

**IKÄÄNTYNEIDEN HENKILÖIDEN ELINPIIRIN JA SOSIAALISEN TUEN
YHTEYS PSYKOLOGISEEN HYVINVOINTIIN**

Katarina Wahtera

Gerontologian ja kansanterveyden pro gradu -tutkielma

Liikuntatieteellinen tiedekunta

Jyväskylän yliopisto

Kevät 2022

TIIVISTELMÄ

Wahtera, K. 2022. Ikääntyneiden henkilöiden elinpiirin ja sosiaalisen tuen yhteys psykologiseen hyvinvointiin. Liikuntatieteellinen tiedekunta, Jyväskylän yliopisto, gerontologian ja kansanterveyden pro gradu -tutkielma, 38 s.

Psykologinen hyvinvointi on moniulotteinen mielen positiivisia toimintoja kuvaava käsite, joka koostuu elämän tarkoituksellisuudesta, ympäristön hallinnasta, positiivisista ihmissuhteista, henkilökohtaisesta kasvusta, autonomiasta sekä itsensä hyväksymisestä. Liikkumisaktiivisuus elinpiirissä kuvaa sitä aluetta, jolla henkilö liikkuu osana jokapäiväistä elämää. Pienimmillään se on makuuhuone ja laajimmillaan asuinkunnan ulkopuolinen maailma. Sosiaalisella tuella tarkoitetaan sosiaalisia suhteita, yksinäisyyden kokemuksia ja sosiaalista osallisuutta. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, onko liikkumisaktiivisuudella elinpiirissä ja sosiaalisella tuella yhteyttä psykologiseen hyvinvointiin sekä muuntaako sosiaalinen tuki liikkumisaktiivisuuden elinpiirissä ja psykologisen hyvinvoinnin välistä yhteyttä.

Tutkimusaineistona käytettiin AGNES-tutkimuksen vuoden 2017–2018 poikkileikkausaineistoa. Aineisto koostui 860 Jyväskylän alueella itsenäisesti asuvista 75-, 80- ja 85-vuotiaista henkilöistä. Psykologista hyvinvointia mitattiin 42-osoisen Scales of Psychological Wellbeing -kyselyn avulla. Liikkumisaktiivisuutta elinpiirissä arvioitiin Life-Space Assessment -mittarilla. Sosiaalista tukea arvioitiin kartoittamalla tutkittavien sosiaalisten kanssakäymisten tiheys, yksinäisyyden kokemukset, vapaaehtoistyön tekeminen sekä omaisesta huolehtiminen. Aineiston analyysimenetelminä käytettiin frekvenssijakaumia, khiin neliö -testiä, Fisherin Exact -testiä, riippumattomien otosten t-testiä, Spearmanin korrelaatiokerrointa sekä lineaarista regressioanalyysiä, joka oli tutkielman pääanalyysimenetelmä. Lineaarisen regressioanalyysin avulla selvitettiin elinpiiripistemäärän ja sosiaalisen tuen yhteyttä psykologiseen hyvinvointiin sekä sosiaalisen tuen roolia elinpiiripistemäärän ja psykologisen hyvinvoinnin välisessä yhteydessä.

Ikääntyneiden henkilöiden liikkumisaktiivisuus elinpiirissä oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä psykologiseen hyvinvointiin ($p < 0,001$): mitä laajempi liikkumisaktiivisuus elinpiirissä oli, sitä parempi psykologinen hyvinvointi oli. Sosiaalinen tuki oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä psykologiseen hyvinvointiin ($p < 0,001$): mitä enemmän sosiaalista tukea oli, sitä parempi psykologinen hyvinvointi oli. Sosiaalisen tuen osa-alueista tiheämpi sosiaalinen kanssakäyminen ($p < 0,001$) ja vähäisempi yksinäisyys ($p < 0,001$) olivat yhteydessä parempaan psykologiseen hyvinvointiin. Elinpiiripistemäärän ja sosiaalisen tuen yhdysvaikutus ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p = 0,222$).

Elinpiiripistemäärän ja sosiaalisen tuen yhteydestä ikääntyneiden henkilöiden psykologiseen hyvinvointiin on vain vähän aiempaa tutkimusnäyttöä. Tulokset osoittivat, että laajempi liikkumisaktiivisuus elinpiirissä ja korkeampi sosiaalinen tuki olivat yhteydessä korkeampaan psykologiseen hyvinvointiin ikääntyessä. Tulevaisuudessa sosiaali- ja terveystalouden tulee korostaa entistä enemmän osallistavia palveluita, jotka tarjoavat sosiaalista kanssakäymistä ja auttavat ikääntyneitä liikkumaan elinpiirin eri tasoilla etenkin, jos he eivät siihen enää itsenäisesti kykene. Haasteena on kuitenkin tavoittaa syrjäytymisen ja kotiin loukkuun jäämisen riskiryhmässä olevat ikääntyneet henkilöt ja siksi tarvitaan tutkimusta heidän tunnistamiseen.

Asiasanat: vanheneminen, psykologinen hyvinvointi, liikkumisaktiivisuus elinpiirissä, elinpiiripistemäärä, sosiaalinen tuki

ABSTRACT

Wahtera, K. 2022. The associations of life-space mobility, social support with psychological well-being among older adults. the Faculty of Sport and Health Sciences, University of Jyväskylä, Gerontology and public health, Master's thesis, 38 pp.

Psychological well-being is a multidimensional concept that describes the positive psychological functions. It consists of six dimensions that are purpose in life, environmental mastery, positive relationships, personal growth, autonomy, and self-acceptance. Life-space mobility refers to the spatial area an individual moves through their daily life. The size of the spatial area ranges from individual's bedroom to outside the individual's residential town. Social support refers to social relationships, feeling of loneliness and social participation. The purpose of this study is to investigate the association between life-space mobility and psychological well-being and the association between social support and psychological well-being. In addition, this study investigates if social support modifies the association between life-space mobility and psychological well-being.

The data of this study was based on AGNES study and was collected in 2017–2018. The study sample consisted of 860 community-dwelling older adults aged 75, 80 and 85 in the Jyväskylä municipality. Psychological well-being was evaluated with the 42-item Scales of Psychological Well-Being. Life-space mobility was assessed by The University of Alabama Life- Space Assessment -questionnaire. Social support was assessed by the self-report of the frequency of participant's social interaction, feeling of loneliness, volunteer work and taking care of another person. Frequency distributions, chi-square test, Fisher's Exact -test, independent samples t-test, Spearman's correlation and linear regression analysis were used as statistical methods. The linear regression analysis was the main statistical method and was used to test whether life-space mobility and social support are associated with psychological well-being and the role of social support in the association between life-space mobility and psychological well-being.

Life-space mobility was significantly associated with psychological well-being ($p < 0.001$): the greater the life-space area was the better the psychological well-being was. The association between social support and psychological well-being was significant ($p < 0.001$): the higher the amount of social support was, the better the psychological well-being was. Not feeling lonely ($p < 0,001$) and higher frequency of social interaction ($p < 0.001$) were associated with better psychological well-being. Social support did not modify the association between life-space mobility and psychological well-being ($p = 0.222$).

Greater life-space area and higher social support are associated with better psychological well-being among older adults. In the future, the social and health services must emphasize services that promote social participation and greater life-space mobility especially among those older adults whose functional capacity does not allow them to do so independently. The real challenge is to reach out to the older adults that are at risk of exclusion and isolation. Therefore, further research is needed to identify these people at risk.

Key words: aging, psychological well-being, life-space mobility, social support

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	1
2	PSYKOLOGINEN HYVINVOINTI.....	2
2.1	Psykologinen hyvinvointi ja sen arviointi	2
2.2	Psykologinen hyvinvointi ja ikääntyminen	4
3	IKÄÄNTYNEEN HENKILÖN LIIKKUMISAKTIIVISUUS ELINPIIRISSÄ.....	5
3.1	Liikkumisaktiivisuus elinpiirissä ja sen arviointi	5
3.2	Liikkumisaktiivisuus elinpiirissä ja ikääntyminen	6
4	SOSIAALINEN TUKI	8
4.1	Sosiaalinen tuki ja sen arviointi.....	8
4.2	Sosiaalinen tuki ja ikääntyminen	9
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	11
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	12
6.1	Tutkittavat.....	12
6.2	Menetelmät ja muuttujat.....	13
6.3	Aineiston analysointi	15
7	TULOKSET.....	18
7.1	Kuvailevat tulokset.....	18
7.2	Elinpiiripistemäärän yhteys psykologiseen hyvinvointiin.....	21
7.3	Sosiaalisen tuen yhteys psykologiseen hyvinvointiin	23
7.4	Sosiaalisen tuen rooli elinpiiripistemäärän ja psykologisen hyvinvoinnin välisessä yhteydessä.....	26
8	POHDINTA.....	27
	LÄHTEET	32

1 JOHDANTO

Ikääntyneiden henkilöiden psyykkisesti merkittävästi kuormittuneiden määrä on lisääntynyt viime vuosien aikana (Parikka ym. 2020; Pentala-Nikulainen ym. 2017–2018). Ikääntyminen tuo omat riskinsä psykologisen hyvinvoinnin järkkymiselle ikääntymiseen liittyvien menetysten ja elämänmuutosten, kuten eläköityminen ja puolison tai ystävien kuolema takia (Hardy ym. 2002; World Health Organization 2021). Tästä huolimatta psykologisella hyvinvoinnilla ja iällä on havaittu olevan U:n muotoinen yhteys, siten että keski-iässä se on alhaisinta ja nuoruudessa ja vanhuudessa se on korkeimmillaan (Blanchflower & Oswald 2008).

Sosiaalinen eristäytyminen ja yksinäisyyden kokemukset ovat yleisiä ikääntyneillä henkilöillä (Courtin & Knapp 2017). Viime vuosien aikana itsensä yksinäiseksi tuntevien osuus on lisääntynyt ja aktiivinen osallisuus on vähentynyt ikääntyneiden henkilöiden keskuudessa (Parikka ym. 2020; Pentala-Nikulainen ym. 2017–2018). Optimaalinen liikkumisaktiivisuus (Satariano ym. 2012), aktiivinen elämäntyyli ja sosiaalinen osallistuminen ovat avaintekijöitä hyvinvoinnin, itsenäisen elämän ja sosiaalisten kontaktien ylläpidon kannalta ikääntyessä (Taylor ym. 2019). Enemmistö yli 75-vuotiaista suomalaisista kuitenkin omaa toimintarajoitteita terveysongelman takia (Parikka ym. 2020) ja noin puolet kotihoidon asiakkaista kokee, ettei pääse ulkoilemaan riittävästi ja etteivät saadut palvelut auta heitä elämään haluamallaan tavalla (Alastalo ym. 2016).

Tulevaisuudessa ikääntyneen väestön osuus kasvaa ja on ennustettu, että vuonna 2050 tulee 80-vuotiaiden määrä olemaan kolme kertaa suurempi kuin mitä se oli vuonna 2020 (World Health Organization 2021). Yhteiskunnalla on suuri haaste varmistaa, että väestörakenteen muutoksesta huolimatta sosiaali- ja terveyspalvelut ovat riittävän kattavia ja monipuolisia, jotta väestö saa ikääntyä onnellisesti ja ikääntyvien ehdoilla (World Health Organization 2021). Korkean psykologisen hyvinvoinnin on havaittu olevan yhteydessä onnistuneeseen vanhenemiseen (Kim & Park 2017), mistä johtuen on tärkeää selvittää voimavaratekijöitä, joiden avulla voidaan mahdollisesti tukea psykologista hyvinvointia ikääntyneillä henkilöillä. Tämän Pro gradu -tutkielman tarkoituksena on selvittää ikääntyneiden henkilöiden elinpiiripistemäärän ja sosiaalisen tuen yhteyttä psykologiseen hyvinvointiin. Lisäksi selvitetään, muuntaako sosiaalinen tuki ikääntyneiden henkilöiden elinpiiripistemäärän ja psykologisen hyvinvoinnin välistä yhteyttä. Tutkimuksessa on käytetty suomalaisen AGNES-tutkimuksen aineistoa, jossa on tarkasteltu kotonaan itsenäisesti asuvia 75-, 80- ja 85-vuotiaita henkilöitä.

2 PSYKOLOGINEN HYVINVOINTI

Hyvinvointi on laaja ja moniulotteinen käsite, joka muodostuu yksilön omasta toiminnasta, kokemuksista ja tunteista. Se käsittää sekä pysyviä että alati muuttuvia ulottuvuuksia (Diener 1994) ja sitä voidaan pitää elämänlaadun perustekijänä (Keyes 2006). Hyvinvoinnin käsitteellä viitataan optimaaliseen psykologiseen toimintakykyyn (Ryan & Deci 2001). Hyvinvointi ei kuitenkaan suoranaisesti ole vastakohta mielen pahoinvoinnille (Ryan & Deci 2001; Weich ym. 2011). Hyvinvoinnin katsotaan koostuvan psykologisesta ja sosiaalisesta hyvinvoinnista, emotionaalista hyvinvoinnista (joka koostuu mielialasta, elämään tyytyväisyydestä ja onnellisuudesta) sekä vähäisestä masennuksesta (Keyes 2002; Kokko ym. 2013).

Hyvinvoinnin tutkimus voidaan jakaa kahteen suhteellisen erilliseen, mutta samanaikaisesti päällekkäiseen tutkimussuuntaukseen: hedonismiin, jonka yleisesti katsotaan koostuvan onnellisuudesta ja mielihyvästä sekä eudaimonismiin, jossa korostetaan aktiivista toimijuutta ja keskittytään elämään täyttää elämää mahdollisimman tyydyttävästi (Ryan & Deci 2001). Hedonistinen hyvinvointi liittyy hyvinvoinnin emotionaaliseen osa-alueeseen. Sen katsotaan koostuvan elämänhalusta, onnellisuudesta ja elämään tyytyväisyydestä sekä positiivisten ja negatiivisten tunteiden tasapainosta (Ryan & Deci 2001; Weich ym. 2011). Eudaimoninen hyvinvointi liittyy optimaaliseen psykologiseen toimintakykyyn ja itsetehokkuuteen (Weich ym. 2011). Eudaimonisen hyvinvoinnin teoriassa on tunnistettu myös sosiaaliset ulottuvuudet yksilön elämässä (Keyes 2006). Sosiaalisen hyvinvoinnin katsotaan rakentuvan mielekkäinä ja ymmärrettävinä koetuista sosiaalisista suhteista, eli sosiaalisesta koherenssista, kasvun mahdollisuudesta yhteiskunnassa, eli sosiaalisesta toteuttamisesta, yhteenkuuluvuuden tunteen kokemuksista, eli sosiaalisesta integraatiosta, muiden hyväksymisestä, eli sosiaalisesta hyväksymisestä, sekä itsensä kokemisesta osana yhteiskuntaa, eli sosiaalisesta osallistumisesta. (Keyes 2006; Weich ym. 2011). Hedonistisen hyvinvoinnin on havaittu heikentyvän ikääntymisen myötä, kun taas eudaimoninen hyvinvointi paranee iän myötä (Weich ym. 2011). Psykologinen hyvinvointi pohjautuu enimmäkseen eudaimoniseen tutkimussuuntaukseen (Ryff 2014).

