

**IÄKKÄIDEN IHMISTEN KOETTU TERVEYS JA ULKONA LIIKKUMISEN
AUTONOMIAN MUUTOS**

Kaisa-Maria Vuoristo

Gerontologian ja kansanterveyden

pro gradu-tutkielma

Terveystieteiden laitos

Jyväskylän yliopisto

Kevät 2017

TIIVISTELMÄ

Vuoristo, K-M. 2017. Iäkkäiden ihmisten koettu terveys ja ulkona liikkumisen autonomian muutos. Liikuntatieteellinen tiedekunta, Jyväskylän yliopisto, gerontologian ja kansanterveyden pro gradu -tutkielma, 39s.

Mikäli ikääntyneet ihmiset pystyvät hoitamaan omia asioitaan ja elää haluamallaan tavalla, he ovat autonomisia. Autonomia voi toteutua siten, että iäkkäät ihmiset voivat päättää omista asioistaan sekä toimia aktiivisesti päätöstensä mukaan. Ulkona liikkumisen autonomia tarkoittaa sitä, että iäkkäät henkilöt voivat liikkua kodin ulkopuolella sillä tavoin kuin haluavat. Koettua terveyttä pidetään luotettavana terveydentilan kuvaajana ja sillä voidaan ennustaa terveyspalveluiden käyttöä ja kuolleisuutta. Ikääntyneen ihmisen kokemukseen terveydestään vaikuttaa muun muassa kliininen terveydentila sekä toimintakyky.

Tämän pro gradu-tutkielma on osa Life-Space in old age-tutkimusta. Tutkimus toteutettiin Jyväskylän ja Muuramen alueilla ja siihen osallistui 848 kotona asuvaa 75-90- vuotiasta henkilöä. Kahden vuoden seuranta-ajan jälkeen tutkimuksessa oli mukana 748 henkilöä. Tutkielman tilastollisina menetelminä käytettiin frekvenssijakaumien tarkastelua, ristiintaulukointia ja χ^2 -testiä. Koetun terveyden eri ryhmien välisiä keskiarvoja ulkona liikkumisen autonomian suhteen vertailtiin yksisuuntaisella varianssianalyysillä ja toistomittausten varianssianalyysillä. Ulkona liikkumisen autonomiaa vakioitiin myös taustamuuttujilla, eli sukupuolella, iällä, asumismuodolla, sairauksien lukumäärällä, kyvyllä kävellä 0.5km ja koulutusvuosien määrällä.

Tutkimuksena alkaessa vastaajista 35.8% koki terveytensä olevan hyvä, 54.3% keskinkertainen ja 9.9% huono. Koettu terveys oli vahvasti yhteydessä ulkona liikkumisen autonomiaan ($p < 0.001$). Osa koetun terveyden ja ulkona liikkumisen autonomian yhteydestä selittyi sillä, että terveytensä hyväksi kokevat henkilöt olivat nuorempia, heillä oli vähemmän sairauksia ja parempi kävelykyky kuin henkilöillä, jotka kokivat terveytensä huonoksi tutkimuksen alkaessa. He säilyivät samanlaisina kahden vuoden seurannan aikana, koska ulkona liikkumisen autonomia heikkeni yhtä nopeasti kaikissa koetun terveyden luokissa. Vakiointi ei muuttanut ulkona liikkumisen autonomian yhteyttä koettuun terveyteen lähtötilanteessa ($p < 0.001$), eikä kahden vuoden seuranta-aikana ($p < 0.001$). Terveytensä huonoksi kokevien ulkona liikkumisen autonomian rajoittuminen selittyi osittain heidän korkeamman ikänsä ja heikentyneen kävelykykynsä perusteella. Ulkona liikkumisen autonomia vähenee iän myötä, mutta sen määrä vaihtelee sen mukaan, millaiseksi ikääntynyt ihminen kokee terveytensä. Ulkona liikkumisen autonomian heikentymistä voidaan siis pitää ikääntymiseen liittyvänä ilmiönä, johon oleellisesti vaikuttaa ikääntyneiden henkilöiden kokemus terveydentilasta.

Asiasanat: koettu terveys, ulkona liikkumisen autonomia, osallisuus, ikääntyminen

ABSTRACT

Vuoristo, K-M. 2017. The self-rated health of the older people and the change in autonomy of moving outdoors. Faculty of Sport and Health Sciences, University of Jyväskylä, Gerontology and public health, Master's thesis, 39 pp.

If the older people have the ability to care of themselves and to live as they wish to live, the people feel autonomy. Autonomy can be so that the older people can themselves decide what they want to do and work actively according to their decisions. Autonomy of moving outdoors means that the older people can move outside their home in a way that they want. Self-rated health is considered a reliable measure of health status and it can predict the use of health services and mortality. How the older people rates their health is influenced among other things by their clinical health and functional ability.

This master's thesis is a part of Life-Space in old age-research. The research was conducted in the Jyväskylä and Muurame region. At the baseline 848 home-dwelling people aged 75-90 years participated in the study. After a two-year follow-up the study had 748 participants. The data were analysed in the thesis using frequency distributions, cross-tabulations and χ^2 -test. The means of autonomy of moving outdoors in groups of self-rated health were compared with one-way anova and repeated measures anova. The autonomy to move outdoors was adjusted also with covariates, gender, age, type of dwelling, number of chronic conditions, the ability to walk 0.5. km and the years of education.

At baseline, 35.8 % of the participants rated their health to be good, 54.3 % as fair and 9.9. % as poor. Self-rated health had a strong correlation to the autonomy of moving outdoors ($p < 0.001$). A part of correlation between self-rated health and autonomy of moving outdoors explained that the people who rated their health as good were younger, had less chronic conditions and better ability to walk than people who felt their health as poor at the baseline. They remained the same for the two year follow-up, because the autonomy of moving outdoors declined as fast in every self-rated health group. The adjustment did not change the correlation of autonomy of moving outdoors to the self-rated health at the baseline ($p < 0.001$) or after the two years follow-up ($p < 0.001$). The outdoor moving restrictions of the people who rated their health as poor were partly explained by their higher age and impaired ability to walk. The autonomy of moving outdoors decreases with increasing age but its level varies along how the aged people rates their health. Therefore, it can be assumed that the decrease in the autonomy of moving outdoors correlates with poor self-rated health.

Keywords: self-rated health, autonomy of moving outdoors, participation, aging

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO	1
2 ULKONA LIIKKUMISEN AUTONOMIA IKÄÄNTYNEILLÄ IHMISILLÄ	2
2.1 Ikääntyneiden ihmisten autonomia	2
2.2 Ikääntyneet ihmiset ja ulkona liikkuminen	4
2.3 Ulkona liikkumisen autonomia	6
2.4 Ulkona liikkumisen autonomian mittaaminen	7
3 KOETTU TERVEYS	8
3.1 Ikääntyneiden ihmisten koettu terveys	8
3.2 Koettuun terveyteen yhteydessä olevia tekijöitä.....	10
3.3 Koetun terveyden arviointi	12
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYS	14
5 TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄT	15
5.1 Tutkimukseen osallistujat	15
5.2 Muuttujat.....	15
5.2.1 Koettu terveys	16
5.2.2 Ulkona liikkumisen autonomia	16
5.2.3 Taustamuuttujat	16
5.3 Käytetyt menetelmät	17
6 TULOKSET	18
7 POHDINTA.....	22
LÄHTEET	28

1 JOHDANTO

Ikääntyessä monien sairauksien todennäköisyys kasvaa ja useat iäkkäät henkilöt ovat pitkäaikaissairaita (Heikkinen 2013). Diagnosoitujen sairauksien olemassaolo ei kuitenkaan automaattisesti tarkoita sitä, että iäkkäät henkilöt kokisivat itsensä erityisen sairaiksi (Sainio ym. 2013, 51). Terveystieteellisissä tutkimuksissa koetun terveyden kysyminen tutkittavalta itseltään on vakiinnuttanut paikkansa ja sen on osoitettu ennustavan sekä terveyspalveluiden käyttöä että kuolleisuutta (WHO 1996; Murto ym. 2014). Hyväksi koettu terveys on todettu olevan yhteydessä parempaan liikkumiskykyyn (Bergland 2010). Mitä enemmän iäkkäät henkilöt voivat päättää vapaa-ajan toiminnoistaan itse sen paremmaksi he kokevat terveytensä (Chang 2012). Koettu terveys ei ole kuitenkaan pysyvä tila ja se voi muuttua myös ikääntyneillä ihmisillä (Benyamini ym. 2011).

Autonomiaa eli itsemääräämisoikeutta pidetään yksilön perusoikeutena (Atjonen 2007). Kun iäkkäät ihmiset voivat määrätä itse omista asioistaan, heidän elämänlaatunsa on parempi (Lee ym. 2008b; Byles ym. 2014). Iäkkäät henkilöt liikkuvat kodin ulkopuolella jalan, omalla autolla ja julkisilla kulkuvälineillä (Ashe ym. 2009; Dahan-Oliel ym. 2010). Ulos lähtemisen syyt liittyvät usein päivittäisiin toimintoihin, asiointiin sekä vapaa-ajan viettoon (Davis ym. 2011; Eriksson ym. 2011). Itsenäisellä kodin ulkopuolella liikkumisella on positiivinen yhteys koettuun terveyteen iäkkäillä ihmisillä (Fristedt ym. 2014). Ikääntymiseen liittyvän yleisen toimintakyvyn heikkenemisen myötä myös ulkona liikkuminen vähenee vanhetessa (Mollenkopf ym. 2011). Kuitenkin Hovbrandtin ym. (2007) ja Lanzin ym. (2012) tutkimuksissa havaittiin, että vaikka iäkkäät henkilöt eivät pysty osallistumaan enää kaikkiin toimintoihin arjessaan, he voivat silti olla tyytyväisiä tilanteeseensa. Aiemmissä tutkimuksissa on selvitetty iäkkäiden ihmisten koetun terveyden yhteyttä eri vapaa-ajan aktiviteetteihin (Nummela ym. 2008). Mollenkopfin ym. (2011) tutkimuksessa taas selvisi, että suuristakin terveysongelmista huolimatta iäkkäät ihmiset haluavat liikkua ulkona.

Tässä pro gradu-tutkielmassa selvitän, onko koettu terveys yhteydessä ulkona liikkumisen autonomiaan iäkkäillä henkilöillä. Lisäksi selvitän mahdollisia ulkona liikkumisen autonomian muutoksia kahden vuoden seuranta-aikana.

2 ULKONA LIIKKUMISEN AUTONOMIA IKÄÄNTYNEILLÄ IHMISILLÄ

Käsitteellä ”autonomia” tarkoitetaan itsemääräämisoikeutta ja se tulee kreikan kielen sanoista ”auto nomos”, itselle asetettujen lakien mukainen tila. Yksilöllä on oikeus autonomiaan, mutta samalla se velvoittaa kunnioittamaan toisen henkilön autonomiaa. (Atjonen 2007). Autonomia antaa yksilölle vapauden tehdä omia valintojaan ja toimia niiden mukaan (Kanelisto & Salminen 2011). Autonomia voi toteutua päätöksenteossa, jolloin henkilö tekee itsenäisiä päätöksiä ja valintoja ilman ulkoisia rajoituksia tai pakottamista. Tällöin puhutaan päätöksenteon autonomiasta. Toimeenpanemisen autonomia taas viittaa tilanteeseen, jossa henkilön on mahdollista toimia siten kuin haluaa. Vaikka henkilöillä olisi fyysisiä rajoitteita toimintakyvyssä, he voivat olla autonomisia päätöksenteossa (Cardol ym. 2002a; Kanelisto & Salminen 2011). Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollossa potilaan itsemääräämisoikeus on keskeinen periaate ja potilaan itsemääräämisoikeutta taataan eri laeissa (Valvira 2015).

2.1 Ikääntyneiden ihmisten autonomia

Vaikka todennäköisyys riippuvuuteen muista ihmisistä kasvaa iän myötä, on ikääntyneet ihmiset aina arvokkaita ja oikeutettuja autonomiaan (Tiikkainen & Heikkinen 2013, 458). Hedmanin ym. (2015) mukaan kotona asuvien ikäihmisten autonomian tunne muovautuu elämäkokemusten ja muistojen myötä. Siihen sisältyy myös ikääntyneiden ihmisten tulevaisuuden toiveita ja ajatuksia siitä mitä he vielä pystyvät tekemään (Hedman ym. 2015). Niinpä ei ole yllättävää, että positiivisella elämänasenteella on yhteys parempaan autonomian tunteeseen (Hwang ym. 2006). Erään tutkimuksen mukaan niillä iäkkäillä henkilöillä, jotka ovat tyytymättömiä terveydentilaansa, on yli kuusinkertainen riski kokea autonomiansa rajoittuneeksi (Ottenvall Hammar ym. 2015). Kävelykyky ja kävelykyvyn muutokset vaikuttavat iäkkäillä henkilöillä autonomian tunteeseen (Breton ym. 2014).

