tulla myös yksilön kotona? Haak ym. (2007) tutkimuksessa tutkittavat pitivät kotonaan ryhmätapaamisia ja tunsivat olevansa osana ympäristöönsä katselemalla ikkunasta esimerkiksi leikkiviä lapsia (Haak ym. 2007). Tulisikin ottaa huomioon kodin ulkopuolisen toiminnan ja aktiviteettien lisäksi yksilön kotona tapahtuva osallisuus ja tutkia sen merkitystä osallisuuden tunteeseen. Tulee myös muistaa, että vaikka kotona-asuminen antaa mahdollisuuden omaehtoisen osallisuuden harjoittamiseen, ilman tarvittavaa apua ja tukea voi liikuntarajoitteinen ikääntynyt henkilö jäädä kotinsa vangiksi (Ikäinstituutti 2015). Tämän vuoksi ikääntyvien ja ikääntyneiden henkilöiden toimintakykyä tulisi kehittää kannustamalla heitä liikkumaan ja olemaan fyysisesti aktiivisia (STM 2012). Ennaltaehkäisy on sekä taloudellisesti että ihmisten paremman elämänlaadun vuoksi kannattavinta.

Täytyy myös muistaa, että ikääntyneet ihmiset ovat monella tavalla osana yhteiskuntaa. He ovat osana ystävien ja perheiden sosiaalista verkostoa, osallistuvat kerhotoimintaan, toimivat yhdistyksissä, työskentelevät vapaaehtoisina ja ovat taloudellisesti aktiivisia (SPRC 2009). Pidentyneen elinajan vuoksi ikääntyneille ihmisille tulisi turvata hyvä ja täysipainoinen elämä sen kaikissa vaiheissa. Ikääntyneitä ihmisiä tulisi motivoida osallistumaan sosiaaliseen, poliittiseen, taloudelliseen (Valtioneuvoston julkaisusarja 2004) ja kulttuuriseen elämään, jolloin he pystyisivät osallistumaan päätöksentekoprosesseihin, jotka koskevat heitä. Tämä vaatii yhteisymmärrystä, jotta ikääntyneiden ihmisten syrjäytyminen yhteiskunnasta estettäisiin (SPRC 2009). Osallisuuden edistäminen onkin poliittinen tehtävä (Nivala & Ryynänen 2013). Poliitikkojen tulisi ottaa huomioon, että ikääntyneillä henkilöillä saattaa olla erilaiset tarpeet seuralle tai omalle vapaa-ajalleen. Lisäksi ikääntyneitä henkilöitä tulisi kannustaa ilmaisemaan omia tarpeitaan ja kiinnostuksen kohteitaan Tämän vuoksi strategioiden tulisi pohjautua yksilöllisesti ikääntyneiden ihmisten tarpeisiin ja toiveisiin (SPRC 2009). Ikääntyvässä yhteiskunnassa tarvitaan kulttuurista ja poliittista runkoa, joka murtaa osallisuuden esteitä (AGE 2004). Haak ym. (2007) viittaaakin kansainvälisiin asiakirjoihin (Regeringens Proposition 1999/2000:79, United Nations 1993), joiden mukaan ihmisoikeuksiin kuuluu mahdollisuus

osallistua yhteiskuntaan riippumatta toiminnanrajoitteista, muista terveysongelmista (Haak ym. 2007) tai iästä (Li ym. 2010).

Ikääntyneiden ihmisten tyydyttämättömyyttä osallisuuden ja ulkoilun tarvetta on tutkittu melko vähän, joten jatkotutkimukset ovat tarpeen. Tulisi esimerkiksi selvittää, ovatko tyydyttämättömät osallisuuden ja ulkoilun tarpeet yhteydessä syrjäytymisen ja eristäytyneisyyden riskiin. Olisi myös kiinnostavaa tutkia tarkemmin sosiaalisen tuen vaikutusta tyydyttämättömään osallisuuden ja ulkoilun tarpeeseen. Lisäksi tulisi tarkastella miten julkisen liikenteen käyttö vaikuttaa tyydyttämättömään osallisuuden tarpeeseen, sillä Suomessa on melko hyvin otettu huomioon toimintarajoitteisten ihmisten kyyditseminen. Tulisikin selvittää kuinka suuri osa ikääntyneistä ihmisistä käyttää näitä palveluita ja verrata niiden käytön ja käyttämättömyyden yhteyttä tyydyttämättömään osallisuuden tarpeeseen. Toimintakyvyn ja ympäristön esteiden yhteisvaikutuksia olisi hyvä tutkia. Tällöin saataisiin selville, että kasvaako riski tyydyttämättömille tarpeille entisestään. Lisäksi olisi tarpeen tutkia kuinka intensiivistä osallistumisen tulisi olla, jotta osallisuuden tarve tulisi tyydytetyksi. Taloudellisesta eriarvoisuudesta olisi myös tarpeen tehdä lisätutkimuksia.