2.1 Psykologinen hyvinvointi ja sen arviointi

Ryffin (1989) kehittämä psykologisen hyvinvoinnin mittari (Scales of Psychological Well-Being), joka arvioi yksilön psykologista hyvinvointia moniulotteisen mallin mukaan, on yksi

käytetyimmistä (Abbott ym. 2010). Mallin ulottuvuuksien määrittelyssä on hyödynnetty aiempia psykologisia teorioita, kuten Bühlerin näkemyksiä elämän perussuuntauksista, Eriksonin teoriaa yksilön psykososiaalisesta kehityksestä, Jungin ajatuksia yksilöitymisestä, Maslowin teoriasta itsensä toteuttamisesta, Rogersin ajatuksia hyvin toimivasta ihmisestä ja Allportin näkemyksiä ihmisen kypsyydestä (Ryff 1995).

Malli koostuu kuudesta eri ulottuvuudesta: elämän tarkoituksellisuudesta, ympäristön hallinnasta, myönteisistä ihmissuhteista, henkilökohtaisesta kasvusta, autonomiasta sekä itsensä hyväksymisestä (Ryff 1989; Ryff 1995; Ryff & Keyes 1995). Elämän tarkoituksellisuus ymmärretään selkeän suunnan tunteeksi, joka ohjaa kohtaamaan haasteita sekä suuntaamaan ponnisteluja. Se kuvaa myös yksilön tunnetta oman elämänsä merkityksellisyydestä. Ympäristön hallinnalla viitataan kykyyn luoda ympäristö, joka vastaa yksilön omiin tarpeisiin ja haluihin. Yksilö tunnistaa ympäristö tarjoamat mahdollisuudet ja osaa hyödyntää niitä. Myönteisillä ihmissuhteilla viitataan kykyyn luoda ja ylläpitää lämpimiä ja luottavaisia suhteita toisiin. Yksilö huolehtii ja välittää muista ihmisistä ja ymmärtää vastavuoroisia ihmissuhteita. Henkilökohtainen kasvu ymmärretään elämänmittaiseksi jatkuvaksi kykyjen kehittämiseksi ja oppimiseksi. Yksilö on avoin uusille kokemuksille ja tiedostaa oman oppimispotentiaalinsa. Autonomialla tarkoitetaan yksilön kykyä luoda vahva tunne yksilöllisyydestä ja henkilökohtaisesta vapaudesta. Yksilö kykenee ajattelussaan ja käytöksessään vastustamaan sosiaalista painetta ja toimia omien arvojensa mukaisesti. Itsensä hyväksymisellä tarkoitetaan positiivisen itsearvostuksen sekä omien henkilökohtaisten rajoitusten tiedostamista. Se kuvaa myös myönteisiä tunteita menneestä elämästä (Ryff 1989; Ryff 1995; Ryff & Keyes 1995).

Psykologisen hyvinvoinnin kokemukset vaihtelevat hieman sukupuolten välillä (Clarke ym. 2001; Ryff & Keyes 1995; Ryff 1999). Naisilla on korkeampi tunne autonomiasta (Ryff 1991) ja enemmän positiivisia ihmissuhteita kuin miehillä (Clarke ym. 2000; Ryff & Keyes 1995). Naimisissa olevilla on korkeampi psykologinen hyvinvointi kuin eronneilla, leskillä tai ei koskaan naimisissa olleilla (Ryff 2014). Sosioekonomisella asemalla on myös yhteys psykologiseen hyvinvointiin (Huppert 2009). Korkeampi tulo- ja koulutustaso on yhteydessä parempaan psykologiseen hyvinvointiin (Huppert 2009). Vapaaehtoistyön tekeminen on myös yhteydessä korkeampaan psykologiseen hyvinvointiin ikääntyessä (Ryff 2014).

2.2 Psykologinen hyvinvointi ja ikääntyminen

Psykologisen hyvinvoinnilla ja iällä on havaittu olevan U:n muotoinen yhteys, siten että keski-iässä psykologinen hyvinvointi on alhaisinta ja nuoruudessa ja vanhuudessa se on korkeinta (Blanchflower & Oswald 2008). Ikääntyessä on havaittu, että elämän tarkoituksellisuuden tunteet (Clarke ym. 2000; Ryff & Keyes 1995; Ryff 1999) ja henkilökohtainen kasvu vähenevät merkittävästi verrattuna nuorempiin henkilöihin (Clarke ym. 2000; Ryff & Keyes 1995). Ikääntyneillä henkilöillä on korkeampi tunne ympäristön hallinnasta (Ryff & Keyes 1995; Ryff 1999) ja enemmän myönteisiä ihmissuhteita kuin nuorilla tai keski-ikäisillä henkilöillä (Ryff & Keyes 1995). Autonomia on voimakkainta keski-iässä, heikointa nuoruudessa ja ikääntyessä jotain niiden väliltä (Clarke ym. 2000).

Korkea psykologinen hyvinvointi on yhteydessä parempaan liikunta- ja toimintakykyyn (Cooper ym. 2014; Ostir ym. 2000), vähäisempään kuolleisuuteen (Chida & Steptoe 2008; Ostir ym. 2000) ja parempaan kognitiiviseen toimintakykyyn (Llewellyn ym. 2008) ikääntyessä. Korkeampi tunne liikkumisaktiivisuuden autonomiasta (Portegijs ym. 2014) ja vahvempi kokemus elämän tarkoituksellisuudesta (Barnes ym. 2007) on yhteydessä laajempaan liikkumisaktiivisuuden elinpiiriissä ikääntyneillä henkilöillä. Korkea henkilökohtainen hallinta, jolla viitataan yksilön kykyyn hallita elämäänsä ja sen ympäristöä, on yhteydessä parempaan alavartalon toimintakykyyn ikääntyessä (Milaneschi ym. 2010). Liikkumisaktiivisuutta elinpiirissä rajoittavien tekijöiden, kuten sosiaalisen eristäytymisen ja fyysisen etäännyttämisen (physical distancing), on havaittu ennustavan alhaisempaa psykologista hyvinvointia ikääntyneillä henkilöillä (Flint ym. 2020; Haider ym. 2020).

3 IKÄÄNTYNEEN HENKILÖN LIKKUMISAKTIIVISUUS ELINPIIRISSÄ

Liikkumisaktiivisuus elinpiirissä, eli elinpiiripistemäärä, kuvaa sen alueen laajuutta, jossa henkilö tarkoituksenmukaisesti liikkuu osana päivittäistä elämää, joko itsenäisesti, apuvälineiden avulla tai kulkuvälineitä käyttäen sekä kuinka usein hän liikkuu (May ym. 1985; Stalvey ym. 1999; Baker ym. 2003; Peel ym. 2005). Sitä tarkastelemalla saadaan tietoa ikääntyneen liikkumiskyvystä kotona ja sen ulkopuolisessa ympäristössä (Baker ym. 2003; May ym. 1985; Peel ym. 2005; Stalvey ym. 1999). Elinpiiri voi olla kapeimmillaan se huone, jossa henkilö nukkuu ja laajimmillaan se voi olla koko maailma (Baker ym. 2003). Elinpiiri käsittää toiminnalliset, ympäristölliset ja sosiaaliset tekijät, jotka vaikuttavat yksilöiden jokapäiväiseen elämään (Peel ym. 2005). Liikkumisaktiivisuutta elinpiirissä tarkastelemalla saadaan kokonaisvaltainen kuva yksilön fyysisen aktiivisuuden resilienssistä, sosiaalisesta eristäytyneisyydestä sekä ympäristöstä, jossa yksilö asuu (Taylor ym. 2019). Samalla saadaan täydellisempi kuva siitä, mitä yksilö tekee sen sijaan, mitä yksilö fyysisesti kykenee tekemään (Taylor ym. 2019).

3.1 Liikkumisaktiivisuus elinpiirissä ja sen arviointi

Elinpiiriä kuvaillaan elinpiiritasoista koostuvaksi alueeksi, jotka määrittelevät elinpiirin laajuuden sen mukaan, mitä suurempi etäisyys on siitä paikasta, jossa yksilö nukkuu (Baker ym. 2003; May ym. 1985; Stalvey ym. 1999). Elinpiiritasoja voivat olla esimerkiksi makuuhuone, koti, pihapiiri, naapurusto, asuinkunta ja kaupungin ulkopuolinen rajoittamaton maailma (Baker ym. 2003). Liikkumisaktiivisuuden laajuus elinpiirissä määräytyy sen mukaan, millä elinpiiritasoilla henkilö on liikkunut viimeisen neljän viikon aikana. Kaikki liikkuminen otetaan huomioon riippumatta siitä, tapahtuuko se toisen avustuksella, apuvälineiden avulla tai itsenäisesti (Baker ym. 2003).

Elinpiiripistemäärää tarkastelemalla saadaan tietoa ikääntyneen henkilön liikkumiskyvystä kotona ja sen ulkopuolisessa ympäristössä (Baker ym. 2003; May ym. 1985; Peel ym. 2005; Stalvey ym. 1999). Elinpiiri voidaan kategorisoida itsenäiseen elinpiiriin, jolla tarkoitetaan elinpiiriä, jonka yksilö voi saavuttaa ilman apuvälineitä tai toisen henkilön apua, apuvälineiden kanssa saavutettavaan elinpiiriin, joka käsittää elinpiirin, jolla yksilö voi liikkua käyttäen apuvälinettä, mutta ilman toisen henkilön apua sekä maksimaaliseen elinpiiriin, jolla tarkoitetaan laajinta mahdollista elinpiiriä, jonka yksilö voi saavuttaa itsenäisesti tai tarvittaessa apuvälineiden tai toisen henkilön avustuksella (Baker ym. 2003).

3.2 Liikkumisaktiivisuus elinpiirissä ja ikääntyminen

Liikkumisaktiivisuus elinpiirissä kuvaa liikkumisalueen laajuutta, liikkumisen määrää ja mahdollista avun tarvetta liikkumiseen (Baker ym. 2003). Se vaikuttaa kaikkiin päivittäisiin toimintoihin ja on ratkaiseva tekijä itsenäiseen elämään (Satariano ym. 2012; Johnson ym. 2020). Elinpiirin kasvaessa laajemmille elinpiiritasoille, kasvavat myös liikkumisaktiivisuuteen vaikuttavat kognitiiviset, psykososiaaliset, fyysiset, ympäristölliset ja taloudelliset vaatimukset (Webber ym. 2010). Parempi kognitiivinen toimintakyky on yhteydessä laajempaan liikkumisaktiivisuuteen elinpiirissä (Barnes ym. 2007; Sartori 2012). Parempi toiminnanohjaus on myös yhteydessä laajempaan liikkumisaktiivisuuteen elinpiirissä (Poranen-Clark ym. 2017). Yhteys selittyy paremmalla alaraajojen toiminta- ja suorituskvyyllä sekä kvyyllä käyttää eri kulkuneuvoja kuten autoa tai julkista liikennettä (Poranen-Clark ym. 2017). Liikuntakvyyvyn ja ajokvyyvyn säilyttäminen on tärkeää, jotta voidaan liikkua sujuvasti elinpiirin eri tasoilla ja ylläpitää yhteyksiä sosiaaliseen verkostoon (McLaughlin ym. 2011). Suurempi alaraajojen voima sekä kävelynopeus ja -varmuus ovat yhteydessä laajempaan elinpiirin alueeseen ikääntyessä (Barnes ym. 2007; Dunlap ym. 2021; Portegijs ym. 2014). Ympäristötekijöistä vaikea maasto, pitkät välimatkat sekä vilkas liikenne ja vaaralliset risteykset puolestaan lisäävät liikkumisvaikeuksien riskiä (Rantakokko 2012).

Laajempi liikkumisaktiivisuus elinpiirissä on yhteydessä parempaan kokonaisvaltaiseen elämänlaatuun sekä elämänlaadun fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja ympäristölliseen osaluueeseen (Rantakokko ym. 2013). Rajoittunut liikkumisaktiivisuus elinpiirissä viittaa usein autonomian vähenemiseen ja voi edeltää päivittäisten toimintojen suorittamisen vaikeutumista (Baker ym. 2003). Se on yhteydessä myös sekä suurentuneeseen riskiin sairastua Alzheimerin tautiin että yleiseen kognitiivisen toimintakvyyvyn heikentymiseen (James ym. 2011). Vähäisempi liikkumisaktiivisuus elinpiirissä on yhdistetty myös suurempaan masennusoireilun todennäköisyyteen (Polku ym. 2015).

Liikkumisaktiivisuutta elinpiirissä rajoittavat tekijät, kuten sosiaalinen eristäytyminen ja fyysinen etäännyttäminen (physical distancing), ennustavat alhaisempaa mielen hyvinvointia (Flint ym. 2020; Haider ym. 2020). Ikääntyneet henkilöt ovat suuremmassa riskissä sosiaaliseen eristäytymiseen verrattuna nuorempiin henkilöihin (Courtin & Knapp 2017). Sosiaalinen eristäytyminen on yhteydessä vain kodin alueelle rajoittuneeseen elinpiiriin (Barnes ym. 2007).

Lyhyet välimatkat, jotka voi kulkea kävellen, ovat yhteydessä aktiivisempaan sosiaaliseen osallistumiseen (Richard ym. 2009). Tiheä osallistuminen sosiaalisiin aktiviteetteihin ja suuri sosiaalinen verkosto ovat puolestaan yhteydessä laajempaan elinpiiriin (Barnes ym. 2007; Kuspinar ym. 2020). Tämä saattaa selittyä sillä, että korkea sosiaalinen tuki on yhteydessä hyvään liikuntakykyyn ja sitä kautta myös liikkumisaktiivisuuteen elinpiirissä (McLaughlin ym. 2011).