Joillakin toimintakyky mittareilla voidaan arvioida iäkkään ihmisen omatoimisuutta arjessa. Katzin indeksi on toimintakyvyn ja itsenäisyyden mittari, jolla arvioidaan henkilöiden selviytymistä ja avun tarvetta päivittäisissä toiminnoissa (ADL), esimerkiksi wc:ssä käymisessä, puukeutumisessa ja syömisessä (Katz ym. 1963). Lawton ja Brodyn (1963) kehittämä IADL-asteikko puolestaan mittaa henkilöiden selviytymistä ja itsenäisyyttä välineellisissä päivittäisissä

toiminnoissa, esimerkiksi taloustöissä, raha-asioiden hoidossa ja ostoksilla käymisessä. Nämä mittarit eivät kuitenkaan kerro autonomian tunteen määrästä tai muutoksesta. Toimintakyvyn muutokset eivät suoraan johda heikentyneeseen autonomian tunteeseen, vaan tilanteeseen sopeutumalla ikääntyneet ihmiset pyrkivät usein tekemään samoja asioita kuin aiemmin, mutta ehkä vain aiempaa hitaammin tai eri tavoin (Hedman ym. 2015). Esimerkiksi Schüz ym. (2016) esittävät, että jalkansa satuttanut henkilö voi itse järjestää itselleen autokyydin haluamaansa paikkaan, jos hän ei pysty ajamaan autoa tai kävelemään ja olla näin itsenäinen. Siten myös ympäristötekijöillä ja asuinalueella on vaikutusta iäkkään henkilön autonomian tunteeseen (Schüz ym. 2016). Edellä mainittujen tekijöiden lisäksi korkean koulutustason, kunnan heikkenemisen sekä huonoksi koetun terveyden on todettu olevan yhteydessä heikentyneeseen autonomian tunteeseen kotona asuvilla iäkkäillä henkilöillä (Ottenvall Hammar ym. 2015). Niin ikään kognitiivisen tason lasku vähentää päivittäistä päätöksentekoaautonomiata iäkkäillä henkilöillä (Menne & Whitlatch 2007) ja tekee muistisairaat henkilöt riippuvaiseksi ulkopuolisesta avusta myös päivittäisissä toiminnoissa (Muistisairaudet 2010). Mielenterveyslain (1990) nojalla voidaan psyykkisesti sairaita henkilöitä määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon, mikäli tietyt ehdot täyttyvät. Laissa tuodaan esiin, että potilaan itsemääräämisoikeutta saa rajoittaa vain potilaan tai toisen henkilön turvallisuuden takaamiseksi ja potilaan ihmisarvoa on kunnioitettava (Mielenterveyslaki 1990).

Maailman terveysjärjestön WHO:n luoma Kansainvälinen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokitus ICF kuvaa väestön selviytymistä arkipäiväisissä toiminnoissa. Yksi osaluokista on osallisuus eli kuvaus siitä, kuinka ihminen osallistuu elämän tilanteisiin muun muassa liikkumiseen kodin ulkopuolella (Stakes 2004). Dahan-Olielin ym. (2010) mukaan ikääntyneet naiset raportoivat osallisuuden kodin ulkopuoliseen toimintaan suuremmaksi kuin miehet. Ikääntyneiden ihmisten osallisuus laskee 80-vuoden jälkeen (Desrosiers ym. 2009), mutta tyytyväisyys osallisuuteen ei kuitenkaan heikkene iän myötä (Desrosiers ym. 2009; Lanz ym. 2012). Esimerkiksi englantilaistutkimuksessa yli neljännes iäkkäistä henkilöistä koki liikkumisen kodin ulkopuolella rajoittuneeksi (Wilkie ym. 2006), mutta ruotsalaistutkimuksissa valtaosa 85-vuotiaista tutkittavista koki osallisuutensa riittäväksi rajoituksista huolimatta (Lanz ym. 2012). Samoin Hovbrandtin ym. (2007) tutkimuksessa kaksi kolmasosaa yli 80-vuotiaista koki pystyvänsä osallistumaan kodin ulkopuolisiin aktiviteetteihin niin usein kuin he halusivat. Riippuvaisuus ulkopuolisesta avusta kodin ulkopuolella liikkuesssa vaikuttaa iäkkäiden henkilöiden osallisuuteen vapaa-ajalla ja sosiaalisiin aktiviteetteihin (Dahan-Oliel ym. 2010).

Suomessa Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (2012) tähtää muun muassa iäkkäiden henkilöiden vaikuttamismahdollisuuksien lisäämiseen käyttämiensä palveluiden piirissä. Kuitenkin laitoshoidossa asuvat iäkkäät suomalaiset kokivat Tuomisen ym. (2016) tutkimuksessa, että heidän toiveitaan ja autonomiansa ei kunnioiteta riittävästi. Sama ilmiö on tunnistettavissa kansainvälisissä tutkimuksissa (Wikström & Emilsson 2014; Walker & Paliadelis 2016). Laitoshoidossa asuminen ei silti tarkoita itsemääräämisoikeuden menettämistä kokonaan ja autonomian tunnetta puolestaan lisää myönteisiksi koetut sosiaaliset suhteet laitoksessa asuvilla iäkkäillä ihmisillä (Hwang ym. 2006). Kaikki toimintarajoitteiset iäkkäät henkilöt eivät ole laitoshoidossa. Silloin kun iäkkäät henkilöt tarvitsevat apua arkeensa, on avun antajalla merkitystä autonomian tunteeseen. Ottenvall Hammarin ym. (2015) mukaan silloin, kun iäkkäät ihmiset saavat kotiapua julkiselta sektorilta, hän todennäköisesti kokee autonomiansa heikommaksi verrattuna niihin, jotka saavat apua puolisoiltaan tai lapsiltaan.

2.2 Ikääntyneet ihmiset ja ulkona liikkuminen

Ikääntyneet ihmiset itse pitävät ulkona liikkumista myönteisenä asiana ja liittyvät siihen liikunnan lisäksi elämänilon, itsemääräämisoikeuden sekä vapauden kokemuksiin (Mollenkopf ym. 2011). Ulkona liikkuminen lisää myös elämänlaatua ja psyykkistä hyvinvointia (Lee ym. 2008b; Byles ym. 2014). Iäkkäille ihmisille kaksi keskeisintä syytä ulos lähtemiseen on kaupassakäynti sekä ystävien ja tuttavien luona vierailu (Davis ym. 2011; Eriksson ym. 2011). Muita tärkeitä syitä lähteä ulos on vapaa-ajan vietto sekä liikunta (Davis ym. 2011). Iäkkäillä naisilla itsenäinen kodin ulkopuolella liikkuminen liittyy yleensä kotitöihin ja asiointiin, kun taas miehillä se usein liittyy urheiluun (Fristedt ym. 2014).

Ne alle 75-vuotiaat henkilöt, jotka pystyvät kävelemään yli kaksi kilometriä ja joilla on korkeampi koulutustaso, ovat yleensä aktiivisempia liikkumaan ulkona (Gagliardi ym. 2007). Myös Dahan-Oliel ym. (2010) havaitsivat, että korkeasti koulutetut ja paremman toimintakyvyn omaavat iäkkäät henkilöt osallistuvat useammin ja monipuolisemmin vapaa-ajan aktiviteetteihin. Berglandin ym. (2010) tutkimuksessa puolestaan tuli ilmi, että miehillä on naisia parempi

kyky liikkua kävellessä ulkona. Ulkona liikuttamat matkat sekä harvenevat (Fristedet ym. 2014) että lyhenevät iän karttuessa ja yli 75-vuotiaat suomalaiset liikkuvat selkeästi lyhyempiä matkoja kuin 65-74-vuotiaat (Liikennevirasto 2012). Kuitenkin Fristedin ym. (2014) tutkimuksessa lähes puolet hyvin iäkkäistä (keski-ikä 85 vuotta) vastaajista kertoivat olevansa itsenäisiä ulkona liikkumisessa. Mikäli iäkkäillä henkilöillä on liikkumisvaikeuksia, he todennäköisesti ensimmäisenä vähentävät vapaa-ajan liikuntaa ulkona sekä matkustelua (Mollenkopf ym. 2011). Kävelyn apuvälinettä käyttävät ikääntyneet henkilöt liikkuvat muita vähemmän ulkona (Hovbrandt ym. 2007). Omaishoidettavat iäkkäät henkilöt tarvitsevat usein apua kodin ulkopuolisten asiointikäyntien toteutumiseen (Perälä ym. 2008).

Kävely on suosittu liikkumismuoto iäkkäiden henkilöiden keskuudessa (Ashe ym. 2009; Husu ym. 2011; Rowinski ym. 2015; Szanton ym. 2015). He liikkuvat kävellessä paitsi asiointimatkoja niin myös virkistäytyäkseen (Spinney ym. 2012). Iäkkäät ihmiset liikkuvat kävellessä enimmäkseen heidän kotiensa lähiympäristöissä ja naapurustoissa (Suminski ym. 2015). Iäkkäiden henkilöiden ulkoiluun vaikuttaa sekä yksilön että ympäristön ominaisuudet (Hovbrandt ym. 2007). Iäkkäiden henkilöiden käsitys fyysisestä kunnosta (Hanson ym. 2013), ympäristön esteettömyys ja vuodenaikojen vaihtelut (Wennenberg ym. 2009) ovat yhteydessä ulkona liikkumiseen. Kävelyn ohella myös puutarhanhoito on suosittu harrastus ikääntyneiden henkilöiden keskuudessa (Rowinski ym. 2015; Szanton ym. 2015).

Tyypillisesti iäkkäät autoilijat ovat miehiä ja naisille puolestaan on tavallisempaa olla matkustaja kuin kuljettaja (Dahan-Oliel ym. 2010; Davis ym. 2011; Liikennevirasto 2012). Autolla ajamiseen iäkkäät ihmiset liittyvät usein vapauden sekä itsenäisyyden tunteen (Buys ym. 2012), ja autoilun lopettaminen merkitsee heille autonomian rajoittumista (Hedman ym. 2015). Henkilöauton ohella iäkkäät henkilöt käyttävät myös julkista liikennettä sekä taksia liikkuaan ulkona (Dahan-Oliel ym. 2010). Julkisten liikennevälineiden käyttö on yleisempää iäkkäillä naisilla (Fristedt ym. 2014) sekä niillä ikäihmisillä, joilla on parempi liikkumiskyky (Davis ym. 2011; Buys ym. 2012). Ne ikääntyneet henkilöt joilla ei ole vaikeuksia liikkua, ovat tyytyväisimpiä julkiseen liikenteeseen (Mollenkopf ym. 2011). Suomalaiset ikääntyneet ihmiset käyttävät ulkona liikkumiseen useammin henkilöautoa kuin julkista liikennettä (Liikennevirasto 2012). Suomessa eräät lait velvoittavat kuntia järjestämään kuljetuspalvelua niille henkilöille, jotka ovat vaikeavammaisia (Asetus vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja

tukitoimista 1987) tai eivät muusta toimintakyvyn rajoituksesta tai sairaudesta johtuen pysty käyttämään julkista liikennettä (Sosiaalihuoltolaki 2014). Kuljetuspalvelulla pyritään mahdollistamaan myös toimintarajoitteisten henkilöiden kodin ulkopuolella liikkuminen.

2.3 Ulkona liikkumisen autonomia

Keskeinen osa tervettä vanhenemista on se, pystyvätkö iäkkäät ihmiset menemään minne he haluavat, milloin he haluavat ja sillä tavoin kuinka he haluavat (Satariano ym. 2012). Mikäli iäkkäiden henkilöiden ulkona liikkumisen autonomia on rajoittunutta, heidän elinpiirinsä kaventuu (Portegijs ym. 2014) ja he kokevat muita todennäköisemmin itsensä yksinäiseksi (Rantakokko ym. 2014). Elinpiirin kaventuminen altistaa myös masennukselle (Polku ym. 2015). Luonnollisesti yleinen toimintakyvyn heikkeneminen rajoittaa ulkona liikkumista (Mollenkopf ym. 2011; Portegijs ym. 2014) sekä autoillen että kävellen (Satariano ym. 2012). Vastaavasti hyvä orientaatio, suunnittelu- ja hahmottamiskyky sekä fyysinen kunto edesauttavat ulkona liikkumisen autonomiaa (Dahan-Oliel ym. 2010). Monisairailla ikääntyneillä ihmisillä erityisesti huimaus on oire, joka rajoittaa ulkona liikkumisen autonomiaa (Mueller ym. 2014). Lisäksi rahanpuute, perheenjäsenestä huolehtiminen sekä ympäristötekijät rajoittavat ulkona liikkumisen autonomiaa (Mollenkopf ym. 2011). Satarinon ym. (2012) mukaan ympäristötekijät vaikuttavat eri tavoin kävelijöiden ja autoilijoiden ulkona liikkumisen autonomiaan. Liikenteen määrä vaikuttaa siihen, milloin iäkkäät henkilöt haluavat autoilla etenkin silloin, jos heillä on ajokykyyn liittyviä haasteita terveydentilassa tai toimintakyvyssä. Kun taas ympäristö, missä palvelut ovat lähellä ja missä tapahtuu vähän rikoksia, houkuttelee kävelemään (Satarino ym. 2012). Suomessa vuodenaikojen vaihteluun liittyvät keliolosuhteet voivat rajoittaa ulkona liikkumisen autonomiaa (Rantakokko ym. 2014).

