

**OMAN VIEHÄTTÄVYYDEN KOKEMINEN  
IKÄÄNTYNEILLÄ NAISILLA**

Gerontologian ja kansanter-  
veyden pro gradu -tutkielma

Jyväskylän yliopisto

Terveystieteiden laitos

Syksy 2000

Riikka Laulaja

Kirsi Halvorsen

## Tiivistelmä

Laulaja, Riikka ja Halvorsen, Kirsi. OMAN VIEHÄTTÄVYYDEN KOKEMINEN IKÄÄNTYNEILLÄ NAISILLA. Gerontologian ja kansanterveyden pro gradu - tutkielma. Jyväskylän yliopisto, Terveystieteiden laitos, 2000, 47 sivua + liitteet.

---

Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella 75-vuotiaiden ja sitä vanhempien kuopiolaisnaisten oman viehättävyyden kokemista ja oman viehättävyyden muutoksen kokemista ikääntymisen myötä sekä niitä tekijöitä, jotka mahdollisesti ovat yhteydessä itsensä viehättäväksi kokemiseen ja sen muutokseen.

Tutkimusaineisto on peräisin Kuopio 75+ -tutkimuksesta, jossa aineisto kerättiin haastattelemalla 601 75-vuotiasta tai sitä vanhempaa kuopiolaista miestä ja naista. Rajasimme tämän tutkimuksemme aineiston siten, että otimme mukaan kaikki kotona asuvat yli 74-vuotiaat naiset (n=373). Jaoin tutkimusaineiston kahteen ikäryhmään, 75 - 79-vuotiaisiin ja 80 - 95-vuotiaisiin.

Molemmista ikäryhmistä yli puolet arvioi itsensä melko viehättäväksi ja viehättäväksi itsensä kokevia oli molemmista ikäryhmistä noin viidesosa. Molemmista ikäryhmistä noin puolet koki viehättävyytensä vähentyneen ikääntymisen myötä ja 40 % molemmista ikäryhmistä koki viehättävyytensä pysyneen samana. Vanhemmassa ikäryhmässä ne henkilöt, joilla oli vähän diagnosoituja sairauksia kokivat itsensä viehättäväksi tai melko viehättäväksi. Molemmissa ikäryhmissä yli puolet vähän sairauksia omaavista ei kokenut viehättävyytensä muuttuneen iän myötä. Nuoremmassa ikäryhmässä ne henkilöt, joilla oli vähän säännöllisesti käytettäviä lääkkeitä kokivat itsensä viehättäväksi tai melko viehättäväksi. Yli puolet heistä koki viehättävyytensä pysyneen samana ikääntymisestä huolimatta. Vanhemmassa ikäryhmässä eniten itsensä viehättäväksi kokevia oli niissä henkilöissä, joilla ei Zungin testin mukaan ollut selvää depressiota ja Zungin testin mukaan vaikeasti depressiiviset henkilöt arvioivat viehättävyytensä vähentyneen iän myötä. Nuoremmassa ikäryhmässä suurin osa Lawtonin IADL-testin mukaan toimintakyvyiltään täysin omatoimimisista koki itsensä joko viehättäväksi tai melko viehättäväksi.

Kotona asuvilla ikääntyneillä naisilla oli melko positiivinen kuva omasta viehättävyydestään eikä iällä ollut kovinkaan suurta merkitystä oman viehättävyyden kokemisessa eikä myöskään omassa viehättävyydessä iän myötä tapahtuvan muutoksen kokemisessa. Omaa viehättävyyttä ja siinä iän myötä tapahtuvan muutoksen kokemista selittäviä tekijöitä oli varsin vähän.

Avainsanat: viehättävyys, oman viehättävyyden kokeminen, ikääntyminen

# SISÄLLYS

## TIIVISTELMÄ

1 JOHDANTO.....	1
2 FYYSSINEN VIEHÄTTÄVYYS IKÄÄNTYNEILLÄ .....	3
2.1 Viehättävyys ja ikääntyminen .....	3
2.2 Ikääntyneiden viehättävyyden tutkiminen .....	5
2.3 Oman viehättävyyden kokeminen ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä.....	6
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT.....	10
4 TUTKIMUSAINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT .....	11
4.1 Tutkimusaineiston kuvaus.....	11
4.2 Tiedonkeruumenetelmät.....	14
4.3 Tilastolliset menetelmät .....	17
5 TULOKSET .....	18
5.1 Viehättävyyden ja siinä tapahtuneiden muutosten kokeminen 75-79- ja 80-95-vuotiailla naisilla .....	18
5.2 Siviilisäädyn, koulutuksen keston ja taloudellisen tilanteen yhteys itsensä viehättäväksi kokemiseen .....	21
5.3 Terveystilan ja depressiivisten oireiden yhteys itsensä viehättäväksi kokemiseen .....	22
5.4 Toimintakyvyn ja kehon massaindeksin yhteys itsensä viehättäväksi kokemiseen .....	29
5.5 Elämään tyytyväisyys, yksinäisyys ja liikunnan harrastaminen suhteessa oman viehättävyyden kokemiseen.....	32
6 POHDINTA.....	33
LÄHTEET .....	42
LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

Viehättävyys ihmisen ominaisuutena on moniselitteinen käsite. Viehättävyyteen voidaan ajatella kuuluvaksi sekä sisäinen että ulkoinen viehättävyys, vaikka viehättävyydellä tarkoitetaan usein nimenomaan ulkoista viehättävyyttä. Fyysinen viehättävyys voitaisiin ajatella ihmisen persoonalliseksi ominaisuudeksi, joka on muille ihmisille ilmeinen ja käytettävissä oleva lähes kaikessa sosiaalisessa vuorovaikutuksessa (Berscheid & Walster 1974). Vartalon ja kasvojen ulkonäkö on välittömin ja ainutlaatuisin yksilöllinen ominaisuus, joka on muiden ihmisten saatavilla. Fyysisen viehättävyyden perusteella ihmisille muodostuu ensivaikutelma vieraista ihmisistä ja se opastaa ihmisiä vuorovaikutustilanteissa missä tahansa sosiaalisessa kontekstissa. (Sorell & Nowak 1981.) Jokaisella meistä on luultavasti mielessään selkeä käsitys siitä, millainen ihminen on viehättävä. Ainakin osaksi tämä viehättävyyuskäsitys muodostuu kulttuurillisista tekijöistä (Sorell & Nowak 1981) ja tästä käsityksestä muodostuu myös kuva omasta viehättävyydestä.

Elämänkaarinäkökulmasta katsottuna ihmisen fyysisessä viehättävyydessä on hänen elämänkaarensa aikana sekä jatkuvuutta että vaihtelua (Adams 1977). Morthase ja Trenholme (1982) esittävät artikkelissaan mielenkiintoisia kysymyksiä; jos henkilö on kaksikymppisenä viehättävämpi kuin muut ikäisensä, niin onko hän ikäisiään viehättävämpi myös kuusikymppisenä? Onko nuori ihminen aina fyysisesti viehättävämpi kuin vanha ihminen? Berscheidin ja Walsterin (1974) mukaan nopea painon nousu tai lasku, muutokset hampaistossa ja fyysiset sairaudet ovat seikkoja, jotka saattavat heikentää voimakkaasti ulkonäköä. Tärkeä muutos, joka kohtaa kaikkia yksilöitä, on ikääntyminen. Nykykulttuuri suosii viehättävyyttä ja ikuista nuoruutta, mutta ikääntymisen myötä fyysinen ulkonäkö muuttuu vääjäämättä. Ikääntymisen tuomat muutokset kokevat voimakkaimmin ne, joilla on eniten ”menetettävää” eli ns. kauniit henkilöt. Berscheid ja Walster (1974) ovat tutkimuksessaan havainneet, että naiset, jotka olivat lukioikäisinä viehättäviä, olivat keski-ikäisinä tyytymättömämpiä elämäänsä verrattuna niihin naisiin, jotka olivat lukioikäisinä vähemmän viehättäviä.

Oman viehättävyyden kokemista ei ole tutkittu kovinkaan paljon. Toisten ihmisten arviointiin perustuvia viehättävyydetutkimuksia löytyy erityisesti psykologian piiristä jonkin verran (mm. Farina ym. 1977; Milord 1978; Napoleon ym. 1980; Goebel 1982; Korthase & Trenholme 1982; Johnson & Pittenger 1984; Wernick & Manaster 1984; Noles ym. 1985; Zebrowitz ym. 1993; Perlini ym. 1999). Fyysisen viehättävyyden on todettu vähenevän iän myötä (Wernick & Manaster 1984; Zebrowitz ym. 1993) erityisesti naisilla (Milord 1978; Korthase & Trenholm 1982). Ikääntyneiden osalta oman viehättävyyden arviointiin liittyviä tutkimuksia on hyvin vähän (mm. Peterson & Miller 1980; Boellhoff Giesen 1989; Ben-Tovim & Walker 1994; Hetherington & Burnet 1994; Franzoi & Koehler 1998) ja tutkimustulokset eivät ole olleet kovin yhteneviä. Meidän tietoomme ei ole tullut aikaisempia suomalaisia ikääntyvien ihmisten viehättävyyttä käsitteleviä tutkimuksia, joten siinä mielessä tutkimuksemme on tärkeä ja tutkimustarve perusteltu.

Tutkimuksemme rajoittuu käsittämään 75-vuotiaita ja sitä vanhempia naisia, sillä suurin osa aineistomme 601 tutkittavasta henkilöstä oli naisia. Päädyimme rajaamaan tutkimuksemme naisiin myös siitä syystä, että viehättävyys on enemmän naisia koskettava asia (Pliner ym. 1990). Selvitimme kokivatko ikääntyneet naiset itsensä viehättäviksi ja kokivatko he oman viehättävyytensä muuttuneen ikääntymisen myötä. Tarkastelimme myös sellaisia tekijöitä, jotka voisivat vaikuttaa ikääntyneiden naisten näkemyksiin heidän omasta viehättävyydestä.

## 2 FYYSINEN VIEHÄTTÄVYYS IKÄÄNTYNEILLÄ

### 2.1 Viehättävyys ja ikääntyminen

Kulttuurisidonnaiset ulkonäköstandardit vaikuttavat yleiseen mielipiteeseen siitä, millainen ihminen on viehättävä (Sorell & Nowak 1981). Boellhoff Giesenin (1989) tutkimukseen osallistuneet henkilöt määrittivät viehättävyyden lähinnä ulkonäön ja fyysisten ominaisuuksien mukaan, esimerkiksi kauneus, sievyys, hyvä iho, kaunis hymy jne. Puolet tutkituista naisista ilmoitti käsityksensä muuttuneen kymmenen vuoden aikana siten, että nykyiset käsitykset viehättävyydestä koskivat enemmänkin käyttäytymisen piirteitä kuin ulkonäköön liittyviä piirteitä. Yleensä nuoret ja nuoret aikuiset arvioidaan viehättävämmiksi kuin lapset ja keski-ikäiset, ja keski-ikäiset arvioidaan viehättävämmiksi kuin vanhat ihmiset (Cross & Cross 1971). Fyysisesti viehättäviksi arvioidaan henkilöitä, jotka ovat pitkiä, vartaloltaan sopusuhtaisia ja joiden sosioekonominen asema on korkea (Berscheid & Walster 1974).