4 SOSIAALINEN TUKI

Sosiaalista tukea ja siihen liittyviä termejä, kuten sosiaalisia verkostoja ja sosiaalista osallisuutta, käytetään usein keskenään synonyymeina ilmiöille, jotka käsittelevät sosiaalisten suhteiden seurauksia yksilön terveydelle ja hyvinvoinnille (House ym. 1988). Sosiaalisella tuella viitataan esimerkiksi suhteiden tunteita vaativiin ominaisuuksiin, kuten tunteisiin että on rakastettu ja että joku välittää ja kuuntelee (Umberson & Montez 2010). Sosiaalisen tuen voidaan katsoa koostuvan kolmesta ulottuvuudesta: sosiaalisesta osallisuudesta, jonka vastakohtana pidetään sosiaalista eristäytymistä, sosiaalisista suhteista ja niiden rakenteesta ja kanssakäymisten tiheydestä sekä suhteellisesta sisällöstä, kuten tuesta, vaatimuksista, säännöstelystä, jota sosiaaliset suhteet antavat ja toisaalta myös vaativat (House ym. 1988).

4.1 Sosiaalinen tuki ja sen arviointi

Sosiaaliselle tuelle on useita määritelmiä ja aiheen runsaasta tutkimuksesta huolimatta ei ole olemassa yksimielistä sosiaalisen tuen määritelmää (Hupcey 1998). Tästä johtuen tutkimusten välillä ei ole selkeää johdonmukaisuutta ja vertailtavuutta (Williams ym. 2004). Käsitteeseen liittyvien epäselvyyksien johdosta on tutkimuksissa sosiaalisesti tueksi luettu lähes millainen sosiaalinen vuorovaikutus tahansa (Hupcey 1998). Tutkimuksen kannalta on tärkeää ottaa huomioon sosiaalisen tuen laatu ja aiheysteys, jotta voidaan ymmärtää sosiaalisen tuen merkitys tutkimusjoukolle (Williams ym. 2004). Mikäli tämä jää huomioimatta, voivat tutkimustulokset vääristyä, mikä johtaa tulosten virheellisyyteen (Williams ym. 2004).

Tässä tutkielmassa sosiaalinen tuki määritellään sosiaalisten kanssakäymisten tiheyden, yksinäisyyden tunteen, vapaaehtoistyöntekemisen ja toisesta henkilöstä huolehtimisen avulla. Tutkielmassa käytetty sosiaalisen tuen määritelmä mahdollistaa näin sekä sosiaalisen tuen saamisen että sen antamisen tarkastelun. Sosiaalisen kanssakäymisen tiheyden tarkastelussa on otettu huomioon lasten, sukulaisten, ystävien ja tuttavien tapaaminen. Lisäksi käsite ottaa huomioon yksilön oman kokemuksen ja tunteen yksinäisyyden tunteen tarkastelun avulla. Sosiaalisen tuen muuttujan osa-alueiden eli, sosiaalisten kanssakäymisten tiheyden, vapaaehtoistyön tekemisen ja omaisesta huolehtimisen (Rantanen ym. 2012) ja yksinäisyyden (Tiikkainen & Heikkinen 2005), kysymyksiä on käytetty samassa muodossa myös aiemmissa tutkimuksissa.

4.2 Sosiaalinen tuki ja ikääntyminen

län myötä laajaan sosiaalisen verkoston aktiivinen ylläpitäminen ja yhteydenpito vähenevät (Lang & Carstensen 1994; Shaw ym. 2007), mutta yhteydenpito läheisiin ystäviin ja perheenjäseniin säilyy ennallaan (Lang & Cartensen 1994). Laajalla sosiaalisella verkostolla on etunsa, sillä mitä enemmän on sosiaalisia suhteita, sitä enemmän saa sosiaalista tukea (Umberson & Montez 2010). Sosiaaliset suhteet ovat myös erittäin tärkeitä terveyden ylläpitämiseen (House ym. 1988). Ikääntyneillä henkilöillä, jotka ovat tyytyväisiä saamaansa sosiaaliseen tukeen, on havaittu olevan parempi itseraportoitu terveys kuin henkilöillä, jotka eivät koe saavansa riittävästi tukea (White ym. 2009).

Sosiaalinen tuki on yhteydessä terveyteen ja hyvinvointiin ikääntyessä (Chen & Feeley 2014; Olaya ym. 2017; Seeman 2000). Se on yhteydessä sekä edistävasti että heikentävästi ikääntyneen henkilön terveyteen, hyvinvointiin sekä kuolleisuusriskiin (Seeman 2000). Sosiaalisen ympäristön tuki lisää todennäköisyyttä sairauksista selviytymiseen (Olaya ym. 2017) ja sillä on suojaava yhteys kuolleisuuteen (Bowling 1994; House ym. 1988; Shye ym. 1995) ja laitoshoittoon joutumiseen (Bowling 1994) ikääntyessä. Aktiivisempi osallistuminen sosiaalisiin aktiviteetteihin voi ehkäistä tai viivästyttää ikääntyneen henkilön kognitiivisen toimintakyvyn heikkenemistä (Hughes ym. 2013; Kelly ym. 2017). Muiden auttaminen on yhteydessä lisääntyneisiin elämän tarkoituksellisuuden ja itsensä hyväksymisen tunteisiin (Ryff 2014). Sosiaalinen tuki edistää myös epäsuorasti mielenterveyttä vähentämällä stressiä ja lisäämällä elämän tarkoituksellisuuden ja merkityksellisyyden tunteita (Umberson & Montez 2010). Korkeampi sosiaalinen tuki on yhteydessä myös parempaan elämänlaatuun ikääntyessä (Unsar ym. 2016).

Yksinäisyys ennustaa hyvinvoinnin heikkenemistä (Chen & Feeley 2014) ja on itsenäinen riskitekijä masennukselle (Courtin & Knapp 2017) ikääntyessä. Sosiaalisten tapaamisten useuden on havaittu itsenäisesti ennustavan masennusoireiden määrää siten, että mitä harvemmin sosiaalisia tapaamisia tapahtuu, sitä enemmän ikääntyneellä henkilöillä on masennusoireita (Teo ym. 2015). Masennusriskin omaavia ikääntyneitä henkilöitä tutkittaessa on havaittu, että sosiaalisella verkostolla ja sosiaalisella osallisuudella on suojaava vaikutus masennukseen (Seeman 2000; Mohd ym. 2019). Suojaava vaikutus on vahvinta lähiomaisten, kuten kumppanin ja lasten, antaman sosiaalisen tuen osalta (Mohd 2019; Seeman 2000). Sosiaalinen tuki on mahdollisesti myös masennusoireita lieventävä tekijä ikääntyneillä henkilöillä (Qiu ym. 2020).

Sosiaalinen osallistuminen on korkeampaa ikääntyneillä henkilöillä, jotka käyvät säännöllisesti kävelyllä, käyttävät viikoittain julkista liikennettä, tuntevat kävely-ympäristönsä turvalliseksi ja omaavat ajokortin sekä moottorillisen kulkuvälineen (Richard ym. 2009). Vähäinen sosiaaliin aktiviteetteihin osallistuminen on puolestaan yhteydessä kiihtyneeseen motoriseen heikkenemiseen ikääntyessä (Buchman ym. 2009). Sosiaalinen eristäytyminen puolestaan lisää kuolleisuuden todennäköisyyttä (Holt-Lunstad ym. 2015).

Sosiaalinen tuki ja erilaiset suhteet eivät kuitenkaan ole pelkästään terveyttä ja hyvinvointia edistäviä. Sosiaaliset suhteet voivat altistaa erilaisille terveyshaitoille, kuten alkoholin liikakäytölle ja lihomiseen, sosiaalisten normien ja ryhmään kuuluvuuden johdosta (Umberson & Montez 2010). Ristiriitaisten sosiaalisten suhteiden on havaittu ennustavan korkeampaa itsemurha-ajatusten määrää ikääntyessä (Chang ym. 2017). Toisesta huolehtiminen ja omaishoito on yhdistetty heikentyneeseen immunitettiin, aikaisempaan kuolleisuuteen ja huonompaan yleiseen terveydentilaan (Umberson & Montez 2010).

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän pro gradu -tutkielman tavoitteena on selvittää ikääntyneiden henkilöiden elinpiiripistemäärän ja sosiaalisen tuen yhteyttä mielen hyvinvointiin. Sen lisäksi tarkastellaan, onko ikääntyneiden henkilöiden elinpiiripistemäärällä yhteyttä mielen hyvinvointiin, kun sosiaalisen tuen rooli otetaan huomioon.

Tutkimuskysymykset:

- 1) Onko elinpiiripistemäärällä yhteyttä psykologiseen hyvinvointiin?
- 2) Onko sosiaalisella tuella yhteyttä psykologiseen hyvinvointiin?
- 3) Muuntaako sosiaalinen tuki elinpiiripistemäärän yhteyttä psykologiseen hyvinvointiin ja sen osa-alueisiin?

Ensimmäisenä hypoteesina on, että laajempi liikkumisaktiivisuus elinpiirissä on yhteydessä korkeampaan psykologiseen hyvinvointiin ikääntyneillä henkilöillä. Toisena hypoteesina on, että korkeampi sosiaalinen tuki on yhteydessä korkeampaan psykologiseen hyvinvointiin ikääntyneillä henkilöillä. Kolmantena hypoteesina on, että sosiaalinen tuki muuntaa liikkumisaktiivisuuden elinpiirissä yhteyttä psykologiseen hyvinvointiin, siten että korkeampi sosiaalinen tuki on yhteydessä laajempaan liikkumisaktiivisuuteen elinpiirissä ja sitä kautta myös korkeampaan psykologiseen hyvinvointiin.

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tutkielman aineistona käytettiin AGNES-tutkimushankkeen vuonna 2017–2018 koottua poik-kileikkausaineistoa. AGNES-tutkimus on väestöpohjainen kohorttitutkimus, joka sisältää seurantavaiheita (Rantanen ym. 2018). AGNES-tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella terveyden, terveystyökyvytyymisen, terveyden lukutaidon, toimintakyvyn sekä ympäristön ja sosiaalisen tuen yhteyksiä aktiiviseen ikääntymiseen ja hyvinvointiin vanhuudessa. AGNES-tutkimuksen osallistujat kerättiin väestötietojärjestelmästä ja tutkimukseen kutsuttiin Jyväskylän alueella (tutkimushenkilön asuinpaikan postinumero oli kymmenen kilometrin säteellä Jyväskylän keskustasta tai hänen asuinpaikkaansa pääsi paikallisliikennettä käyttäen) kotonaan itsenäisesti asuvia 75-, 80- ja 85-vuotiaita henkilöitä. Poissulkukriteerit AGNES-tutkimukseen olivat haluttomuus osallistua sekä kyvyttömyys kommunikointiin (Rantanen ym. 2018).

6.1 Tutkittavat

Väestöpohjaiseen tutkimukseen on valittu 1000 henkilön satunnaisotos iän perusteella (Rantanen ym. 2018). Tutkimushenkilöt saatiin ottamalla väestörekisteristä yhteensä 2000 Jyväskylässä asuvan henkilön satunnaisotanta 75-, 80- ja 85-vuotiaiden ikäryhmistä. Otokseen valikoituneille henkilöille lähetettiin kirje, jossa annettiin tietoa kohorttitutkimuksesta. Viikon sisällä kirjeen saannista henkilöille pidettiin lyhyt puhelinhaastattelu ja tiedusteltiin halukuutta osallistua tutkimukseen. Tutkimukseen haluaville aikataulutettiin kotivierailu sekä lähetettiin postitse kyselylomake, joka pyydettiin täyttämään ennen vierailua. Kotivierailulla tutkittavalta kerättiin tietoa aktiivisuudesta, toimintakyvystä, terveydestä sekä hyvinvoinnista. Lisäksi suoritettiin kaksi lyhyttä suorituskyvyn testiä. Kotivierailun jälkeen tutkittavalta kysyttiin halukuutta osallistua fyysisen aktiivisuuden seurantaan. Henkilöt, jotka eivät halunneet tai voineet osallistua fyysisen aktiivisuuden seurantaan, jätettiin pois tutkimuksesta. Fyysisen aktiivisuuden seurantajakson päätyttyä tutkimushenkilöille tehtiin kliininen tutkimus, toiminta- ja suorituskykymittauksia sekä haastatteluja Jyväskylän liikunta- ja terveyslaboratoriolla. AGNES-tutkimus on saanut Keski-Suomen sairaanhoitopiirin eettiseltä toimikunnalta puoltavan lausunnon (Rantanen ym. 2018).

Tässä tutkielmassa käytettiin sekä kotihaastattelussa että postitettavassa kyselylomakkeessa kerättyä aineistoa. AGNES-tutkimukseen osallistui yhteensä 1021 henkilöä (Rantanen ym. 2018).

Tämän tutkielman aineistoksi valittiin vain ne tutkittavat, jotka olivat vastanneet kaikkiin mielen hyvinvointia, elinpiiriä ja sosiaalisia suhteita kartoittaviin kysymyksiin. Näin ollen tämän tutkielman aineisto koostui lopulta 860 henkilöstä.

6.2 Menetelmät ja muuttujat

Tässä tutkielmassa muuttujat ovat psykologinen hyvinvointi, liikkumisaktiivisuus elinpiirissä ja sosiaalinen tuki. Psykologista hyvinvointia ja liikkumisaktiivisuutta elinpiirissä arvioitiin henkilökohtaisissa kotihaastatteluissa ja sosiaalista tukea postitettavan kyselylomakkeen avulla. Taustamuuttujina tarkasteltiin tutkittavien sukupuolta, ikää, siviilisäätystä, asumismuotoa, koulutustasoa, koettua terveyttä sekä itseraportoitua fyysistä aktiivisuutta. Tutkittavien ikä ja sukupuoli saatiin väestörekisteristä. Muiden taustamuuttujien tiedot kerättiin kotihaastatteluissa.