Edellä mainittujen seikkojen lisäksi myös ikä ja sukupuoli ovat yhteydessä ulkona liikkumisen autonomiaan. 65-74-vuotiaat olivat tyytyväisempiä mahdollisuuksiin liikkua ulkona kuin yli 75-vuotiaat (Mollenopf ym. 2011). Noin kolmasosa yli 80-vuotiaista henkilöistä ei osallistu kodin ulkopuolisiin aktiviteetteihin niin paljon kuin he haluaisivat (Hovbrandt ym. 2007). Naiset kokevat miehiä useammin rajoitteita ulkona liikkumisen autonomiassa (Lanz ym. 2012; Polku ym. 2015). Liikkumistapa vaikuttaa jonkin verran ulkona liikkumisen autonomiaan. Tutkittaessa pelkästään niitä iäkkäitä henkilöitä, jotka liikkuvat ulkona, ei liikkumisen apuvälineen

käyttö näyttäisi vaikuttavan tyytyväisyyteen kodin ulkopuolella liikkumiseen. (Hovbrandt ym. 2007). Sähköinen liikkumisen apuväline lisää vapautta ja vähentää riippuvuutta ulkopuolisesta avusta (Edwards & Mccluskey 2010). Liikkuminen ulkona kävellen tai julkisia kulkuvälineitä käyttäen on yhteydessä suurempaan autonomian tunteeseen verrattuna taksinkäyttäjiin (Dahan-Oliel ym. 2010).

2.4 Ulkona liikkumisen autonomian mittaaminen

Jotta ulkona liikkumisen autonomiaa voidaan arvioida ja vertailla eri populaatioissa, sitä tulee voida mitata yhtenevästi. Arviointiin soveltuu IPA, eli Impact on Participation and Autonomy. IPA on Alankomaissa vuonna 2001 kehitetty mittari, joka on käännetty suomen kielelle vuonna 2011 (Kanelisto ym. 2013). Se perustuu WHO:n Vaurioiden, toiminnan vajavuuksien ja haittojen kansainväliseen luokitukseen (ICIDH-2) (Stakes ym. 2004; Kanelisto ym. 2013). Tämän itsearviointimenetelmän fokus on henkilön itsensä kokemassa autonomiassa ja osallisuudessa (Cardol ym 2001). IPA on yleinen mittari, jota voidaan käyttää aikuisilla, joilla on monenlaisia kroonisia sairauksia (Cardol ym. 2001; Kersten 2007). Kaneliston ym. (2013) mukaan IPA-mittaria käytetään kansainvälisesti klinisen työn lisäksi myös kuntoutustutkimuksissa.

Suomenkielisessä versiossa on yhteensä 32 kysymystä, joista seitsemän mittaa autonomiaa sisällä, seitsemän roolia perheessä, viisi autonomiaa ulkona, seitsemän sosiaalista elämää ja ihmissuhteita sekä kuusi kysymystä työtä ja koulutusta. Kansainvälisissä tutkimuksissa IPA:n ilmi-, rakenne- ja samanaikaisvaliditeetti on todettu hyväksi (Kanelisto ym. 2013). Suomenkielisen IPA-mittarin validiteettia on tutkittu ainoastaan MS-kuntoutujilla ja IPA-mittarin soveltuvuudesta erilaisilla etnisillä ryhmillä ja iäkkäämmillä ihmisillä on niukasti kansainvälistä tutkimusta (Kanelisto & Salminen 2011). Ottenvall Hammarin ym. (2014) melko pienellä otoksella (n=13) tehdyssä tutkimuksessa kuitenkin osoitettiin IPA-O-mittarin (Impact on Participation and Autonomy-Older persons) soveltuvan yli 70-vuotiaiden henkilöiden arviointiin. IPA-mittarin ”autonomia ulkona”-osa-alueen on todettu pystyvän mittaavan muutosta ainakin monialaisen kuntoutuksen piirissä olevilla aikuisilla (Cardol ym. 2002b).

3 KOETTU TERVEYS

Maailman terveysjärjestö WHO määritteli vuonna 1948 terveyden olevan täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila. Huttusen (2015) mukaan tätä WHO:n näkemystä on kritisoitu, sillä kenenkään ei ole mahdollista saavuttaa tällaista tilaa. Terveys on suhteellinen käsite ja tavoitteet sekä ympäristö vaikuttavat yksilön omakohtaiseen arvioon terveydestään (Huttunen 2015). Pelkonen (2005) esittääkin terveyden merkitsevän hyvän kokemista sekä mielen ja kehon harmonista tasapainoa. Pitkäaikaissairaat henkilöt voivat kokea olevansa terveitä sairaudesta huolimatta. Potilaalla voi olla lääketieteellisesti määriteltyjä tiloja, mutta ihminen itse voi kokea olevansa joko terve tai sairas (Pelkonen 2005).

3.1 Ikääntyneiden ihmisten koettu terveys

Joidenkin tutkimusten mukaan iän karttuessa myös koettu terveys heikkenee (Kallio 2006; Molarius ym. 2007; Lee ym. 2008a; Murto ym. 2014; Rohlfen & Jacobs Kronenfeld 2014). Kuitenkaan koettu terveys ei ole pysyvä tila ja se voi kohentua myös ikääntyneenä (Benyamini ym. 2011). Suomalaisista 63-69-vuotiaista hieman alle puolet arvioi oman terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi, kun taas yli 80-vuotiaista jo lähes 75% arvioi terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi (Murto ym. 2014). Myös Haake ja Nikula (2011) havaitsivat eläkeläisten kokevan terveydentilansa muita ikäryhmiä heikommaksi. Wallerin ym. (2016) ruotsalaistutkimuksessa puolestaan havaittiin iäkkäiden ihmisten arvioivan terveytensä olevan työikäisiä parempi. Tutkituista 65-74-vuotiaista 30.5% arvioi oman terveydentilansa paremmaksi kuin ikätovereilla, mutta 25-44-vuotiaista vain 17.3% ajatteli terveydentilansa olevan muita ikätovereita parempi (Waller ym. 2016). Samoin Krockhalk ym. (2008) havaitsivat hyväksi koetun terveyden olevan yhteydessä korkeampaan ikään yli 60-vuotiaiden keskuudessa. Miehillä keski-ikässä huonoksi koettu terveys ennustaa haurastumista ikääntyneenä (Huohvanainen ym. 2016).

Mikäli iäkkäät henkilöt pystyvät kävelemään yli yhden kilometrin matkan ulkona, he todennäköisesti kokevat itsensä terveemmiksi kuin ne, jotka pystyvät kävelemään vähemmän kuin yhden kilometrin matkan (Bergland 2010). Kävelymatkan pituus ei kuitenkaan välttämättä ole

hyväksi koettua terveyttä selittävä tekijä vaan liikunta-aktiivisuus. Kerryn ym. (2012) tutkimuksessa havaittiin, että mitä aktiivisempia iäkkäät henkilöt ovat liikkumaan sitä paremmaksi he kokevat oman terveytensä. Koetun terveyden kannalta ei ole oleellista liikkuvatko iäkkäät ihmiset ulkona vai sisällä, pikemminkin liikunnan määrä näyttää korreloivan koetun terveyden kanssa (Kerr ym. 2012). Beyerin ym. (2015) tutkimuksessa selvisi, että mikäli ikääntyneet ihmiset hyväksyvät vanhenemisen he ovat fyysisesti aktiivisempia ja sen myötä kokevat myös terveytensä paremmaksi. Mikäli ikääntyneillä ihmisillä ei ole vaikeuksia päivittäisissä toiminnoissa, on koettu terveys myös parempi (Zhang ym. 2015). Quail ym. (2007) havaitsivat, että mikäli iäkkäillä henkilöillä on tyydyttämättömiä tarpeita ADL-toiminnoissa, he todennäköisesti kokevat terveytensä huonommaksi kuin sellaiset henkilöt, joilla on tyydyttämättömiä tarpeita IADL-toiminnoissa. Tämä mahdollisesti johtuu siitä, että toimintarajoitteet ADL-toiminnoissa ovat vaikeampia kuin rajoitteet IADL-toiminnoissa (Quail ym. 2007).

Eläkkeelle siirtymisen myötä tulevat uudet roolit vaikuttavat iäkkäiden ihmisten koettuun terveyteen. Varhaiseläkkeelle siirtyneet henkilöt raportoivat työssäkäyviä useammin terveytensä huonoksi (Molarius ym. 2006). Rheen ym. (2016) tutkimus osoittaa, että jos eläkkeelle siirtyminen ei ole henkilöiden oma valinta siihen liittyy yleensä myös heikommaksi koettu terveys verrattuna vapaaehtoisesti eläkkeelle siirtyneisiin henkilöihin.

Eläkkeelle siirtymisen myötä vapaa-ajan määrä kasvaa. Nummela ym. (2008) selvitti erilaisten vapaa-ajan aktiviteettien yhteyttä ikääntyneiden ihmisten koettuun terveyteen. Vapaaehtoistyön yhteys koettuun terveyteen on vahvasti sidoksissa sukupuoleen. Vapaaehtoistyöhön osallistuvat miehet kokivat terveytensä paremmaksi, kun taas vapaaehtoistyöhön osallistuvat naiset kokivat terveytensä huonommaksi. Ne naiset, joilla oli jokin kulttuuriharrastus, kuten teatteri, elokuvat, konsertti tai kuorolaulu, kokivat terveytensä paremmaksi. Miehillä taas itsensä kehittäminen ja opiskelu olivat yhteydessä paremmaksi koettuun terveyteen (Nummela ym. 2008).

Lapsenlapsista huolehtimisen on todettu olevan yhteydessä parempaan koettuun terveyteen (Zhang ym. 2015). Tosin Hughes ym. (2007) esittävät, että ne isovanhemmat, jotka hoitavat paljon lapsenlapsiaan, ovat muita paremmassa kunnossa ja harrastavat enemmän liikuntaa.

Rahrigin ym. (2009) mukaan puolisoista huolehtiminen ei suoraan vaikuta iäkkäiden henkilöiden koettuun terveyteen. Pikemminkin stressi ja korkea ikä selittäisi huonoksi koettua terveyttä omaishoitajilla ja omaishoitajien säännöllinen liikunta puolestaan on yhteydessä parempaan koettuun terveyteen (Rahrig ym. 2009). Krochalkin ym. (2008) mukaan leskeksi jäämisellä on selkeä yhteys huonoksi koettuun terveyteen iäkkäillä henkilöillä. Mitä pidempään iäkkäät henkilöt ovat eläneet leskenä sen todennäköisemmin he kokevat terveytensä huonoksi (Krochalk ym. 2008). Kun taas ne lesket joilla on hyviä ystäviä, kokevat terveytensä paremmaksi (Bookwala ym. 2014).

3.2 Koettuun terveyteen yhteydessä olevia tekijöitä

Terveys. Kliininen terveydentila vaikuttaa siihen millaiseksi ihmiset kokevat terveytensä (Murata ym. 2006; Quail ym. 2007; Anson ym. 2011; Golini & Egidi 2016). Paremmassa fyysisessä kunnossa olevat henkilöt kokevat myös terveytensä paremmaksi (Hovbrandt ym. 2007; Drum ym. 2008; Schüz ym. 2011). Erityisesti sydänsairaudet (Bardage ym. 2005), tuki- ja liikuntaelimistön sairaudet, psyykkiset sairaudet ja kipua aiheuttavat sairaudet ovat tiloja, jotka saavat yksilön kokemaan terveydentilansa huonoksi (Malmusi 2012). Kroonisella kivulla näyttää olevan vahvempi yhteys huonoksi koettuun terveyteen ja jatkuvasta päivittäisestä kivusta kärsivillä henkilöillä on kahdeksan kertaa suurempi riski arvioida oma terveytensä huonoksi verrattuna kivuttomiin henkilöihin (Mäntyselkä ym. 2003). Sairaudet vaikuttavat ihmisiin eri tavoin, mutta kroonisia sairauksia potevista henkilöistä muita terveemmiksi itsensä kokevat ne, jotka ovat hyväksyneet sairauden (Karademias ym. 2009). Koetun terveyden arviointiin siis vaikuttaa yksilön fyysiset, psyykkiset ja psykologiset komponentit sekä niiden väliset suhteet (Golini & Egidi 2016).