LÄHTEET

Action on elder abuse. 2012. Leading the fight against Adult Abuse. What is elder abuse? Viitattu 15.11.2014 <http://www.elderabuse.org.uk/abuse.html>

AGE. 2004. Age Barriers: Older people's experience of discrimination in access to goods, facilities and services. AGE – The European Older People's Platform. Viitattu 14.04.2015. http://www.age-platform.eu/images/stories/AGE_doc_goods_and_services_2_Dec_2004.pdf

Allan, MA. Home Healthcare Nurse: Elder abuse: A Challenge for Home Care Nurses. The Journal for the Home Care and Hospice Professional. 2002; 20: 323-330

Bartley, M. Knight, P. O'Neill, D. O'Brien, J. Self-Neglect and Elder Abuse: Related Phenomena? Journal of the American Geriatrics Society. 2011; 59(11):2163-2168

Bowling, A. Dieppe, P. What is successful ageing and who should define it? BMJ. 2005; 331(7531):1548–1551.

Bowling, A. Enhancing later life: How older people perceive active ageing? Aging & Mental Health. 2008;12(3):293-301

Brittiläisen Kolumbian Terveysministeriö. 2004. Social Isolation Among Seniors: An Emerging Issue. Viitattu 01.05.2015.

http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2004/Social_Isolation_Among_Seniors.pdf

Broome, K. McKenna, K. Fleming, J. Worrall L. Bus use and older people: A literature review applying the Person–Environment–Occupation model in macro practice. Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 2009;16(1):3-12

Bukov, A. Maas, I. Lampert, T. Social Participation in Very Old Age: Cross-Sectional and Longitudinal Findings From BASE. Journal of Gerontology. 2002; 57B(6): 510–P517

Casado, B, Vulpen, K, Davis, S. Unmet Needs for Home and Community- Based Services Among Older Americans and Their Caregivers. J Aging Health. 2011; 23:529

Cho, GS. Y, ES. Analysis on leisure patterns of the pre-elderly adults. J Exerc Rehabil. 2013; 9(4): 438–445.

Clarke, P. Ailshire, J. Nieuwenhuijsen, E. de Kleijn - de Vrankrijkerd, M. Participation among Adults with Disability: The Role of the Urban Environment. *Soc Sci Med.* 2011; 72(10): 1674–

Cornwell, EY. Waite, L. Social Disconnectedness, Perceived Isolation, and Health among Older Adults. *Journal of Health and Social Behavior.* 2009;50(1):31-48

1684.

Crimes Against Older Adults. 2013. Types of abuse. How to Recognize Emotional Abuse. Viitattu 9.12.2013 http://crimesagainstolderadultsbucks.org/c_emotional-abuse.php

Crombie, I. Irvine, L. Williams, B. McGinnis, A. Slane, P. Alder, E. McMurdo, M. Why older people do not participate in leisuretime physical activity: a survey of activitylevels, beliefs and deterrents. *Age and Ageing.* 2004;33: 287–292

Dong, X. Simon, M. Association between elder abuse and use of ED: findings from the Chicago Health and Aging Project. *American Journal of Emergency Medicine.* 2013; 31(4):693-698

Espoo. 2012. Keikka-avun vapaaehtoisena tuot iloa ikääntyneen elämään. Viitattu 05.05.2015. http://www.espoo.fi/fi-FI/Keikkaavun_vapaaehtoisena_tuot_iloa_ikaa%2824348%29

Espoo. 2015. Ulkoiluystäväksi iäkkäälle- koulutus. Viitattu 05.05.2015. http://www.espoo.fi/fi-FI/Ulkoiluystavaksi_iakkaalle_koulutus%2867638%29

GEREC. 2015. Tutkimus. Ikääntyminen ja liikunta. Vapaaehtoistyö, ulkoliikunta ja vanhusten hyvinvointi (VAU). Viitattu 28.10.2015. <http://www.gerec.fi/tutkimus/Aging%20and%20physical%20activity/vapaaehtoistyo-ulkoliikunta-ja-vanhusten-hyvinvointi-vau>

GeroCenter. 2015. Tutkimus ja kehittäminen. Päättyneet hankkeet. Viitattu 11.04.2015 <http://gerocenter.fi/tutkimus-ja-kehittaminen/paattyneet-hankkeet>

