

**IKÄÄNTYNEEN KROONISESTI SAIRAAN IHMISEN
KOKEMUKSELLINEN TERVEYS**

Tiina-Mari Lyyra

Gerontologian ja
kansanterveyden
Pro gradu -tutkielma

Jyväskylän yliopisto
Terveystieteiden laitos

Kevät 2000

Ikääntyneen kroonisesti sairaan ihmisen kokemuksellinen terveys
Artikkeli on julkaistu Gerontologia-lehdessä 13(4): 218-227, 1999.

Tiina-Mari Lyyra

Gerontologian ja kansanterveyden pro gradu -tutkielma,

Jyväskylän yliopisto, Terveystieteiden laitos, kevät 2000

TIIVISTELMÄ

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kroonista nivelreumaa sairastavien ikääntyneiden ihmisten kokemuksellista terveyttä. Aineisto kerättiin haastattelemalla kymmentä reumatauteihin erikoistuneen sisätautiosaston potilasta Keski-Suomen keskussairaalassa. Kyseessä oli avoin haastattelu ja aineisto analysoitiin fenomenologis-hermeneuttisella metodilla. Haastateltavat pitivät terveyttä suuressa arvossa ja huolimatta kroonisesta sairaudestaan he kokivat olevansa melko terveitä. Vertailuja haastateltavat tekivät suhteessa omaan aikaisempaan tilaansa ja muihin ikääntyneisiin. Aineistosta nostettiin esiin seuraavanlaiset merkityskokonaisuudet, joilla haastateltavat ilmensivät kokemuksellista terveyttään: terveys arjen sujumisena, terveys vapautena, terveys vaivattomuutena, terveys yhteisyytenä sekä terveys mielen terveytenä. Kroonisesti sairaan iäkkään ihmisen kokemuksellinen terveys näyttäytyi kokonaisvaltaisena hyvänä olona, jonka häiriintyessä hän pyrki sitä itsekin tietoisesti korjaamaan.

Avainsanat: kokemuksellinen terveys, krooninen sairaus, ikääntyneet henkilöt

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ

| | |
|---|-----------|
| 1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS | 1 |
| 2. AINEISTO JA MENETELMÄT | 6 |
| 2.1. Tutkittavien valinta | 6 |
| 2.2. Aineiston keruu | 7 |
| 2.3. Ajatukselliset lähtökohdat | 8 |
| 2.4. Aineiston analyysi | 9 |
| 2.5. Tutkimuksen luotettavuus | 11 |
| 2.6. Tutkimuseettiset kysymykset | 12 |
| 3. KOKEMUKSELLINEN TERVEYS HAASTATTELUIJEN VALOSSA | 13 |
| 3.1. Terveys arjen sujumisena | 15 |
| 3.2. Terveys vaivattomuutena | 16 |
| 3.3. Terveys vapautena | 17 |
| 3.4. Terveys yhteisyytenä | 18 |
| 3.5. Terveys mielen terveytenä | 19 |
| 4. LOPUKSI | 21 |
| KIRJALLISUUS | 24 |

1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Itsearvioidun (self-rated) tai koetun (perceived) terveyden tutkimisen merkitys on nähty yhä tärkeämpänä erityisesti iäkkäiden ihmisten terveystutkimuksessa. Gerontologiassa oman terveyden arvioista on kiinnostuttu entistä enemmän sen jälkeen, kun ne useissa tutkimuksissa (esim. Idler ja Benyamini 1997, 1999) ovat osoittautuneet jopa paremmiksi jäljellä olevan elinajan ennustajiksi kuin monet ns. objektiiviset terveyden mittarit. Terveyden itsearvioilla on havaittu selvä yhteys myös terveystalvelujen käyttöön, terveystkäyttämiseen ja koko koettuun elämänlaatuun (esim. Maddox 1999).

Jylhän (1990) mukaan iäkkäiden ihmisten omien terveystkäsitusten tunteminen on tärkeää myös siksi, että ne enemmän kuin muut terveyden ulottuvuudet määrittävät heidän elämäntapaansa ja toimintaansa.

Iäkäs ihminen kokee terveytensä usein hyväksi lukuisista sairauksista huolimatta.

Esimerkiksi NORA- tutkimuksessa (Heikkinen ym. 1997) yli puolet glostrupilaisista ja göteborgilaisista iäkkäistä koki terveytensä hyväksi tai melko hyväksi, vaikka usealla oli kroonisia sairauksia. Myös Ikivihreät-tutkimuksen tulosten mukaan 75- ja 80-vuotiaista jyväskyläläisistä suurin osa tunsu itsensä terveeksi huolimatta siitä, että kliinisesti terveitä heistä oli korkeintaan joka kuudes (Heikkinen ja Suutama 1991).

Selitystä ikääntyneen ihmisen terveyden positiiviseen kokemiseen on haettu mm. aspiraatiotason laskusta, jolloin vaatimukset omaa terveydentilaa kohtaan vähenevät iän myötä (Tornstam 1975) ja sosiaalisesta vertailuteoriasta, jonka mukaan ikääntynyt ihminen vertaa itseään muihin samanikäisiin, joista useimpien terveydentilaa he pitävät huonompana kuin omaansa (Festinger 1954). Suls ym.(1991) ovat tuoneet esiin kognitiivisesti rakentuneen kuvan raihmaisesta vanhuksesta, johon itseä verrataan.

Subjektiiivisia kokemuksia omasta terveydestä on kutsuttu joko itsearvioiduksi terveydeksi (self-rated health) tai koetuksi terveydeksi (perceived health). Itsearvioitua terveyttä on mitattu varsin yksinkertaisilla kysymyksillä; esim. tiedustelemalla pitääkö vastaaja omaa terveyttään erittäin hyvänä, hyvänä, keskitasoisena, huonona tai erittäin huonona. "Koetun terveyden" -käsitteen taas voidaan ajatella tarkoittavan terveydentilaa laaja-alaisemmassa merkityksessä. Aukee (1985) näkee koetun terveyden käsitteen kuitenkin varsin kapea-alaisena. Hänen mukaansa koettu terveys viittaa sairauksiin tai oireisiin näiden vastakohtana. Hän päätyykin käyttämään "subjektiivinen terveys"- käsitettä. Mielestäni tämäkin ilmaisu on ongelmallinen siihen liittyvän subjekti-objekti- dikotomian vuoksi. Tässä tutkimuksessa käytän fenomenologiseen lähestymistapaan sopivaa kokemuksellinen terveys (experienced health) -käsitettä.

Alunperin terveyden itsearvioita on käytetty niiden taloudellisuuden vuoksi eräänlaisena objektiivisen tiedon korvikkeena. Toisen ryhmän muodostavat tutkimukset, joissa tutkitaan omien terveysarvioiden validiteettia vertailemalla omia ja objektiivisiä terveysarvioita.