Sukupuoli. Kirjallisuudessa on esitetty ristiriitaista tietoa siitä vaikuttaako sukupuoli itsearvioituun terveyteen. Schüzin ym. (2011) tutkimuksessa naiset kokivat terveydentilansa paremmaksi kuin miehet. Kun taas joissakin tutkimuksissa miehet arvioivat terveytensä paremmaksi kuin naiset (Murata ym. 2006; Lee ym. 2008a; Golini & Egidi 2016). Malmusin ym. (2012) tutkimuksessa naiset kokivat terveytensä huonommaksi, mutta miehet kokivat terveytensä heikommaksi silloin, kun heillä oli sama määrä kroonisia sairauksia kuin naisilla. Sekä Kallion (2006) että Haaken ja Nikulan (2011) tutkimuksessa sukupuolen vaikutus koettuun terveyteen osoitautui vähäiseksi. Rohlfesenin ja Jacobs Kronenfeldin (2014) tutkimuksessa puolestaan miesten

ja naisten koetussa terveydessä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa lähtötilanteessa, mutta koettu terveys heikkeni ajan kuluessa nopeammin miehillä.

Sosioekonomiset tekijät. Sosioekonomisilla tekijöillä on todettu olevan selkeä yhteys paitsi terveyteen ja hyvinvointiin (Kallio 2006; THL 2015) niin myös koettuun terveyteen (THL 2014). Rahkonen ym. (2007) esittävät, että arvioitaessa sosioekonomisten tekijöiden vaikutusta koettuun terveyteen, arvioon voi vaikuttaa yleinen kansantaloudellinen tilanne. Esimerkiksi eläkeikäiset suomalaiset kokivat terveytensä paremmaksi vuonna 2003 kuin vuonna 1993 (Rahkonen ym. 2007). Kreikan taloudellisen kriisin aikana vuonna 2011 Kreikan kansalaiset kokivat terveytensäkin heikommaksi (Zavras ym. 2013). Myös aiemmat yhteiskuntapoliittiset tekijät ja taloudelliset tilanteet voivat vaikuttaa koettuun terveyteen etenkin ikääntyneillä ihmisillä (Kallio 2006).

Paremmassa taloudellisessa tilanteessa olevat ihmiset kokevat olevansa muita terveempiä (Kallio 2006; Molarius ym. 2007; Quail ym. 2007; Anson ym. 2011). Niin ikään työttömät kokevat terveytensä huonommaksi kuin työssä olevat (Haake & Nikula 2011; Zavras ym. 2013; THL 2014). Korkeampi koulutustaso on yhteydessä paremmaksi koettuun terveyteen (Haake & Nikula 2011; Zavras ym. 2013). Kuitenkin norjalaistutkimuksessa havaittiin, että toivottomuuden tunteella on suurempi vaikutus työkäisten koettuun terveyteen kuin koulutustaustalla (Ree ym. 2014). Suomalaisilla eläkeläisillä koettu terveys ei vaikuta selittyvän koulutustaustan pituudella (Rahkonen ym. 2007).

Sosiaaliset suhteet. Myös sosiaaliset suhteet vaikuttavat terveyden kokemiseen. Lee ym. (2008a) havaitsi sosiaalisen osallisuuden olevan yhteydessä parempaan koettuun terveyteen kaikilla yli 25-vuotiailla henkilöillä. Niillä aikuisilla joilla oli useampia sosiaalisia aktiviteetteja, kokivat terveytensä paremmaksi (Lee ym. 2008a). Kaikista vahvin yhteys sosiaalisen aktiivisuuden ja hyväksi koetun terveyden välillä näyttää olevan yli 65-vuotiailla naisilla (Lee ym. 2008a; Zhang ym. 2015). Vastaavasti yksinäiset ihmiset arvioivat terveytensä heikommaksi ja tämä näkyy sekä nuorten (Goosby ym. 2013), aikuisten (Stickley ym. 2015) että ikääntyneiden

ihmisten keskuudessa (Nummela ym. 2011). Yksinäisyyttä ei pidä silti sekoittaa yksinasumiseen, sillä suomalaistutkimuksessa selvisi, että yksin tai useamman henkilön taloudessa asuvilla ei ollut eroavaisuuksia koetussa terveydessä (Haake & Nikula 2011).

3.3 Koetun terveyden arviointi

Tutkimuksissa terveyttä voidaan mitata paitsi diagnosoitujen sairauksien määrää kysymällä, niin myös pyytämällä tutkittavaa arvioimaan omaa terveyttään. Koetun terveyden kysyminen on vakiinnuttanut paikkansa terveystieteissä tutkimuksissa (Murto ym. 2014) ja siitä on tulossa yksi suosituimmista väestön terveyttä kuvaavista mittareista (Golini & Egidi 2016). Sitä voidaan pitää parhaiten toteutettavana, kattavimpana ja informatiivisimpana terveyden mittarina väestötutkimuksissa (Jylhä 2009). Koettu terveys on yhteydessä useisiin muihin terveyden mittareihin, terveystieteen käyttöön ja kuolleisuuteen ikääntyneillä ihmisillä (WHO 1996). Eri kulttuureista tulevat ihmiset arvioivat terveydentilansa eri tavalla ja sen vuoksi eri kulttuuriryhmät eivät ole välttämättä vertailukelpoisia keskenään koetun terveyden perusteella (Bardage ym. 2005; Murata ym. 2006; Jylhä 2009).

Eri hyvinvointivaltiota vertailtaessa keskenään havaittiin, että saksalaisista vajaat 40% koki terveytensä huonoksi, suomalaisista noin 28% ja sveitsiläisistä ainoastaan 17% vastanneista arvioi terveydentilansa huonoksi (Kallio 2006). Suomalaiset maaseudulla asuvat henkilöt kokivat terveytensä heikommaksi kuin kaupungeissa asuvat, ja pääkaupunkiseudulla asuvat kokivat terveytensä kaikista parhaimmaksi (Haake & Nikula 2011).

Huonoksi koettu terveys on useissa tutkimuksissa osoitettu ennustavan kuolleisuutta (Murata ym. 2006; Jylhä 2009; Godard-Sebillotte ym. 2016), mutta joissakin tutkimuksissa huonoksi koetun terveyden ja kuolleisuuden välinen yhteys on osoitettu olevan vain miehillä (Okamoto ym. 2008; Benyamini 2011; Van der Heyden ym. 2015). Toisaalta Bathin (2003) tutkimuksessa huonoksi koettu terveys ei ennustanut kuolleisuutta lainkaan. Niinpä Ferraro ja Wilkinson (2015) esittävätkin, että tutkittavan arvio tulevaisuuden terveydentilastaan selittää kuolleisuutta tämänhetkistä koettua terveyttä paremmin.

Koettua terveyttä arvioitaessa tutkittavaa pyydetään joko arvioimaan omaa terveydentilaansa neljä- tai viisiportaisella asteikolla tai vertaamaan nykyistä terveydentilaa aiempaan (WHO 1996; Jylhä 2009; Jylhä & Leinonen 2013, 382). Tutkittavaa voi myös pyytää vertaamaan omaa terveydentilaa muihin saman ikäisiin ihmisiin (WHO 1996; Jylhä & Leinonen 2013, 382). Tarkat sanamuodot tai vastausvaihtoehdot vaihtelevat (Jylhä 2009), mutta on tärkeää valita sanamuodot tarkasti ja pyytää tutkittavaa arvioimaan terveyttä yleisesti (WHO 1996). WHO (1996) suosittelee viisiportaisen asteikon sanamuodoiksi ”erittäin hyvä” (very good), ”hyvä” (good), ”keskinkertainen” (fair), ”huono” (bad) ja ”erittäin huono” (very bad).

Koettu terveys on aina subjektiivinen ja moniulotteinen arvio ja tutkittavat voivat käsittää terveydellä eri asioita (Schüz ym. 2011; Jylhä & Leinonen 2013, 385). Persoonallisuus vaikuttaa siihen millaiseksi yksilö kokee terveytensä (Golini & Egidi 2016). Yleinen pessimistinen tai optimistinen luonteenlaatu voi heijastua myös koettuun terveyteen (Jylhä & Leinonen 2013, 384). Koska koettu terveys on henkilökohtainen kokemus, se voi olla erilainen kuin objektiivinen arvio tutkittavan terveydentilasta (Huttunen 2015). Koetun terveyden mittaria voidaan käyttää myös kliinisessä työssä ja sen käyttäminen voi antaa uutta informaatiota lääkärille potilaan terveydentilasta (Jylhä 2009), vaikkei se voi koskaan korvata diagnostiikkaa (Jylhä & Leinonen 2013, 389). Koettua terveyttä ei kuitenkaan suositella käytettäväksi arvioitaessa mielenterveyttä, koska psyykkisistä sairauksista kärsivät ihmiset usein kokevat terveytensä muita huonommaksi (WHO 1996).

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYS

Tässä tutkielmassa tarkastellaan koetun terveyden ja ulkona liikkumisen autonomian välistä suhdetta sekä autonomian muutoksia kahden vuoden seuranta-aikana.

Tutkimuskysymykset ovat

- Onko koetulla terveydellä ja ulkona liikkumisen autonomialla yhteys?
- Ennustaako koettu terveys ulkona liikkumisen autonomian muutoksia kahden vuoden seuranta-aikana?

5 TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄT

5.1 Tutkimukseen osallistujat

Tämä tutkielma on osa Life Space mobility in old age (LISPE) -tutkimusta. LISPE on kaksi-vuotinen kohorttitutkimus, johon osallistui 848 kotona asuvaa 75-90-vuotiasta henkilöä. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää kuinka kodin ja naapuruston ominaisuudet vaikuttavat iäkkään henkilön terveyteen, toimintakykyyn, elämänlaatuun ja elinpiiriin. Tutkittavaksi valittiin ne itsenäisesti Jyväskylän tai Muuramen alueella asuvat henkilöt, jotka pystyivät kommunikoimaan ja halusivat osallistua tutkimukseen. Merkittävimmät syyt tutkimuksesta pois jättäytymiseen oli huono terveydentila tai sairastelu, ajanpuute tai haluttomuus osallistua tutkimukseen. Tutkittavien tiedot saatiin väestörekisteristä ja heille lähetettiin kirje, joka sisälsi tietoa tutkimuksesta. Tämän jälkeen 1-2 viikon sisällä heihin otettiin yhteyttä puhelimitse ja tehtiin lyhyt haastattelu. Puhelinkontaktin yhteydessä sovittiin myös kotikäynnistä, mikäli tutkittava halusi mukaan tutkimukseen. Mikäli tutkittava ei pystynyt vastaamaan kysymyksiin puhelimesta, hänelle tarjottiin mahdollisuutta haastatteluun kotikäynnillä. Loppumittauksessa oli mukana 748 henkilöä ja mittaukset tehtiin kahden vuoden kuluttua tutkimuksen aloituksesta samalla tavoin joko puhelinhaastatteluna tai kotikäynnillä tehdyllä haastatteluna.

Jyväskylän yliopiston eettinen lautakunta on antanut lausunnon LISPE-tutkimuksesta 2.11.2011. Tutkimuksen kulku kuvattiin tutkittaville lähetetyssä kirjeessä ja haastatteluiden aikana heille annettiin lisätietoa tutkimuksesta. Tutkittavat saivat jättäytyä tutkimuksesta pois halutessaan ilman seuraamuksia. Tarkempi kuvaus tutkimuksen kulusta on Rantasen ym. (2012) artikkelissa.

5.2 Muuttujat

Tässä tutkielmassa päämuuttujia olivat koettu terveys ja ulkona liikkumisen autonomia. Taustamuuttujina käytettiin sukupuolta, ikää, koulutusvuosien määrää, kroonisten sairauksien määrää, asumismuotoa sekä kykyä kävellä 0.5 kilometrin matka. Taustamuuttujien valintaan vaikutti aiemman kirjallisuudesta saatu tieto tekijöistä, jotka yleensä vaikuttavat koettuun terveyteen tai ulkona liikkumisen autonomiaan.

5.2.1 Koettu terveys

Koettua terveyttä arvioitiin tutkimuksen alkumittauksessa (Rantanen ym. 2012). Tutkittavia pyydettiin arvioimaan viisiportaisella asteikolla, millainen heidän terveydentilansa on tällä hetkellä ja vastausvaihtoehdot olivat 1 erittäin hyvä, 2 hyvä, 3 keskinkertainen, 4 huono ja 5 erittäin huono (Subramanian ym. 2010). Tässä opinnäytetyössä vastaukset tiivistettiin kolmeen luokkaan analyyseja varten: 1 erittäin hyvä tai hyvä, 2 keskinkertainen ja 3 huono tai erittäin huono.

5.2.2 Ulkona liikkumisen autonomia

Ulkona liikkumisen autonomiaa mitattiin LISPE-tutkimuksessa Impact on Participation and Autonomy-mittarin ”autonomia ulkona” osa-alueen kysymyksillä (Rantanen ym. 2012). Tutkittavia pyydettiin arvioimaan mahdollisuuksia sukulaisten ja ystävien luona käymiseen milloin he haluavat, mahdollisuuksia matkustaa ja lomailla, mahdollisuuksia viettää vapaa-aikaa haluamallaan tavalla, mahdollisuuksia tavata ihmisiä niin usein kuin he haluavat ja mahdollisuuksia elää haluamallaan tavalla. Vastaukset pyydettiin pisteyttämään 0 erittäin hyvät, 1 hyvät, 2 kohallaiset, 3 huonot, 4 erittäin huonot (Cardol ym. 2001; Kanelisto & Salminen 2011). Ulkona liikkumisen autonomian pisteet laskettiin yhteen (0-20p) ja korkeammat pisteet tarkoittivat enemmän rajoituksia ulkona liikkumisen autonomiassa.