Psykologista hyvinvointia arvioitiin henkilökohtaisissa kotihaastatteluissa 42-osioisella Scales of Psychological Wellbeing -kyselyllä (Ryff 2014), joka suomennettiin AGNES-tutkimuksen myötä (Saajanajo ym. 2020). Kysely koostui kuudesta ulottuvuudesta, jotka kaikki sisälsivät kuusi kohtaa. Ulottuvuuksia olivat: autonomia, ympäristön hallitseminen, henkilökohtainen kasvu, positiiviset ihmissuhteet, elämän tarkoitus sekä itsensä hyväksyminen. Ulottuvuuksia arvioitiin kuusiluokkaisella asteikolla: 1 = täysin eri mieltä – 6 = täysin samaa mieltä. Jokaisen ulottuvuuden pistetulos (7–42) sekä yhteispistetulos (42–252) laskettiin yhteen ja korkeammat pisteet osoittivat korkeampaa psykologista hyvinvointia (Saajanaho ym. 2021).

Liikkumisaktiivisuutta elinpiirissä arvioitiin Life-Space Assessment -mittarin (Baker ym. 2003) avulla. Mittari koostui 15 osiota, joiden avulla selvitettiin sen alueen laajuutta, jolla tutkimushenkilö oli liikkunut arviointia edeltäneen neljän viikon aikana. Elinpiiri oli jaettu elinpiiritasoisiin, jotka koostuvat makuuhuoneesta, kodin muista sisätiloista, kodin ulkopuolisesta pihapiiristä, naapurustosta, kaupungista sekä asuinkunnan ulkopuolella olevista paikoista eli käytännössä rajattomasta maailmasta. Tutkittavilta kysyttiin, kuinka usein he olivat liikkuneet eri elinpiiritasoilla ja olivatko he tarvinneet siihen apuvälineitä tai toisen henkilön apua. Liikkumisen useuden vastausvaihtoehdot oli luokiteltu seuraavasti: 0 = en ole liikkunut tällä elinpiiritasolla, 1 = harvemmin kuin 1 kertaa viikossa, 2 = 1–3 kertaa viikossa, 3 = 4–6 kertaa viikossa ja 4 = päivittäin. Liikkumisaktiivisuutta elinpiirissä arvioitiin yhdistelmäpistemäärällä asteikolla 0–120, joka muodostui alueesta, jolla henkilö oli liikkunut, liikkumisen useudesta sekä avun

tarpeesta. Korkeammat pisteet osoittivat laajempaa liikkumisaktiivisuutta elinpiirissä (Rantanen ym. 2018). Rajoittamattoman elinpiirin pistemäärä vaihtelee 60–120 pisteen välillä (Baker ym. 2003) ja rajoittuneen elinpiirin pistemäärä on korkeintaan 59 (Baker ym. 2003; Peel ym. 2005).

Sosiaalista tukea arvioitiin kysymysten avulla, jotka liittyivät lasten ja muiden sukulaisten, läheisten ystävien ja muiden tuttavien kanssakäymisen tiheyteen, yksinäisyyden kokemuksiin, vapaaehtoistyön tekemiseen sekä omaisesta huolehtimiseen. Sosiaalisen kanssakäymisen tiheyden vastausvaihtoehdot oli luokiteltu seuraavasti: 0 = ei lapsia tai muita sukulaisia/ystäviä/tuttavia, 1 = harvoin tai ei ollenkaan, 2 = muutaman kerran vuodessa, 3 = kuukausittain, 4 = viikoittain ja 5 = päivittäin. Sosiaalisen kanssakäymisten tiheyden muuttujista, lasten tai sukulaisten tapaamistiheys, ystävien tapaamistiheys ja tuttavien tapaamistiheys, tehtiin summamuuttuja, sillä tutkielman aiheen kannalta ne mittaavat samaa ilmiötä. Keskiarvopistemäärä muodostettiin laskemalla yhteen yhteydenottotiheyttä laskevien muuttujien arvot sekä jakamalla summa muuttujien määrällä (3). Yksinäisyyden kokemusta tarkasteltiin kysymyksellä: ”Kuinka usein tunnet olosi yksinäiseksi?” Vastausvaihtoehdot oli arvioitu neliluokkaisella asteikolla: 1 = erittäin harvoin/ei koskaan, 2 = harvoin, 3 = usein ja 4 = melkein aina. Tämä asteikko käännettiin, jotta suuremmat pistemäärät osoittivat korkeampaa sosiaalisen tuen kokemusta. Vapaaehtoistoimintaan osallistumista arvioitiin kysymyksen: ”Teettekö vapaaehtoistyötä jonkin organisaation kuten järjestön, kaupungin, seurakunnan tms. järjestämän vapaaehtoistoiminnan puitteissa?” avulla. Vastausvaihtoehdot oli luokiteltu seuraavasti: 0 = en tee vapaaehtoistyötä, 1 = päivittäin tai lähes päivittäin, 2 = noin kerran viikossa, 3 = noin kerran kuukaudessa, 4 = muutamia kertoja vuodessa ja 5 = harvemmin. Lisäksi kysyttiin, huolehtiiko tutkittava omaisestaan, joka sairaudesta, vammaisuudesta tai muusta erityisestä hoivan tarpeesta johtuen ei selviydy arjestaan omatoimisesti. Vastausvaihtoehdot olivat: 0 = ei tai 1 = kyllä. Sosiaalisen tuen määrää arvioitiin sekä sen osa-alueitten pistetuloksien (asteikot vaihtelevat: yhteydenottotiheys 0–6, yksinäisyys 1–4, vapaaehtoistyön tekeminen 0–5 ja omaisesta huolehtiminen 0–1) että niiden yhteenlasketun yhteispistetuloksen (1–16) avulla. Korkeammat pisteet osoittivat suurempaa sosiaalisen tuen määrää.

Sukupuoli oli jaettu kahteen luokkaan: 1 = mies ja 2 = nainen. Tutkittavien ikä oli määritelty syntymäpäivän mukaan jatkuvana muuttujana. Siviilisäätyä selvitettiin viiden eri vaihtoehdon avulla, joita olivat 1 = naimaton, 2 = naimisissa, 3 = avoliitossa, 4 = leski ja 5 = eronnut. Tässä tutkimuksessa siviilisäädyn muuttuja muutettiin dikotomiseksi muuttujaksi: 1 = naimaton,

eronnut tai leski ja 2 = naimisissa tai avoliitossa. Asumismuotoa tarkasteltiin vastausvaihtojen 1 = asuu yksin, 2 = asuu avio- avopuolison kanssa, 3 = asuu omien lasten tai lastenlasten kanssa ja 4 = asuu sukulaisten, sisarusten tai muiden kanssa avulla. Myös asumismuoto muutettiin tässä tutkimuksessa dikotomisiksi muuttujaksi: 1 = asuu yksin ja 2 = asuu jonkun kanssa, joka käsitti avio- tai avopuolison, omien lasten tai lastenlasten sekä sukulaisten sisarusten tai muiden kanssa asumisen. Koulutusta arvioitiin kysymyksen ”Mikä on korkein koulutusaste, jonka olette suorittanut?” avulla. Vastausvaihtoehdot arvioitiin seitsenluokkaisella asteikolla 1 = vähemmän kuin kansakoulu, 2 = kansakoulu tai vastaava, 3 = keskikoulu tai kansankorkeakoulu, 4 = ammattikoulututkinto, 5 = opistotutkinto, 6 = ylioppilastutkinto, 7 = korkeakoulu- tai yliopistotutkinto. Muuttuja jaettiin tässä tutkimuksessa kolmiluokkaiseksi: 1 = enintään keskikoulu tai kansankorkeakoulu, joka sisälsi vastausvaihtoehdot vähemmän kuin kansakoulu, kansakoulu tai vastaava sekä keskikoulu tai kansankorkeakoulu, 2 = ammattikoulututkinto, opistotutkinto tai ylioppilastutkinto ja 3 = korkeakoulu- tai yliopistotutkinto. Koettua terveyttä arvioitiin viisiluokkaisella asteikolla 1 = erittäin hyvä, 2 = hyvä, 3 = keskinkertainen, 4 = huono ja 5 = erittäin huono. Muuttuja muutettiin tätä tutkimusta varten dikotomisiksi: 1 = erittäin huono, huono tai keskinkertainen, 2 = hyvä tai erittäin hyvä. Tutkittavien itseraportoitua fyysistä aktiivisuutta mitattiin kysymyksen ”Mikä seuraavista sopii parhaiten kuvaamaan vapaa-ajan toimintaanne?” (Grimby 1986) avulla. Vastausvaihtoehdot oli luokiteltu seuraavasti: 1= pääasiassa tekemistä paikallaan istuen, 2 = kevyttä ruumiillista toimintaa, 3 = kohtuullista ruumiillista toimintaa noin 3 tuntia viikossa, 4 = kohtuullista ruumiillista toimintaa noin 4 tuntia viikossa tai raskasta ruumiillista toimintaa enintään 4 tuntia viikossa, 5 = harrastatte aktiivisesti urheilua vähintään 3 tuntia viikossa ja 6 = harrastatte kilpaurheilua. Muuttuja jaettiin tässä tutkimuksessa kolmiluokkaiseksi: 1 = enintään kevyttä ruumiillista toimintaa, joka sisälsi vaihtoehdot pääasiassa tekemistä paikallaan istuen ja kevyttä ruumiillista toimintaa, 2 = kohtuullista ruumiillista toimintaa 3-4 tuntia viikossa, joka sisälsi vastausvaihtoehdot kohtuullista ruumiillista toimintaa 3 tuntia viikossa ja kohtuullista ruumiillista toimintaa noin 4 tuntia viikossa tai raskasta ruumiillista toimintaa enintään 4 tuntia viikossa, 3 = aktiivista urheilua vähintään 3 tuntia viikossa, joka sisälsi vastausvaihtoehdot harrastatte aktiivisesti urheilua vähintään 3 tuntia viikossa ja harrastatte kilpaurheilua.

6.3 Aineiston analysointi

Aineiston analysointiin käytettiin IBM Statistics 27 -ohjelmaa. Tilastolliseksi merkitsevyystasoksi määriteltiin $p < 0,05$. Aineiston tarkastelussa käytettiin taustamuuttujien frekvenssejä ja

prosenttiosuuksia sekä päämuuttujien pistemäärien keskiarvoja ja keskihajontoja. Muuttujien jakautuneisuutta tarkasteltiin Kolmogorov-Smirnovin ja Shapiro-Wilkin testeillä. Lisäksi tarkasteltiin vinouden ja huipukkuuden arvoja sekä silmämääräisesti histogrammeja. Kolmogorov-Smirnovin ja Shapiro-Wilkin testeissä havaittiin, että muuttujat eivät ole normaalisti jakautuneita, mutta niiden vinous- ja huipukkuusluvut sijoittuvat silti -2 ja 2 välille. Aineiston suuren koon, tutkimuskysymysten ja muuttujien luonteen perusteella analyysimenetelmäksi valikoitui lineaarinen regressioanalyysi.

Sukupuolten välisiä eroja analysoitiin khiin neliö -testillä luokitelluissa taustamuuttujissa (koulutusaste ja fyysinen aktiivisuus) ja Fisherin Exact -testillä kaksiluokkaisissa taustamuuttujissa (siviilisääty, asumismuoto ja koettu terveydentila). Iän, psykologisen hyvinvoinnin, elinpiiripistemäärän sekä sosiaalisen tuen määrän keskiarvoeroa sukupuolten välillä analysoitiin riippumattomien otosten t-testillä. Muuttujien välisiä korrelaatioita tarkasteltiin Spearmanin korrelaatiokertoimella, sillä kaikki muuttujat eivät olleet normaalisti jakautuneita. Muuttujien osalta puuttuvaa tietoa oli siviilisäädystä yhdellä henkilöllä, asumismuodossa kahdella henkilöllä, koulutusasteessa kuudella henkilöllä ja fyysisessä aktiivisuudessa 11 henkilöllä. Koska puuttuvan tiedon osuus oli niin pieni, ei sitä huomioitu analyyseissa.

Sekä elinpiiripistemäärän ja psykologisen hyvinvoinnin välistä yhteyttä, sosiaalisen tuen osa-alueiden ja psykologisen hyvinvoinnin välistä yhteyttä, että sosiaalisen tuen roolia elinpiiripistemäärän ja psykologisen hyvinvoinnin välisiin yhteyksiin tarkasteltiin lineaarisella regressioanalyysillä. Elinpiiripistemäärän sekä sosiaalisen tuen välisiä yhteyksiä psykologiseen hyvinvointiin tarkasteltiin kahden eri mallin avulla. Mallissa 1 selittävänä tekijänä oli joko liikkuamisaktiivisuus elinpiirissä tai sosiaalinen tuki. Malliin 2 lisättiin elinpiiripistemäärän tai sosiaalisen tuen lisäksi korrelaatiokertoimen perusteella tilastollisesti merkitsevät kontrollimuuttujat, joita olivat sukupuoli, ikä, siviilisääty, asumismuoto, koulutusaste, koettu terveydentila ja fyysinen aktiivisuus. Yksitellen mallista poistettiin sellaiset muuttujat, jotka eivät olleet mallissa tilastollisesti merkitseviä ($p < 0,05$). Elinpiiripistemäärän sekä sosiaalisen tuen välisiä yhteyksiä psykologisen hyvinvoinnin osa-alueisiin tarkasteltiin yksitellen erillisillä malleilla.

Analysoitaessa sosiaalisen tuen osa-alueiden yhteyttä psykologiseen hyvinvointiin, mallissa 1 selittävänä tekijänä oli sosiaalisen tuen yhteispistemäärä. Malliin 2 sijoitettiin sosiaalisen tuen osa-alueet, eli sosiaalinen kanssakäyminen, yksinäisyys, vapaaehtoistyö ja omaisesta huolehti-

minen. Kontrollimuuttujina olivat sukupuoli, ikä, siviilisääty, asumismuoto, koulutusaste, koettu terveydentila ja fyysinen aktiivisuus. Yksitellen mallista poistettiin sellaiset muuttujat, jotka eivät olleet mallissa tilastollisesti merkitseviä ($p < 0,05$). Multikollineaarisutta havaittiin, mutta ei suuria ongelmia, sillä kuntoisuusindeksi oli 17,69 ja Durbin-Watson-kerroin oli 2,0 eli jäännökset eivät korreloi.

Analysoitaessa sosiaalisen tuen muuntavaa roolia elinpiiripistemäärän ja psykologisen hyvinvoinnin välisissä yhteyksissä analyysiin luotiin uusi muuttuja, jossa oli laskettu sosiaalisen tuen ja elinpiiripistemäärän tulo. Yhdysvaikutuksen analyysissä käytettiin lineaarista regressioanalyysiä.