Kolmas tapa on Jylhän (1985) mukaan lähestyä koettua terveyttä sinänsä, jolloin tarkoituksena on selvittää omien terveystietojen takana olevia tekijöitä. Mielenkiinnon kohteeksi muodostuvat tällöin ihmisten omat terveystietämykset. Tällaista lähestymistapaa edustaa esim. hoitotieteessä Åstedt-Kurki (1992), joka haastatteli väitöskirjassaan kuntalaisia ja sairaanhoitajia terveyden ja hyvän voinnin kokemuksista. Hänen tutkimuksessaan terveyden kokemukset näyttäytyivät kudoksena, johon punoutui lankoja niin hyvästä olostakin kuin vaivattomuudestakin ja myös hankaluuksista ja sairauden tunteista. Myös Häggman-Laitila ja Åstedt-Kurki (1995) ovat haastatelleet suomalaista aikuisväestöä (n=160) siitä, kuinka he terveyden ymmärtävät. Tuloksissaan he erottivat institutionaalisen ja yksilöllisen tavan ymmärtää terveys.

Groves, Fultz ja Martin (1992) puolestaan analysoivat sadan itsearvioitun terveyden survey-kysymykseen vastanneen ihmisen ajatuksia kysymällä: "Kun vastasit tuohon terveyttäsi koskevaan kysymykseen, mitä ajattelit?" He muodostivat kymmenen kategorian, joista suurin (31%) oli sairauden olemassaolo tai puuttuminen. Muista mainittakoon mm. terveystietämyksen, fyysinen toimintakyky, ja terveystietämyksen käyttö.

Iäkkäiden ihmisten terveystietämyksiä on tutkittu melko vähän. Williams (1983) on haastatellut eläkeikäisiä skotlantilaisia ja löytänyt ainakin kolme tapaa ymmärtää terveys: Sillä tarkoitettiin ensinnäkin sairauden puuttumista, toiseksi yleisestä "vahvuudesta" heikkouteen ja voimattomuuteen ulottuvaa jatkumoa ja kolmanneksi aktiivisena toimintana ilmenevää toiminta- tai työkykyä.

Marja Jylhä (1994) on tutkinut iäkkäiden ihmisten omia terveystäkemyksiä nauhoittamalla ja analysoimalla "Tampere Longitudinal Study of Ageing"- tutkimuksen strukturoituja haastattelutilanteita. Hän oli kiinnostunut nimenomaan niistä tilanteista, joissa lyhytsanaisia vastauksia edellyttävä lomakehaastattelun logiikka murtui ja haastateltava alkoi kertoa terveydestään tarkemmin. Analyysin keskeisin tulos oli, että terveys ei ole iäkkäille pysyvä tai muuttumaton käsite. Keskusteluista kävi ilmi terveystäkemyksen kompleksisuus ja kontekstisidonnaisuus. Ihmisen sairastuessa myös hänen terveystäkemyksensä muuttuu.

Kristiina Manderbacka (1998) on väitöskirjassaan ottanut mukaan myös laadulliset menetelmät tarkastellessaan ihmisten omia terveystärvioita. Hänen tutkimuksessaan iäkkäiden ihmisten omat yleiset arviot terveydestään olivat selvästi yhteydessä sekä oman terveyden vertailuun toisten samanikäisten kanssa että tutkittavien omaan aikaisempaan terveyteen.

Idler ym. (1999) ovat lähestyneet iäkkäiden ihmisten itsearviointua terveyttä yhdistämällä sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista lähestymistapaa. "Perinteisen" terveyden itsearviokysymyksen jälkeen vastaajilta (n=159) tiedusteltiin, mitä he olivat ajatelleet vastatessaan ko. kysymykseen. Vastaukset koodattiin kuuteen kategoriaan: Fyysiseen terveyteen, fyysiseen toimintakykyyn, terveystärväytymiseen, sosiaalisiin roolitoimintoihin, sosiaalisiin suhteisiin sekä emotionaalisuuteen ja hengellisyyteen liittyvät asiat. Erityisesti viimeksi mainittuihin kategorioihin luettavia asioita esiin tuoneiden henkilöiden havaittiin "yliarvioivan" omaa terveyttään suhteessa kliinisesti todettuun terveydentilaan. Myös korkeammalla koulutusasteella havaittiin olevan samansuuntainen vaikutus.

Samansuuntaisella menetelmällä on Carol van Doorn (1999) tutkinut 48:aa yli 65-vuotiasta lähtökohtanaan jako terveysoptimisteihin, -realisteihin ja -pessimisteihin. Näiden ryhmien välisiä eroja suhtautumisessa omaan terveyteen verrattiin. Mielenkiintoinen seikka tässä tutkimuksessa on alkujaan Borawskin ym. (1996) ajatus "terveystranssendenssista", jota oli havaittavissa optimistisimmilla vastaajilla. Huolimatta vakavasta sairaudesta he kokivat itsensä suhteellisen terveiksi.

Tässä tutkimuksessa olen kiinnostunut siitä, mistä asioista iäkkäiden ihmisten kokemuksellinen terveys muodostuu. Tarkastelu kohdistuu kroonista reumaa sairastaviin henkilöihin ja eräänä jatkotavoitteena on epidemiologiseen terveystutkimukseen soveltuvien mittareiden kehittäminen. Tutkimuskysymys koskee siis laajasti ottaen kroonisesti sairaan iäkkään ihmisen omalle terveydelleen antamia merkityksiä.

2. AINEISTO JA MENETELMÄT

2.1. Tutkittavien valinta

Idler ja Benyamini (1997) suosittavat itsearvioidun terveyden lähempään tutkimiseen paitsi laadullisia menetelmiä, myös tiettyjen erityisryhmien tutkimista. Näin ollen valitsin kroonista sairautta, tässä tapauksessa nivelreumaa, sairastavat iäkkäät ihmiset tutkimukseni kohteeksi.

Alasuutarin (1994) mukaan laadullisen tutkimuksen kyseessä ollessa tutkimusaineiston voivat muodostaa myös vapaaehtoiset tai harkinnanvaraisesti valitut henkilöt.

Fenomenologisessa tutkimuksessa on oleellista vastaajien kokemus tutkittavasta asiasta ja heidän halukkuutensa puhua siitä.