5.2.3 Taustamuuttajat

Tieto tutkittavien sukupuolesta ja iästä saatiin väestörekisteristä otoksen yhteydessä. Tutkittavilta kysyttiin, asuvatko he yksin vai jonkun toisen henkilön (aviopuoliso, lapsi, lapsenlapsi, sisarus tai muu sukulainen) kanssa. Tutkittavat itse ilmoittivat koulutusvuosien määrän. Liikkumiskykyä kartoitettiin kysymällä, pystyykö tutkittava kävelemään noin 0.5 kilometrin matkan. Vastausvaihtoehdot olivat 0 selviän vaikeuksista, 1 pystyn, mutta on vähän vaikeuksia, 2 pystyn, mutta on paljon vaikeuksia, 3 en pysty ilman toisen henkilön apua, 4 en pysty autet-

tunakaan. Tieto lääkärin diagnosoimista sairauksista kerättiin lomakkeella, jossa oli 22 kroonista sairautta (erilaisia sydän- ja verenkiertoelimistön sairauksia, hengityselinten sairauksia, nivelrikko ja diabetes). Lisäksi avoimella kysymyksellä kartoitettiin muita mahdollisia lääkärin diagnosoimia sairauksia (Rantanen ym. 2012).

5.3 Käytetyt menetelmät

Tilastollisten testien merkitsevyystasoksi määriteltiin $p < 0.05$. Aluksi aineiston frekvenssejä tarkasteltiin. Varianssianalyysillä selvitettiin iän, koulutusvuosien määrän, sairauksien lukumäärän sekä ulkona liikkumisen autonomian alku- ja loppumittausten kokonaispistemäärän keskiarvojen eroja koetun terveyden ryhmien välillä. Ristiintaulukoinnilla ja χ^2 -testillä selvitettiin sukupuolen, puolen kilometrin kävelyn ja asumismuodon vaikutusta koettuun terveyteen. Koetun terveyden ja ulkona liikkumisen autonomian mittauksen puuttuvia havaintoja oli selkeästi alle 5%, joten puuttuvaa tietoa ei ole imputoitu.

Varianssianalyysillä selvitettiin ulkona liikkumisen vaihteluita koetun terveyden eri ryhmissä lähtötilanteessa. Toistomittausten varianssianalyysillä tutkittiin ajan vaikutusta ulkona liikkumisen autonomian summapisteidien vaihteluihin koetun terveyden eri ryhmissä sekä sukupuolen mukaan eriteltynä. Kun miesten ja naisten ulkona liikkumisen autonomian summapistemääriä verrattiin keskenään, havaittiin yhteyksien olevan samansuuntaisia, joten jatkotesteissä miehiä ja naisia käsiteltiin samana aineistona. Lopuksi tutkittiin taustamuuttujien vaikutusta ulkona liikkumisen autonomian rajoituksiin vakioimalla koettu terveys kovariaateilla. Aineisto analysoitiin IBM SPSS 24.0 -ohjelmalla.

6 TULOKSET

Tutkituista 848 henkilöstä 62.1% oli naisia (n=525) ja kaikkien tutkittujen keski-ikä oli 80.1 vuotta. Valtaosa (54.3%) tutkituista koki terveydentilansa olevan lähtötilanteessa keskinkertainen. Terveydentilansa hyväksi tai erittäin hyväksi määritteli 35.8% vastaajista ja 9.9% sanoi terveydentilansa olevan huono tai erittäin huono. Ne vastaajat jotka määrittelivät terveytensä olevan huono tai erittäin huono, kokivat muita useammin ulkona liikkumisen autonomian heikommaksi ja pystyivät muita harvemmin kävelemään 0.5 kilometrin matkan vaikeuksitta. Muita perustietoja tutkituista esitetään taulukko 1:ssä.

TAULUKKO 1. Perustietoja tutkimukseen osallistuneista henkilöistä (N=848) lähtötilanteessa koetun terveyden mukaan

	Hyvä koettu terveys n=303			Keskinkertainen koettu terveys n=459			Huono koettu ter- veys n=84			p-arvo
	ka	kh	%	ka	kh	%	ka	kh	%	
Ikä	78.9	4.1		80.6	4.2		81.7	4.2		<0.001 ^a
Koulutusvuosien määrä	10.5	4.4		9.0	3.7		9.3	4.9		<0.001 ^a
Sairauksien luku- määrä	3.1	2.0		4.8	2.3		6.5	2.4		<0.001 ^a
Naisia			55.8			63.8			75.0	0.003 ^b
Yksin asuvia			15.7			30.7			6.9	<0.001 ^b
Pystyy kävele- mään 0.5 km vaikeuksitta			93.4			71.5			21.4	<0.001 ^b

^a ryhmien väliset erot testattu yksisuuntaisella varianssianalyysillä

^b ryhmien väliset erot testattu χ^2 -testillä

ka, keskiarvo

kh, keskihajonta

IPA, ulkona liikkumisen autonomia. Suuremmat pisteet tarkoittavat enemmän rajoituksia ulkona liikkumisessa, vaihteluväli 0-20.

Taulukosta 2 näkyy, että taustamuuttujilla vakioinnin jälkeen ulkona liikkumisen autonomian erot tasoittuvat koetun terveyden ryhmien välillä. Erot säilyvät kuitenkin selkeinä ryhmien välillä.

TAULUKKO 2. Ulkona liikkumisen autonomian pisteet koetun terveyden eri luokissa lähtötilanteessa (N=848) ja vakiointi taustamuuttujilla varianssianalyysissä

	Hyvä koettu terveys n = 303		Keskinkertainen koettu terveys n = 459		Huono koettu terveys n = 84		F	P
	ka	kv	ka	kv	ka	kv		
IPA	4.4	0.2	6.7	0.2	10.2	0.4	108.9	<0.001
+ ikä ja sp	4.6	0.2	6.6	0.2	9.9	0.4	88.4	<0.001
+ sairaudet	4.8	0.2	6.5	0.2	9.6	0.4	58.3	<0.001
+ asuminen	4.8	0.2	6.5	0.2	9.6	0.4	59.5	<0.001
+ pystyy kävelemään 0.5 km vaikeuksitta	5.0	0.2	6.5	0.2	8.6	0.4	33.6	<0.001
+ koulutusvuosien määrä	5.0	0.2	6.5	0.2	8.6	0.4	32.7	<0.001

ka, keskiarvo

kv, keskivirhe

IPA, ulkona liikkumisen autonomia. Suuremmat pisteet tarkoittavat enemmän rajoituksia ulkona liikkumisessa.

Kaikkien tutkittujen henkilöiden ulkona liikkumisen autonomia oli alkumittauksessa 6.2 pistettä (kh 3.8). Tutkimuksen loppumittauksesta jäi pois 100 henkilöä. Poisjättäytyneiden ulkona liikkumisen autonomian pisteet olivat alkumittauksessa suuremmat ($p < 0.001$, ka 7.9, kh 3.8) kuin loppumittaukseen osallistuneilla. Poisjättäytyneistä 52% oli naisia ($p=0.028$). Yksinasuvien poisjättäytyneiden tutkittavien osuus ei ollut tilastollisesti merkitsevä (61%, $p=0.304$). Sairauksien lukumäärä oli poisjättäytyneillä yhtä suuri (4 kpl) kuin loppumittaukseen osallistuneilla, mutta pelkästään alkumittaukseen osallistuneet olivat keskimäärin kaksi vuotta vanhempia ($p < 0.001$) kuin tutkimuksessa loppuun asti mukana olleet. Tutkimuksesta poisjääneet olivat saaneet koulutusta keskimäärin yhden vuoden vähemmän kuin muut ($p=0.022$). Myös kyky kävellä 0.5 km matka vaikeuksitta oli tilastollisesti merkitsevästi erilainen poisjättäytyneillä ($p < 0.001$). Poisjättäytyneistä 64% ilmoitti pystyvänsä kävelemään 0.5 km matkan vaikeuksitta ja tutkimuksessa loppuun asti mukana olleista 75.8 % kertoi pystyvänsä kävelemään 0.5 km vaikeuksitta.

Kahden vuoden seuranta-ajan jälkeen tutkimuksessa oli mukana 748 henkilöä, joista 63.4% oli naisia. Loppumittaukseen osallistuneista 36.8% koki terveytensä hyväksi tai erittäin hyväksi, 54.4% keskinkertaiseksi ja 8.8% huonoksi tai erittäin huonoksi. Tutkimuksessa loppuun saakka mukana olleiden henkilöiden ulkona liikkumisen autonomian pisteiden keskiarvo oli lähtötilanteessa 6.0 pistettä (kh 3.7) ja kahden vuoden seuranta-ajan jälkeen 6.7 pistettä (kh 3.9). Miehet saivat alku- ja loppumittauksessa matalampia pisteitä ulkona liikkumisen autonomiassa kuin naiset. Alkumittauksessa miesten ulkona liikkumisen autonomian pisteiden keskiarvo oli 5.4 (kh 3.4) ja naisten 6.3 (kh 3.8). Loppumittauksessa miesten keskiarvo 5.9 (kh 3.8) ja naisten 7.2 pistettä (kh 3.9). Loppumittauksessa 6.7% vastaajista koki, ettei heillä ollut minkäänlaisia rajoituksia ulkona liikkumisen autonomiassa.

Toistomittausten varianssianalyysi osoittaa, että ulkona liikkumisen autonomia rajoittuu tilastollisesti merkitsevästi ($p < 0.001$) kahden vuoden seuranta-aikana (taulukko 3). Ajan ja koetun terveyden yhdysvaikutus ei ole tilastollisesti merkitsevä ($p = 0.443$), eli muutos koetun terveyden kaikissa eri luokissa on samanlaista. Yksistään ajan vaikutus ulkona liikkumisen autonomian pisteisiin on merkitsevä vain silloin, kun vakioivia tekijöitä ei oteta huomioon. Kun ulkona liikkumisen autonomian pisteet vakioidaan kaikilla taustamuuttujilla, niin loppumittauksessa hyväksi koetun terveyden luokassa pisteet ovat 5.5 (kv 0.2). Keskinkertaiseksi koetun terveyden luokassa ulkona liikkumisen autonomian pisteet ovat loppumittauksessa 7.2 (kv 0.2). Huonoksi koetun terveyden luokassa ulkona liikkumisen autonomian loppumittauksen vakioitu pistemäärä on 9.1 (kv 0.5).

TAULUKKO 3. Ulkona liikkumisen autonomian muutos koetun terveyden eri ryhmissä kahden vuoden seuranta-aikana sekä vakiointi taustamuuttujilla toistomittausten varianssianalyyseissä

	Alkumittaus n=747		Loppumittaus n=747		Ryhmä		Aika		Ryhmä x aika	
	ka	kh	ka	kh	F	p	F	p	F	p
Vakioimaton koettu terveys										
Hyvä	4.2	3.0	4.8	3.6	121.6	<0.001	13.0	<0.001	0.8	0.443
Keskinkertainen	6.5	3.4	7.3	3.5						
Huono	10.2	3.8	10.5	4.0						
+ikä ja sp					100.4	<0.001	0.2	0.640	0.8	0.439
+asumismuoto					103.1	<0.001	0.1	0.716	0.8	0.436
+sairausten lukumäärä					67.7	<0.001	0.1	0.708	0.9	0.397
+0.5km kävely					42.3	<0.001	0.2	0.675	0.7	0.503
+koulutusvuosien määrä					41.6	<0.001	0.1	0.716	0.7	0.483

ka, keskiarvo

kh, keskihajonta

7 POHDINTA

Tämä tutkielma osoitti, että koetulla terveydellä ja ulkona liikkumisen autonomialla on vahva yhteys. Ulkona liikkuminen rajoittui kahden vuoden seuranta-aikana kokipa tutkittava terveydentilansa hyväksi, keskinkertaiseksi tai heikoksi. Koettu terveys ennusti ulkona liikkumisen autonomian muutosta siten, että hyväksi terveytensä kokevat henkilöt kokivat olevansa muita autonomisempia liikkumaan ulkona. Vastaavasti terveydentilansa huonoksi kokevat henkilöt kokivat ulkona liikkumisen autonomian muita heikommaksi. Tämä yhteys ei muuttunut kahden vuoden seuranta-aikana.