7 TULOKSET

7.1 Kuvailevat tulokset

Naisten ja miesten vertailut tässä tutkimuksessa käytetyissä taustamuuttujissa on esitetty taulukossa 1. Tutkittavia oli yhteensä 860. Tutkittavien keski-ikä oli 78 vuotta ja heistä hieman yli puolet oli naisia. Miehistä suurempi osuus oli naimisissa tai avoliitossa verrattuna naisiin. Miehillä yksin asuminen oli vähäisempää kuin naisilla. Miehet olivat korkeammin koulutettuja verrattuna naisiin: miehistä yli neljännes oli korkeakoulutettuja, kun taas naisista oli noin viidesosa. Miehet olivat naisia fyysisesti aktiivisempia. Matalimpaan fyysisen aktiivisuuden luokkaan, enintään kevyttä ruumiillista toimintaa, kuului naisista suurempi osa kuin miehistä ja korkeimpaan fyysisen aktiivisuuden luokkaan, urheilua vähintään 3 tuntia viikossa, kuului miehistä lähes joka viides ja naisista noin joka kymmenes.

Naisten ja miesten pistemäärien keskiarvot ja keskihajonnat psykologisen hyvinvoinnin, elinpiiri pistemäärän ja sosiaalisen tuen osalta esitetään taulukossa 2. Aineistossa psykologisen hyvinvoinnin yhteispistemäärä vaihteli 117 ja 247 pisteen välillä. Sukupuolten välillä löytyi tilastollisesti merkitsevä ero myönteisissä ihmissuhteissa ja elämän tarkoituksellisuudessa. Myönteisissä ihmissuhteissa naisten pistemäärien keskiarvo oli korkeampi verrattuna miesten pistemääriin, kun taas elämän tarkoituksellisuudessa miehet saivat keskimäärin korkeampia pistemääriä kuin naiset. Tutkittavien elinpiiripistemäärät vaihtelivat 6 ja 120 pisteen välillä. Sukupuolten välisissä pisteissä havaittiin elinpiiripistemäärän osalta tilastollisesti merkitsevä ero: miehet saivat keskimäärin enemmän pisteitä kuin naiset eli heidän liikkumisaktiivisuutensa elinpiirissä on laajempaa kuin naisilla. Sosiaalisen tuen yhteispistemäärä vaihteli aineistossa 3 ja 14 pisteen välillä. Sukupuolten välillä havaittiin tilastollisesti merkitsevä ero elinpiiripistemäärän, yksinäisyyden tunteen ja vapaaehtoistyön tekemisen osalta. Aineiston miehillä oli keskimäärin enemmän sosiaalista tukea, vähemmän yksinäisyyden tunteita sekä enemmän vapaaehtoistoimintaan osallistumista kuin naisilla.

TAULUKKO 1. Naisten ja miesten vertailut tässä tutkimuksessa käytetyissä taustamuuttujissa. Jatkuvien muuttujien osalta mainittu tulosten keskiarvot ja keskihajonnat sekä luokiteltujen muuttujien osalta frekvenssit ja prosenttiosuudet.

	Miehet N = 371 (43 %), n (%)	Naiset N = 489 (57 %), n (%)	p-arvo*
Ikä, ka (KH)	78,0 (3.4)	78,0 (3.5)	0,732
Siviilisääty ¹			<0,001
Naimaton, eronnut, leski	76 (21 %)	265 (54 %)	
Naimisissa, avoliitossa	294 (80 %)	224 (46 %)	
Asumismuoto ²			<0,001
Asuu yksin	83 (22 %)	257 (53 %)	
Asuu jonkun kanssa	287 (78 %)	231 (47 %)	
Koulutusaste ³			0,037
Enintään keskikoulu tai kansankorkeakoulu	96 (26 %)	163 (34 %)	
Ammattikoulututkinto, opistotutkinto tai ylioppilastutkinto	173 (47 %)	221 (45 %)	
Korkeakoulu- tai yliopistotutkinto	98 (27 %)	103 (21 %)	
Koettu terveydentila			0,149
Keskinertainen, huono tai erittäin huono	181 (49 %)	263 (54 %)	
Erittäin hyvä tai hyvä	190 (51 %)	226 (46 %)	
Fyysinen aktiivisuus ⁴			<0,001
Enintään kevyttä ruumiillista toimintaa	30 (8 %)	70 (15 %)	
Kohtuullista ruumiillista toimintaa 3–4 h/vko	271 (74 %)	362 (75 %)	
Aktiivista urheilua vähintään 3 h/vko	65 (18 %)	51 (11 %)	

ka = keskiarvo, KH = keskihajonta, *sukupuolten välisten erojen vertailu kaikissa luokitelluissa muuttujissa χ^2 -testillä ja kaikissa kaksiluokkaisissa muuttujissa Fisherin Exact-testillä. Jatkuvien muuttujien vertailu riippumattomien otosten t-testillä. ¹=Siviilisäädystä puuttuvaa tietoa yhdellä henkilöllä (0.1 %), ²=Asumismuodossa puuttuvaa tietoa kahdella henkilöllä (0.2 %), ³=Koulutusasteessa puuttuvaa tietoa kuudella henkilöllä (0.7 %), ⁴=Fyysisessä aktiivisuudessa puuttuvaa tietoa 11 henkilöllä (1.3 %)

TAULUKKO 2. Psykologisen hyvinvoinnin, elinpiiripistemäärän ja sosiaalisen tuen tuloksien keskiarvot ja keskihajonnat koko otoksessa eroteltuna sukupuolen mukaan (riippumattomien otosten t-testi).

	Miehet N = 371	Naiset N= 489	p-arvo
Psykologinen hyvinvointi (yhteispistetulos), ka (KH)	188,1 (20,1)	188,4 (20,1)	0,832
Autonomia	31,4 (4,6)	31,1 (4,9)	0,452
Ympäristön hallinta	34,3 (4,5)	34,0 (4,7)	0,395
Henkilökohtainen kasvu	28,1 (5,1)	28,2 (5,2)	0,848
Myönteiset ihmissuhteet	33,0 (4,7)	34,4 (4,5)	<0,001
Elämän tarkoituksellisuus	30,0 (4,6)	29,3 (4,5)	0,039
Itsensä hyväksyminen	31,4 (4,4)	31,4 (5,0)	0,955
Elinpiiripistemäärä	78,0 (18,0)	67,9 (18,0)	<0,001
Sosiaalinen tuki (yhteispistetulos)	8,4 (2,1)	7,9 (2,0)	0,004
Sosiaalinen kanssakäyminen	3,4 (0,7)	3,4 (0,7)	0,761
Yksinäisyyden tunne	3,6 (0,6)	3,4 (0,6)	<0,001
Vapaaehtoistoiminta	1,2 (1,6)	1,0 (1,5)	0,026
Omaisesta huolehtiminen	0,2 (0,4)	0,2 (0,4)	0,372

ka = keskiarvo, KH = keskihajonta

Taulukossa 3 on esitetty muuttujien keskinäiset Spearmanin korrelaatiot. Kaikkien muuttujien välillä havaittiin tilastollisesti merkitsevä korrelaatio lukuun ottamatta koulutusasteen ja fyysisen aktiivisuuden välistä korrelaatiota. Liikkumisaktiivisuuden elinpiirissä ja psykologisen hyvinvoinnin ja välillä oli tilastollisesti merkitsevä korrelaatio: mitä laajempi liikkumisaktiivisuus elinpiirissä oli, sitä korkeammat pisteet saatiin psykologisen hyvinvoinnin testistä. Myös sosiaalinen tuki korreloi tilastollisesti merkitsevästi psykologisen hyvinvoinnin kanssa: mitä korkeammat pisteet henkilö sai sosiaalisen tuen osuudesta, sitä korkeammat pisteet hän sai psykologisen hyvinvoinnin osuudesta. Liikkumisaktiivisuus elinpiirissä ja sosiaalinen tuki korreloivat myös keskenään tilastollisesti merkitsevästi: mitä laajempi liikkumisaktiivisuus elinpiirissä tutkittavalla oli, sitä korkeammat pisteet hän sai sosiaalisessa tuessa.

TAULUKKO 3. Tutkimuksen muuttujien väliset Spearmanin korrelaatiot.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
1.Psykologinen hyvinvointi								
2.Elinpiiripistemäärä	0,20**							
3.Sosiaalinen tuki	0,24**	0,25**						
4.Ikä	-0,11**	-0,25**	-0,09*					
5.Siviilisäätty	0,08*	0,23**	0,19**	-0,14**				
6.Asumismuoto	0,11**	0,21**	0,20**	-0,14**	0,91**			
7.Koulutusaste	0,13**	0,17**	0,07*	-0,13**	0,09**	0,09**		
8.Koettu terveydentila	0,29**	0,30**	0,19**	-0,16**	0,11**	0,11**	0,14**	
9.Fyysinen aktiivisuus	0,16**	0,35**	0,12**	-0,16**	0,10**	0,09*	0,06	0,28**

Korrelaatiokertoimien merkitsevyys *p-arvo < 0,05; **p-arvo < 0,01.

7.2 Elinpiiripistemäärän yhteys psykologiseen hyvinvointiin

Ikääntyneiden henkilöiden liikkumisaktiivisuuden elinpiirissä yhteyttä psykologiseen hyvinvointiin tarkasteltiin lineaarisella regressioanalyysillä (Taulukko 4). Analyysi osoitti, että liikkumisaktiivisuus elinpiirissä oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä psykologiseen hyvinvointiin: mitä enemmän henkilö sai pisteitä liikkumisaktiivisuutta elinpiirissä kuvastavasta testistä, sitä enemmän pisteitä hän sai psykologisen hyvinvoinnin testistä. Malli 1 selitti 4 % psykologisen hyvinvoinnin vaihtelusta ja se sopi hyvin aineistoon. Mallin 2 analyysissä huomioitiin lisäksi kontrollimuuttujat eli sukupuoli, asumismuoto, koulutusaste ja arvio terveydentilasta. Liikkumisaktiivisuus elinpiirissä säilyi edelleen mallissa tilastollisesti merkitsevänä. Tärkeimmäksi selittäjäksi osoittautui analyysin perusteella arvioitu terveydentila: erittäin hyväksi tai hyväksi terveydentilansa arvioivilla henkilöillä oli parempi psykologinen hyvinvointi kuin keskinkertaiseksi, huonoksi tai erittäin huonoksi terveydentilansa arvioivilla. Lisäksi mitä laajempi liikkumisaktiivisuus elinpiirissä henkilöllä oli ja mitä korkeammin koulutettu hän oli, sitä parempi oli hänen psykologinen hyvinvointinsa. Analyysi osoitti myös, että naisilla oli miehiä parempi psykologinen hyvinvointi ja jonkun kanssa asuvilla oli yksin asuvia parempia piste-määriä psykologisen hyvinvoinnin testistä. Malli 2 selitti 11 % psykologisen hyvinvoinnin vaihtelusta ja se sopi hyvin aineistoon.

TAULUKKO 4. Ikääntyneiden henkilöiden psykologisen hyvinvoinnin pisteiden yhteys liikumisaktiivisuuteen elinpiirissä (lineaarinen regressioanalyysi). Malli 1 on adjustoimaton malli. Mallissa 2 kontrollimuuttujina mukana sukupuoli, asumismuoto, koulutusaste ja koettu terveydentila.

Malli 1				
	Beta	95 % LV	β	p-arvo
Elinpiiripistemäärä	0,220	0,148–0,292	0,200	<0,001
R ² = 0,040, Korjattu R ² = 0,039				
F (1,858) = 35,706, p <0,001				
Malli 2				
	Beta	95 % LV	β	p-arvo
Elinpiiripistemäärä	0,126	0,048–0,204	0,114	0,002
Sukupuoli	3,467	0,619–6,314	0,084	0,017
Asumismuoto	3,307	0,472–6,143	0,079	0,022
Koulutusaste	1,999	0,172–3,826	0,071	0,032
Koettu terveydentila	9,689	6,923–12,455	0,236	<0,001
R ² = 0,108, Korjattu R ² = 0,102, F (5,846) = 20.399, p <0,001				

R² = estimoidun mallin selitysaste; Korjattu R² = muuttujien määrällä ja otoskoolla korjattu selitysaste, Beta = standardoimaton regressiokerroin, β = standardoitu regressiokerroin. LV = luottamusväli

Ikääntyneiden henkilöiden liikkumisaktiivisuuden elinpiirissä yhteyttä psykologisen hyvinvoinnin osa-alueisiin tarkasteltiin lineaarisella regressioanalyysillä (Taulukko 5). Analyysi osoitti, että liikkumisaktiivisuus elinpiirissä oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä kaikkiin psykologisen hyvinvoinnin osa-alueisiin lukuun ottamatta autonomiaa. Mitä korkeampi elinpiiripistemäärä henkilöllä oli, sitä parempi oli hänen ympäristön hallintansa, sitä vahvempi oli hänen tunteensa henkilökohtaisesta kasvusta, sitä enemmän hänellä oli myönteisiä ihmissuhteita, sitä tarkoituksellisemmaksi hän koki elämänsä ja sitä enemmän hän koki itsensä hyväksyntää. Kun malliin lisättiin kontrollimuuttujat, eli sukupuoli, asumismuoto, koulutusaste ja koettu terveys, säilyi elinpiiripistemäärän yhteys tilastollisesti merkitsevänä ympäristön hallintaan (Beta = 0,027, 95 % LV = 0,009–0,044, β = 0,108, p = 0,003), henkilökohtaiseen kasvuun (Beta = 0,039, 95 % LV = 0,019–0,058, β = 0,140, p <0,001) ja elämän tarkoituksellisuuteen (Beta = 0,027, 95 % LV = 0,010–0,044, β = 0,109, p = 0,002).

TAULUKKO 5. Ikääntyneiden henkilöiden psykologisen hyvinvoinnin osa-alueiden pisteiden yhteys liikkumisaktiivisuuteen elinpiirissä (lineaarinen regressioanalyysi).