Gibbs, L. Mosqueda, L. Elder abuse: a medical perspective. *Aging Health.* 2010; 6(6):739-747

Guralnik, J. Simonsick, E. Ferucci, 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(2): M85–M94

Haak, M. Ivanoff, SD. Fänge, A. Sixsmith, J. Iwarsson, S. Home as the Locus and Origin for Participation: Experiences Among Very Old Swedish People. *Occupation, Participation, & Health*. 2007: 95-103

Hank, K. Stuck, S. Volunteer work, informal help, and care among the 50+ in Europe: further evidence for 'linked' productive activities at older ages. *Social Science Research*. 2008; 37(4): 1280-91

Heck, L. Gordon, G. Interprofessional Program to Provide Emergency Sheltering to Abused Elders. *Advanced Emergency Nursing Journal*. 2013; 35(2):170-181

Hodgkin, S. 'I'm older and more interested in my community': Older people's contributions to social capital. 2012;31(1): 34–39

Hyypä, MT. Mäki, J. Impivaara, O. Aromaa, A. Leisure participation predicts survival: a population-based study in Finland. *Oxford Journals Medicine & Health Health Promotion International*. 2006;21(1):5-12

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Viitattu 12.04.2015. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=D_LFE-3672.pdf&title=Ikaihminen_palvelujen_laatusuositus_fi.pdf

Ikäinstituutti. 2015. Tutkimus ja kehittäminen. Valmistuneita hankkeita. Vanhuksen koti keskellä kaupunkia. Viitattu 23.03.2015.

<http://www.ikainstituutti.fi/tutkimus+ja+kehittaminen/valmistuneita+hankkeita/vanhuksen+koti+keskella+kaupunkia/>

Jackson, S. Hafemeister, T. Pure Financial Exploitation vs. Hybrid Financial Exploitation Co-Occurring With Physical Abuse and/or Neglect of Elderly Persons. *Psychology of Violence*. 2012; 2(3):285–296

Kantti RY. Keitä me olemme. Tule mukaan Kantti ry:n vapaaehtoistoimintaan. Viitattu 20.04.2015 <http://kantti.fi/keita-me-olemme/vapaaehtoistoiminta/>

Kirsch, N. Elder Abuse: Detection and Protection. *Topics in Geriatric Rehabilitation*. 2009; 25:346-354

Kohti aktiivista kansalaisuutta. Kansalaisyhteiskunta 2006 -toimikunnan raportti. 2005. Oikeusministeriön julkaisuja 2005:14. Viitattu 01.05.2015

http://www.oikeusministerio.fi/fi/index/julkaisut/julkaisuarkisto/200514kohtiaktiivistakansalaisuutta/Files/OMJU_2005_14_Kohti_aktiivista.pdf

Kohonen Kirsi, Tiala Toni. 2002. Kuntalaiset ja hyvä osallisuus. Lupaavia käytäntöjä kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien edistämiseksi. Teoksessa Kohonen, K. Tiala, T (toim.) 2002. Helsinki: sisäasiainministeriö

Kuopion seudun joukkoliikenne. 2015. PALI- palveluliikenne. Viitattu 06.06.2015
<http://joukkoliikenne.kuopio.fi/pali-palveluliikenne>

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012. 28.12.2012/980

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000. 22.9.2000/812

Lampinen, P. Heikkinen, RL. Kauppinen, M. Heikkinen, E. Activity as a predictor of mental well-being among older adults. *Aging & Mental Health*, September. 2006; 10(5): 454–466

Leonar, R. Johansson, S. Policy and practices relating to the active engagement of older people in the community: a comparison of Sweden and Australia. *International Journal of Social Welfare*. 2008;17(1): 37–45

Li, L. Chang, HJ. Yeh, HI. Hou, C. Tsai, CH. Tsai, JP. Factors Associated With Leisure Participation Among the Elderly Living in Long-term Care Facilities. *International Journal of Gerontology*. 2010; 4(2): 69–74

Maselko, J. Sebranek, M. Mun, M. Perera, B. Ahs, J. Østbye, T. Contribution of Generative Leisure Activities to Cognitive Function in Elderly Sri Lankan Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2014;62(9): 1707–1713

Maslow, AH. 1954. *Motivation and personality*. New York: Harper & Brothers

Michaela, YL. Green, M. Farquharb, S. Neighborhood design and active aging. *Health & Place*. 2006;12(4): 734–740

Minhat, H. Amin, R. Social Support And Leisure Participation Of Elderly In Malaysia. *The Internet Journal of Geriatrics and Gerontology*. 2012; 7(1)