Fristedtin ym. (2014) 13-vuotisessa seurantatutkimuksessa koettu terveys oli parempi ikääntyneiden henkilöiden ulkona liikkumisen ennustaja kuin itse ilmoitetut sairaudet. Koettu terveys ennusti ulkona liikkumista sekä lähtötilanteessa että seuranta-ajan jälkeen (Fristedt ym. 2014). Tämän tutkielman tulos on samansuuntainen, vaikka seuranta-aika onkin lyhyempi. Myös Bergland ym. (2010) löysivät yhteyden koetun terveyden ja ulkona liikkumisen välillä. Hyväksi koettu terveys oli yhteydessä kykyyn kävellä enemmän kuin yksi kilometri ulkona. Ne tutkittavat jotka kokivat terveytensä huonommaksi, pystyivät kävelemään enintään yhden kilometrin matkan (Bergland ym. 2010). Edellä mainituissa tutkimuksissa tutkittavat ilmoittivat itse joko tiheyden jolla he osallistuvat kodin ulkopuolisiin aktiviteetteihin (Fristedt ym 2014) tai kykynsä liikkua jalkaisin ulkona (Bergland ym. 2010). Vaikka nämä eivät ole täysin sama asia kuin ulkona liikkumisen autonomia, voidaan tuloksia pitää samansuuntaisina tämän tutkielman kanssa. Mikäli ikääntynyt henkilö liikkuu säännöllisesti kodin ulkopuolella ja osallistuu erilaisiin vapaa-ajan aktiviteetteihin, hän oletettavasti tekee sen vapaaehtoisesti. Lisäksi hyvää kävelykykyä voidaan pitää ulkona liikkumisen autonomian todennäköisenä mahdollistajana.

Vaikka tämän tutkielman mukaan ulkona liikkumisen autonomia rajoittuu kahden vuoden seuranta-aikana, niin on silti syytä huomioida se, että loppumittauksessa on mukana myös sellaisia henkilöitä jotka kokevat pystyvänsä liikkumaan ulkona täysin tai lähes autonomisesti. Ulkona liikkumisen autonomian rajoittuminen ei siis ole automaattista ikääntymisen yhteydessä. Se on pikemminkin todennäköinen ilmiö ikääntyneiden henkilöiden keskuudessa ja sen määrä vaihtelee. Ulkona liikkumisen suhteen täysin autonomisten henkilöiden osuutta selittänee osin Hed-

manin ym. (2015) tutkimustulos siitä, että iäkkäät henkilöt adaptoituvat muuttuvaan toimintakykyynsä ja he suhteuttavat toiveensa toimintakykyynsä. Iäkkäät ihmiset voivat lakata haluamasta siitä, mikä vaatii kovasti ponnistelua tai on mahdotonta. Voi olla myös niin, että autonomiansa hyväksi kokevat henkilöt kokevat autonomian rajoittuneeksi myöhemmällä iällä. Kun tutkittavilta on kysytty heidän kokemusta terveydentilastaan, jokaisen vastaajan tulkinta kysymykseen on henkilökohtainen. Ei voida poissulkea sitä mahdollisuutta, että ulkona liikkumisen autonomia on osa perustetta jolla ikääntyneet ihmiset arvioivat terveyttään. Tutkittavat voivat kokea terveydentilansa huonommaksi silloin, kun ulkona liikkuminen on haasteellista, vaikka objektiivisesti mitattuna heidän terveydentilansa olisikin melko hyvä.

Tutkielmassa tulee ilmi, että naiset kokevat ulkona liikkumisen autonomian miehiä rajoituneemmaksi läpi koko tutkimuksen. Tämä saattaa osittain selittyä sillä, että miehet ajavat autoa naisia useammin (Dahan-Oliel ym. 2010; Davis ym. 2011; Liikennevirasto 2012) ja autolla pääsee helpommin paikkoihin minne ikääntynyt henkilö ei jaksakaan kävellen kulkea. Lisäksi aiempien tutkimusten mukaan naiset yleisesti arvioivat terveytensä heikommaksi kuin miehet (Murata ym. 2006; Lee ym. 2008a; Golini & Egidi 2016) ja tämä saattaa heijastua myös tämän tutkielman tuloksiin.

Sekä poikkileikkaus- että pitkittäisanalyysissä on havaittavissa se, että taustamuuttujilla vakiointi tasaa ulkona liikkumisen autonomian pisteitä eniten huonoksi koetun terveyden luokassa. Pitkittäisanalyysissä taustamuuttujilla vakiointi ei muuta keskinkertaiseksi koetun terveyden ulkona liikkumisen autonomian pisteitä juuri lainkaan (0.1p). Voidaankin siis tulkita, että mikäli yksilö kokee terveytensä keskinkertaiseksi ei taustamuuttujilla ole juuri vaikutusta ulkona liikkumisen autonomiaan kahden vuoden aikana. Kun puolestaan terveytensä huonoksi kokevan ikääntyneen ihmisen ulkona liikkumisen autonomiaan on jokaisella taustamuuttujalla vaikutusta. Niinpä toisen henkilön kanssa asuva, vähän koulutettu, iäkäs ja monisairas nainen, jolla on vaikeuksia kävellä 0.5 km matka ja joka kokee terveytensä huonoksi, kokee muita useammin myös ulkona liikkumisen autonomiansakin heikentyneeksi.

Koettua terveyttä pidetään melko luotettavana terveydentilan kuvaajana (WHO 1996; Jylhä 2009) ja ikääntyneillä ihmisillä se on sidoksissa toimintakykyyn (Bardage ym. 2005; Zhang

ym. 2015). Tässä tutkielmassa huonoksi tai erittäin huonoksi koki terveytensä ainoastaan alle 10% ikääntyneistä vastaajista, mikä on huomattavasti vähemmän kuin kaikenikäisillä suomalaisilla Kallion (2006) tutkimuksessa. Tässä tutkielmassa huonoksi terveytensä kokevat olivat muita vanhempia ja heillä oli muita enemmän sairauksia, mikä on samansuuntainen tulos mitä kirjallisuudessa on aiemmin esitetty (Murata ym. 2006; Anson ym. 2011; Murto ym. 2014). Toisaalta tulee huomioida, että tässä tutkielmassa ei ole selvitetty mitä sairauksia tutkittavat ovat raportoineet sairastavansa. Yksilötasolla jo yksi sairaus voi muuttaa toimintakyvyn radikaalisti ja käsityksen terveydestä täysin. Vastaavasti useammat hyvin hoitotasapainossa olevat sairaudet eivät välttämättä merkitse yksilön arjessa toimintakyvyn kannalta paljoakaan. Kuitenkin tässä tutkielmassa huonoksi terveytensä kokevilla henkilöillä oli muita enemmän myös kroonisia sairauksia. Osa sairauksista lienee sellaisia, jotka rajoittavat henkilön toimintakykyä ja ulkona liikkumista ja selittävät näin tutkielman tuloksia.

Tämän tutkielman tulos osoittaa, että kaikista huonoimmaksi terveytensä kokevat henkilöt kokevat myös ulkona liikkumisen selkeästi muita rajoittuneimmaksi. Kliinikoiden tuleekin huomioida sairastumisen tai ikääntymismuutosten mukana tuoman toimintakyvyn vajauksen vaikuttavan myös yksilön kokemukseen omasta terveydestä ja sitä kautta myös ulkona liikkumiseen ja osallisuuteen. On erittäin oleellista, miten ikääntynyt ihminen suhtautuu omaan terveydentilaansa ja toimintakykyyn. Hwangin ym. (2006) tutkimuksessa positiivinen elämänasenne korreloi paremman autonomian tunteen kanssa. Käänteisesti ajatellen, mikäli ikääntynyt ihminen ei pysty osallistumaan itselleen tärkeisiin tapahtumiin kodin ulkopuolella, on masennuksen vaara ilmeinen (Polku ym. 2015) ja masennus heikentää elämänlaatua (Depressio 2016). Vaikka ikääntyneen henkilön kokemusta omasta terveydentilanteestaan ei välttämättä ulkopuolinen voi muuttaa, niin voimme kuitenkin auttaa häntä näkemään myönteisiä puolia tilanteessaan. Kaikki sairaudet eivät vie toimintakykyä, eikä ulkona liikkumista tarvitse lopettaa sen vuoksi että ikääntynyt ihminen ei kokisikaan itseään enää täysin terveeksi. Liikkumisen myönteiset vaikutukset terveyteen on todettu monissa tutkimuksissa (Liikunta 2016) ja ulos lähteminen voi auttaa ylläpitämään fyysisen toimintakyvyn ohella myös sosiaalisia suhteita ja mielen-terveyttä.

Nuoruutta ihannoiva yhteiskunta ei edesauta ikääntyvän ihmisen osallisuutta. Kun yhteisössä huomioidaan myös toimintarajoitteisen ihmisen tarpeet, he ehkä haluavat osallistua aktiivisemmin kodin ulkopuolisiin toimintoihin. Samalla ikääntyneet ihmiset paitsi pysyvät osallisena, niin myös adaptoituvat paremmin muuttuvaan toimintakykyynsä. Beyerin ym. (2015) mukaan ikääntymisen hyväksyminen vaikuttaa myös koettuun terveyteen. Jatkossa olisikin mielenkiintoista selvittää, missä iässä koettu terveys alkaa olla ulkona liikkumisen autonomian ennustaja. Tässä tutkielmassa tutkittujen keski-ikä oli lähtötilanteessa 80.1 vuotta, mutta näkyykö sama ilmiö jo esimerkiksi työikäisillä? Aiempi kirjallisuus (Murata ym. 2006; Quail ym. 2007; Golini & Egidi 2016) ja tämä tutkielma viittaa siihen, että korkeampi sairauksien lukumäärä on yhteydessä huonompaan koettuun terveyteen ja sitä kautta ulkona liikkumisen autonomiaan. Onko tämä tunnistettavissa vain ikääntyneiden ihmisten keskuudessa, vai voisiko sama näkyä työikäisillä ihmisillä silloin, kun ulkona liikkumisen autonomia pitäisi olla fyysisen toimintakyvyn puolesta itsestäänselvyys?

Ikääntyvän väestön määrän koko ajan lisääntyessä myös yhteiskunnan resurssit voivat olla koe-tuksella, jotta jokaiselle yksilölle mahdollistetaan hyvä elämä loppuun saakka. Ikääntyneiden palveluita taataan laeilla ja eri organisaatioissa yritetään olla oikeudenmukaisia silloin kun päätetään kenelle palveluita annetaan. Päätöksenteossa käytetään usein objektiivisia mittareita erottamaan populaatiosta kaikkein eniten palveluita tarvitsevat henkilöt. Vaikka Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvueluista (2012) ohjaa kuuntelemaan ikääntyneen ihmisen ääntä, on kyseenalaistettu sitä, toteutuuko tämä käytännössä (Moisio ym. 2013). Toisiko siis systemaattinen subjektiivisen mittarin käyttö objektiivisten arviointimenetelmien ohella lisää ikääntyneen ihmisen ääntä kuuluviin ja jopa erilaisen päätöksen palveluista?

Tämän tutkielman luotettavuutta lisää suuri otoskoko. Vaikka huonoksi terveytensä kokevia henkilöitä oli selkeästi vähiten, niin silti heitä oli riittävästi loppumittauksessa jotta yleistyksiä voidaan tehdä myös tästä ryhmästä. Kun tarkastellaan tutkimuksesta poisjääneitä henkilöitä, havaitaan että he ovat gerontologiselle tutkimukselle tyypilliseen tapaan muita vanhempia ja niitä joiden ulkona liikkumisen autonomiaa kuvaavat pisteet olivat korkeammat. Voi olla että loppumittauksessa ulkona liikkumisen autonomian keskiarvopisteet olisivat korkeammat, mikäli katoa ei olisi tutkimuksessa lainkaan. Koetun terveyden ja ulkona liikkumisen yhteys on

hyvin selkeä alku- ja loppumittauksessa, joten kadon merkitys lienee kuitenkin vähäinen ulkona liikkumisen autonomian pisteisiin. Lisäksi ulkona liikkumisen vakiointi iällä ja sukupuolella osoittaa, että koetun terveyden ja ulkona liikkumisen autonomian välinen yhteys pysyy voimakkaana vakioinnin jälkeen.

Tutkielmassa molemmat päämuuttujat ovat itsearviointeja ja niiden luotettavuutta joku voi kyseenalaistaa. Kuitenkaan ihmisten kokemusta terveydestä ei voi arvioida objektiivisesti. Ulkona liikkumisen autonomia ja osallisuus ovat subjektiivisia kokemuksia, eikä näitä ole mielekästä lähteä tutkimaan objektiivisesti silloin kun halutaan tuottaa tietoa henkilökohtaisista kokemuksista. Impact on Participation and Autonomy-kyselyssä ei ole viitearvoja. Jo yhden pisteen eroavaisuus esimerkiksi yksilön aiempaan mittaustulokseen verrattuna voi olla hyvinkin merkityksellinen ikääntyneen ihmisen elämässä.