Wernickin ja Manasterin (1984) tutkimuksessa todettiin, että fyysinen viehättävyys vähenee iän myötä. Tutkimuksen mukaan nuorten ja ikääntyneiden näkemykset fyysisestä viehättävyydestä ovat yhtenevät, sillä sekä nuoret että ikääntyneet tutkimukseen osallistuneet henkilöt arvioivat nuoren naisen kasvot viehättävämmäksi kuin vanhan naisen kasvot. Milordin (1978) ja Korthasen ja Trenholmen (1982) tutkimusten mukaan viehättävyys vähenee ikääntyessä erityisesti naisilla. Zebrowitzin ym. (1993) tutkimuksessa taas todettiin fyysisen viehättävyyden vähenevän iän myötä, mutta ikääntyminen ei kuitenkaan, niin kuin yleisesti ajatellaan, vähennä naisten viehättävyyttä sen enempää kuin miestenkään viehättävyyttä.

Tutkimusten mukaan viehättävään fyysiseen ulkonäköön yhdistetään monia positiivisia ominaisuuksia (Dion ym. 1972; Berscheid & Walster 1974; Adams 1977; Johnson & Pittenger 1984; Feingold 1992; Perlini ym. 1999). Fyysisesti viehättävien ihmisten ajatellaan olevan älykkäitä ja persoonallisia ihmisiä. Heillä oletetaan olevan enemmän sosiaalisesti puoleensavetäviä persoonallisuuden piirteitä ja heidän odotetaan elävän menestyksellisempää elämää kuin ei-viehättävien henkilöiden. Fyysisesti viehättävien

ihmisten on havaittu olevan seksuaalisesti lämpimämpiä ja vastaanottavaisempia kuin ei-viehättävät ihmiset. Viehättävien ihmisten oletetaan olevan herkempiä, ystävällisempiä, mielenkiintoisempia, avoimempia, vahvempia ja tasapainoisempia kuin ei-viehättävät ihmiset (Dion ym. 1972). Fyysisesti viehättävät ovat sosiaalisesti hyväksytyjä (Goldman & Lewis 1977), tapailevat toisia ihmisiä enemmän (White 1980), heillä on suuremmat tulot (Berscheid & Walster 1974; Umberson & Hughes 1987) ja vuorovaikutus toisten kanssa on tyydyttävämpää (Reiss ym. 1982). Burns ja Farina (1992) toteavat, että viehättävät yksilöt saavat erikoiskohtelua koko elämänsä ajan, etenkin jos heidän taloudellinen tilanteensa on hyvä. Berscheidin ja Walsterin (1974) mukaan fyysisesti viehättävillä on enemmän vaikutusvaltaa ja heidän avioliittonsa ovat onnellisempia kuin ei-viehättävillä. Viehättävillä ajatellaan olevan paremmat lähtöasetelmat sosiaaliseen ja ammatilliseen elämään.

Sekä Johnsonin ja Pittengerin (1984) että Perlinin (1999) tutkimukset osoittivat, että yleinen viehättävyyden stereotypia vaikuttaa eri ikäluokkiin kuuluvien ihmisten arvioihin siitä, millaisia ominaisuuksia on viehättävällä, ikääntyneellä ihmisellä. Johnsonin ja Pittengerin (1984) tutkimuksessa sekä nuoret että ikääntyneet tutkimukseen osallistuneet henkilöt arvioivat fyysisesti viehättävien ikääntyneiden omaavan enemmän hyväksyttäviä persoonallisuuden piirteitä ja hyviä elämäkokemuksia sekä saavuttaneen paremman ammatillisen menestyksen kuin vähemmän viehättävät ikääntyneet. Perlinin ym. (1999) tutkimuksessa sekä nuoret että ikääntyneet tutkittavat olivat sitä mieltä, että on sosiaalisesti hyväksyttävämpää olla vanha ja ei-viehättävä kuin nuori ja ei-viehättävä. Feingoldin (1992) tutkimuksen mukaan fyysinen viehättävyys ei ole yhteydessä seurallisuuteen, hallitsevuuteen tai mielenterveyteen. Sosiaaliseen käyttäytymiseen liittyvät persoonallisuuden piirteet, kuten yksinäisyys, ahdistuneisuus ja estoisuus, olivat yhteydessä viehättävyyden kokemiseen. Fyysinen viehättävyys korreloi sosiaalisen käyttäytymisen kanssa (sosiaaliset taidot, vastakkaisen sukupuolen osoittama suosio, samaa sukupuolta olevien ystävien määrä), mutta oli vain vähän yhteydessä kognitiiviseen kyvykkyyteen.

## 2.2 Ikääntyneiden viehättävyyden tutkiminen

Viehättävyyttä koskevia tutkimuksia on perinteisesti tehty lähinnä nuorille henkilöille (Pliner ym. 1990). Ainoastaan ikääntyneisiin ihmisiin kohdistuvia viehättävyyttä käsitteleviä tutkimuksia on hyvin vähän. Useimmissa viehättävyydetutkimuksissa tutkittavat ovat joko lukio- tai yliopisto-opiskelijoita (Dion ym. 1972; Marsella ym. 1981; Cash ym. 1983; Fallon & Rozin 1985; Keating 1985; Hummert 1990; Cunningham ym. 1995), mutta on myös sellaisia tutkimuksia joissa tutkittavat ovat sekä nuoria että ikääntyneitä ihmisiä (Farina ym. 1977; Johnson & Pittenger 1984; Wernick & Manaster 1984; Noles ym. 1985; Boelhoff Giesen 1989; Ross ym. 1989; Pliner ym. 1990; Ben-Tovim & Walker 1994; Hetherington & Burnett 1994; Franzoi & Koehler 1998; Perlini ym. 1999).

Useissa viehättävyyttä käsittelevissä tutkimuksissa tutkimukseen osallistuva henkilö arvioi toisen ihmisen viehättävyyttä. Fyysinen ulkonäkö on pyritty tutkimuksissa käsitteellistämään ja operationalisoimaan (Sorell & Nowak 1981) ja useissa, myös ikääntyneiden viehättävyyttä käsittelevissä tutkimuksissa on arvioitu kasvokuvia viehättävyyden indeksinä (Milord 1978; Napoleon ym. 1980; Goebel 1982; Korthase & Trenholme 1982; Johnson & Pittenger 1984; Wernick & Manaster 1984; Zebrowitz ym. 1993; Perlini ym. 1999). Johnsonin ja Pittengerin (1984) tutkimuksessa nuoret ja vanhat tutkittavat arvioivat ikääntyneiden ihmisten kasvokuvia. Perlini ym. (1999) ja Wernick ja Manaster (1984) tutkivat nuorien ja ikääntyneiden tutkittavien kasvokuvaan perustuvia arvioita sekä nuorien että vanhojen ihmisten viehättävyydestä. Korthasen ja Trenholmen (1982) tutkimuksessa 14 - 16-vuotiaat tytöt ja pojat sekä 31 - 38-vuotiaat naiset ja miehet arvioivat nuorten, keski-ikäisten ja ikääntyneiden viehättävyyttä kasvokuvien perusteella.

Yleisiä viehättävyyden tutkimusmenetelmiä ovat myös videonauhalla arviointi (Noles ym. 1985), haastattelumenetelmä tai aito tutkimustilanne, jossa tutkimukseen osallistuva arvioi toista osallistujaa (Farina ym. 1977). Yleensä tutkimuksissa on ollut käytössä arviointiasteikko, esimerkiksi ei-viehättävästä hyvin viehättävään. Itsearviointia fyysistä viehättävyyttä on määritelty käyttämällä erilaisia itsearviointiasteikkoja. Joissakin tutkimuksissa on käytetty yksittäisiä kysymyksiä mittaamaan itsearviointia



viehättävyyttä, esimerkiksi ”kuinka viehättäväksi tunnet itsesi” tai ”kuinka viehättävä olet”. (Feingold 1992.)

Oman viehättävyyden arviointiin liittyviä tutkimuksia on ikääntyneiden osalta vähän. Boellhoff Giesenin (1989), Ben-Tovimin ja Walkerin (1994), Hetheringtonin ja Burnetin (1994) ja Franzoin ja Koehlerin (1998) tutkimuksissa kartoitettiin nuorten ja ikääntyneiden ihmisten käsityksiä omasta kehostaan ja sen viehättävyydestä. Petersonin ja Millerin (1980) tutkimuksessa selvitettiin fyysisen viehättävyyden merkitystä avioliitossa vanhemmilla pariskunnilla. Ikääntyneiden viehättävyyttä käsittelevissä tutkimuksissa on selvitetty myös sitä, liitetäänkö fyysisesti viehättäviin ikääntyneisiin positiivisia ominaisuuksia samalla tavoin kuin muita ikäluokkia edustaviin viehättäviin ihmisiin (Johnson ja Pittenger 1984; Perlini ym. 1999).

### **2.3 Oman viehättävyyden kokeminen ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä**

Naiset kiinnittävät fyysiseen viehättävyyteensä paljon enemmän huomiota ja ovat enemmän riippuvaisia yhteiskunnassa esiintyvistä ulkonäköstandardeista kuin miehet iästä riippumatta (Pliner ym. 1990). Yleisesti ajatellaan, että ikääntyessä miehet tulevat komeammiksi, kun taas naisten viehättävyys vähenee (Boellhoff Giesen 1989). Naisten on vaikea olla tyytyväisiä omaan ulkonäköönsä verratessaan sitä vallitseviin kauneusihanteisiin (Fallon & Rozin 1985; Franzoi & Koehler 1998). Ikääntyneiden on todettu pitävän omia kasvojaan vähemmän viehättävinä kuin nuorten, sillä ikääntymisen myötä tapahtuvat muutokset kasvojen ulkonäössä eivät vastaa yleisesti vallitsevaa kauneusihannetta (Franzoi & Koehler 1998). Plinerin ym. (1990) ja Perlinin ym. (1999) mukaan fyysisen viehättävyyden merkitys vähenee iän myötä. Yhtenä syynä tähän voisi olla se, että fyysisen viehättävyyden standardit liittyvät nuoriin ihmisiin, ei ikääntyneisiin (Keating 1985; Cunningham ym. 1995). Hagan Hennessyn (1989) mukaan läheisten sosiaalinen ja psykologinen tuki muodostuu tärkeäksi tekijäksi itsensä arvioinnissa ikääntyneillä.