Valitsin haastateltavat Keski-Suomen keskussairaalan reumatauteihin erikoistuneen sisätautiosaston potilaista hoitajien avustuksella. Valitsimme sanalliseen kommunikaatioon kykeneviä, kohtalaisen pitkään reumaa sairastaneita ikääntyviä henkilöitä. Jokaiselta haastatellulta pyydettiin kirjallinen suostumus haastattelun tekoon. Kolme henkilöä kieltäytyi. Perusteluina olivat *"En minä tuommosiin ossoo..."* sekä pian tapahtuva kotiutuminen. Kymmenestä haastatellusta yksi oli mies ja iältään he olivat 60-82 -vuotiaita.

Haastateltavien lukumäärän asetin alunperin noin kymmeneksi henkilöksi, mutta tästä olisi voitu myös poiketa ns. saturaatiokäsitteen mukaisesti. Se tarkoittaa, että aineiston keruu

voidaan lopettaa, kun aiheeseen liittyvää olennaisesti uutta tietoa ei enää nouse esiin (esim. Bertaux 1981). Kvalen (1996) mukaan kvalitatiivisessa haastattelututkimuksessa tutkittavien sopiva määrä on 10-20 henkilöä. Haastattelujen lukumäärä osoittautui sisällöllisesti antoisaksi, mutta vielä hallittavaksi.

2.2. Aineiston keruu

Tutkittaessa ihmisten kokemuksia ja niiden merkitysrakenteita aineistona tulee olla tekstiä, jossa tutkittavat puhuvat asioista omin sanoin. Keräsin aineiston avoimilla haastatteluilla, joissa tutkittavilla oli mahdollisuus vapaasti kuvata omia kokemuksiaan. Haastattelut tehtiin marraskuun 1998 ja tammikuun 1999 välisenä aikana. Ne nauhoitettiin ja olivat kestoaltaan 30-60 minuuttia.

Aluksi monet vastaajista epäilivät omia kykyjään. *"Ossaankohan minä nyt vastata oikein..."* *"Saakohan näistä minun jutuista nyt mitään..."* Tällaisille henkilöille kerroin, että tällaisessa haastattelussa ei ole oikeita tai vääriä vastauksia ja että olen kiinnostunut nimenomaan heidän omista ajatuksistaan ja kokemuksistaan.

Varsinaisia haastattelukysymyksiä minulla ei ollut, vaan avasin keskustelun jokseenkin samalla tavalla kaikkien haastateltavien kohdalla: "Terveystieteen parissa on viime aikoina kiinnitetty paljon huomiota ikääntyneiden ihmisten omiin terveysarvioihin ja kokemuksiin. Kuinka te itse ajattelisitte, mitä teidän oma terveytenne tuo teille mieleen?" Yleensä puhe lähti liikkeelle kovinkin vuolaana, mutta joissain tapauksissa ihmisten oli varsin vaikea

hahmottaa terveys- sanaa. Havaitsinkin pian, että on parempi jatkossa puhua alkukysymyksen jälkeen "ajasta kun olette parempi" tai " ajasta kun olette huonompi". Nämä ilmaisut tuntuivat sopivan paremmin tutkittavien omaan kielenkäyttöön ja ajatusmaailmaan. Nauhoitetut haastattelut litteroi ulkopuolinen henkilö. Tekstiä kertyi kaikkiaan 87 liuskaa.

2.3. Ajatukselliset lähtökohdat

Mielekäs lähtökohta kokemuksellisen terveyden tutkimiseen on fenomenologinen tutkimusote. Siinä kuvataan ihmisten subjektiivisia kokemuksia ja käsityksiä ympäröivästä todellisuudesta. Tutkittavaa ilmiötä lähestytään siis aineistosta paljastuvan kokemuksen kautta. Kokemusta ei verifioida kokeellisesti, vaan se ymmärretään merkityksien avulla. Fenomenologinen tapa tarkastella ihmistä kokemuksellisuudesta käsin korostaa ihmisen ymmärtämistä mielellis-ruumiillisena kokonaisuutena (esim. Laine 1993).

Tietoteoreettisella tasolla ruumis-mieli dikotomian purkaminen onnistuu käyttämällä esim. kehollisuuden käsitettä. Merleau-Ponty (1962) on lähestynyt ihmisen kokonaisuutta erityisesti koetun tai eletyn kehon käsitteen avulla. Hänen ruumiillisen subjektin teoriansa merkitsee esim. Heinämaan (1996) mukaan ruumiin hahmottamista siten, että se ei ole objekti; "minulla on ruumis", vaan kokemus jäsentyy "minä olen ruumiini". Ruumis itsessään on intentionaalinen ja merkityksiä antava.

Heikkinen (1994) tulkitsee Merleau-Pontyn ajattelua seuraavasti: "Kehomme kautta meillä on perspektiivi maailmaan, minä suhteessa maailmaan on aina kehollinen minä". Tässä

yhteydessä on syytä tuoda esiin myös Herbert Plüggen (1967) termi "Befinden", jonka voisi Laineen ja Kuhmosen (1995) mukaan kääntää "oloksi" tai "voinniksi". "Olo" ilmaisee yleisesti minän suhdetta maailmaan. "Olo" kuuluu olennaisesti siihen tilaan, jossa olemme ja se on samalla myös tuon tilan kokemus ja havainto siitä.

Ingmar Pörnin (1993) terveyden tasapainoteorian perustana on ihminen toimivana subjektina, ja se perustuu adaptaatioon. Sen mukaan ihminen pyrkii jatkuvasti hakemaan tasapainotilaa omien kykyjensä ja voimiensa, tavoitteidensa ja ympäristönsä välillä. Terveys voidaan siis nähdä eräänlaisena suostumuksena omiin kykyihin ja mahdollisuuksiin. Parse (1981) puolestaan puhuu terveydestä eräänlaisena maailmaan suuntautumisena. Hänelle terveys on eletty kokemus, "olemisen ja joksikin tulemisen prosessi", jossa havainnot itsestä ja maailmasta ovat keskeisiä (Heikkinen ym. 1997). Yhteistä näille teorioille on ajatus siitä, että ihminen itse aktiivisesti "luo" omaa terveyttään, on oman terveytensä subjekti.

2.4. Aineiston analyysi

Aineiston analysoinnin tavoitteena on ymmärryksen lisääminen tutkimuskohteesta. Tulkinta eteni hermeneuttisen kehän mukaisesti yksittäisten ilmiöiden tarkasteluna ja niiden liittämisenä esiymmärrettyyn, jolloin yksittäisten ilmiöiden ja kokonaisuuden välillä oleva, kehittyvä ja tulkintaan perustuva tiedon syveneminen tuottaa ilmiöiden kuvauksia ja yhä suurempaa ymmärrystä (Töttö 1982). Tulkintaa eteenpäin vievä hermeneuttinen spiraali muodostuu siis matkalla "tietämisestä tietämättömyyteen ja takaisin" (Wahlström 1992).