	Beta	95 % LV	β	Korjattu R ²	p-arvo
Autonomia	0,015	-0,002–0,032	0,059	0,002	0,084
Ympäristön hallinta	0,047	0,030–0,063	0,188	0,034	<0,001
Henkilökohtainen kasvu	0,054	0,036–0,073	0,198	0,038	<0,001
Myönteiset ihmissuhteet	0,022	0,005–0,038	0,087	0,006	0,011
Elämän tarkoituksellisuus	0,050	0,034–0,066	0,206	0,041	<0,001
Itsensä hyväksyminen	0,030	0,013–0,046	0,117	0,013	<0,001

Taulukon mallit ovat toisistaan erillisiä. Beta = standardoimaton regressiokerroin, β = standardoitu regressiokerroin. LV = luottamusväli

7.3 Sosiaalisen tuen yhteys psykologiseen hyvinvointiin

Ikääntyneiden henkilöiden sosiaalisen tuen yhteyttä psykologiseen hyvinvointiin tarkasteltiin lineaarisella regressioanalyysillä (Taulukko 6). Ensimmäisessä mallissa tarkasteltiin sosiaalisen tuen yhteyttä psykologiseen hyvinvointiin ilman kontrollimuuttujia. Sosiaalinen tuki oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä psykologiseen hyvinvointiin: mitä korkeampi sosiaalisen tuen yhteispistemäärä henkilöllä oli, sitä enemmän hän sai pisteitä psykologista hyvinvointia kuvaavasta testistä. Malli 1 selitti 7 % psykologisen hyvinvoinnin pisteiden vaihtelusta ja se sopii hyvin aineistoon. Kun malliin lisättiin kontrollimuuttujat, eli koulutusaste, terveydentilan arvio ja fyysinen aktiivisuus, säilyi sosiaalisen tuen yhteys mallissa edelleen tilastollisesti merkitsevänä (malli 2). Vahvin tilastollinen yhteys psykologiseen hyvinvointiin oli koetulla terveydentilalla: erittäin hyväksi tai hyväksi terveydentilansa kokevilla, oli parempi psykologinen hyvinvointi kuin keskinkertaiseksi, huonoksi tai erittäin huonoksi terveydentilansa kokevilla. Lisäksi mitä enemmän sosiaalista tukea henkilöllä oli, mitä korkeammin kouluttautunut hän oli ja mitä aktiivisempi hän oli fyysisestä, sitä parempi hänen psykologinen hyvinvointinsa oli. Malli 2 selitti 13 % psykologisen hyvinvoinnin vaihtelusta, ja se sopi hyvin aineistoon.

TAULUKKO 6. Ikääntyneiden henkilöiden psykologisen hyvinvoinnin pisteiden yhteys sosiaaliseen tukeen (lineaarinen regressioanalyysi). Malli 1 on adjustoimaton. Mallissa 2 kontrollimuuttujina mukana koulutusaste, koettu terveys ja fyysinen aktiivisuus.

Malli 1

	Beta	95 % LV	β	p-arvo
Sosiaalinen tuki	2,613	1,971–3,255	0,263	<0,001

$R^2 = 0,069$, Korjattu $R^2 = 0,068$, $F(1,858) = 63,858$, $p < 0,001$

Malli 2

	Beta	95 % LV	β	p-arvo
Sosiaalinen tuki	1,951	1,311–2,592	0,197	<0,001
Koulutusaste	2,074	0,286–3,863	0,074	0,023
Koettu terveydentila	8,904	6,157–11,651	0,217	<0,001
Fyysinen aktiivisuus	2,687	0,011–5,363	0,066	0,049

$R^2 = 0,131$, Korjattu $R^2 = 0,127$, $F(4,842) = 31,682$, $p < 0,001$

R^2 = estimoidun mallin selitysaste; Korjattu R^2 = muuttujien määrällä ja otoskoolla korjattu selitysaste, Beta = standardoimaton regressiokerroin, β = standardoitu regressiokerroin. LV = luottamusväli

Ikääntyneiden henkilöiden sosiaalisen tuen yhteyttä psykologisen hyvinvoinnin osa-alueisiin tarkasteltiin lineaarisella regressioanalyysillä (Taulukko 7). Analyysi osoitti, että sosiaalinen tuki oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä kaikkiin psykologisen hyvinvoinnin osa-alueisiin. Mitä enemmän sosiaalista tukea henkilöllä oli, sitä parempi oli hänen autonomiansa ja ympäristön hallintansa, sitä vahvempi oli hänen tunteensa henkilökohtaisesta kasvusta, sitä enemmän hänellä oli myönteisiä ihmissuhteita, sitä tarkoituksellisemmaksi hän koki elämänsä ja sitä enemmän hän koki itsensä hyväksyntää. Kun malliin lisättiin kontrollimuuttujat, eli koulutusaste, koettu terveydentila ja fyysinen aktiivisuus, säilyi sosiaalisen tuen yhteys edelleen tilastollisesti merkitseväksi kaikkiin psykologisen hyvinvoinnin osa-alueisiin eli autonomiaan (Beta = 0,162, 95 % LV = 0,003–0,320, $\beta = 0,070$, $p = 0,046$) ympäristön hallintaan (Beta = 0,271, 95 % LV = 0,125–0,418, $\beta = 0,122$, $p < 0,001$), henkilökohtaiseen kasvuun (Beta = 0,444, 95 % LV = 0,282–0,606, $\beta = 0,180$, $p < 0,001$), myönteisiin ihmissuhteisiin (Beta = 0,429, 95 % LV = 0,279–0,579, $\beta = 0,191$, $p < 0,001$), elämän tarkoituksellisuuteen (Beta = 0,381, 95 % LV = 0,237–0,525, $\beta = 0,173$, $p < 0,001$) ja itsensä hyväksymiseen (Beta = 0,248, 95 % LV = 0,096–0,400, $\beta = 0,108$, $p = 0,001$).

TAULUKKO 7. Ikääntyneiden henkilöiden psykologisen hyvinvoinnin osa-alueiden pisteiden vaihtelu sosiaalisen tuen suhteen (lineaarinen regressioanalyysi).

	Beta	95 % LV	β	Korjattu R ²	p-arvo
Autonomia	0,209	0,055–0,363	0,91	0,007	0,008
Ympäristön hallinta	0,411	0,264–0,558	0,184	0,033	<0,001
Henkilökohtainen kasvu	0,576	0,415–0,738	0,232	0,053	<0,001
Myönteiset ihmissuhteet	0,512	0,366–0,660	0,228	0,051	<0,001
Elämän tarkoituksellisuus	0,509	0,365–0,653	0,231	0,052	<0,001
Itsensä hyväksyminen	0,380	0,229–0,532	0,166	0,026	<0,001

Taulukon mallit ovat toisistaan erillisiä. Beta = standardoimaton regressiokerroin, β = standardoitu regressiokerroin. LV = luottamusväli, Korjattu R² = muuttujien määrällä ja otoskoolla korjattu selitysaste

Ikääntyneiden henkilöiden sosiaalisen tuen osa-alueiden yhteyttä psykologiseen hyvinvointiin tarkasteltiin lineaarisella regressioanalyysillä (Taulukko 8). Analyysissä regressiomalliin sisällytettiin sosiaalisen tuen osa-alueiden (sosiaalinen kanssakäyminen, yksinäisyys, vapaaehtoistyö ja omaisesta huolehtiminen) lisäksi koulutusaste, koettu terveydentila sekä fyysinen aktiivisuus. Tärkeimmäksi selittäjäksi osoittautui yksinäisyys: mitä harvemmin henkilö koki itsensä yksinäiseksi, sitä parempi oli hänen psykologinen hyvinvointinsa. Lisäksi mitä tiheämmin henkilöllä oli sosiaalista kanssakäymistä, sitä parempia pisteitä hän sai psykologisen hyvinvoinnin testistä. Malli selitti 17 % psykologisen hyvinvoinnin vaihtelusta ja se sopi hyvin aineistoon.

TAULUKKO 8. Ikääntyneiden henkilöiden psykologisen hyvinvoinnin pisteiden vaihtelu sosiaalisen tuen osa-alueiden suhteen. Kontrollimuuttujina koulutusaste, koettu terveydentila ja fyysinen aktiivisuus.

	Beta	95 % LV	β	p-arvo
Sosiaalinen kanssakäyminen	4,786	2,777–6,796	0,155	<0,001
Vähäinen yksinäisyys	7,005	4,914–9,096	0,217	<0,001
Vapaaehtoistyö	0,223	-0,631–1,076	0,017	0,609
Omaisesta huolehtiminen	-1,064	-4,353–2,225	-0,020	0,526

R² = 0,177, Korjattu R² = 0,170, F (7,839) = 25,828, p <0,001

R² = estimoidun mallin selitysaste; Korjattu R² = muuttujien määrällä ja otoskoolla korjattu selitysaste, Beta = standardoimaton regressiokerroin, β = standardoitu regressiokerroin. LV = luottamusväli

7.4 Sosiaalisen tuen rooli elinpiiripistemäärän ja psykologisen hyvinvoinnin välisessä yhteydessä

Ikääntyneiden henkilöiden psykologisen hyvinvoinnin vaihtelua liikkumisaktiivisuuden elinpiirissä ja sosiaalisen tuen mukaan tarkasteltiin lineaarisella regressioanalyysillä. Elinpiirin pistemäärän ja sosiaalisen tuen yhdysvaikutus ei ollut tilastollisesti merkitsevä: elinpiiri * sosiaalinen tuki (Beta = -0,020, 95 % LV = -0,053–0,012, β = -0,236, p = 0,222). Yhdysvaikutus poistettiin mallista. Elinpiirin pistemäärällä oli tilastollisesti merkitsevä omavaikutus psykologiseen hyvinvointiin: mitä laajempi liikkumisaktiivisuus elinpiirissä henkilöllä oli, sitä parempi oli hänen psykologinen hyvinvointinsa (Beta = 0,154, 95 % LV = 0,081–0,227, β = 0,140, p <0,001). Sosiaalisella tuella oli myös tilastollisesti merkitsevä omavaikutus psykologiseen hyvinvointiin: mitä korkeampi sosiaalisen tuen yhteispistemäärä henkilöllä oli, sitä enemmän pisteitä hän sai psykologisen hyvinvoinnin testistä (Beta = 2,245, 96 % LV = 1,585–2,904, β = 0,226, p <0,001). Malli selitti 9 % psykologisen hyvinvoinnin vaihtelusta ja se sopi hyvin aineistoon $F(2,857) = 41,073$, p <0,001.

8 POHDINTA

Tässä tutkielmassa selvitettiin, onko ikääntyneiden henkilöiden elinpiiripistemäärällä ja sosiaalisen tuella yhteyttä psykologiseen hyvinvointiin. Lisäksi selvitettiin, onko sosiaalinen tuki muuntava tekijä elinpiiripistemäärän ja psykologisen hyvinvoinnin välisessä yhteydessä. Hypoteesina oli, että laajempi liikkumisaktiivisuus elinpiirissä on yhteydessä korkeampaan psykologiseen hyvinvointiin ikääntyneillä henkilöillä. Toisena hypoteesina oli, että korkeampi sosiaalinen tuki on yhteydessä korkeampaan psykologiseen hyvinvointiin ikääntyneillä henkilöillä. Kolmantena hypoteesina oli, että sosiaalisella tuella on muuntava rooli elinpiiripistemäärän ja psykologisen hyvinvoinnin välisessä yhteydessä, siten että korkeampi sosiaalinen tuki on yhteydessä laajempaan liikkumisaktiivisuuteen elinpiirissä ja sitä kautta myös korkeampaan psykologiseen hyvinvointiin.

Tutkimus osoitti, että liikkumisaktiivisuus elinpiirissä oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä psykologiseen hyvinvointiin. Laajempi liikkumisaktiivisuus elinpiirissä oli yhteydessä parempaan psykologiseen hyvinvointiin. Psykologisen hyvinvoinnin ulottuvuuksien osalta laajempi liikkumisaktiivisuus elinpiirissä on yhteydessä korkeampaan ympäristön hallinnan tunteeseen, vahvempaan tunteeseen henkilökohtaisesta kasvusta, suurempaan määrään myönteisiä ihmissuhteita, korkeampaan elämän tarkoituksellisuuden kokemukseen sekä korkeampaan itsensä hyväksymiseen. Ympäristön hallinnan yhteys psykologiseen hyvinvointiin säilyi tilastollisesti merkitseväenä kontrollimuuttujien (sukupuoli, asumismuoto, koulutusaste, koettu terveydentila) mukaan ottamisen jälkeen, mutta muiden ulottuvuuksien osalta se ei säilynyt.

Tutkimuksen analyysit osoittivat, että sosiaalisella tuella oli tilastollisesti merkitsevä yhteys psykologiseen hyvinvointiin: mitä korkeampi sosiaalinen tuki henkilöllä oli, sitä parempi oli hänen psykologinen hyvinvointinsa. Sosiaalisen tuen osa-alueista vähäiset yksinäisyyden kokemukset ja tiheä kanssakäyminen olivat yhteydessä parempaan psykologiseen hyvinvointiin. Korkeampi sosiaalinen tuki oli yhteydessä parempaan psykologiseen hyvinvointiin kaikissa sen ulottuvuuksissa. Yhteys säilyi merkitseväenä, vaikka malliin lisättiin kontrollimuuttujat (sukupuoli, asumismuoto, koulutusaste, koettu terveydentila). Sosiaalinen tuki ei muunna elinpiiripistemäärän ja psykologisen hyvinvoinnin välistä yhteyttä. Elinpiiripistemäärällä ja sosiaalisella tuella on kuitenkin tilastollisesti merkitsevä omavaikutus psykologiseen hyvinvointiin siten, että laajempi liikkumisaktiivisuus elinpiirissä ja korkeampi sosiaalinen tuki ovat yhteydessä parempaan psykologiseen hyvinvointiin.

Tutkielma lisäsi ymmärrystä ikääntyneiden henkilöiden elinpiiripistemäärän ja sosiaalisen tuen yhteydestä psykologiseen hyvinvointiin, sillä aihetta on tutkittu aiemmin melko vähän positii-visesta näkökulmasta. Tulokset tukivat kuitenkin aiempia teorioita siitä, että optimaalinen liik-kumisaktiivisuus ja sosiaalinen osallisuus ovat erityisen tärkeitä terveessä ja onnistuneessa ikääntymisessä (Taylor ym. 2019) ja korkea psykologinen hyvinvointi on yhteydessä onnistu-neeseen vanhenemiseen (Kim & Park 2017). Elinpiiriä rajoittavien tekijöiden on puolestaan havaittu ennustavan alhaisempaa psykologista hyvinvointia (Flint ym. 2020; Haider ym. 2020). Tutkimukset ovat osoittaneet, että liikunta- ja toimintakyvyllä on yhteys psykologiseen hyvin-vointiin (Cooper ym. 2014; Ostir ym. 2000). Liikuntakyvyn säilyminen on tärkeää, jotta ikään-tyneen henkilön on mahdollista liikkua eri elinpiiritasoilla (McLaughlin ym. 2011). Näin ollen voidaan tehdä päätelmä, että erilaiset liikkumiseen liittyvät haasteet rajoittavat ikääntyneen henkilön mahdollisuuksia liikkua elinpiirin eri tasoilla ja altistavat siten myös psykologisen hyvinvoinnin heikentymiselle. Hyvä liikunta- ja toimintakyky taas toisaalta edistävät mahdol-lisuuksia laajaan liikkumisaktiivisuuteen elinpiirissä, mikä puolestaan voi mahdollistaa korke- amman psykologisen hyvinvoinnin.