Franzoin ja Koehlerin (1998) tutkimuksessa kartoitettiin tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden käsityksiä omasta kehostaan ja sen viehättävyydestä. Tutkimuksessa oli

mukana sekä nuorempi (keski-ikä 19 vuotta, n=132, joista naisia 81) että vanhempi (keski-ikä 74 vuotta, n=142, joista naisia 66) tutkimusryhmä. Ikääntyneiden käsitykset omasta kehostaan olivat negatiivisempia kuin nuorten silloin, kun oli kyse kehon toimintaan liittyvistä asioista kuten fyysisestä koordinaatiosta, ketteryydestä, seksuaalisesta vietistä tai terveydestä. Ikääntyneillä tutkittavilla oli negatiivisempi käsitys omien kasvojen viehättävyydestä kuin nuoremmilla tutkittavilla. Tutkimukseen osallistuneilla ikääntyneillä naisilla oli nuoriin verrattuna enemmän positiivisia ajatuksia omasta kehostaan silloin, kun arvioitiin kehon painoon liittyviä asioita. Ikääntyneet naiset olivat tyytyväisiä reisiinsä, ruokahaluunsa ja painoonsa huolimatta siitä, että tutkittavat ikääntyneet naiset olivat huomattavasti painavampia kuin nuoremmat tutkittavat.

Englantilaistutkimuksessa havaittiin 18 - 31-vuotiaiden naisten olevan huomattavasti tyytymättömämpiä vartaloonsa kuin 60 - 78-vuotiaiden naisten (Hetherington & Burnet 1994). Howen (1986) mukaan nuorten ja ikääntyneiden asenteet iän myötä muuttuvaan vartaloon ovat samanlaisia. Ben-Tovimin ja Walkerin (1994) tutkimuksessa selvitettiin sitä, vaikuttaako kehon massaindeksi eli BMI (Body Mass Index) 16 - 65-vuotiaiden naisten asenteisiin omasta vartalosta. Ylipainoiset kokivat olevansa vähemmän viehättäviä kuin ne, joilla oli normaali BMI. BMI:n vaikutus omaa vartaloa koskeviin asenteisiin ei riippunut tutkittavien iästä.

Peterson ja Miller (1980) ovat tutkineet fyysisen viehättävyyden ja avioliiton yhteyksiä vanhemmilla pariskunnilla. Tutkimuksessa todettiin, että fyysinen ulkonäkö oli tärkeämpi naimisissa oleville miehille kuin naisille. Aviomiesten viehättävyys oli enemmän yhteydessä aviosuhteeseen, sillä miehet kokivat naimisissa olon yhdeksi syyksi siihen, että he kokivat itsensä viehättäväksi. Myös vaimot kokivat oman puolisonsa viehättäväksi. Boellhoff Giesen (1989) on tutkinut ikääntymisen ja viehättävyyden välisiä yhteyksiä naimattomilla ja naimisissa olevilla. Kysymykset koskivat viehättävyyttä, naisellisuutta ja seksuaalisuutta. Keski-ikäiset ja sitä vanhemmat naimisissa olevat naiset mainitsivat fyysiset muutokset, kuten painon nousun, hiusten harmaantumisen ja rypyt syiksi vähentyneeseen viehättävyyteen ja seksuaaliseen viehättykseen. Naimattomat naiset eivät kokeneet fyysisten ikääntymismuutosten vaikuttavan viehättävyytensä. Viehättävyyttä määriteltiin lähinnä

ulkonäköseikkojen sekä muiden fyysisten ominaisuuksien pohjalta. Naimattomilla naisilla oli enemmän erilaisia määrittelyjä viehättävyydestä, ja he eivät kokeneet viehättävyytensä vähentyneen ikääntymisen myötä. Naimattomat kokivat itsensä viehättävämmiksi kuin naimisissa olevat.

Sairauksilla on havaittu olevan yhteyttä oman fyysisen viehättävyyden kokemiseen. Sairauksien ja viehättävyyden yhteyttä kartoittavissa tutkimuksissa tutkittavat ovat olleet pääasiassa nuoria. Noles ym. (1985) tutkivat minäkuvan, fyysisen viehättävyyden ja depression välistä yhteyttä. Tutkimuksessa verrattiin depressiivisten ja ei-depressiivisten tutkittavien arvioita itsestään ja todettiin, että depressiiviset tutkittavat olivat vähemmän tyytyväisiä vartaloonsa ja kokivat itsensä vähemmän viehättäviksi kuin ei-depressiiviset tutkittavat. Depressiiviset ja ei-depressiiviset tutkittavat eivät kuitenkaan eronneet toisistaan viehättävyyden osalta silloin, kun heidän viehättävyyttään arvioi 13 ulkopuolista arvioitsijaa. Myös Marsella ym. (1981) havaitsivat tutkimuksessaan, että depressiiviset tutkittavat olivat tyytymättömiä oman kehonsa eri osiin ja omaan fyysiseen ulkonäkönsä kokonaisuudessaan. Skevington ym. (1987) totesivat reumapotilaiden käyttävän merkitsevästi vähemmän adjektiivia ”viehättävä” kuvaillessaan itseään kuin terveet. Skevington kumppaneineen päätyi johtopäätökseen, että viehättävä -adjektiivi on osa minäkäsitystä vain silloin, kun henkilön itsetunto on suhteellisen korkealla tasolla.

Psyykkisten sairauksien ja viehättävyyden yhteyttä on tutkittu suhteellisen paljon siten, että tutkittavien viehättävyyttä ovat arvioineet ulkopuoliset arvioitsijat. Näissäkin tutkimuksissa on harvoin tutkittu ikääntyneitä. Farinan ym. (1977) tutkimuksessa psykiatrisen sairaalan naispotilaat arvioitiin vähemmän viehättäväksi verrattuna terveistä naisista koostuvaan tutkimusryhmään. Tulos oli sama sekä silloin, kun arvioitsijat arvioivat tutkittavien viehättävyyttä kasvokkain että silloin, kun tutkittavien viehättävyyttä arvioitiin kasvokuvien perusteella. Vähemmän viehättävillä psykiatrisilla potilailla oli lisäksi useampia diagnooseja, huonommat sosiaaliset taidot ja heidän lapsuus- ja aikuisajan sosiaaliset suhteensa olivat huonompia kuin viehättävillä potilailla. Ei-viehättävien potilaiden sairaalassaoloaika oli pidempi ja heillä kävi sinä aikana vähemmän vieraita kuin viehättävillä potilailla.

Napoleonin ym. (1980) tutkimuksessa psykiatrisia potilaita verrattiin kontrolliryhmään, jossa tutkittavat oli jaettu sosioekonomisen statuksen mukaan pieni-, keski- ja korkeatuloisiin. Tutkimuksen mukaan psykiatriset potilaat arvioitiin merkitsevästi vähemmän viehättäviksi kuin keski- ja korkeatuloiset, mutta pienituloisiin verrattuna ei viehättävyydessä ollut merkitsevää eroa. Psykiatristen potilaiden viehättävyyttä arvioitiin myös lukioaikaisten luokkakuvien perusteella ja vertailuryhmänä olivat heidän silloisten luokkatovereidensa kuvat. Psykiatriset potilaat olivat arvioitsijoiden mukaan vähemmän viehättäviä jo ennen sairastumistaan. Fyysisestä ei-viehättävyydestä voitaisiin siis olettaa aiheutuvan monenlaisia sosiaalisia haittoja, mukaan lukien mielenterveyden ongelmat.

### 3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

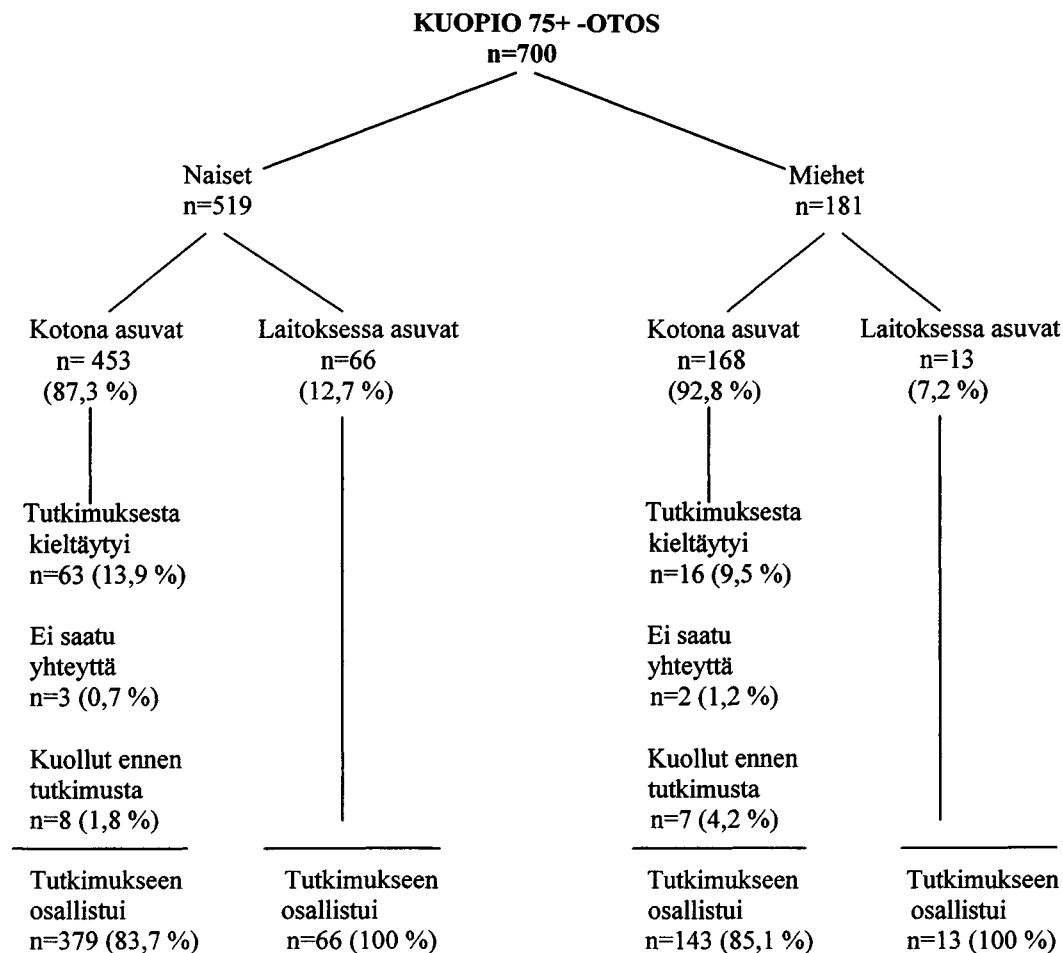
Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten viehättäväksi 75 - 79- ja 80 - 95-vuotiaat kuopiolaisnaiset kokevat itsensä ja kokevatko he ikääntymisen muuttaneen viehättävyyttään. Lisäksi tarkastelimme eräitä kuvailevia taustatekijöitä, joiden ajattelimme olevan mahdollisesti yhteydessä itsensä viehättäväksi kokemiseen. Näitä tekijöitä olivat ikä, siviilisääty, koulutuksen kesto, taloudellinen tilanne, terveydentila, depressiiviset oireet, toimintakyky ja kehon massaindeksi. Lisäksi selvitimme vielä elämään tyytyväisyyden, yksinäisyyden ja liikunnan harrastamisen mahdollista yhteyttä itsensä viehättäväksi kokemiseen. Muodostimme seuraavat tutkimusongelmat:

1. Miten viehättäväksi 75 - 79- ja 80 - 95-vuotiaat naiset kokevat itsensä ja kokevatko he viehättävyytensä muuttuneen ikääntymisen myötä? Onko ikäryhmien välillä eroa?
2. Onko siviilisäädellä, koulutuksen kestolla sekä taloudellisella tilanteella yhteyttä siihen, miten viehättäväksi ikääntyneet naiset kokevat itsensä ja onko näillä tekijöillä yhteyttä oman viehättävyyden muutokseen ikääntymisen myötä?
3. Onko terveydentilalla ja depressiivisillä oireilla yhteyttä ikääntyneiden naisten oman viehättävyyden ja viehättävyyden muuttumisen kokemiseen?
4. Onko toimintakyvyllä ja kehon massaindeksillä yhteyttä ikääntyneiden naisten oman viehättävyyden ja viehättävyyden muuttumisen kokemiseen?
5. Onko ikääntyneiden naisten elämään tyytyväisyydellä, yksinäisyydellä ja liikunnan harrastamisella yhteyttä oman viehättävyyden ja viehättävyyden muutoksen kokemiseen?