- Miranda-Castillo, C. Woods, B. Galboda, K. Oomman, S. Olojugba, C. Orrell, M. Unmet needs, quality of life and support networks of people with dementia living at home. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2010; 8:132
- Nadien, M. Factors That Influence Abusive Interactions between Aging Women and Their Caregivers. *Violence and Exploitation Against Women and Girls*. 2006; 1087:158-169
- Ng, TP. Broekman, B. Niti, M. Gwee, X. Determinants of Successful Aging Using a Multidimensional Definition Among Chinese Elderly in Singapore. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2009; 17(5):407-416
- Nivala, E. Ryyänen, S. Kohti Sosiaalipedagogista osallisuuden ideaalia. *Sosiopedagoginen aikakausikirja*. 2013;14:9-37
- Pate, A. 2014. SOCIAL ISOLATION: Its impact on the mental health and wellbeing of older Victorians. Cota Victoria working paper No. 1. Viitattu 01.05.2015. http://www.cotavic.org.au/wp-content/uploads/2014/02/Working-Paper_Social-Isolation.pdf
- Ploeg, E. Bax, D. Boorsma, M. Nijpels, G. Hout, H. A cross-sectional study to compare care needs of individuals with and without dementia in residential homes in the Netherlands. *BMC Geriatr*. 2013; 13: 51
- Portegijs, E. Rantakokko, M. Mikkola, T. Viljanen, A. Rantanen, T. Association Between Physical Performance and Sense of Autonomy in Outdoor Activities and Life-Space Mobility in Community-Dwelling Older People. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2014; 62(4):615-621
- 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. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2010; 58(11):2154-2159
- Rantakokko, M. Mänty, M. Iwarsson, S. Törmäkangas, T. Leinonen, R. Heikkinen, E. Rantanen T. Fear of Moving Outdoors and Development of Outdoor Walking Difficulty in Older People. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2009;57(4):634–640
- Rantakokko, M. Mänty, M. Rantanen, T. Mobility Decline in Old Age. *Exercise and Sport Sciences Reviews*. 2013;41(1): 19–25

Rantakokko, M. Iwarsson, S. Hirvensalo, M. Leinonen, R. Heikkinen, E. Rantanen, T. Unmet Physical Activity Need in Old Age. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2010;58(4):707–712

Rantanen, T. Äyräväinen, I. Eronen, J. Lyyra, T. Törmäkangas, T. Vaarama, M. Rantakokko, M. The effect of an outdoor activities' intervention delivered by older volunteers on the quality of life of older people with severe mobility limitations: a randomized controlled trial. *Aging Clin Exp Res* 2014

Roe, B. Whattam, M. Young, H. Dimond, M. Elders' needs and experiences of receiving formal and informal care for their activities of daily living. *Journal of Clinical Nursing*. 2001;10(3):389-397.

Rouvinen-Wilenius, P. Aalto-Kallio, M. Koskinen-Ollonqvist, P, Nikula, T. 2011. Osallisuus osana tasa-arvoa. Teoksessa Rouvinen-Wilenius, P. Koskinen-Ollonqvist, P. (toim.). Tasa-arvo ja osallisuus väylä terveyteen. Helsinki, 49-71

Rouvinen-Wilenius P. 2014. Kohti osallisuutta - mikä estää, mikä mahdollistaa. Teoksessa Jämsen, A. Pyykkönen, A (toim.). Osallisuuden jäljillä. Saarijärvi: Pohjois-Karjalan Sosiaaliturvayhdistys ry, 51-68

Rowe, J. Kahn, R. Successful Aging. *The Gerontologist*. 1997;37(4):433-440

Siltaniemi, A. Perälähti, A. Eronen, P. Peltosalmi, J. 2008. Hyvinvointi ja osallisuus Itä-Suomessa. Helsinki: Suomen sosiaali ja terveys ry.

Suvanto ry. Turvallisen vanhuuden puolesta. Ikäihmisten kaltoinkohtelu. Mitä tarkoitetaan ikäihmisten kaltoinkohtelulla? Viitattu 1.12.2013 <http://www.suvantory.fi/ikaihminen-kaltoinkohtelu/>

Social Policy Research Centre. 2009. Promoting social networks for older people in community aged care. Viitattu 26.12.2014.

https://www.sprc.unsw.edu.au/media/SPRCFile/8_Report_BenSoc_ResearchtoPractice2.pdf

Sosiaalihuoltolaki 2014. 30.12.2014/1301

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2012-2015. 2012. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Viitattu 29.04.2015.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015. Hyvinvoinnin edistäminen. Syrjäytymisen ja köyhyyden ehkäiseminen. Viitattu 02.05.2015.