Aluksi perehdyin koko aineistoon lukemalla haastattelut läpi useaan kertaan muodostaen näin kokonaiskäsityksen aineistosta. Fenomenologiassa puhutaan "aineiston katsomisesta". Tämän jälkeen poimin aineistosta kohtia, joissa tutkittavat puhuivat "parempana olostaan" tai "huonompana olostaan". Tekstimassa alkoi pelkistyä tutkimustehtävän suhteen relevanteiksi raakahavainnoiksi, joita aloin mieleeni ja paperille kerätä. Kokosin yhteen samanlaisia "laatuja" tarkoittavia asioita. Näitä laatuja yhdistämällä löysin kokemuksellisen terveyden teema-alueita, jotka myöhemmin nimesin viideksi ikääntyneiden kroonisesti sairaiden ihmisten kokemuksellista terveyttä kuvaavaksi kokonaisuudeksi.

Analyysia voisi kuvata kehämäiseksi siinä mielessä, että tulkinnat muodostuivat aineiston kokonaisuuden pohjalta ja niitä perustellaan yksittäisten aineistositaattien avulla. Avoimella haastattelulla saadun aineiston hankaluutena ja myös sen rikkautena on sen kompleksisuus ja monikerroksisuus. Puhujat liikkuvat ajassa, eri viitekehyksissä ja omissa kokemuksissaan limittäin ja lomittain. Näissä eri kerroksissa liikkuminen vaati jonkinlaisia "katulamppuja", joidenka valossa tulkinta tapahtuu. Tällaisina toimi oma esiymmärrykseni tutkittavasta ilmiöstä sekä jo aiemmin analyysin aikana esiin tulleet asiat. Analyysi oli jatkuvaa dialogia aineiston kanssa.

2.5. Tutkimuksen luotettavuus

Fenomenologis-hermeneuttisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiperusteet eroavat positivistisen tutkimuksen validiteetin ja reliabiliteetin näkökulmista. Luotettavuutta arvioidaan koko tutkimusprosessin osalta. Tutkijalla täytyy olla käsitys tutkittavan ilmiön rakenteista, jotta hän kykenee tekemään valintoja tutkittavan ilmiön kannalta olennaisista seikoista (esim. Varto 1992). Näitä käsityksiä olen selvittänyt ajatukselliset lähtökohdat -kappaleessa.

Tynjälän (1991) mukaan kvalitatiivisen tutkimuksen kohdalla puhutaan mieluummin siirrettävyydestä kuin yleistettävyydestä. Tulosten siirrettävyys toiseen kontekstiin riippuu siitä, miten samankaltaisia tutkittu ympäristö ja sovellusympäristö ovat. Varsinaisesti tulokset eivät ole siirrettävissä harkinnanvaraisen ja pienen otoksen vuoksi, mutta ne antavat kuitenkin kattavan kuvan juuri ikääntyneen kroonisesti sairaan ihmisen näkökulmasta kokemukselliseen terveyteen. Johtopäätöksiä siirrettävyydestä ei voi tehdä ainoastaan tutkija, vaan vastuu tulee myös tutkimustulosten hyödyntäjälle.

Sisäisen validiteetin kohdalla voidaan puhua paremminkin vastaavuudesta (Tynjälä 1991). Laadullinen tutkimus on pätevää, jos sillä saadaan tietoa siitä ilmiöstä josta sitä olikin tarkoitus saada (Krause ja Kiikkala 1996). Tällöin on oleellista että tutkimusjoukko tuntee tutkittavan ilmiön. Voidaan siis olettaa, että tutkimustehtävän ollessa ikääntyneen kroonisesti sairaan terveyden kokeminen voivat siitä asiantuntevasti puhua ko. henkilöt.

Luotettavuutta lisää se, että käytin avointa haastattelua, jolloin omat mahdolliset ennakkoasenteeni eivät olleet vaikuttamassa tutkittavien painoalueisiin. Haastateltavat tuottivat vapaasti pitkiäkin tarinoita. Tavoitteenani oli tehdä haastattelut yhteistyönä, jossa molemmat osapuolet, niin tutkittava kuin tutkijakin, ovat tasaveroisessa asemassa. Tämä toteutuikin hyvin: Ilmapiiri haastatteluissa oli avoin ja tutkittavat puhuivat terveydestään mielellään ja monisanaisesti.

2.6. Tutkimuseettiset kysymykset

Tutkimusluvan myönsivät Keski-Suomen keskussairaalan sisätautiosastojen ylilääkäri ja ylihoitaja, jotka katsoivat ettei asiaa ole tarpeen viedä eettisen toimikunnan käsittelyyn.

Haastateltaville kerrottiin tutkimuksen tarkoitus, sekä sen mahdollisesti tuoma hyöty

ikäntyneiden terveystutkimukselle. Osallistujat antoivat kirjallisen suostumuksensa haastatteluun ja nauhoitukseen. Tässä yhteydessä selvitettiin myös anonymiteettiin ja vapaaehtoisuuteen liittyvät asiat, sekä painotettiin sitä, että haastattelu voidaan keskeyttää tutkittavan niin halutessa.

Eettisistä syistä rajasin pois sellaiset potilaat, joiden tauti oli vastikään diagnosoitu. Tällaiset ihmiset ovat vielä jonkinlaisessa shokkivaiheessa, jolloin lähestymistapa asiaan olisi ollut toisenlainen.

3. KOKEMUKSELLINEN TERVEYS KERTOMUSTEN VALOSSA

Kaiken kaikkiaan vastaajat näkivät terveyden hyvin merkityksellisenä, jota nyt kroonisen sairauden myötä erityisesti arvostettiin:

"Ei sitä osaakaan arvostaa, kun on terve niin antaa semmosta arvoa kun pitäis."

"Kyllä mä sanon, et se terveys on suuri asia..Kun sais pittää.. Ei osaa antaa arvoa, ennenkun jotain kokkee..."

"Mikä on tärkeintä elämässä, onko se raha tai muu saavutus.. Kyllä hyviä nekin on, mutta moni unohtaa terveyden kokonaan. Mikä se a ja o siinä..."

Näiden ihmisten arvomaailma oli siis osin sairauden myötä muuttunut, terveys nousi esiin kaikkein tärkeimpänä.

Keskustelujen kaava oli yleisesti ottaen yllättävän yhdensuuntainen. Aluksi haastateltavat lähestyivät terveyttään biolääketieteellisen viitekehyksen sisällä, aikajatkumon alkupäässä: Kerrottiin sairaushistoriasta, hoidoista ja lääkkeistä. Tämä käytiin läpi nopeasti ja jotenkin ulkoa opitun tuntuaisesti. Se oli ikään kuin jotain pakollista, jonka he katsoivat asiaankuuluvaksi, mutta joka piti kuitenkin kertoa "alta pois". Tästä liu'uttiin luontevasti oman kehon kokemiseen, tähän hetkeen, josta kertominen tapahtui pitkälti kipujen ja vaivojen kautta.