## 4 TUTKIMUSAINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT

### 4.1 Tutkimusaineiston kuvaus

Tutkimuksemme aineisto oli peräisin Kuopio 75+ -tutkimuksesta, joka on väestöpohjainen poikkileikkaustutkimus. Tutkimuksen perusjoukkona olivat vuosina 1901 - 1922 syntyneet Kuopiossa 1.12.1997 asuneet henkilöt (keski-ikä 80,8 vuotta). Systemaattisen satunnaisotannan avulla valittiin 700:n henkilön otos (n. joka 8. 75-vuotias tai sitä vanhempi henkilö), joista henkilökohtaisesti tutkittiin 601 henkilöä (kuvio 1). Tutkimuksen aikana kuoli 27 henkilöä.



**Kuvio 1.** Kuopio 75+ -tutkimusotos

Rajasimme alkuperäisen tutkimusjoukon siten, että otimme mukaan ainoastaan kotona asuvat naiset (n=453). Tästä joukosta tutkimuksesta kieltäytyi 63 (13,9 %) henkilöä. Tutkimusta ennen kuoli kahdeksan henkilöä ja sen aikana kuusi eli yhteensä 14 henkilöä (3,1 %). Kolmea henkilöä ei tavoitettu (0,7 %). Tutkimuksen ulkopuolelle jäi siis 80 (17,7 %) henkilöä. Lopulliseksi tutkimusjoukoksi muodostui 373 naista, jotka olivat syntyneet vuosina 1902 - 1922 (keski-ikä 80,2 vuotta). Jaoin tutkimusjoukon kahteen ikäryhmään syntymävuoden ja tutkimusvuoden perusteella. Ensimmäiseen ikäryhmään kuuluivat 75 - 79-vuotiaat (n=194, 52 %, keski-ikä 76,8 vuotta) ja toiseen ikäryhmään kuuluivat 80 - 95-vuotiaat (n=179, 48 %, keski-ikä 83,9 vuotta). Nuoremmassa ikäryhmässä keskimääräinen koulutusaika oli seitsemän vuotta ja vanhemmassa ikäryhmässä kuusi vuotta. Siviilisäädystä merkittävin ero ikäryhmien välillä oli se, että leskiä oli vanhemmassa ikäryhmässä enemmän kuin nuoremmassa ikäryhmässä. Avioliitossa eläviä oli taas nuoremmassa ikäryhmässä huomattavasti enemmän kuin vanhemmassa ikäryhmässä. (Taulukko 1).

**Taulukko 1.** 75-79- ja 80-95-vuotiaiden kotona asuvien naisten siviilisäätö (%)

Siviilisäätö	75-79-vuotiaat n=194	80-95-vuotiaat n=179	Kaikki n=373
Leski	55,7	70,9	63,0
Avioliitto	24,7	8,4	16,9
Naimaton	13,4	17,3	15,3
Eronnut	5,2	2,8	4,0
Avoliitto	0,0	0,6	0,3
Naimisissa, asuu erillään	1,0	0,0	0,5
Yhteensä	100	100	100
$\chi^2= 23.431$		$p=.000$	

Diagnosoituja sairauksia oli nuoremmassa ikäryhmässä keskimäärin viisi ja vanhemmassa ikäryhmässä kuusi. Nuoremmassa ikäryhmässä kahdella (1 %) henkilöllä ja vanhemmassa ikäryhmässä yhdellä (0,6 %) henkilöllä ei ollut mitään sairauksia. Yleisin sairausryhmä molemmissa ikäryhmissä oli sydänsairaudet. Säännöllisesti käytettäviä reseptilääkkeitä oli nuoremmassa ikäryhmässä keskimäärin neljä ja

vanhemmassa ikäryhmässä viisi. Molemmista ikäryhmistä noin puolet arvioi terveydentilansa keskinkertaiseksi (taulukko 2).

**Taulukko 2.** 79-79- ja 80-95-vuotiaiden kotona asuvien naisten itsearvioitu terveydentila (%).

Itsearvioitu terveys	75-79-vuotiaat n=194	80-95-vuotiaat n=178	Kaikki n=372
Erittäin hyvä	3,1	3,4	3,2
Melko hyvä	36,1	28,7	32,5
Keskinkertainen	47,9	46,6	47,3
Melko huono	8,2	15,2	11,6
Huono	4,1	5,0	4,6
En osaa sanoa	0,5	1,1	0,8
Yhteensä	100	100	100
$\chi^2= 6.018$	df=5	p=.292	

Barthelin (ADL) indeksillä mitattuna molempien ikäluokkien toimintakyky oli verrattain hyvä. Nuoremmassa ikäryhmässä 173 henkilöä (89,2 %) ja vanhemmassa ikäryhmässä 107 henkilöä (59,8 %) sai 95 tai 100 pistettä (max 100 pistettä) Barthelin indeksissä. Lawtonin (IADL) toimintakykymittarin pistemäärissä oli enemmän eroa ikäryhmien välillä. Nuoremmassa ikäryhmässä 105 tutkittavaa (54,1 %) selviytyi täysin omatoimisesti jokaisesta Lawtonin testiin kuuluvasta osa-alueesta, kun taas vanhemmassa ikäryhmässä ainoastaan 25 henkilöä (14,0 %) oli Lawtonin testin mukaan täysin omatoimisia.



## 4.2 Tiedonkeruumenetelmät

Kuopio 75+ -tutkimuksen tutkimusmenetelminä käytettiin haastattelua, kliinistä lääkärintarkastusta ja kyselylomaketta. Jokaisen tutkittavan haastatteli sairaanhoitaja lukuun ottamatta yhtä henkilöä, jonka haastatteli tutkimusapulainen. Koko tutkimusaineistosta 73,1 % (512 henkilöä) vastasi kysymyksiin itsenäisesti ja 4,7 % (33 henkilöä) vastasi kysymyksiin toisen avustamana (esim. omainen tai omahoitaja). 2,4 % (17 henkilöä) oli sellaisia, joiden puolesta vastasi toinen henkilö (esim. omainen tai hoitaja). Suurin osa tutkituista (528 henkilöä) haastateltiin Harjulan sairaalassa. Kotona haastateltiin 17 ja Valkeisen sairaalassa 15 tutkittavaa. Loput haastatteluista tehtiin vanhainkodeissa huonokuntoisimmille tutkittaville. Tutkimuksemme lopullisesta aineistosta (n=373) 93,3 % (348 henkilöä) vastasi kysymykseen itsenäisesti, 13 henkilöä vastasi toisen avustamana ja yhden henkilön puolesta vastasi toinen henkilö (sisar). Lopullisesta tutkimusaineistosta 357 henkilöä (95,7 %) haastateltiin Harjulan sairaalassa, kotona haastateltiin 13 henkilöä ja Valkeisten sairaalassa kolme henkilöä.

Haastattelun avulla selvitettiin sosiodemografisia tietoja, asumisolaja, liikenteessä liikkumista, harrastuksia ja sosiaalisia suhteita, terveydentilaa, toimintakykyä, oikeustoimikelpoisuutta, apuvälineiden ja palveluiden käyttöä ja terveystyötyymistä. Depressiivisiä oireita kartoitettiin kysymyksiin tutkittavat vastasivat itsenäisesti täyttämällä arviointilomakkeen. Viehättävyysskysymykset esitettiin lääkärintarkastuksen yhteydessä parisuhdetta, seksuaalista kanssakäymistä ja seksuaalisuuteen kohdistuvia asenteita kartoittavien kysymysten lomassa. Näin pyrittiin saamaan mahdollisimman korkea vastausprosentti. Lisäksi tutkittaville suoritettiin lääkärintarkastus, jossa terveydentila selvitettiin yksityiskohtaisesti. Myös tutkittavien sairauskertomuksia käytettiin diagnosoitujen sairauksien selvittämiseksi. Haastattelut ja tutkimukset suoritettiin vuoden 1998 aikana.

Depressiivisiä oireita mitattiin Zungin depressiivisten oireiden itsearviointimittarilla (Zung Self-rating Depression Scale) (ZSDS). Zungin depressiivisten oireiden itsearviointimittari on alun perin kehitetty mittaamaan kaikenikäisten depressiopotilaiden senhetkisten oireiden vakavuutta. Mittarissa on 20 väittämää, jotka kuvaavat yleisimpiä depressiivisiä oireita. Oireet on jaettu affektiivisiin, somaattisiin,

psykomotorisiin ja psykologisiin. Puolet näistä oireista on esitetty positiiviseen sävyyn ja puolet negatiiviseen sävyyn. Jokaisen väittämän kohdalla tutkittava määrittelee, kuinka usein hän kokee kyseessä olevan oireen tai tunteen. Jokaisessa kohdassa on neljä vastausvaihtoehtoa. Vastausvaihtoehdot on pisteytetty yhdestä neljään. Mittari on rakennettu siten, että vähemmän depressiiviset henkilöt saavat alhaiset pisteet ja enemmän depressiivisiä oireita omaavat saavat korkeammat pisteet. Kokonaispistemäärä saadaan laskemalla eri kohdista saadut pisteet yhteen. Alhaisin pistemäärä on 20 ja korkein 80. (Zung 1965.) Pistemäärät voidaan jakaa kolmeen luokkaan siten, että alle 40 pistettä merkitsee sitä, että selvää depressiota ei ole, 40 - 47 pistettä merkitsee lievää depressiota ja 48 pistettä tai yli merkitsee vakavaa depressiota (Okimoto ym. 1982). Tarkoituksenamme ei ollut tutkia diagnosoidun depression yhteyttä oman viehättävyyden kokemiseen, vaan nimenomaan itsearvioitujen depressiivisten oireiden yhteyttä oman viehättävyyden kokemiseen. Zungin testi ei yksinään riitä varmistamaan depressiodiagnoosia (Karjalainen 1999). Diagnosoidut depressiot ovat mukana diagnosoitujen sairauksien lukumäärä -muuttujassa.