Tässä tutkielmassa havaittu yhteys korkean sosiaalisen tuen ja psykologisen hyvinvoinnin vä- lillä tukee aiempia havaintoja. Korkea sosiaalinen tuki on aiemmin yhdistetty parempaan ter- veyteen ja hyvinvointiin (Chen & Feeley 2014; Olaya ym. 2017; Seeman 2000). Sosiaalisen tuen osa-alueiden osalta vähäinen yksinäisyys ja tiheä sosiaalinen kanssakäyminen olivat tässä tutkimuksessa voimakkaimmin yhteydessä psykologiseen hyvinvointiin. Yksinäisyyden on aiemmin havaittu ennustavan hyvinvoinnin heikkenemistä (Che Feeley 2013) sekä masennus- oireiden kasvua (Courtin & Knapp 2017). Sosiaalisten suhteiden ylläpito puolestaan on yhdis- tetty aiemmin parempaan itseraportuun terveyteen (White ym. 2009). Aiemmat tutkimukset tu- kevat myös havaintoa psykologisen hyvinvoinnin järkkymisestä vähäisen sosiaalisen tuen seu- rauksena sekä psykologisen hyvinvoinnin noususta korkean sosiaalisen tuen seurauksena. Vä- häinen sosiaalinen osallisuus on yhdistetty kiihtyneeseen motoriseen heikkenemiseen (Buchman ym. 2009) ja heikentynyt liikunta- ja toimintakyky ovat yhteydessä alhaisempaan psykologiseen hyvinvointiin (Cooper ym. 2014; Ostir ym. 2000). Aktiivinen osallistuminen so- siaalisiin toimintoihin on puolestaan yhdistetty aiemmin myös viivästyneeseen kognitiivisen toimintakyvyn heikentymiseen (Hughes ym. 2013; Kelly ym. 2017). Korkeampi kognitiivinen toimintakyky on puolestaan yhdistetty parempaan psykologiseen hyvinvointiin (Llewellyn ym. 2008). Johtopäätöksenä voidaan todeta, että parempi fyysinen ja psyykinen toimintakyky lisää

sosiaalista osallisuutta ja aktiivisuutta, mikä voi osaltaan selittää psykologisen toimintakyvyn parantumista.

Tässä tutkielmassa on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkittavien yksityisyyttä on kunnioitettu koko tutkimusprosessin ajan sekä varsinaisessa AGNES-tutkimuksessa (Rantanen ym. 2018) että tässä tutkielmassa. Tätä tutkielmaa varten koottua aineistoa on säilytetty koko tutkielmaproessin ajan tietoturvallisella tavalla. Lisäksi muuttujia on uudelleen luokiteltu tutkittavien tietosuojaa ajatellen havaintomääriltään suurempiin luokkiin. AGNES-tutkimuksen rahoituksesta vastasivat Euroopan tutkimusneuvosto sekä Suomen Akatemia. Rahoittajilla ei ole ollut mahdollisuutta vaikuttaa tutkimuksen suunnitteluun, aineiston keräämiseen ja sen analysointiin tai tulosten tulkintaan sekä niiden raportointiin (Rantanen ym. 2018).

Tässä tutkielmassa on rajoitteensa. Psykologisen hyvinvoinnin arviointiin käytetystä Scales of Psychological Well-Being on tehty validiteettitutkimusta ja tulokset ovat olleet vaihtelevia. Mittari on toisaalta osoittanut hyvää validiteettia ja reliabiliteettia (Ryff & Keyes 1995), mutta ikääntyneille henkilöille mittari ei kuitenkaan välttämättä ole soveltuva, sillä mittarin suomennetun version on havaittu osoittavan ikääntyneessä väestössä heikohkoa reliabiliteettia ja epäjohtonmukaista rakenteellista validiteettia (Saajanaho ym. 2021). Elinpiiripistemäärän arvioinnissa käytetyn Life-Space Assessment -mittarin toistettavuus on hyvä (Baker ym. 2003). Sosiaalisen tuen arviointiin ei käytetty varsinaista mittaria vaan sitä tarkasteltiin erillisten kysymysten avulla. Sosiaalisen tuen osa-alueiden eli, sosiaalisten kanssakäymisten tiheyden, vapaaehtoistyön tekemisen ja omaisesta huolehtimisen (Rantanen ym. 2012) ja yksinäisyyden (Tiikkainen & Heikkinen 2005), kysymyksiä on käytetty aiemmissa tutkimuksissa. Tutkimuksen heikkoutena oli myös se, että sosiaalisen tuen yhteispistemäärässä muuttujien asteikko oli eri, mistä johtuen ne ovat painottuneet eri tavalla. Sosiaalisen tuen osa-alueiden muuttujat kuitenkin standardoitiin ja niille laskettiin standardoitu yhteispistemäärä ja samat analyysit toistettiin. Tulokset olivat samansuuntaisia, mistä johtuen tässä tutkielmassa esitetyjä tuloksia voidaan pitää luotettavina. Sosiaalista tukea arvioitiin AGNES-tutkimuksessa postilomakkeella (Rantanen ym. 2018), jolloin tutkittavilla ei ole ollut mahdollisuutta kysyä tarkentavia kysymyksiä, lomakkeen kysymyksistä, jos heillä oli epäselvyyksiä. Muita muuttujia arvioitiin henkilökohtaisissa haastatteluissa, jolloin tutkittavalla on ollut mahdollisuus kysyä mahdollisten epäselvyyksien ilmaantuessa. Tämän tutkimuksen rajoitteena on myös sen aineiston poikkileikkausasetelma, joka ei mahdollista kausaalisten päätelmien tekemistä.

Tässä tutkielmassa käytetty sosiaalisen tuen muuttuja oli toisaalta myös vahvuus, sillä se käsittelee laajasti sosiaalisen tuen eri ulottuvuuksia. Koska muuttuja käsitti sosiaalisen kanssakäymisen tiheyden, yksinäisyyden tunteen, vapaaehtoistyön tekemisen sekä omaisesta huolehtimisen, otti se huomioon sekä sosiaalisen tuen vastaanottamista että sen antamista. Lisäksi se huomioi henkilön omiin tunteisiin liittyvän alueen yksinäisyyden tunteen kysymyksen avulla.

Tällä tutkielmalla on myös muita vahvuuksia. Tutkielma antaa arvokasta tietoa ikääntyneiden henkilöiden psykologista hyvinvointia tukevista voimavaroista. Tutkielmalla on myös uutuusarvoa, sillä ikääntyneiden henkilöiden psykologisen hyvinvoinnin, eli hyvinvoinnin myönteisen puolen, suhdetta sekä liikkumisaktiivisuuteen elinpiirissä että sosiaaliseen tukeen on tutkittu aiemmin melko vähän. Ikääntyneiden henkilöiden masentuneisuus ja heidän kokemansa mielen pahoinvointi ovat olleet tutkitumpia aiheita ja saaneet suurempaa mediahuomiota. Tämä voi osaltaan altistaa käsitykselle, että ikääntyneet henkilöt ovat yleisesti masentuneita ja huonosti voivia. Psykologinen hyvinvointi ei kuitenkaan ole vain masennuksen puutetta tai vastakohta pahoinvoinnille (Ryan & Deci 2001; Weich ym. 2011). Näin ollen on tärkeää, erottaa nämä käsitteet toisistaan. Ikääntyessä psykologisen hyvinvoinnin on itse asiassa havaittu jopa lisääntyvän (Weich ym. 2011). Lisäksi on havaittu, että iällä on U:n muotoinen yhteys psykologiseen hyvinvointiin siten, että ikääntyessä ja nuoruudessa se on korkeimmillaan (Blanchflower & Oswald 2008).

Vahvuutena on myös tutkittavien suuri määrä. Tämä toisaalta lisää saatujen tulosten luotettavuutta sekä lisäksi mahdollistaa muuttujien välisten heikompien yhteyksien havaitsemisen. Tutkimusaineisto on kerätty postitettavilla lomakkeilla ja henkilökohtaisilla haastatteluilla tutkimushenkilöiden kotona, mistä johtuen tutkimushenkilöiden heikentynyt terveydentila tai toimintakyvyn rajoitukset eivät olleet esteenä tutkimukseen osallistumiseen. Siten puuttuvan tiedon osuus jäi myös alhaiseksi. Väestötutkimuksissa on kuitenkin tyypillistä, että niihin osallistuvat ihmiset ovat keskimääräistä parempikuntoisia (Rantanen ym. 2012). Näin ollen tähän tutkimukseen on mahdollisesti saattanut valikoitua henkilöitä, joilla on keskimääräisesti parempi psykologinen hyvinvointi, mistä johtuen tutkimusjoukko saattaa olla valikoitunutta.

Sosiaali- ja terveyshuollon tarkoituksena on ylläpitää ja parantaa väestön terveyttä ja hyvinvointia. Näin ollen niitä suunniteltaessa on hyvä muistaa, että terveys ei ole vain sairauden puutetta (Keyes & Grzywacz 2005), mistä johtuen palveluiden tulisi sisältää terveyden kokonais-

valtaista edistämistä sisältäen sekä psyykkisen, sosiaalisen että fyysisen ulottuvuuden. Onnistuneen ikääntymisen tukemisen kannalta on tärkeää, että tulevaisuudessa keskitytään löytämään niitä tekijöitä, jotka tukevat tai estävät ikääntyneiden henkilöiden sosiaalista osallisuutta ja itseenäistä liikkumisaktiivisuutta elinpiirissä. Kuntien on panostettava entistä enemmän sosiaali- ja terveystalouden tuottamisessa osallistaviin ja ennaltaehkäiseviin palveluihin, joilla voidaan tarjota sosiaalista kanssakäymistä ja auttaa ikääntyneitä henkilöitä liikkumaan laajemmin elinpiirin eri tasoilla etenkin silloin, kun heidän oma toimintakykynsä ei sitä enää itsenäisesti salli. Suurimpana haasteena on tunnistaa ne ikääntyneet henkilöt, jotka ovat eristäytyneet kotihinsa ja uhkaavat syrjäytyä yhteisöstä ja jopa yhteiskunnasta. Tulevaisuudessa tarvitaan tutkimusta, jotta pystytään tunnistamaan nämä riskiryhmässä olevat henkilöt ja pyrkiä ennaltaehkäisemään ja ratkaisemaan näitä haasteita. Lisäksi on tärkeää tunnistaa psykologisen hyvinvoinnin riski- ja voimavaratekijöitä, jotta ikääntyneiden henkilöiden psykologista hyvinvointia kyetään tukemaan monipuolisesti.

LÄHTEET

- Abbott, R. A., Ploubidis, G. B., Huppert, F. A., Kuh, D., & Croudace, T. J. (2010). An evaluation of the precision of measurement of Ryff's Psychological Well-Being Scales in a population sample. *Social Indicators Research*, 97(3), 357-373. doi: 10.1007/s11205-009-9506-x
- Alastalo, H., Vainio, S., Vilkkö, A., & Sarivaara, S. (2016). Iäkkäiden ihmisten kokemus hoidosta ja palveluista. Koettu hoidon laatu asiakkaan näkökulmasta (ASLA)-kyselyn tuloksia. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*.
- Baker, P. S., Bodner, E. V. & Allman, R. M. (2003). Measuring life-space mobility in community-dwelling older adults. *Journal of the American Geriatrics Society* 51 (11), 1610-1614. doi: 10.1046/j.1532-5415.2003.51512.x
- Barnes, L. L., Wilson, R. S., Bienias, J. L., Mendes de Leon, C. F., Kim, H. J. N., Buchman, A. S., & Bennett, D. A. (2007). Correlates of life space in a volunteer cohort of older adults. *Experimental Aging Research*, 33(1), 77-93. doi: 10.1080/03610730601006420
- Blanchflower, D. G., & Oswald, A. J. (2008). Is well-being U-shaped over the life cycle?. *Social Science & Medicine*, 66(8), 1733-1749. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.01.030
- Bowling, A. (1994). Social networks and social support among older people and implications for emotional well-being and psychiatric morbidity. *International Review of Psychiatry*, 6(1), 41-58. doi: 10.3109/09540269409025242
- Buchman, A. S., Boyle, P. A., Wilson, R. S., Fleischman, D. A., Leurgans, S., & Bennett, D. A. (2009). Association between late-life social activity and motor decline in older adults. *Archives of Internal Medicine*, 169(12), 1139-1146. doi: 10.1001/archinternmed.2009.135
- Chang, Q., Chan, C. H., & Yip, P. S. (2017). A meta-analytic review on social relationships and suicidal ideation among older adults. *Social Science & Medicine*, 191, 65-76. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.09.003
- Chen, Y., & Feeley, T. H. (2014). Social support, social strain, loneliness, and well-being among older adults: An analysis of the Health and Retirement Study. *Journal of Social and Personal Relationships*, 31(2), 141-161. doi: 10.1177/0265407513488728
- Chida, Y., & Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic Medicine*, 70(7), 741-756. doi: 10.1097/PSY.0b013e31818105ba