Vertailua vastaajat tekivät lähinnä aikajatkumolla omaan itseensä; siihen mitä ennen olivat jaksaneet tai pystyneet, ja siihen mitä nyt jaksoivat. Myös muita samanikäisiä pidettiin vertailukohtana. Mitään varsinaista Sulsin ym (1991) esiintuomaa kognitiivista kuvaa

raihnaisesta vanhuksesta ei haastatteluissa tullut esiin, vaan asiat kumpusivat konkreettisista kokemuksista:

"Kamalaa, kun siellä kahtoo niitä, kun ne nuokkuu, eikä ne ymmärrä mitään. Tablettia vaan isketään poskeen..." (vastaaja puhuu terveystieteiden tutkimuskeskuksen vuodeosaston potilaista)

Vastaajat eivät tällä hetkellä kokeneet itseään mitenkään erityisen vanhoiksi. Vaivojen ei ajateltu olevan iän mukanaan tuomia, paremminkin sen avulla saattoi antaa itselleen anteeksi asioita:

"Huonosti minä näen mutta eihän tuo nyt mikään ihme ole."

"Ja se nuorena tuntu niin järkyttävälle, kun nuori ihminen joutu kontturoimään. Siihen iän myötä niinku sopeutuu..."

"Ei se oo yksistään se sairauskysymys, vaan se on se ikä... Iän mukanaan tuoma muutos. Tottakai se tahti harvenee. Mutta jos se on sillai normaalilla kuuskymppisellä se elämä, vaikkei se oo sitä kun nuoruuden hurjuudessa oli, niin se luonne kehitty sillai mukana ettei sillai vaadikkaan..."

Ikivihreät-projektin yhteydessä ovat Leinonen ym. (1998) tutkineet itsearvioitun terveydentilan kehitystä pitkällä aikavälillä. Tutkittaville toistettiin sama kysymys (millaiseksi arvioisitte oman terveydentilanne yleisesti?) viidellä vastausvaihtoehdolla viiden vuoden välein. Tällöin muutosta ei juuri tullut esille: Iäkäs ihminen arvioi yhä terveydentilansa samalla lailla kuin viisi vuotta aikaisemminkin. Ihminen siis tavallaan "ikäsopeutuu" omaan terveydentilaansa vuosien karttuessa.

Vastaajat liittivät ikääntymiseen varsin samansuuntaisia asioita, kun mitä Heikkinen (1993) tuo esiin vanhenemisen kokemisen negatiivisina reunaehtoina. Erityisesti heikentynyt muisti liitettiin usein vanhenemiseen:

"Tässä tulee rinnalla sitten kun on ikääkin näin, niin vähän semmosta ettei aina

hoksa asioita. Ei taho oikein muistaa mikä päivä on ja semmosta..."

Vastaajat myös sopeuttivat kykyjään ja vaatimuksiaan oman terveytensä suhteen:

"Mä vaan tiedän, et se tulee ne huonot päivät. Sillon on vaan pienempiä lenkkejä ja muuta..."

"Ja keksit vaan jotain semmosta, mitä pystyt tekemään."

Myös ympäristöä voitiin muuttaa esim. apuvälineillä tai valitsemalla erilainen kävelyreitti:

"Mut kuitenkin kyllähän sitä pystyy olemaan ja liikkumaan vähäsen tuon telineen kanssa. En minä muuten pääse liikkuaun."

Tässä voidaan havaita yhteys Pörnin (1993) terveyden tasapainoteoriaan ja ihmisen oman panoksen merkitykseen terveyden "luomisessa".

3.1. Terveys arjen sujumisena

Laine ja Kuhmonen (1995) tuovat esiin mielenkiintoisen ajatuksen sairauksista ilmiönä, jolloin voimakkaasti koemme fenomenaalisen ruumiimme. Mutta koko elämys ruumiin taakasta on kuitenkin paljon laajempi kuin sairaudet. Tuo kokemus on sitä huonon olon kokemista johon liittyy hommien sujumattomuus ja tunne, että ei jaksa tai pysty.

Kokemuksellinen terveys näyttäytyikin tutkittaville arjen kaikkinaisena sujumisena. Tähän kuuluu toimintakyky ja erilaisten roolitoimintojen ylläpito. Reumasairailta erityisesti liikuntakyvyn merkitys oli korostunut:

"Minulla on ollu tämä jalaka niin kippee, mutta minä voin kävellä ihan hyvin ja vaikka juostakin..."

"Että tosiaan kykenee liikkumaan ja tekemään ne päivän askareet."

Arjen askareista erityisesti ruoanlaittoon ja syömiseen liittyvät kysymykset olivat tärkeitä:

"Hyvään terveyteen kuuluu se, että voi syyvä. Niinkun minä sanon aina, että kaikkiruokanen on köyhän laps..."

" Koetan nyt sitten niinku ruokaa nyt tietysti laittaa joka päivä. Et se on hyvin tärkeä se ruoanlaittaminen, mutta siihen se sitten jääkin."

Tämä tuli monen haastatellun kohdalla esiin: Kun oli saanut laitettua hyvän aterian ja tiskannut, niin silloin vastaajat kokivat itsensä terveiksi. Arjen sujumuuden kohdalla myös uni oli vastaajille tärkeää:

"Minusta hyvä terveys se, että ensinnäi voi nukkua hyvin. Voi hyvällä mielellä aamulla nousta ylös ja olla ilonen. Ja siihen kuuluu myös se, että voi syyvä."

Lukuisat muut tutkimukset tukevat päivittäisistä toiminnoista selviämisen merkitystä iäkkään oman terveyden kokemisessa. Esim. Thorslund ja Nordström (1993) löysivät tutkimuksessaan 421:n ruotsalaisvanhuksen huonoksi kokemalle terveydelle suurimmiksi syiksi IADL- rajoitukset sekä keuhko-oireet. Myös Heikkisen ym. (1997) NORA- tutkimuksessa yhteiseksi tekijäksi kaikissa kolmessa pohjoismaassa huonon koetun terveyden kohdalla nousi huono fyysinen toimintakyky .