Toimintakykyä kartoitettiin Barthelin indeksin (ADL) ja Lawtonin toimintakykymittarin (IADL) avulla. Barthelin indeksi on alun perin kehitetty kroonisesti sairaiden päivittäisten perustoimintojen mittaamiseen ennen ja jälkeen lääketieteellisen hoidon sekä sairaanhoidollisen tarpeen määrittelyyn (Mahoney ym. 1958). Barthelin indeksia on käytetty myös pitkäaikaisten laitospotilaiden ja kuntoutuspotilaiden päivittäisistä perustoiminnoista suoriutumisen mittaamiseen (McDowell & Newell 1996). Alkuperäisessä Barthelin indeksissä, jota käytettiin myös Kuopio 75+ -tutkimuksessa, mittauksen kohteena on kymmenen päivittäistä perustoimintoa (liite 1). Näitä toimintoja ovat ruokailu, siirtyminen tuolista vuoteeseen ja takaisin, henkilökohtainen hygienia, WC:ssä asiointi, peseytyminen, kävely tai pyörätuolilla liikkuminen tasaisella pinnalla, portaissa liikkuminen, pukeutuminen, suolen pidätyskyky ja rakon pidätyskyky. Barthelin indeksin vastausvaihtoehdot on suunniteltu siten, että ne kertovat kuinka paljon tutkittava henkilö tarvitsee toisen ihmisen apua kyseisen päivittäisen perustoiminnan osalta. (Mahoney & Barthel 1965.) Kokonaispistemäärä vaihtelee nolasta sataan. Jokaisesta yksittäisestä osiosta voi saada pisteitä 0, 5, 10 tai 15 (osioita yhteensä 10). Nolla pistettä tarkoittaa, että henkilö on täysin riippuvainen muiden avusta. Mitä korkeammat pisteet tutkittava saa, sitä itsenäisemmin hän suoriutuu

päivittäisistä perustoiminnoista. (McDowell & Newell 1996.) Useimmiten ammattihenkilö tekee testin joko haastattelemalla (Hartig ym. 1997) tai tarkkailemalla (Kelly & Jessop 1996) tutkittavaa henkilöä tai sitten voidaan käyttää tutkittavan itsearviota (McGinnis ym. 1986). Kuopio 75+ -tutkimuksessa tiedot kerättiin haastattelemalla.

Lawtonin toimintakykymittarin (Instrumental Activities of Daily Living Scale) tarkoituksena on mitata pääasiassa kodin ulkopuolella tapahtuvista asioista selviytymistä. Kyseessä olevat toiminnot ovat Barthelin indeksissä käsiteltäviin päivittäisiin perustoimintoihin verrattuna paljon monimutkaisempia. (Lawton & Brody 1969.) Lawtonin IADL-testissä mittauksen kohteena on kahdeksan toimintoa (liite 2), jotka eivät välttämättä toistu päivittäin, mutta ovat silti itsenäisen kotona selviytymisen edellytyksiä (Lawton 1972). Näitä toimintoja ovat puhelimen käyttö, kaupassa käynti, ruuan valmistus, taloustyöt, pyykinpesu, kulkuvälineiden käyttö, lääkityksestä huolehtiminen ja raha-asioden hoito (Lawton & Brody 1969; Lawton 1972). Toiminnot on jaettu kolmesta viiteen tasoon sen mukaan kuinka itsenäisesti henkilö suoriutuu kustakin toiminnosta (Lawton & Brody 1969). Toimintojen tasot on luokiteltu dikotomisesti siten, että henkilö voi saada joka 0 tai 1 pistettä sen mukaan tarvitseeko henkilö toisen ihmisen apua vai ei (Lawton 1972). Lawtonin ja Brodyn (1969) mukaan IADL-testi soveltuu paremmin naisille kuin miehille. Silloin kun testi tehdään miehille, ruuan valmistusta, taloustöitä ja pyykinpesua käsittelevät kohdat jätetään pois ja testi on näin ollen paljon lyhyempi (Lawton & Brody 1969). Lawtonin IADL-testi voidaan tehdä joko ammattihenkilön arvioimana tai tutkittava henkilö voi itse arvioida itseään (Lawton 1972). Kuopio 75+ -tutkimuksessa Lawtonin testi tehtiin haastattelemalla.

Kehon rakennetta kuvaavana indeksinä käytetään kehon massaindeksiä (BMI = Body Mass Index). Massaindeksiin vaikuttavat eniten lihavuuden aste ja rasvakudoksen määrä (Uusitupa 1993a). Kehon massaindeksi saadaan jakamalla paino pituuden neliöllä ( $\text{kg/m}^2$ ). Normaalina viitealueena pidetään arvoja välillä  $19 - 25\text{kg/m}^2$ , lievää lihavuutta kuvaavat arvot  $25 - 30\text{kg/m}^2$ , merkittävää lihavuutta arvot  $30 - 35\text{kg/m}^2$  ja vaikeaa lihavuutta arvot  $35 - 40\text{kg/m}^2$ . Sairaalloinen lihavuus on kyseessä silloin, kun kehon massaindeksi on  $>40\text{kg/m}^2$ . Kehon massaindeksi soveltuu parhaiten aikuisten lihavuuden arviointiin. (Uusitupa 1993b.)

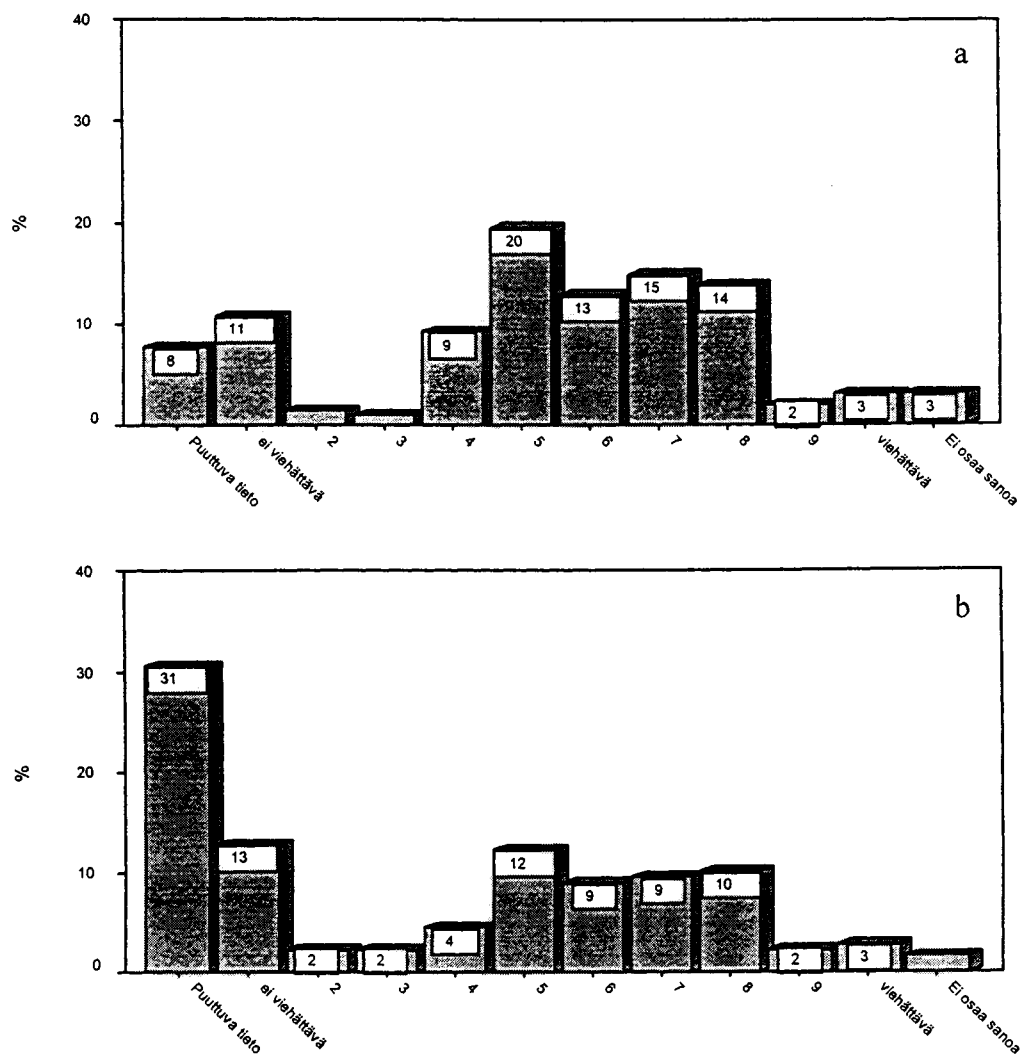
### 4.3 Tilastolliset menetelmät

Aineiston analysoinnissa käytimme SPSS 8.0 (Statistical Package for the Social Sciences) -ohjelmaa. Tarkastelimme oman viehättävyyden kokemista ja viehättävyyden muuttumisen kokemista ikääntymisen myötä luokitelluista muuttujista laskettujen frekvenssien ja prosenttien avulla. Oman viehättävyyden ja sen muutoksen kokemiseen mahdollisesti yhteydessä olevia tekijöitä selvitimme ristiintaulukoinnin avulla ja tilastolliset testaukset suoritimme Pearsonin  $\chi^2$ -testillä. Jos ristiintaulukoinneissa oli alle viiden suuruisia odotettuja frekvenssejä yli 20 %, niin käytimme Fisherin Exact -testiä. Monte Carlo -testiä käytimme siinä tapauksessa, jos sekä  $\chi^2$  -testi että Fisherin Exact -testi olivat poissuljettuja. Jatkuvien muuttujien kohdalla käytimme Mann-Whitneyn testiä keskiarvojen yhtäsuuruuden testaamiseksi t-testin asemasta, sillä normaalijakaumaoletus ei ollut voimassa. Yksisuuntaista varianssianalyysia käytimme silloin, kun halusimme selvittää useamman kuin kahden ryhmän keskiarvoja. Yksisuuntaisen varianssianalyysin yhteydessä käytimme myös Scheffén parivertailutestiä. Kruskal-Wallis testiä käytimme useamman kuin kahden ryhmän keskiarvojen selvittämiseen silloin, jos jatkuva muuttuja ei ollut normaalisti jakautunut. Käytimme kaikissa tilastollisissa testeissä 5 % merkitsevyystasoa.