http://www.stm.fi/hyvinvointi/osallisuuden_edistaminen/syrjaytymisen_ja_koyhyden_ekaiseminen

Stephoe, A. Shankar, A. Demakakos, P. Wardle, J. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. PNAS. 2013;110(15): 5797–5801

Strawbridge, W. Wallhagen, M. Cohen, R. Successful Aging and Well-Being. Self-Rated Compared With Rowe and Kahn. Gerontologist. 2002; 42(6):727-33

Suomi.fi. 2015. Palveluoppaat. Kuntien järjestämät palvelut. Viitattu 15.05.2015.
https://www.suomi.fi/suomifi/suomi/palveluoppaat/ikaantuvan_palveluopas/asumiseni/kotona_asujalle/kuntien_jarjestamat_palvelut/index.html

Terde, S. 2006. Asunnon vangit- ulos pääseminen sosiaalisena ongelmana. Teoksessa T. Helne, T. Laatu, M. (toim.). Vääräyyskirja. Toinen painos. Vammala: Kelan tutkimusosasto, 161-171

Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos 2013. Ikääntyneet naiset vaikenivat kokemastaan väkivallasta. Viitattu 6.12.2013 <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/2cf2b98b-b267-4268-a090-ca7e306a97e2>

Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos 2013. Tutkimus ja kehittäminen. Suomalainen tutkimus: joka neljäs ikääntynyt nainen kokenut väkivaltaa tai kaltoinkohtelua. Viitattu 6.12.2013 http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/avow/suomi

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 2015. Hyvinvointi – ja terveyserot. Eriarvoisuus. Hyvinvointi. Osallisuus. Viitattu 30.04.2015. <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/hyvinvointi/osallisuus>

Troutman-Jordan, M. Staples, J. Successful Aging From the Viewpoint of Older Adults. Research and Theory for Nursing Practice. 2014; 28(1): 87-104

Tsai, LT. Rantakokko, M. Portegijs, E. Saajanaho, M. Eronen, J. Rantanen, T. Environmental mobility barriers and walking for errands among older people who live alone vs. with others. BMC Public Health. 2013; 13: 1054.

Tomaka, J. Thompson, S. Palacios, R. The relation of social isolation, loneliness, and social support to disease outcomes among the elderly. *Journal of Aging & Health*. 2006;18(3);359-84

Umberson, D. Montez, JK. Social Relationships and Health: A Flashpoint for Health Policy. *J Health Soc Behav*. 2010; 51: S54–S66.

United Nations Economic Commission for Europe. 2009. Policy Brief. Integration and participation of older persons in society. Viitattu 26.12.2014
http://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/docs/age/2009/Policy_briefs/4-Policybrief_Participation_Eng.pdf

Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja. 29/2004. Väestön ikärakenteen muutos ja siihen varautuminen. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 1

Vanhustyön keskusliitto. 2015. Vapaaehtoistoiminta. Viitattu 20.04.2015.
<http://www.vtkl.fi/fin/toimimme/senioritoiminta/vapaaehtoistoiminta/>

Vlachantoni, A. Shaw, R. Willis, R. Evandrou, M. Falkingham, J. Luff, R. Measuring unmet need for social care amongst older people. *Population Trends*. 2011; 145(1): 60-76

Varkaus. 2015. Liikenne ja kadut. Palvelulinjat. Viitattu 06.05.2015
http://www.varkaus.fi/palvelut/liikenne_ja_kadut/palvelulinjat/

Ward, L. Barnes, M. Gahagan, B. 2012. Well-being in old age: findings from participatory research. Viitattu 30.12.2014. <http://www.brighton.ac.uk/pdf/research/ssparc/wellbeing-in-old-age-full-report.pdf>

World Health Organization. 2002. Active Ageing A Policy Framework. Viitattu 17.12.2014.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?ua=1

World Health Organization. 2011. Elder maltreatment. Viitattu 25.11.2013.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/en/index.html>

World Health Organisation. 2015. World report on Ageing and Health. Viitattu 26.10.2015.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1

Wijngaarden, E. Leget, C. Goossensen, A. Ready to give up on life: The lived experience of elderly people who feel life is completed and no longer worth living. *Social Science & Medicine*. 2015; 138:257-64

Wolf, R. Daichman, L. Bennet, G. 2002. Abuse of the elderly. World report on violence and health. Geneve. Viitattu 10.12.2014.

http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf

Yang, HY. Sanford, J. Home and Community Environmental Features, Activity Performance, and Community Participation among Older Adults with Functional Limitations. J Aging Res. 2012.