3.2. Terveys vaivattomuutena

Kipu ja erilaiset vaivat tulevat esiin reumasairaiden kohdalla jatkuvasti. Huono terveys on sitä kun särkee ja kolottaa. Mielenkiintoista tässä kategoriassa on se, kuinka kroonisesti sairas on jo oman reumansa hyväksynyt, mutta jos tulisi joitain lisäsairauksia, niin silloin terveys olisi huono. Reuman kanssa oli opittu elämään:

"Hyvä terveys on sitä kun ei oo muita pitkäaikaisia sairauksia, ettei ole sydänvikaa eikä ole vaikka sokeritautia, eikä verenpainetta, niin tän reuman kanssa kyllä aika lailla pärjää. Kyllä minä oon ihan hyvässä kunnossa, vaikka oon reumanen. "

"Niin se kyllä tuntuis huonolle jos että jos pitäis makuulla olla, jos ois vaikka joku lisäsairaus tai muu, tän reuman kanssa oon oppinu jo pärjäämään."

Tähän voidaan yhdistää Laineen ja Kuhmosen (1995) esiintuoma Herbert Plüggen (1967) ajatus ruumiin "normaalisuuden" tilasta, jota ei varsinaisesti huomata. Fenomenaalinen ruumiillisuus tulee esiin silloin, kun kivut tai muut vaivat tuovat ruumiin "näkyväksi". Näitä "huonon olon" kokemuksia kertojilla leimasivat lähinnä erilaiset oireet, kuten yskä, kuume tai mielialavaikkeudet.

Myös Manderbacka (1998) on väitöskirjassaan löytänyt ihmisten pitkäaikaisia sairauksia koskevasta puheesta sen, kuinka tauti (illness) ja sairaus (disease) erotetaan toisistaan. Tauti on jotain lääkärin diagnosoimaa (tässä tapauksessa reuma) ja sairaus on muuta lisävaivaa, joka vaikuttaa juuri terveyden kokemukselliseen puoleen.

3.3. Terveys vapautena

Haastateltavien puheessa nousi usein myös esiin ajatus terveydestä vapautena, jonka sisälle tässä yhteydessä luen myös riippumattomuuden. Myös autonomia -käsitettä olisi tässä yhteydessä voitu käyttää. Hyvä terveys nähtiin vapautena tehdä mitä haluaa, ilman että vaivat tai sairaudet rajoittavat elämää:

"Kun sitä terveyttä olis, niin kyllä minä matkustaisin..."

"Se on aivan ihanaa elää terveenä, silloinhan sitä on kaikki mahdollisuudet ihmisellä..."

"Hyvä terveys on se, ettei tarvii ikinä mieltää mitään sairauksia, voi niinkun elää vapaasti. Jos keksit jonkun lähdön tai muun niin ei tarvii olla minkäänlaista suunnitelmaa muistanko sen lääkepussukan ja tän nyssykän ottaa mukkaan. "

Vapaus-kategoriaan voidaan liittää puhe myös riippumattomuuden vaateesta, joka varsin usein toistui iäkkäiden puheessa. Suurimmat pelot terveyden suhteen liittyivät juuri riippumattomuuden menettämiseen:

"Kun ei joutuis toisten käänneltäväks"

"Että jouvunko mä riippuvaiseks muista ihmisistä, vai onko mulla laadukas elämä vaikka mä rimpuilen itekseni. Se on niinku se mittapuu. "

"Et, oli se mikä sairaus tahansa niin jos mä joudun siihen sitomaan leegion ihmisiä ympärille, niin silloin mä oon vakavasti sairas. "

Aineiston perusteella voidaan ajatella iäkkään ihmisen kokemuksen riippuvuudesta rajoittavan hänen vapauttaan ja sitä kautta hänen terveenä olonsa kokemista. Myös NORA-tutkimuksessa (Heikkinen 1997) havaittiin autonomia-riippuvuus -ulottuvuus keskeiseksi iäkkään ihmisen elämänlaatuun vaikuttavaksi tekijäksi. Myös kokemuksellisen vanhenemisen tutkimuksissaan tuo Heikkinen (1994) esiin ikääntyneiden pelon kehon heikentymisen mukanaan tuomasta riippuvuudesta.

3.4. Terveys yhteisyytenä

Tärkeänä teemana haastatteluista nousi esiin sosiaalisen yhteisyyden merkitys. Paitsi omat lapset, myös kaikkinaisen muu sosiaalinen kanssakäyminen nousi usein esiin:

"On lapsia, jotka käyvät aina -lapset käy kattomassa monesti. Ja semmonen, että saa olla ihmisten kansa tekemisissä. Ettei jää siihen omaan mökkiinsä oleskelemaan. Niin semmonen tuntu on, että silloin on hyvä terveys."

"Vanhojen tiistaikerho, se piristää aina..."

"Kuitenkin se on niin, että on vaan kateltava puhekaveria silloin kun on huonompi..."

Heikkinen ym. (1992) havaitsivat tutkimuksessaan sosiaaliseen yhteyteen ja toiminnallisuuteen liittyvien muuttujien vaikuttavan positiivisesti erityisesti iäkkäiden ihmisten terveyden kokemukselliseen puoleen. Myös NORA-tutkimuksessa (Heikkinen 1997) iäkkään ihmisen elämänlaatuun oleellisesti vaikuttavaksi tekijäksi nousi yhteisyyseristyneisyys -ulottuvuus.

Mielenkiintoisen näkökulman avaa Laineen ja Kuhmosen (1995) kuvaus yhteisöllisyydestä: "Tunnen olevani riippuvainen toisista ihmisistä, koska elän monessa suhteessa toisten ihmisten välityksellä, saan heiltä fyysisen olemassaoloni lisäksi myös henkisen olemassaoloni". Yhteisöllisyys kuuluu siis ihmisen perusolemukseen.

Eristyessään muista vanha ja sairas ihminen samalla kadottaa peilinsä eli menettää mahdollisuuden dialogiseen olemiseen. Tällöin olosta voi tulla ei-olemista. Erityisesti tätä oli havaittavissa naisilla, jotka olivat tehneet elämäntyönsä perheen palveluksessa. Jäädessään yksin ikääntynyt ihminen menettää aikaisemmat peilinsä ja samalla aikaisemmat hyvän olon ja terveyden kokemuksensa.

3.5. Terveys mielen terveytenä

Masentuneisuus ja mieliala-asiat toistui jatkuvasti ikääntyneiden terveystuessa:

Vastaajat voivat hyvin silloin kun heidän mieliala-asiansa olivat kunnossa:

"Ei mulla mitään pitkäaikaista masennusta koskaan oo ollu, aina oon luottanu siihen

että kyllä tästä jotenkin selvittäään."

"Eilen mä olin niin kertakaikkiaan masentunu ja tuntu ettei tälle jalallekkaan voi tehdä mitään.. "

"Kun minulla on se masennusaika, silloin mä en innostu mistään.."