## 5 TULOKSET

### 5.1 Viehättävyyden ja siinä tapahtuvien muutosten kokeminen 75 - 79- ja 80 - 95-vuotiailla naisilla

Haastattelulomakkeessa oman viehättävyyden arviointia käsitteleviä kysymyksiä oli kaksi. Ensimmäinen kysymys oli ”koen itseni naisena viehättäväksi”, jossa arviointi suoritettiin asteikolla ei-viehättävä 1 - 10 viehättävä (kuvio 2).



**Kuvio 2.** 75-79- (kuvio a) ja 80-95-vuotiaiden (kuvio b) naisten oman viehättävyyden kokemisen prosenttijakaumat

Omaa viehättävyyttä kuvaavien pisteiden keskiarvo oli nuoremmassa ikäryhmässä 5,6 ja vanhemmassa ikäryhmässä 5,2. Viehättävyysepisteiden keskiarvoissa ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa ikäryhmien välillä ( $p=0.405$ , Mann-Whitney). Vanhemmassa ikäryhmässä puuttuvan tiedon osuus oli huomattavan suuri verrattuna nuorempaan ikäryhmään. Yksi syy tähän oli se, että omaa viehättävyyttä koskevia kysymyksiä ei esitetty dementoituneille. Vanhemmassa ikäryhmässä niistä henkilöistä, jotka eivät vastanneet viehättävyysskysymyksiin ( $n=57$ ) 56,1 %:lla (32 henkilöllä) oli jonkin asteinen dementia. Nuoremmassa ikäryhmässä viehättävyysskysymyksiin vastaamatta jättäneistä ( $n=16$ ) ainoastaan kuudella henkilöllä (37,5 %) oli jonkin asteinen dementia.

Jatkoanalyysia varten vastaukset luokiteltiin neljään luokkaan, jolloin ensimmäiseen luokkaan kuuluivat ne tutkittavat, jotka eivät kokeneet itseään viehättäväksi (1 - 3), toiseen luokkaan kuuluivat itsensä melko viehättäväksi kokevat (4 - 7) ja kolmanteen luokkaan kuuluivat ne, jotka kokivat itsensä viehättäväksi (8 - 10). Neljänneksi luokaksi luokiteltiin ne, jotka vastasivat, että en osaa sanoa. Toinen kysymys oli ”onko ikääntymisen myötä viehättävyyteni 1) lisääntynyt, 2) ei muuttunut, 3) vähentynyt ja 4) en osaa sanoa”. Oman viehättävyyden kokemisen ja omassa viehättävyydessä iän myötä tapahtuvan muutoksen kokemisen välillä oli nuoremmassa ikäryhmässä tilastollisesti merkitsevä yhteys ( $p<0.001$ ) siten, että suurin osa sekä ei-viehättäväksi (76,9 %) ja että melko viehättäväksi (56,4 %) itsensä kokevista koki viehättävyytensä vähentyneen iän myötä, mutta 63,9 % viehättäväksi itsensä kokevista koki viehättävyytensä pysyneen samana ikääntymisestä huolimatta. Vanhemmassa ikäryhmässä tulos oli samansuuntainen kuin nuoremmassa, vaikka merkitsevää yhteyttä oman viehättävyyden kokemisen ja iän myötä omassa viehättävyydessä tapahtuvan muutoksen kokemisen väliltä ei löytynytäkään ( $p=0.052$ ).

Yli puolet molemmista ikäryhmistä arvioi itsensä melko viehättäväksi. Sekä nuoremmasta että vanhemmasta ikäryhmästä noin viidesosa koki itsensä viehättäväksi. Suurin ero ikäluokkien välillä oli itsensä ei-viehättäväksi kokemisessa; 14,5 % nuoremmasta ikäryhmästä ja 25 % vanhemmasta ikäryhmästä ei kokenut itseään viehättäväksi. Ikäryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa itsensä viehättäväksi kokemisessa ( $p=0.112$ ). (Taulukko 3).

**Taulukko 3.** Oman viehättävyyden kokeminen 75-79- ja 80-95-vuotiailla kotona asuvilla kuopiolaisnaisilla (%).

Itsensä viehättäväksi kokeminen	75-79-vuotiaat n=179	80-95-vuotiaat n=124	Kaikki n=303
Viehättävä	20,7	21,8	21,1
Melko viehättävä	61,5	50,8	57,1
Ei-viehättävä	14,5	25,0	18,8
En osaa sanoa	3,3	2,4	3,0
Yhteensä	100	100	100
$\chi^2= 5.984$ $df=3$		$p=.112$	

Noin puolet molemmista ikäryhmistä koki viehättävyytensä vähentyneen ikääntyessä. Sekä nuoremassa että vanhemmassa ikäryhmässä noin 40 %:lla oma viehättävyys ei ollut muuttunut ikääntymisen myötä. Viehättävyys oli ikääntyessä lisääntynyt ainoastaan 4,4 %:lla nuorempaan ikäluokkaan kuuluvista ja 6,7 %:lla vanhempaan ikäluokkaan kuuluvista. Ikäryhmät eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi toisistaan ( $p=.667$ ). (Taulukko 4).

**Taulukko 4.** Oman viehättävyyden muuttumisen kokeminen 75-79- ja 80-95-vuotiailla kotona asuvilla kuopiolaisnaisilla (%).

Viehättävyyden muutos	75-79-vuotiaat n=180	80-95-vuotiaat n=134	Kaikki n=314
Lisääntynyt	4,4	6,7	5,4
Pysynyt samana	42,2	38,8	40,8
Vähentynyt	51,1	50,7	50,9
En osaa sanoa	2,2	3,7	2,9
Yhteensä	100	100	100
$\chi^2= 1.565$ $df=3$		$p=.667$	

## 5.2 Siviilisäädyn, koulutuksen keston ja taloudellisen tilanteen yhteys itsensä viehättäväksi kokemiseen

Tutkittavien siviilisääty, koulutuksen kesto ja taloudellinen tilanne selvitettiin liitteessä 4 esitettyjen kysymysten avulla. Taulukossa 1 (s. 12) on kuvattu siviilisäädyn jakautuminen ikäryhmittäin. Ikäryhmien välillä oli siviilisäädyn osalta tilastollisesti merkitsevä ero ( $p < .001$ ), sillä leskiä oli vanhemmassa ikäryhmässä enemmän (70,9 %) kuin nuoremmissa ikäryhmässä (55,7 %). Nuoremmissa ikäryhmässä taas avioliitossa eläviä oli enemmän (24,7 %) kuin vanhemmassa ikäryhmässä (8,4 %). Tutkittavien koulutus oli kestänyt vähimmillään ½ vuotta ja enimmillään 20 vuotta (liite 4). Jaoin tutkittavat tilastollisia analyyseja varten kolmeen luokkaan, sen mukaan oliko heidän koulutuksensa kokonaiskesto ½ - 4 vuotta, 4½ - 7 vuotta vai 7½ - 20 vuotta. Ikäryhmien välillä oli koulutuksen keston osalta tilastollisesti merkitsevä ero ( $p = .002$ ). Nuoremmissa ikäryhmässä oli eniten (39,7 %) niitä, joiden koulutuksen kokonaiskesto oli 7½ - 20 vuotta ja vanhemmassa ikäryhmässä oli eniten (41,8 %) niitä, joiden koulutuksen kokonaiskesto oli ½ - 4 vuotta. Tyytyväisyydessä omaan taloudelliseen tilanteeseen ei ollut ikäryhmien välillä eroa ( $p = .111$ ).

Kummassakaan ikäryhmässä ei havaittu tilastollisesti merkitsevää yhteyttä siviilisäädyn ja oman viehättävyyden kokemisen välillä (nuorempi ikäryhmä  $p = .973$  ja vanhempi ikäryhmä  $p = .109$ ). Tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ei havaittu myöskään siviilisäädyn ja iän myötä omassa viehättävyydessä tapahtuvan muutoksen kokemisen välillä ( $p = .274$  ja  $p = .735$ ). Koulutuksen keston ja oman viehättävyyden kokemisen väliltä ei löytynyt tilastollisesti merkitsevää yhteyttä kummastakaan ikäryhmästä ( $p = .432$  ja  $p = .786$ ). Myöskään koulutuksen kestolla ja iän myötä oman viehättävyyden muuttumisen kokemisen välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ( $p = .772$  ja  $p = .426$ ). Taloudellisen tilanteen ja itsensä viehättäväksi kokemisen väliltä ei löytynyt tilastollisesti merkitsevää yhteyttä kummastakaan ikäryhmästä ( $p = .165$  ja  $p = .210$ ) eikä myöskään taloudellisen tilanteen ja iän myötä omassa viehättävyydessä tapahtuvan muutoksen kokemisen väliltä ( $p = .783$  ja  $p = .793$ ).



### 5.3 Terveydentilan ja depressiivisten oireiden yhteys itsensä viehättäväksi kokemiseen

Käytimme tutkimuksessamme terveydentilan kartoittamiseksi diagnosoitujen sairauksien lukumäärää (liite 5), säännöllisesti käytettävien lääkkeiden lukumäärää (liite 6) ja tutkittujen itsearvioitua terveyttä. Tilastollisia analyyseja varten luokittelimme diagnosoidut sairaudet jakauman perusteella kolmeen luokkaan: 0 - 3, 4 - 6 ja 7 - 17 sairautta. Sairauksien osalta oli ikäryhmien välillä tilastollisesti merkitsevä ero ( $p < .001$ ), sillä nuoremmassa ikäryhmässä oli eniten (40,2 %) niitä, joilla oli 0 - 3 sairautta ja vanhemmassa ikäryhmässä oli eniten (41,9 %) niitä, joilla oli 7 - 17 sairautta. Säännöllisesti käytettävien lääkkeiden perusteella luokittelimme tutkittavat jakauman perusteella neljään luokkaan sen mukaan, oliko heillä 0 - 2, 3 - 4, 5 - 6 vai 7 - 15 lääkettä. Ikäryhmien välillä oli lääkkeiden lukumäärän osalta tilastollisesti merkitsevä ero ( $p = .003$ ) siten, että nuoremmassa ikäryhmässä oli eniten (34,0 %) niitä, joilla oli 0 - 2 lääkettä ja vanhemmassa ikäryhmässä oli eniten (30,2 %) niitä, joilla oli 7 - 15 lääkettä. Tutkittujen itsearvioitua terveydentilaa selvitettiin liitteessä 4 esitetyn kysymyksen avulla. Itsearvioidun terveyden osalta ei ikäryhmien välillä ollut tilastollisesti merkitsevää eroa ( $p = .298$ ) (taulukko 2, s. 13).