- Clarke, P. J., Marshall, V. W., Ryff, C. D., & Rosenthal, C. J. (2000). Well-being in Canadian seniors: Findings from the Canadian study of health and aging. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du Vieillissement*, 19(2), 139-159. doi:10.1017/S0714980800013982
- Cooper, R., Stafford, M., Hardy, R., Aihie Sayer, A., Ben-Shlomo, Y., Cooper, C., Craig, L., Deary, I. J., Gallacher, J., McNeill, G., Starr, J. M., Kuh, D. & Gale, C. R. (2014). Physical capability and subsequent positive mental wellbeing in older people: findings from five HALCYON cohorts. *Age*, 36(1), 445-456. doi: 10.1007/s11357-013-9553-8.
- Courtin, E., & Knapp, M. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 25(3), 799-812. doi: 10.1111/hsc.12311
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31(2), 103-157. doi: 10.1007/BF01207052
- Dunlap, P. M., Rosso, A. L., Zhu, X., Klatt, B. N. & Brach, J. S. (2021). The association of mobility determinants and life space among older adults. *The Journals of Gerontology: Series A*. doi: 10.1093/gerona/glab268
- Flint, A. J., Bingham, K. S., & Iaboni, A. (2020). Effect of COVID-19 on the mental health care of older people in Canada. *International Psychogeriatrics*, 32(10), 1113-1116. doi: 10.1017/S1041610220000708
- Haider, I. I., Tiwana, F., & Tahir, S. M. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on adult mental health. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 36(COVID19-S4), S90. doi: 10.12669/pjms.36.COVID19-S4.2756
- Hardy, S. E., Concato, J., & Gill, T. M. (2002). Stressful life events among community-living older persons. *Journal of General Internal Medicine*, 17(11), 841-847. doi: 10.1046/j.1525-1497.2002.20105.x
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227-237. doi: 10.1177/1745691614568352
- House, J. S., Umberson, D. & Landis, K. R. (1988). Structures and processes of social support. *Annual Review of Sociology* 14 (1), 293-318. doi: 10.1146/annurev.so.14.080188.001453
- Hughes, T. F., Flatt, J. D., Fu, B., Chang, C. C. H., & Ganguli, M. (2013). Engagement in social activities and progression from mild to severe cognitive impairment: the MYHAT

- study. *International Psychogeriatrics*, 25(4), 587-595. doi: 10.1017/S1041610212002086
- Hupcey, J. E. (1998). Clarifying the social support theory-research linkage. *Journal of Advanced Nursing*, 27(6), 1231-1241. doi: 10.1046/j.1365-2648.1998.01231.x
- Huppert, F. A. (2009). Psychological well-being: Evidence regarding its causes and consequences. *Applied Psychology: Health and Well-being*, 1(2), 137-164. doi: 10.1111/j.1758-0854.2009.01008.x
- James, B. D., Boyle, P. A., Buchman, A. S., Barnes, L. L., & Bennett, D. A. (2011). Life space and risk of Alzheimer disease, mild cognitive impairment, and cognitive decline in old age. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(11), 961-969. doi: 10.1097/JGP.0b013e318211c219
- Johnson, J., Rodriguez, M. A. & Al Snih, S. (2020). Life-space mobility in the elderly: current perspectives. *Clinical Interventions in Aging* 15, 1665. doi: 10.2147/CIA.S196944
- Kelly, M. E., Duff, H., Kelly, S., McHugh Power, J. E., Brennan, S., Lawlor, B. A., & Loughrey, D. G. (2017). The impact of social activities, social networks, social support and social relationships on the cognitive functioning of healthy older adults: a systematic review. *Systematic Reviews*, 6(1), 1-18. doi: 10.1186/s13643-017-0632-2
- Keyes, C. L. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health And Social Behavior*, 207-222.
- Keyes, C. L. (2006). Subjective well-being in mental health and human development research worldwide: An introduction. *Social Indicators Research*, 77(1), 1-10. doi: 10.1007/s11205-005-5550-3
- Kim, S. & Park, S. (2017). A meta-Analysis of the correlates of successful aging in older Adults. *Research on Aging*, 39(5), 657-677. doi: 10.1177/0164027516656040
- Kokko, K., Korkalainen, A., Lyyra, A. & Feldt, T. (2013). Structure and continuity of well-being in mid-adulthood: A Longitudinal Study. *Journal of Happiness Studies* 14, 99–114. doi 10.1007/s10902-011-9318-y.
- Kuspinar, A., Verschoor, C. P., Beauchamp, M. K., Dushoff, J., Ma, J., Amster, E., Bassim, C., Dal Bello-Haas, V., Gregory, M. A., Harris, J.E., Letts, L., Neil-Sztramko, S. E., Richardson, J., Valaitis, R. & Vrkljan, B. (2020). Modifiable factors related to life-space mobility in community-dwelling older adults: results from the Canadian Longitudinal Study on Aging. *BMC Geriatrics*, 20(1), 1-12. doi: 10.1186/s12877-020-1431-5
- Lang, F. R., & Carstensen, L. L. (1994). Close emotional relationships in late life: further support for proactive aging in the social domain. *Psychology And Aging*, 9(2), 315.

- Llewellyn, D. J., Lang, I. A., Langa, K. M., & Huppert, F. A. (2008). Cognitive function and psychological well-being: findings from a population-based cohort. *Age And Ageing*, 37(6), 685-689. doi: 10.1093/ageing/afn194
- May, D., Nayak, U. & Isaacs, B. (1985). The life-space diary: a measure of mobility in old people at home. *International Rehabilitation Medicine* 7 (4), 182-186. doi: 10.3109/03790798509165993
- McLaughlin, D., Adams, J. O. N., Vagenas, D., & Dobson, A. (2011). Factors which enhance or inhibit social support: a mixed-methods analysis of social networks in older women. *Ageing & Society*, 31(1), 18-33. doi: 10.1017/S0144686X10000668
- Milaneschi, Y., Bandinelli, S., Corsi, A. M., Vazzana, R., Patel, K. V., Ferrucci, L., & Guralnik, J. M. (2010). Personal mastery and lower body mobility in community-dwelling older persons: The Invecchiare in Chianti Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(1), 98-103. doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02611.x
- Mohd, T. A. M. T., Yunus, R. M., Hairi, F., Hairi, N. N., & Choo, W. Y. (2019). Social support and depression among community dwelling older adults in Asia: a systematic review. *BMJ Open*, 9(7), e026667. doi: 10.1136/bmjopen-2018-026667
- Olaya, B., Domènech-Abella, J., Moneta, M. V., Lara, E., Caballero, F. F., Rico-Urbe, L. A., & Haro, J. M. (2017). All-cause mortality and multimorbidity in older adults: The role of social support and loneliness. *Experimental Gerontology*, 99, 120-126. doi: 10.1016/j.exger.2017.10.001
- Ostir, G. V., Markides, K. S., Black, S. A., & Goodwin, J. S. (2000). Emotional well-being predicts subsequent functional independence and survival. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(5), 473-478. doi: 10.1111/j.1532-5415.2000.tb04991.x
- Parikka S, Koskela T, Ikonen J, Kilpeläinen H, Hedman L, Koskinen S, & Lounamaa A. Kansallisen terveystutkimuksen, hyvinvointi ja palvelututkimus FinSoten perustulokset 2020. Terveystutkimuksen ja hyvinvoinnin laitos. <https://terveytemme.fi/finsote/2020/>
- Peel, C., Baker, P. S., Roth, D. L., Brown, C. J., Bodner, E. V. & Allman, R. A. (2005). Assessing mobility in older adults: the UAB Study of Aging Life-Space Assessment. *Physical Therapy* 85 (10), 1008-1019. doi: 10.1093/ptj/85.10.1008
- Pentala-Nikulainen O, Koskela T, Parikka S, Kilpeläinen H, Koskenniemi T, Aalto A-M, Muuri A, Koskinen S & Lounamaa A. Kansallisen terveystutkimuksen, hyvinvointi ja palvelututkimus FinSoten perustulokset 2017–2018. (2018). Terveystutkimuksen ja hyvinvoinnin laitos. <https://terveytemme.fi/finsote/2017-2018/>

- 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. doi: 10.1080/13607863.2014.977
- Poranen-Clark, T., von Bonsdorff, M. B., Rantakokko, M., Portegijs, E., Eronen, J., Kauppinen, M., Eriksson, J. G., Rantanen, T. & Viljanen, A. (2018). Executive function and life-space mobility in old age. *Aging Clinical And Experimental Research*, 30(2), doi: 145-151.10.1007/s40520-017-0762-3
- 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. doi: 10.1111/jgs.12763
- Qiu, Q. W., Qian, S., Li, J. Y., Jia, R. X., Wang, Y. Q., & Xu, Y. (2020). Risk factors for depressive symptoms among older Chinese adults: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 277, 341-346. doi: 10.1016/j.jad.2020.08.036
- Rantakokko, M., Iwarsson, S., Mänty, M., Leinonen, R., & Rantanen, T. (2012). Perceived barriers in the outdoor environment and development of walking difficulties in older people. *Age and Ageing*, 41(1), 118-121. doi: 10.1093/ageing/afr136
- Rantakokko, M., Portegijs, E., Viljanen, A., Iwarsson, S., & Rantanen, T. (2013). Life-space mobility and quality of life in community-dwelling older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(10), 1830-1832. doi: 10.1111/jgs.12473
- Rantanen T, Portegijs E, Viljanen A, Eronen J, Saajanaho M, Tsai L-T, Kauppinen M, Palonen E-M, Sipilä S, Iwarsson S, Rantakokko M. Individual and environmental factors underlying life space of older people- study protocol and design of a cohort study on life-space mobility in old age (LISPE). *BMC Public Health* 2012, 12:1018 doi:10.1186/1471-2458-12-1018.
- Rantanen, T., Saajanaho, M., Karavirta, L., Siltanen, S., Rantakokko, M., Viljanen, A., Rantalainen, T., Pynnönen, K., Karvonen, A., Lisko, I., Palmberg, L., Eronen, J., Palonen, E-M., Hinrichs, T., Kauppinen, M., Kokko, K. & Portegijs, E. (2018). Active aging–resilience and external support as modifiers of the disablement outcome: AGNES cohort study protocol. *BMC Public Health*, 18(1), 1-21. doi: 10.1186/s12889-018-5487-5
- Richard, L., Gauvin, L., Gosselin, C., & Laforest, S. (2009). Staying connected: neighbourhood correlates of social participation among older adults living in an urban environment in

- Montreal, Quebec. *Health Promotion International*, 24(1), 46-57. doi: 10.1093/heapro/dan039
- Ryan, R.M & Deci, E.L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology* 52: 141–166. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.141
- Ryff, C. D. (1991). Possible selves in adulthood and old age: a tale of shifting horizons. *Psychology and Aging*, 6(2), 286. doi: 10.1037//0882-7974.6.2.286
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4), 99-104. doi: 10.1111/1467-8721.ep10772395
- Ryff, C. D. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics* 83 (1), 10-28. doi: 10.1159/000353263
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719. doi: 10.1037/0022-3514.69.4.719
- Saajanaho, M., Kokko, K., Pynnönen, K., Tourunen, A., Törmäkangas, T., Portegijs, E., & Rantanen, T. (2021). The Scales of Psychological Well-Being—a validation, usability and test–retest study among community-dwelling older people in Finland. *Aging & Mental Health*, 25(5), 913-922. doi: 10.1080/13607863.2020.1725801
- Sartori, A. C., Wadley, V. G., Clay, O. J., Parisi, J. M., Rebok, G. W., & Crowe, M. (2012). The relationship between cognitive function and life space: the potential role of personal control beliefs. *Psychology and Aging*, 27(2), 364. doi: 10.1037/a0025212
- Satariano, W. A., 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. doi: 10.2105/AJPH.2011.300631
- Seeman, T. E. (2000). Health promoting effects of friends and family on health outcomes in older adults. *American Journal of Health Promotion*, 14(6), 362-370. doi: 10.4278/0890-1171-14.6.362
- Shaw, B. A., Krause, N., Liang, J. & Bennett, J. (2007). Tracking changes in social relations throughout late life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 62 (2), S90-S99. doi: 10.1093/geronb/62.2.S90
- Shye, D., Mullooly, J. P., Freeborn, D. K., & Pope, C. R. (1995). Gender differences in the relationship between social network support and mortality: a longitudinal study of an elderly cohort. *Social Science & Medicine*, 41(7), 935-947. doi: 10.1016/0277-9536(94)00404-H

- Stalvey, B. T., Owsley, C., Sloane, M. E. & Ball, K. (1999). The life space questionnaire: A measure of the extent of mobility of older adults. *Journal of Applied Gerontology* 18 (4), 460-478. doi: doi.org/10.1177/073346489901800404
- Taylor, J. K., Buchan, I. E. & Van Der Veer, Sabine N. (2019). Assessing life-space mobility for a more holistic view on wellbeing in geriatric research and clinical practice. *Aging Clinical and Experimental Research* 31 (4), 439–445. doi: 10.1007/s40520-018-0999-5
- Teo, A. R., Choi, H., Andrea, S. B., Valenstein, M., Newsom, J. T., Dobscha, S. K., & Zivin, K. (2015). Does mode of contact with different types of social relationships predict depression in older adults? Evidence from a nationally representative survey. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(10), 2014-2022. doi: 10.1111/jgs.13667
- Tiikkainen, P., & Heikkinen, R. L. (2005). Associations between loneliness, depressive symptoms and perceived togetherness in older people. *Aging & Mental Health*, 9(6), 526-534. doi: 13607860500193138
- Umberson, D., & Karas Montez, J. (2010). Social relationships and health: A flashpoint for health policy. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1_suppl), S54-S66. doi: 10.1177/0022146510383501
- Unsar, S., Erol, O., & Sut, N. (2016). Social support and quality of life among older adults. *International Journal of Caring Sciences*, 9(1), 249-257.
- Webber, S. C., Porter, M. M. & Menec, V. H. (2010). Mobility in older adults: a comprehensive framework. *The Gerontologist* 50 (4), 443-450. doi: 10.1093/geront/gnq013
- Weich, S., Brugha, T., King, M., McManus, S., Bebbington, P., Jenkins, R., Cooper, C., McBride, O. & Stewart-Brown, S. (2011). Mental well-being and mental illness: findings from the Adult Psychiatric Morbidity Survey for England 2007. *The British Journal of Psychiatry*, 199(1), 23-28. doi: 10.1192/bjp.bp.111.091496
- White, A. M., Philogene, G. S., Fine, L., & Sinha, S. (2009). Social support and self-reported health status of older adults in the United States. *American Journal of Public Health*, 99(10), 1872-187. doi: 10.2105/AJPH.2008.146894
- Williams, P., Barclay, L., & Schmied, V. (2004). Defining social support in context: a necessary step in improving research, intervention, and practice. *Qualitative Health Research*, 14(7), 942-960. doi: 10.1177/1049732304266997
- World Health Organization. (2021) Ageing and health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. Viitattu 9.5.2022.