Myös lukuisissa muissa tutkimuksissa on depressiivisyys noussut esiin huonoksi koetun terveyden yhteydessä. Esim. Kivinen ym. (1998) ovat tutkineet 479:n suomalaisen ikääntyneen miehen omia terveystietoja ja verranneet niitä lääkärin tekemiin arvioihin. Huonoksi arvioivat terveytensä useimmiten miehet, jotka kärsivät (tässä järjestyksessä) depressiosta, sepelvaltimotaudista, dysuriasta ja rasituksessa hengästyemisestä, kun taas puolestaan lääkärin tekemiin arvioihin vaikuttivat huonontavasti päivittäisistä toiminnoista selviytyminen, ikä, sepelvaltimotauti ja krooninen keuhkosairaus.

Depressiivisyys huonoksi koetun terveyden yhteydessä on löydettävissä myös Mulsantin ym. (1997) tutkimuksessa amerikkalaisista ikääntyneistä, jossa tutkittuja oli 880. Fyysiset vaivat ja toimintakyvyn vajavuudet kontrolloituina, depressiiviset oireet korreloivat selvästi koetun terveydentilan kanssa.

4. LOPUKSI

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kokemuksellista terveyttä ikääntyneiden kroonisesti sairaiden ihmisten näkökulmasta. Tällöin haettiin niitä merkityksiä, joita ikääntynyt ihminen itse omalle terveydelleen antaa. Vastaajien tuottamasta hedelmällisestä tekstistä voitiin löytää viisi teema-aluetta: Terveys arjen sujumisena, terveys vaivattomuutena, terveys vapautena, terveys yhteisyytenä ja terveys mielen terveytenä.

Tämäntyyppistä tutkimusta avoimella haastattelulla kootusta aineistosta ei gerontologiassa ole toistaiseksi tehty kovin paljoa. Useimmista alussa mainitsemistani tutkimuksista poiketen, ei tässä yhteydessä tiedusteltu varsinaisesti sitä, kuinka haastateltavat olisivat itsearvioidun terveyden survey-kysymykseen vastanneet. Näin ollen ei vertailua myöskään tämän suhteen voitu tehdä. Tulosteni suhteuttamisen muihin aikaisemmin tehtyihin tutkimuksiin ikääntyneen ihmisen itsearvioidusta terveydestä olen pyrkinyt tekemään kunkin teema-alueen yhteydessä, sikäli kun se on ollut tarkoituksenmukaista.

Pidemmät haastattelut ja useampi tapaaminen olisivat mahdollisesti syventäneet haastatteluja. Myös haastattelujen tekeminen sairaalaympäristössä saattoi vaikuttaa vastaajien painoalueisiin. Paraikaa kuntoutusjaksolla olevina heillä saattoi korostua oman panoksen tärkeys hyvän vointinsa tekijänä. Tätä haluttiin painottaa, mutta toisaalta takaa paljastui myös toisenlaista ajattelutapaa: Osa haastatelluista koki olevansa "alistujia", he näkivät tilanteensa kohtalona, johon oli vaan sopeuduttava: *"Minä sanon, että se terveyskin on korkeemmassa kädessä. Minä luotan siihen, että terveyttä annetaan sitä myöten kun on*

tarpeen, ei oo suurempaa kuormaa kenelläkään, kun mitä on annettu."

Toisaalta taas osa vastaajista voitiin nähdä "taistelijoina", jotka ikäänkuin asettuivat oman sairautensa yläpuolelle: *"Vaikka joku sairaus tulee, niin ei pitäis siihen alistua, että pitäis olla niinku sen sairauven yläpuolella."* *"Jos oisin jääny sinne sängynpohjalle, niin siellä minä nyt olisin kippurassa..."*

Kokemuksellinen terveys näkyy tämän tutkimuksen perusteella erityisesti maailmaan suuntautumisessa: Vaikka ihmisellä olisi vakava sairaus, hän ei välttämättä koe sitä kovin relevantiksi arvioidessaan omaa senhetkistä terveydentilaansa. Tästä voimme löytää yhteyksiä myös Plüggen (1967) ajatteluun, jonka mukaan kehollisuuden kokemuksemme on suhteellisen neutraali silloin kun meillä on hyvä olo. Hyvä olo koetaan normaalina ja tavallisena. Ehkä tämän tutkimuksen haastateltavat viittasivat juuri hyvän olon kokemukseen kuvatessaan itsensä kroonisesta sairaudesta huolimatta terveiksi.

Kuten kokemuksellinen terveys, on kokemuksellinen vanheneminenkin kompleksinen ja monimuotoinen käsite. Heikkisen (1991) mukaan vanhenemisen kokemiselle ovat olennaisia tietyt negatiiviset reunaehdot, joita hän nimittää haavoittuvuustekijöiksi. Tällaisina tulivat hänen tutkimuksessaan esiin mm. heikentyvä terveys, heikentyvät aistit, huonontunut muisti ja erilaiset menetykset. Samansuuntaiset asiat vaikuttivat myös tässä tutkimuksessa ikääntyneiden ihmisten omiin negatiivisiin terveyskokemuksiin.

On kiinnostavaa, että saadessaan kertoa itsestään vapaasti ihmiset usein puhuvat niin terveyden kuin vanhenemisenkin yhteydessä yleisestä hyvinvoinnistaan tai ”olostaan”.

Voi ajatella, että vastatessaan viisiluokkaiseen "Millaiseksi koette oman terveyttenne tällä hetkellä"- kysymykseen, ihmiset saattavatkin mielessään vastata kysymykseen "Millainen olo teillä on?". Kaiken kaikkiaan ikääntyneen itsearvioitu terveys voidaan nähdä osana laajempaa kokonaisuutta; ikääntyneen ihmisen kokonaisvaltaista tyytyväisyyttä elämäänsä.

Survey-tyyppisten terveyden itsearvioiden kohdallahan ongelma on se, ettemme itse asiassa tiedä mihin ihmiset siinä yhteydessä vastaavat. Onko kyseessä sen hetkinen olo tai vointi, vai vielä jotain muuta? Tällä tutkimuksella olen pyrkinyt saamaan joitain vastauksia tähän varsin kompleksiseen kysymykseen. Kokemuksellisen terveyden selvittäminen ei kerro ihmisen jäljellä olevaa elinaikaa tai muita terveydentilan ennustettavuuteen liittyviä tekijöitä, mutta uskon, että tämänkaltaisen tutkimuksen pohjalta on mahdollista kehitellä myös kvantitatiivisia terveystilamittareita. Erilaisia näkökulmia ja metodeita yhdistämällä päästään ainakin lähemmäs terveyden itsearvioinnin kokonaiskuvaan.

KIRJALLISUUS

Alasuutari P: Laadullinen tutkimus. Vastapaino. Jyväskylä 1994.