Käsittelimme Zungin depressiivisiä oireita kartoittavan itsearviointiasteikon pistemääriä sekä luokiteltuna että jatkuvana muuttujana. Jaoinme pistemäärät kolmeen luokkaan käyttäen Zungin mittarissa yleisesti käytettyä jaottelua: 20 - 39, 40 - 47 ja 48 - 80 pistettä. Nuoremmassa ikäryhmässä Zungin pistemäärien keskiarvo oli 39,0 ja vanhemmassa ikäryhmässä 41,1. Ikäryhmien väliset keskiarvot erosivat Zungin pisteiden osalta tilastollisesti merkitsevästi toisistaan ( $p = .001$ , Mann-Whitney).

Nuoremmassa ikäryhmässä ei diagnosoitujen sairauksien lukumäärällä ja oman viehättävyyden kokemisen välillä ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ( $p = .697$ ). Vanhemmassa ikäryhmässä taas diagnosoitujen sairauksien ja oman viehättävyyden kokemisen välillä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys ( $p = .016$ ) (taulukko 5). Niiden, joilla oli 0 - 3 sairautta, jakauma erosi muista sairauksien määräluokista siten, että melko viehättäväksi itsensä kokevia oli huomattavasti enemmän (62,1 %) verrattuna viehättäväksi tai ei-viehättäväksi itsensä kokeviin. Niiden, joilla oli 4 - 6 tai 7 - 17

sairautta, jakaumat olivat huomattavasti tasaisemmat. Vähiten sairauksia omaavien ryhmässä itsensä viehättäväksi kokevia oli selvästi enemmän (34,5 %) ja itsensä ei-viehättäväksi kokevia selvästi vähemmän (3,4 %) verrattuna niihin, joilla oli 4 - 6 tai 7 - 17 sairautta.

**Taulukko 5.** Oman viehättävyyden kokeminen ja sairauksien lukumäärä 80-95-vuotiailla kotona asuvilla kuopiolaisnaisilla (%).

Itsensä viehättäväksi kokeminen	Sairauksien lukumäärä			
	0-3 n=29	4-6 n=44	7-17 n=51	Yhteensä n=124
Viehättävä	34,5	20,5	15,7	25,0
Melko viehättävä	62,1	43,2	51,0	50,8
Ei-viehättävä	3,4	31,8	31,4	21,8
En osaa sanoa	0,0	4,5	1,9	2,4
Yhteensä	100	100	100	100
$\chi^2= 14.151$		$p=.016$		

Sairauksien lukumäärän ja ikääntyessä omassa viehättävyydessä tapahtuvan muutoksen kokemisen välillä oli sekä nuoremassa ( $p=.018$ ) että vanhemmassa ( $p=.012$ ) ikäryhmässä tilastollisesti merkitsevä yhteys (taulukot 6 ja 7). Molemmissa ikäryhmissä yli puolet niistä, joilla oli vähiten sairauksia, koki viehättävyytensä pysyneen samana ikääntymisestä huolimatta, kun taas yli puolet niistä, joilla oli 4 - 6 tai 7 - 17 sairautta, koki viehättävyytensä vähentyneen iän myötä.

**Taulukko 6.** Oman viehättävyyden muuttumisen kokeminen ja sairauksien lukumäärä 75-79-vuotiailla kotona asuvilla kuopiolaisnaisilla (%).

Viehättävyyden muutos	<u>Sairauksien lukumäärä</u>			Yhteensä n=180
	0-3 n=77	4-6 n=67	7-17 n=36	
Lisääntynyt	3,9	7,5	0,0	4,5
Ei muuttunut	54,5	35,8	27,8	42,2
Vähentynyt	40,3	55,2	66,7	51,1
En osaa sanoa	1,3	1,5	5,5	2,2
Yhteensä	100	100	100	100
$\chi^2= 13.420$		$p=.018$		

**Taulukko 7.** Oman viehättävyyden muuttumisen kokeminen ja sairauksien lukumäärä 80-95-vuotiailla kotona asuvilla kuopiolaisnaisilla (%).

Viehättävyyden muutos	<u>Sairauksien lukumäärä</u>			Yhteensä n=134
	0-3 n=31	4-6 n=48	7-17 n=55	
Lisääntynyt	6,5	14,6	0,0	6,7
Ei muuttunut	54,8	29,2	38,2	38,8
Vähentynyt	38,7	50,0	58,2	50,8
En osaa sanoa	0,0	6,2	3,6	3,7
Yhteensä	100	100	100	100
$\chi^2= 14.533$		$p=.012$		

Säännöllisesti käytettävien lääkkeiden lukumäärällä ja oman viehättävyyden kokemisella oli nuoremmassa ikäryhmässä tilastollisesti merkitsevä yhteys ( $p=.028$ ) (taulukko 8). Viehättäväksi itsensä kokevia oli eniten (29,2 %) ja ei-viehättäväksi itsensä kokevia vähiten (7,7 %) siinä ryhmässä, joilla oli vähiten lääkkeitä (0-2).

**Taulukko 8.** Oman viehättävyyden kokeminen ja lääkkeiden lukumäärä 75-79-vuotiailla kotona asuvilla kuopiolaisnaisilla (%).

Itsensä viehättäväksi kokeminen	<u>Lääkkeiden lukumäärä</u>				Yht. n=179
	0-2 n=65	3-4 n=51	5-6 n=34	7-15 n=29	
Viehättävä	29,2	19,6	8,8	17,2	14,5
Melko viehättävä	55,4	60,8	64,7	72,4	61,4
Ei-viehättävä	7,7	17,6	26,5	10,3	20,7
En osaa sanoa	7,7	2,0	0,0	0,0	3,4
Yhteensä	100	100	100	100	100
$\chi^2= 15.442$		$p=.028$			

Vanhemmassa ikäryhmässä ei säännöllisesti käytettävien lääkkeiden lukumäärällä ja oman viehättävyyden kokemisella ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ( $p=.272$ ).

Nuoremmissa ikäryhmässä säännöllisesti käytettävien lääkkeiden lukumäärällä ja iän myötä omassa viehättävyydessä tapahtuvan muutoksen kokemisella oli tilastollisesti merkitsevä yhteys ( $p=.010$ ) (taulukko 9). Yli puolet niistä, joilla oli vähiten lääkkeitä, koki viehättävyytensä pysyneen samana ikääntymisestä huolimatta, kun taas muissa lääkkeiden lukumääräryhmissä oli eniten niitä, jotka kokivat viehättävyytensä vähentyneen iän myötä.

**Taulukko 9.** Oman viehättävyyden muuttumisen kokeminen ja lääkkeiden lukumäärä 75-79-vuotiailla kotona asuvilla kuopiolaisnaisilla (%).

Viehättävyyden muutos	Lääkkeiden lukumäärä				Yht. n=180
	0-2 n=66	3-4 n=51	5-6 n=34	7-15 n=29	
Lisääntynyt	4,5	3,9	2,9	6,9	4,4
Ei muuttunut	56,1	43,2	17,7	37,9	42,3
Vähentynyt	39,4	49,0	76,5	51,7	51,1
En osaa sanoa	0,0	3,9	2,9	3,5	2,2
Yhteensä	100	100	100	100	100
$\chi^2= 18.274$	$p=.010$				

Vanhemmassa ikäryhmässä ei säännöllisesti käytettävien lääkkeiden lukumäärällä ja iän myötä tapahtuvalla oman viehättävyyden muuttumisen kokemisella ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ( $p=.072$ ). Tulos poikkesi nuoremmasta ikäryhmästä siten, että vanhemmassa ikäryhmässä niistä, jotka kuuluivat toiseen lääkkeiden lukumääräluokkaan (3-4 lääketta) yli puolet koki viehättävyytensä pysyneen samana ikääntymisestä huolimatta. Muissa lääkkeiden lukumääräluokissa oli eniten niitä, jotka kokivat viehättävyytensä vähentyneen iän myötä.

Kummastakaan ikäryhmästä ei itsearvioidun terveyden ja oman viehättävyyden kokemisen väliltä löytynyt tilastollisesti merkitsevää yhteyttä (nuorempi ikäryhmä  $p=.734$  ja vanhempi ikäryhmä  $p=.543$ ). Itsearvioidulla terveydentilalla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä myöskään ikääntyessä tapahtuvan oman viehättävyyden muutoksen kokemiseen kummassakaan ikäryhmässä ( $p=.971$  ja  $p=.067$ ).

Nuoremmissa ikäryhmässä ei oman viehättävyyden kokemisen ja itsearvioitujen depressiivisten oireiden väliltä löytynyt tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ( $p=.251$ ). Vanhemmasta ikäryhmästä tilastollisesti merkitsevä yhteys löytyi ( $p=.004$ ) (taulukko 10). Alhaisimmassa Zungin pistemääräluokassa itsensä viehättäväksi kokevien osuus oli muihin Zungin pistemääräluokkiin verrattuna suurin (36,5 %).

**Taulukko 10.** Oman viehättävyyden kokeminen ja itsearvioitujen depressiivisten oireiden pistemäärät (Zung) 80-95-vuotiailla kotona asuvilla kuopiolaisnaisilla (%).

Itsensä viehättäväksi kokeminen	<u>Depressiivisten oireiden pistemäärä</u>			
	20-39 n=52	40-47 n=38	48-80 n=29	Yhteensä n=119
Viehättävä	36,5	10,6	6,9	21,0
Melko viehättävä	48,1	52,6	55,2	51,3
Ei-viehättävä	15,4	34,2	31,0	25,2
En osaa sanoa	0,0	2,6	6,9	2,5
Yhteensä	100	100	100	100
$\chi^2= 17.256$		$p=.004$		

Nuoremasta ikäryhmästä ei itsearvioitujen depressiivisten oireiden ja iän myötä omassa viehättävyydessä tapahtuvan muutoksen kokemisen välillä ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ( $p=.269$ ), kun taas vanhemmassa ikäryhmässä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys ( $p=.005$ ) (taulukko 11). Alhaisimmassa Zungin pistemääräluokassa oli eniten (12,3 %) niitä, jotka kokivat viehättävyytensä lisääntyneen iän myötä, kun taas korkeimmassa Zungin pistemääräluokassa heitä ei ollut yhtään. Korkeimmassa Zungin pistemääräluokassa oli huomattavasti eniten (78,5 %) niitä, jotka kokivat viehättävyytensä vähentyneen iän myötä.

**Taulukko 11.** Oman viehättävyyden muuttumisen kokeminen ja itsearvioitujen depressiivisten oireiden pistemäärät (Zung) 80-95-vuotiailla kotona asuvilla kuopiolaisnaisilla (%).