Jyrkämän (2006) mukaan ikääntymistutkimuksessa pyritään tekemään yleistyksiä eri muuttujista ja niiden välisistä suhteista. Hyvin usein nämä ovat objektiivisesti arvioituja tekijöitä tai toimintakyvyn osa-alueita ja ovat ehkä yleistettävissä laajemminkin ikääntyneeseen väestöön. Samalla ne antavat keskiarvon, muttei välttämättä kerro yksittäisen ihmisen tilanteesta paljokaan. Niinpä ikääntymistutkimuksessa on tarpeen käyttää myös subjektiivisia mittareita ja siirtää näkökulmaa myös aitoihin arjen toimintatilanteisiin (Jyrkämä 2006). Toki tutkielman muuttujia voitaisiin tutkia myös kvalitatiivisesti, mutta nyt kvantitatiivisia menetelmiä käyttäen voidaan tehdä ehkä luotettavampia yleistyksiä, kun otoskoko on iso.

Tutkielman viitekehyksessä on käytetty kansainvälisiä, vertaisarvioituja tutkimusartikkeleita, mikä lisää teoriaosuuden luotettavuutta. Tutkittavat ovat osallistuneet tutkimukseen vapaaehtoisesti. Aineisto on kerätty, tallennettu ja analysoitu hyvää tutkimusetiikkaa noudattaen ja kaikki tutkimusryhmän jäsenet ovat saaneet vapaasti käyttää aineistoa. Tieteellistä vilppiä ei ole käytetty missään tutkielman vaiheessa. LISPE-tutkimus on suunniteltu kuvaamaan muun muassa lähiympäristössä liikkumisen ja toimintakyvyn suhdetta, joten myös tämän tutkielman kannalta oleellisia tietoja aineistossa oli riittävästi.

Tämän tutkielman mukaan koettu terveys on vahvasti sidoksissa siihen, miten itsenäisesti ikääntynyt ihminen kokee pystyvänsä liikkumaan kodin ulkopuolella. Voidaankin siis päätellä, että ihmisen kokiessa terveytensä huonoksi samalla myös ulkona liikkumisen autonomia on heikentynyt. Ulkona liikkumisen autonomian heikentyminen tarkoittaa sitä että yksilö haluaisi liikkua ulkona, muttei pysty tekemään sitä haluamallaan tavalla. Koska ikääntyneillä ihmisillä osallisuus kodin ulkopuolisiin toimintoihin lisää elämänlaatua (Matsuo ym. 2003), tulee ulos pääsemisen ja osallisuuden yhteiskuntaan olla mahdollista kaiken kuntoisille henkilöille. Ulkona liikkumisen autonomian heikentymistä voidaan pitää tämän tutkielman perusteella ikääntymiseen liittyvänä ilmiönä. Silti halu ulkona liikkumiseen säilyy iän karttuessa.

LÄHTEET

- Anson, O., Shteingrad, J. & Paran, E. 2011. Self-rated health and survival: A seven-years follow-up. *Psychology* 2 (9), 987-991.
- Asetus vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 1987. 4§/18.9.1987/759.
- Ashe, M. C., Miller, W. C., Eng, J. J. & Noreau, L. 2009. Older adults, chronic disease and leisure-time physical activity. *Gerontology* 55 (1), 64-72.
- Atjonen, P. 2007. Eettinen näkökulma arviointiin: Miten ja kenen hyvää etsitään? *Didactia Varia* 12 (2), 31-41.
- Bardage, C., Pluijm, S. M., Pedersen, N. L., Deeg, D. J. H., Jylhä, M., Noale, M., Blumstein, T. & Otero, Á. 2005. Self-rated health among older adults: A cross-national comparison. *European Journal of Ageing*, 2 (2), 149-158.
- Bath, P. A. 2003. Differences between older men and women in the self-rated health-mortality relationship. *The Gerontologist* 43 (3), 387-395.
- Benyamini, Y., Blumstein, T., Murad, H. & Lerner-Geva, L. 2011. Self-rated health. For whom does poor self-rated health not predict mortality? *Psychology & Health* 26 (11), 1446-1462.
- Bergland, A., Thorsen, K. & Loland, N. W. 2010. The relationship between coping, self-esteem and health on outdoor walking ability among older adults in Norway. *Ageing and Society* 30 (6), 949-963.
- Beyer, A-K., Wolff, J.K., Warner, L. M., Schüz, B. & Wurm, S. 2015. The role of physical activity in the relationship between self-perceptions of ageing and self-rated health in older adults. *Psychology & Health* 30 (6), 671-685.
- Bookwala, J., Marshall, K. I. & Manning, S. W. 2014. Who needs a friend? Marital status transitions and physical health outcomes in later life. *Health Psychology* 33 (6), 505-515.
- Breton, E., Beloin, F., Fortin, C., Martin, A., Ouellet, M-E., Payette, H. & Levasseur M. 2014. Gender-specific associations between functional autonomy and physical

capacities in independent older adults: Results from the NuAge study. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 58 (1), 56-62.

- Buys, L., Snow, S., van Megen, K. & Miller, E. 2012. Transportation behaviours of older adults: An investigation into car dependency in urban Australia. *Australian Journal on Ageing* 31 (3), 181-186.
- Byes, J. E., Leigh, L., Vo, K., Forter, P. & Curryer, C. 2014. Life space and mental health: a study of older community-dwelling persons in Australia. *Aging & Mental Health* 19 (2), 98-106.
- Cardol, M., Beelen, A., Bos, G. A., van den Jong, B. A., de Groot, I. J. & de Haan R. J. 2002b. Responsiveness of the impact on participation and autonomy questionnaire. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* (83), 1524-1529.
- Cardol, M., de Haan, R. J., de Jong, B. A., van den Bos, G. A. & de Groot I.J. 2001. Psychometric properties of the impact on participation and autonomy questionnaire. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 82, 210-216.
- Cardol, M., de Jong, B. A., Ward, C. D. 2002a. On autonomy and participation in rehabilitation. *Disability and Rehabilitation* 24 (18), 970-974.
- Chang, L-C. 2012. An interaction effect of leisure self-determination and leisure competence on older adults' self-rated health. *Journal of Health Psychology* 17 (3), 324-332.
- Dahan-Oliel, N., Mazer, B., Gélinas, I., Dobbs, B. & Lefebvre, H. 2010. Transportation use in community-dwelling older adults: Association with participation and leisure activities. *Canadian Journal on Aging* 29 (4), 491-502.
- Davis, M. G., Fox, K. R., Hillsdon, M., Coulson, J. C., Sharp, D. J., Stathi, A. & Thompson, J. L. 2011. Getting out and about in older adults: the nature of daily trips and their association with objectively assessed physical activity. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 8. Doi: <http://dx.doi.org.ezproxy.jyu.fi/10.1186/1479-5868-8-116>.
- Depressio. 2016. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Viitattu 6.7.2016. www.kaypahoito.fi.

- Desrosiers, J., Robichaud, L., Demers, L., Gélinas, I., Noreau, L. & Durand, D. 2009. Comparison and correlates of participation in older adults without disabilities. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 49 (3), 397-403.
- Drum, C. E., Horner-Johnson, W. & Krahn, G. L. 2008. Self-rated health and healthy days: Examining the “disability paradox”. *Disability and Health Journal* 1 (2), 71-78.
- Edwards, K. & Mccluskey, A. 2010. A survey of adult power wheelchair and scooter users. *Disability & Rehabilitation: Assistive Technology* 5 (6), 411-419.
- Eriksson, G. M., Chung, J. C. C., Beng, L. H., Hartman-Maeir, A., Yoo, E., Orellano, E. M., van Nes, F., de Jonge, D. & Baum, C. M. 2011. Occupations of older adults: Across cultural description. *OTJR: Occupation, Participation and Health* 31 (4), 182-192.
- Ferraro, K. F. & Wilkinson, L. R. 2015. Alternative measures of self-rated health for predicting mortality among older people: Is past or future orientation more important? *The Gerontologist* 55 (5), 836-844.
- Fristedt, S., Dahl, A. K., Wretstrand, A., Björklund, A. & Falkmer, T. 2014. Changes in community mobility in older men and women. A 13-year prospective study. *PLoS ONE* 9 (2).
Doi: <http://dx.doi.org.ezproxy.jyu.fi/10.1371/journal.pone.0087827>.
- Gagliardi, C., Spazzafumo, L., Marcellini, F., Mollenkopf, H., Ruoppila, I., Tacken, M. & Szemann, Z. 2007. The outdoor mobility and leisure activities of older people in five European countries. *Aging & Society* 27 (5), 683-700.
- Golini, N. & Egidi, V. 2016. The latent dimensions of poor self-rated health: How chronic diseases, functional and emotional dimensions interact influencing self-rated health in Italian elderly. *Social Indicators Research* 128 (1), 321-339.
- Goosby, B. J., Bellatorre, A., Walsemann, K. M. & Cheadle, J. E. 2013. Adolescent loneliness and health in early adulthood. *Sociological Inquiry* 83 (4), 505-536.
- Haake, N. & Nikula, T. 2011. Osallisuus, luottamus ja elinympäristö. Terveyden edistämisen kansalliskysely 2011. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 1/2011.
- Hanson, H. M., Schiller, C., Winters, M., Sims-Gould, J., Clarke, P., Curran, E., Donaldson, M. G., Pitman, B., Scott, V., McKay, H. A. & Ashe, M. C. 2013. Concept

mapping applied to the intersection between older adults' outdoor walking and the built and social environments. *Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory* 57 (6), 785-791.

Hedman, M., Pöder, U., Mamhidir, A-G., Nilsson, A., Kristofferzon, M-L. & Häggström, E. 2015. Life memories and the ability to act: The meaning of autonomy and participation for older people when living with chronic illness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 29 (4), 824-833.

Heikkinen, E. 2013. Terveysten arviointi. *Gerontologia* 27 (4), 397-405.

Hovbrand, P., Ståhl, A., Iwarsson, S., Horstmann, V. & Carlsson, G. 2007. Very old people's use of the pedestrian environment: Functional limitations, frequency of activity and environmental demands. *European Journal of Ageing* 4 (4), 201-211.

Hughes, M. E., Waite, L. J., LaPierre, T. A. & Luo, Y. 2007. All in the family: The impact of caring for grandchildren on grandparent's health. *The Journals of Gerontology. Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 62 (2), S108-S119.

Huohvanainen, E., Strandberg, A.Y., Stenholm, S., Pitkälä, K. H., Tilvis, R. S. & Strandberg, T. E. 2016. Association of self-rated health in midlife with mortality and old age frailty: A 26-year follow-up of initially healthy men. *Journals of Gerontology: Medical Sciences* 71 (7), 923-928.

Husu, P., Paronen, O., Suni, J. & Vasankari, T. 2011. Suomalaisten fyysinen aktiivisuus ja kunto 2010. Terveyttä edistävän liikunnan nykytila ja muutokset. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2011:15.

Huttunen, J. 2015. Mitä terveys on? Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 10.11.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00903.

Hwang, H-L., Lin, H-S., Tung, Y-L. & Wu, H.C. 2006. Correlates of perceived autonomy among elders in a senior citizen home: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies* 43 (4), 429-437.

Jylhä, M. 2009. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine* 69 (3), 307-316.

- Jylhä, M. & Leinonen, R. 2013. Koettu terveys. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 381-390.
- Jyrkämä, J. 2006. Vanhukset toimijoina – vanhusten läsnäolo ja osallisuus tutkimuksessa. Teoksessa P. Topo (toim.) Eettiset kysymykset vanhustenhuollon tutkimuksessa. Stakesin työpapereita 21/2006, 14-19.
- Kallio, J. 2006. Koettu terveys ja terveydellinen tasa-arvo kuudessa hyvinvointivaltiossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 43 (3), 218-230.
- Kanelisto, K. & Salminen, A-L. 2011. IPA-kyselylomake valinnoista ja osallistumisesta jokapäiväisessä elämässä. Toimintakyvyn itsearviointimenetelmä aikuisilla, joilla on fyysisiä toimintarajoitteita 76/2011. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Kanelisto, K., Salminen, A-L. & Paltamaa, J. 2013. IPA, Impact on Participation and Autonomy. Viitattu 24.6.2013. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/130/>.
- Karademas, E.C., Tsagaraki, A. & Lambrou, N. 2009. Illness acceptance, hospitalization stress and subjective health in a sample of chronic patients admitted to hospital. *Journal of Health Psychology* 14 (8), 1243-1250.
- Katz, S., & Ford, M. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A. & Jaffe, M. W. 1963. Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *The Journal of the American Medical Association*, (12) 185, 914-919.
- Kerr, J., Sallis, J. F., Saelens, B. E., Cain, K. L., Conway, T. L., Frank, L. D. & King, A. C. 2012. Outdoor physical activity and self rated health in older adults living in two regions of the U.S. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 9. doi: 10.1186/1479-5868-9-89.