Aukee R, Rauhala P-L, Rimpelä U: Sosiaalinen asema, terveydentila ja terveystottumukset. Empiirinen tutkimus 20-, 30-, ja 40-vuotiaista tamperelaisista naisista. Kansanterveystieteen julkaisuja M88/85, Tampere 1985.

Bertaux D: From the life-history approach to the transformation of sociological practise. Kirjassa: Biography and society. Toim. Bertaux D, SAGE publications, California 1981.

Borawski E A, Kinney J M ja Kahana E: The meaning of older adults' health appraisals: Congruence with health status and determinant of mortality. Journal of gerontology: Social sciences 51B, 157-70, 1996.

Festinger L A: A theory of social comparison processes. Human Relations 7, 117-140, 1954.

Groves, R, FulzN, Martin E: Direct questioning about comprehension in a survey setting. Kirjassa: Questions about questions: Inquiries into the cognitive bases of surveys, ss. 49-64, Toim. Tanur J M, Russell Sage, New York 1992.

Heikkinen E, Leinonen R, Berg S ym: Levels and associates of self-rated health among 75-year-old people living in three nordic localities. Teoksessa: Functional status, health and aging: The NORA study, s. 121-148. Serdi, Paris 1997.

Heikkinen R-L: Patterns of experienced aging with a Finnish cohort. J Aging Hum Dev 36:269-277, 1993.

Heikkinen R-L: Vanhenemisen mysteeri, koettu vanheneminen tutkimuskertomusten valossa. Gerontologia 8 (4) 227-236, 1994.

Heikkinen R-L, Suutama T (toim.): Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn ja terveyden arviointi. Ikivihreät-projekti osa 2. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja. Helsinki 1991.

Heikkinen R-L, Laine T (toim.) Hoitava kohtaaminen. Kirjayhtymä Oy. Helsinki 1997.

Heikkinen R-L, Virtanen V, Heikkinen E, ym.: Sosiaalinen yhteisyys, yhteisöllinen toiminta ja terveys. Gerontologia 6: 176-184, 1992.

Heinämaa S: Ele, tyyli ja sukupuoli -Merleay-Pontyn ja Beauvoirin ruumiin fenomenologia ja sen merkitys sukupuolikysymykselle. Gaudeamus, Tampere 1996.

- Häggman-Laitila A ja Åstedt-Kurki P: Experiential health knowledge from the perspective of Finnish adults. *West J Nurs Res.* 17 (6)614-30,1995
- Idler E L ja Benyamini Y: Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior.* Vol 38. 21-37, 1997.
- Idler E L, Hudson S V, Leventhal H: The meanings of self-ratings of health; a qualitative and quantitative approach. *Research on aging,* Vol 21, No 3. 458-476, 1999.
- Jylhä M: Oman terveyden kokeminen eläkeiässä. *Acta Universitatis Tamperensis* vol. 195. Tampere 1985.
- Jylhä M: Terveys ja sairaus. Kirjassa: Vanheneminen ja elämäntilanne. s. 162-198. Toim. Pohjolainen P. Jylhä M. Weilin-Göös, Mänttä 1990.
- Jylhä M: Self-rated health revisited: Exploring survey interview episodes with elderly respondents. *Social Science & Medicine.* Vol 39 no 7. 983-990,1994.
- Kivinen P, Halonen P, Eronen M ym: Self-rated health, physician rated health and associated factors among elderly men: The Finnish cohort of the Seven Countries Study. *Age & Ageing* 27, 41-47,1998.
- Krause K, Kiikkala I: Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Kirjayhtymä Oy, Helsinki 1996.
- Kvale S: Interviews, an introduction to qualitative research. Sage, Thousand Oaks, Ca 1996.
- Laine T: Aistisuus, kehollisuus ja dialogisuus. *Jyväskylä Studies in education, psychology and social research* 96. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä 1993.
- Laine T, Kuhmonen M: Filosofinen antropologia. Atena kustannus Oy. Jyväskylä 1995.
- Leinonen R, Heikkinen E, Jylhä M: Self-rated health and self-assessed change in health in elderly men and women - a five year longitudinal study. *Social Science & Medicine.* vol 46, no 4-5, 591-597, 1998.
- Maddox G: Commentary on the self-reported health symposium. *Research on aging,* Vol 21, 501-506, 1999.
- Manderbacka K: Questions on survey questions on health. Swedish institute for social research 30, Stockholm 1998.
- Merleau-Ponty M: *Phenomenology of perception.* Routledge and Kegan Paul, London 1962.

- Mulsant B H, Ganguli M, Seaberg E C: The relationship Between self-rated health and depressive symptoms in an epidemiological sample of community-dwelling older adults. *Journal of American Geriatric Society*.1997.
- Parse R R: *Man-Living-Health. A theory of nursing*. New York: John Wuley & Sons. 1981.
- Plügge H: *Der Mensch und sein Leib*. Tübingen.1967.
- Pörn I: Health and adaptedness. *Theoretical medicine* 14: 295-303.1993.
- Suls J, Marco C A, Tobin S: The role of temporal comparison, social comparison and direct appraisal in the elderly's self-evaluations of health. *Journal of Applied Social Psychology*. 21. 262-270, 1991.
- Thorslund M, Nordström T: The relationship between different survey measures of health in an elderly population. *The Journal of Applied Gerontology*. Vol 12 no 1. March 1993. 61-70,1993.
- Tornstam L: Health and self-perception. A system theoretical approach. *Gerontologist* 15, 262-270, 1975.
- Tynjälä P: Kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien luotettavuudesta. *Suomen kasvatustieteellinen aikakauskirja*. Kasvatus 22, 5-6, 387-398, 1991.
- Töttö P: *Yhteiskuntatiede ja toiminta Objektivismiin kritiikistä yhteiskuntatieteiden metodologiassa*. Yhteiskuntatieteiden tutkimuslaitos. Tampere 1982.
- van Doorn C: A qualitative approach to studying health optimism, realism, and pessimism. *Research on aging* 21(3) 440-457, 1999.
- Varto J: *Laadullisen tutkimuksen metodologia*. Kirjayhtymä, Helsinki 1992.
- Wahlström J: *Merkityksen muodostuminen ja muuttuminen perheterapeuttisessa keskustelussa*. Väitöskirja. Jyväskylä Studies of Education, Psychology and Social Research. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä 1992.
- Williams R: Concepts of health: an analysis on lay logic. *Sociology* 17: 185-205, 1983.
- Åstedt-Kurki P: *Terveys, hyvä vointi ja hoitotyö kuntalaisten ja sairaanhoitajien kokemana*. *Acta universitatis Tampereensis*. Vol 349. Tampereen yliopisto, Tampere. 1992