- Kersten, P. 2007. Impact on Participation and Autonomy (IPA). Manual to the English version.
<http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/INT-IPA-Manual.pdf>.
- Krockhalk, P. C., Li, Y. & Chi, I. 2008. Widowhood and self-rated health among Chinese elders: The effect of economic condition. *Australian Journal on Ageing* 27 (1), 26-32.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 2012. 1§/28.12.2012/980.
- Lanz, K., Marcusson, J. & Wressle, E. 2012. Perceived participation and health-related quality of life in 85 year olds in Sweden. *ORJR: Occupation, Participation and Health* 32 (4), 117-125.
- Lawton, M. P. & Brody, E. M. 1969. Assesment of older people. Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist* (9), 179-186.
- Lee, H. Y., Jang, S-N., Lee, S., Cho, S-I., Park & E-O. 2008a. The relationship between social participation and self-rated health by sex and age: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies* 45 (7), 1042-1054.
- Lee, J. H., Lee, J. H. & Park, S. H. 2008b. Leisure activity participation as predictor of quality of life in Korean urban-dwelling elderly. *Occupational Therapy International*. 15 (2), 124-132.
- Liikennevirasto. 2012. Henkilöliikennetutkimus 2010-2011. Suomalaisten liikkuminen. Liikennevirasto, liikennesuunnitteluosasto: Helsinki.
- Liikunta. 2016. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Käypä hoito-johtoryhmän asettama työryhmä. Viitattu 13.1.2016. www.kaypahoito.fi.
- Matsuo, M., Nagasawa, J., Yoshino, A., Hiramatsu, K. & Kurashiki, K. 2003. Effects of activity participation of the elderly on quality of life. *Yonago Acta medica* 46: 17-24.

- Malmusi, D., Artazcoz, L., Benach, J. & Borrell, C. 2012. Perception or real illness? How chronic conditions contribute to gender inequalities in self-rated health. *European Journal of Public Health* 22 (6), 781-786.
- Menne, H. L. & Whitlatch, C. J. 2007. Decision-making involvement of individuals with dementia. *The Gerontologist* 47 (6), 810-819.
- Mielenterveyslaki. 1990. 8§/14.12.1990/1116.
- Moisio, P., Heikkinen, S., Honkakoski, A., Nurmio, K. & Pakanen, M. 2013. Väli-Suomen Ikäkaste II Ikälain pilotointi -osahanke. Hankeraportti 24.10.2013.
- Molarius, A., Berglund, K., Eriksson, C., Lambe, M., Nordström, E., Eriksson, H. G. & Feldman, I. 2007. Socioeconomic conditions, lifestyle factors and self-rated health among men and women in Sweden. *European Journal of Public Health* 17 (2), 125-133.
- Mollenkopf, H., Hieber, A. & Wahl, H-W. 2011. Continuity and change in older adults perceptions of out-of-home mobility over ten years: a qualitative-quantitative approach. *Ageing and Society* 5, 782-802.
- Mueller, M., Strobl, R., Jahn, K., Linkohr, B., Ladwig, K. H., Mielck, A. & Grill, E. 2014. Impact of vertigo and dizziness on self-perceived participation and autonomy in older adults: results from the KORA-Age study. *Quality of Life Research* 23 (8), 2301-2308.
- Muistisairaudet. 2010. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 13.8.2010. www.kaypahoito.fi.
- Murto, J., Sainio, P., Pentala, O., Koskela, T., Luoma, M-L., Koponen P., Kaikkonen, R. & Koskinen, S. 2014. Ikääntyneen väestön hyvinvointi, terveys, toimintakyky ja palveluiden saanti – ATH-tutkimuksen tuloksia. Teoksessa A. Noro & H. Alastalo (toim.) Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta. Tilanne ennen lain voimaantuloa vuonna 2013. THL:n raportti 13/2014. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus, 86-118.

- Murata, C., Kondo, T., Tamakoshi, K., Yatsuya, H. & Toyoshima, H. 2006. Determinants of self-rated health: Could health status explain the association between self-rated health and mortality? *Archives of Gerontology and Geriatrics* 43 (3), 369-380.
- Mäntyselkä, P. T., Turunen, J. H. O., Ahonen, R. S. & Kumpusalo, E. A. 2003. Chronic pain and poor self-rated health. *JAMA: Journal of the American Medical Association* 290 (18), 2435-2442.
- Nummela, O., Seppänen, M., & Uutela, A. 2011. The effect of loneliness and change in loneliness on self-rated health (SRH): A longitudinal study among aging people. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 53 (2), 163-167.
- Nummela, O., Sulander, T., Rahkonen, O. & Uutela, A. 2008. Associations of self-rated health with different forms of leisure activities among ageing people. *International Journal of Public Health* 53 (5), 227-235.
- Okamoto, K., Momose, Y., Fujino, A. & Osawa, Y. 2008. Gender differences in the relationship between self-rated health (SRH) and 6-year mortality risks among the elderly in Japan. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 47 (3), 311-317.
- Ottenvall Hammar, I., Dahlin-Ivanoff, S., Wilhelmson, K. & Eklund, K. 2015. Self-determination among community-dwelling older persons: explanatory factors. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 23 (3), 198-206.
- Ottenvall Hammar, I., Eklund, C., Wilhelmson, K. & Eklund, K. 2014. Impact on participation and autonomy: Test of validity and reliability for older persons. *Health Psychology Research* 2 (3), 68-73.
- Polku, H., Mikkola, T. M., Portegijs, E., Rantakokko, M., Kokko, K., Kauppinen, M., Rantanen, T. & Viljanen, A. 2015. Life-space mobility and dimensions of depressive symptoms among community-dwelling older adults. *Aging & Mental Health* 19 (9), 781-789.
- Portegijs, E., Rantakokko, M., Mikkola, T. M., Viljanen, A. & Rantanen, T. 2014. 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* 62 (4), 615-621.
- Pelkonen, R. 2005. Terveys on monta asiaa. *Tieteessä tapahtuu* (2), 11-15.

- Perälä, M-L., Hammar, T. & Rissanen, P. 2008. Omainen läheisensä hoitajana kotona. Avun sisältö ja määrä sekä yhteys kotihoidon työntekijöiden avun määrään. *Yhteiskuntapolitiikka* 73 (1), 63-72.
- Quail, J. M., Addona, V., Wolfson, C., Podoba, J. E., Lévesque, L. Y., Louise, Y. & Dupuis, J. 2007. Association of unmet need with self-rated health in a community dwelling cohort of disabled seniors 75 years of age and over. *European Journal of Ageing* 4 (1), 45-55.
- Rahkonen, O., Talala, K., Sulander, T., Laaksonen, M., Lahelma, E., Uutela, A. & Prättälä, R. 2007. Koettu terveys. Terveysten eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23.
- Rahrig, J. K., Kabeto, M. U., Langa, K. M. 2009. Does caring for your spouse harm one's health? Evidence from a United States nationally-representative sample of older adults. *Ageing and Society* 29 (2), 277-293.
- Rantakokko, M., Iwarsson, S., Vahaluoto, S., Portegijs, E., Viljanen, A. & Rantanen, T. 2014. Perceived environmental barriers to outdoor mobility and feelings of loneliness among community-dwelling older people. *The Journals of Gerontology: Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 69 (12), 1562-1568.
- Rantanen, T., Portegijs, E., Viljanen, A., Eronen, J., Saajanaho, M., Tsai, L-T., Kauppinen, M., Palonen, E-M., Sipilä, S., Iwarsson, S. & Rantakokko, M. 2012. Individual and environmental factors underlying life space of older people – study protocol and design of a cohort study on life-space mobility in older age (LISPE). *BMC Public Health* 12:1018. doi: 10.1186/1471-2458-12-1018
- Ree, E., Odeen, M., Eriksen, H. R., Indahl, A., Ihlebaek, C., Hetland, J. & Harris, A. 2014. Subjective health complaints and self-rated health: Are expectancies more important than socioeconomic status and workload? *International Journal of Behavioral Medicine* 21 (3), 411-420.
- Rhee, M-K., Mor Barak, M. E. & Gallo, W. T. 2016. Mechanisms of the effect of involuntary retirement on older adults' self-rated health and mental health. *Journal of Gerontological Social Work* 59 (1), 35-55.

- Rohlfen, L. S. & Jacobs Kronenfeld, J. 2014. Gender differences in trajectories of self-rated health in middle and old age: An examination of differential exposure and differential vulnerability. *Journal of Aging and Health* 26 (4), 637-662.
- Rowinski, R., Dabrowski, A. & Kostka, T. 2015. Gardening as the dominant leisure time physical activity (LTPA) of older adults from a post-communist country. The results of the population-based PolSenior Project from Poland. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 60 (3), 486-491.
- Sainio, P., Koskinen, S., Sihvonen, A-P., Martelin, T. & Aromaa, A. 2013. Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn kehitys. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä, T. Rantanen (toim.) *Gerontologia*. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 50-65.
- Satarino, W., Guralnik, J. M., Jackson, R. J., Marottoli, R. A., Phelan, E. A. & Prohaska, T. R. 2012. Mobility and aging: New directions for public health action. *American Journal of Public Health* 102 (8), 1508-1515.
- Schüz, B., Westland, J. N., Wurm, S., Tesch-Römer, C., Wolff, J. K., Warner, L. M. & Schwarzer, R. 2016. Regional resources buffer the impact of functional limitations on perceived autonomy in older adults with multiple illnesses. *Psychology and Aging* 31 (2), 139-148.
- Schüz, B., Wurm, S., Schöllgen, I., Tesch-Römer, C. 2011. What do people include when they self-rate their health? Differential associations according to health status in community-dwelling older adults. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation* 20 (10), 1573-1580.
- Sosiaalihuoltolaki 2014. 23§/30.12.2014/1301.
- Spinney, J. E. L., Millward, H. & Scott, D. 2012. Walking for transport versus recreation: A comparison of participants, timing, and locations. *Journal of Physical Activity & Health* 9 (2), 153-162.
- Stakes. 2004. ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Ohjeita ja luokituksia 2004:4.

- Stickley, A., Koyanagi, A., Leinsalu, M., Ferlander, S., Sabawoon, W. & McKee, M. 2015. Loneliness and health in Eastern Europe: Findings from Moscow, Russia. *Public Health* 129 (4), 403-410.
- Subramanian, S.V., Huijts, T. & Avendano, M. 2010. Self-reported health assessments in the 2002 world health survey: How do they correlate with education? *Bulletin of the World Health Organization* 88 (2), 131-138.
- Suminski, R. R., Wasserman, J. A., Mayfield, C. A., Kheifets, A. & Norman, J. 2015. Walking during leisure-time in relation to perceived neighborhoods. *Environment and Behavior* 47 (7), 816-830.
- Szanton, S. L., Walker, R. K., Roberts, L., Thorpe, R. J., Wolff, J., Agree, E., Roth, D. L., Gitlin, L. N. & Seplaki, C. 2015. Older adult's favorite activities are resoundingly active: Findings from the NHATS study. *Geriatric Nursing* 36 (2), 131-135.
- THL. 2014. Koettu terveys. Viitattu 25.9.2014. <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveys/eriarvoisuus/terveys/koettu-terveys>.
- THL. 2015. Eriarvoisuus. Viitattu 10.12.2015. <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveys/eriarvoisuus>.
- Tiikkainen, P. & Heikkinen, R-L. 2013. Gerontologinen hoitotyö. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä, T. Rantanen (toim.) *Gerontologia*. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 454-465.
- Tuominen, L., Leino-Kilpi, H. & Suhonen, R. 2016. Older people's experiences of their free will in nursing homes. *Nursing Ethics* 23 (1), 22-35.
- Valvira. 2015. Potilaan itsemääräämisoikeus. Viitattu 9.11.2015. <http://www.valvira.fi/>
- Van der Heyden, J., Berger, N. & Van Oyen H. 2015. Comparison of self-rated health and activity limitation as predictors of short term mortality in the older population. *Public Health (Elsevier)* 129 (3), 283-285.
- Walker, H. & Paliadelis, P. 2016. Older peoples' experiences of living in a residential aged care facility in Australia. *Australian Journal on Ageing* 35 (3), E6-E10.

- Waller, G., Janlert, U., Hamberg, K. & Forsén, A. 2016. What does age-comparative self-rated health measure? A cross-sectional study from the Northern Sweden MONICA project. *Scandinavian Journal of Public Health* 44 (3), 233-239.
- Wennenberg, H., Ståhl, A. & Hydén, C. 2009. Older pedestrians' perceptions of the outdoor environment in a year-round perspective. *European Journal of Ageing* 6 (4), 277-290.
- WHO. 1948. WHO definition of health.
- WHO. 1996. Health interview surveys. Towards international harmonization of methods and instruments. WHO regional publications. European series ; No. 58.
- Wikström, E. & Emilsson, U. M. 2014. Autonomy and control in everyday life in care of older people in nursing homes. *Journal of Housing For the Elderly* 28 (1), 41-62.
- Wilkie, R., Peat, G., Thomas, E. & Croft, P. 2006. The prevalence of person-perceived participation restriction in community-dwelling older adults. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation* 15 (9), 1471-1479.
- Zavras, D., Tsiantou, V., Pavi, E., Mylona, K. & Kyriopoulos, J. 2013. Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece. *European Journal of Public Health* 23 (2), 206-210.
- Zhang, W., Feng, Q. & Liu, L. & Zhen, Z. 2015. Social engagement and health: Findings from the 2013 survey of the Shanghai elderly life and opinion. *The International Journal of Aging & Human Development* 80 (4), 332-356.