Viehättävyyden muutos	<u>Depressiivisten oireiden pistemäärä</u>			
	20-39 n=57	40-47 n=43	48-80 n=28	Yhteensä n=128
Lisääntynyt	12,3	2,3	0,0	6,2
Ei muuttunut	45,6	44,2	17,9	39,1
Vähentynyt	36,8	51,2	78,5	50,8
En osaa sanoa	5,3	2,3	3,6	3,9
Yhteensä	100	100	100	100
$\chi^2= 16.191$	$p=.005$			

Tulokset olivat saman suuntaiset silloin, kun Zungin pistemääriä käsiteltiin jatkuvana muuttujana. Nuoremassa ikäryhmässä oman viehättävyyden arviointipisteiden (neljä ryhmää) ja Zungin pisteiden (kolme ryhmää) ryhmäkeskiarvot eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi toisistaan ( $p=.097$ , Kruskal-Wallis). Vanhemmassa ikäryhmässä ryhmäkeskiarvot taas erosivat toisistaan tilastollisesti merkitsevästi ( $p=.001$ , ANOVA). Ei viehättäväksi itsensä kokevien Zungin pisteiden ryhmäkeskiarvo oli 42,9 ja viehättäväksi itsensä kokevien ryhmäkeskiarvo oli 35,8. Nämä ryhmäkeskiarvot erosivat toisistaan tilastollisesti merkitsevästi ( $p=.006$ , Scheffe). Melko viehättäväksi itsensä kokevien Zungin pisteiden ryhmäkeskiarvo oli 41,8, joten myös tämän ryhmän keskiarvo erosi viehättäväksi itsensä kokevien ryhmäkeskiarvosta tilastollisesti merkitsevästi ( $p=.009$ , Scheffe).

Nuoremmassa ikäryhmässä omassa viehättävyydessä iän myötä tapahtuvan muutoksen kokemisen ja Zungin pisteiden ryhmäkeskiarvot eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi toisistaan ( $p=.076$ , Kruskal-Wallis). Vanhemmassa ikäryhmässä omassa viehättävyydessä iän myötä tapahtuvan muutoksen kokemisen ja Zungin pisteiden ryhmäkeskiarvot erosivat tilastollisesti merkitsevästi toisistaan ( $p<.001$ , ANOVA). Niiden, jotka kokivat viehättävyytensä vähentyneen iän myötä, Zungin pisteiden ryhmäkeskiarvo oli 43,4 ja niiden, jotka kokivat viehättävyytensä pysyneen samana

ikäntymisestä huolimatta, Zungin pisteiden ryhmäkeskiarvo oli 38,0. Nämä ryhmäkeskiarvot erosivat tilastollisesti merkitsevästi toisistaan ( $p=.002$ , Scheffe). Niiden, jotka kokivat viehättävyytensä lisääntyneen iän myötä, Zungin pisteiden ryhmäkeskiarvo oli 35,1, joten myös tämän ryhmän keskiarvo erosi tilastollisesti merkitsevästi siitä ryhmästä, jotka kokivat viehättävyytensä vähentyneen iän myötä ( $p=.025$ , Scheffe).

#### **5.4 Toimintakyvyn ja kehon massaindeksin yhteys itsensä viehättäväksi kokemi-** **seen**

Tutkittavien toimintakyvyn kartoittamiseksi käytimme Barthelin ADL-indeksiä ja Lawtonin IADL-mittaria. Luokittelimme näiden mittarien kokonaispistemääriä tilastollisia analyyseja varten. Jaoimme tutkitut Barthelin indeksistä saatujen pistemäärien jakaumien (liite 8) perusteella siten, että ensimmäiseen luokkaan kuuluivat ne, jotka saivat 15 - 95 pistettä, ja toiseen luokkaan kuuluivat ne, jotka saivat täydet pisteet eli sata pistettä. Ikäryhmien välillä oli Barthelin indeksissä tilastollisesti merkitsevä ero ( $p<.001$ ), sillä nuoremmassa ikäryhmässä oli eniten (62,5 %) niitä, jotka saivat täydet 100 pistettä, kun taas vanhemmassa ikäryhmässä oli eniten (58,8 %) niitä, jotka saivat 15 - 95 pistettä.

Lawtonin toimintakykymittarin osalta käytimme dikotomista luokittelua siten, että henkilö sai yhden pisteen silloin, kun hän suoriutui kyseisestä toiminnosta täysin omatoimisesti (vastausvaihtoehto 1) ja nolla pistettä silloin, kun hän suoriutui toiminnosta toisen henkilön avustuksella (vastausvaihtoehdot 2-5) tai henkilö ei osannut sanoa, mikä vaihtoehto oli hänen kohdallaan oikea (vastausvaihtoehto 99, ei tietoa). Täydet pisteet oli tällöin kahdeksan pistettä, jotka sai IADL-toimintojen osalta täysin omatoiminen henkilö. Käyttämämme Lawtonin toimintakykymittarin pisteytys ei vastaa kirjallisuudessa esiintyvää (Lawton & Brody 1969; Lawton 1972) dikotomista luokittelua, vaan olemme muokanneet sitä aineistomme analysointiin paremmin soveltuvaksi. Lawtonin IADL-mittarin pistemäärien jakaumat erosivat ikäryhmittäin toisistaan niin paljon (liite 9), että luokittelimme jatkoanalyyseja varten ikäryhmät erikseen, molemmat kahteen luokkaan. Nuoremmassa ikäryhmässä Lawtonin pisteiden



luokitus oli 0 - 7 pistettä ja 8 pistettä. Vanhemmassa ikäryhmässä pisteiden luokitus oli 0 - 3 pistettä ja 4 - 8 pistettä. Lawtonin pisteiden keskiarvo oli nuoremmassa ikäryhmässä 6,7 ja vanhemmassa ikäryhmässä 3,7. Kokonaispisteiden keskiarvot erosivat tilastollisesti merkitsevästi toisistaan ( $p < .001$ , Mann-Whitney).

Tutkittavien kehon rakennetta arvioitiin kehon massaindeksin avulla, jota käsitelimme jatkuvana muuttujana. Kehon massaindeksien keskiarvo oli nuoremmassa ikäryhmässä 26,8 ja vanhemmassa ikäryhmässä 26,1. Ikäryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa BMI-keskiarvoissa ( $p = .169$ , Mann-Whitney).

Kummassakaan ikäryhmässä ei Barthelin indeksin kokonaispisteiden ja oman viehättävyyden kokemisen välillä ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä (nuorempi ikäryhmä  $p = .381$  ja vanhempi ikäryhmä  $p = .195$ ). Barthelin indeksin kokonaispistemäärien ja iän myötä omassa viehättävyydessä tapahtuvan muutoksen kokemisen väliltä ei löytynyt tilastollisesti merkitsevää yhteyttä kummastakaan ikäryhmästä ( $p = .782$  ja  $p = .890$ ).

Nuoremmassa ikäryhmässä Lawtonin IADL-testin pistemäärien ja oman viehättävyyden kokemisen väliltä löytyi tilastollisesti merkitsevä yhteys ( $p = .035$ ) (taulukko 12). Toimintakyvyltään täysin omatoimisista (8 pistettä) 91 % koki itsensä viehättäväksi tai melko viehättäväksi. Ei-viehättävien osuus (9,0 %) oli täysin omatoimisten keskuudessa selkeästi pienempi verrattuna niihin henkilöihin, jotka eivät olleet omatoimisia kaikilla Lawtonin toimintakykytestin osa-alueilla (23,2 %).

**Taulukko 12.** Oman viehättävyyden kokeminen ja Lawtonin IADL-testin pisteet 75-79-vuotiailla kotona asuvilla kuopiolaisnaisilla (%).

Itsensä viehättäväksi kokeminen	Lawtonin IADL-testin pisteet		Yht. n=170
	0-7 pistettä n=69	8 pistettä n=101	
Viehättävä	18,8	23,7	21,8
Melko viehättävä	58,0	67,3	63,5
Ei-viehättävä	23,2	9,0	14,7
Yhteensä	100	100	100
$\chi^2= 6.704$	$p=.035$		

Nuoremasta ikäryhmästä ei Lawtonin IADL-testin pistemäärien ja omassa viehättävyydessä ikääntyessä tapahtuvan muutoksen kokemisen väliltä löytynyt tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ( $p=.135$ ). Vanhemman ikäryhmän osalta tilastollisesti merkitsevä yhteys puuttui sekä Lawtonin pisteiden ja oman viehättävyyden kokemisen ( $p=.847$ ) että Lawtonin pisteiden ja iän myötä tapahtuvan muutoksen kokemisen väliltä ( $p=.404$ ).

Kummassakaan ikäryhmässä ei kehon massaindeksillä ollut yhteyttä oman viehättävyyden kokemiseen, sillä itsensä viehättäväksi, melko viehättäväksi ja ei viehättäväksi kokevien sekä niiden, jotka eivät osanneet arvioida omaa viehättävyyttään ryhmäkeskiarvot eivät BMI:n osalta eronneet toisistaan (nuorempi ikäryhmä  $p=.728$ , Kruskal-Wallis ja vanhempi ikäryhmä  $p=.460$ , ANOVA). Myöskään omassa viehättävyydessä iän myötä tapahtuvan muutoksen kokemisella ei todettu olevan yhteyttä kehon massaindeksin vaihteluun kummassakaan ikäryhmässä. Niiden, jotka kokivat viehättävyytensä lisääntyneen, pysyneen samana tai vähentyneen iän myötä ja niiden, jotka eivät osanneet sanoa, ryhmäkeskiarvot eivät eronneet toisistaan BMI:n osalta ( $p=.984$ , Kruskal-Wallis ja  $p=.354$ , ANOVA).

## 5.5 Elämään tyytyväisyys, yksinäisyys ja liikunnan harrastaminen suhteessa oman viehättävyyden kokemiseen

Tutkittavien elämään tyytyväisyyttä ja yksinäisyyden kokemuksia ja liikunnan harrastamista selvitettiin liitteessä 3 esitettyjen kysymysten avulla. Ikäryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa elämään tyytyväisyyden ( $p=.576$ ) eikä yksinäisyyden kokemisen ( $p=.675$ ) osalta. Sen sijaan liikunnan harrastamisessa oli ikäryhmien välillä tilastollisesti merkitsevä ero ( $p<.001$ ), sillä nuoremmassa ikäryhmässä oli eniten (58,8 %) niitä, jotka harrastivat kevyttä liikuntaa, kun taas vanhemmassa ikäryhmässä oli eniten (60,3 %) niitä, jotka eivät harrastaneet liikuntaa lainkaan.

Elämään tyytyväisyydellä ja oman viehättävyyden kokemisella ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä kummassakaan ikäryhmässä (nuorempi ikäryhmä  $p=.109$  ja vanhempi ikäryhmä  $p=.591$ ). Tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ei löytynyt myöskään elämään tyytyväisyyden ja omassa viehättävyydessä iän myötä tapahtuvan muutoksen kokemisen väliltä ( $p=.371$  ja  $p=.120$ ). Kummassakaan ikäryhmässä ei yksinäisyyden kokemisella ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä oman viehättävyyden kokemiseen ( $p=.235$  ja  $p=.112$ ). Yksinäisyyden kokemisella ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä myöskään omassa viehättävyydessä iän myötä tapahtuvan muutoksen kokemiseen ( $p=.146$  ja  $p=.495$ ). Liikunnan harrastamisella ei ollut ikäryhmittäin tilastollisesti merkitsevää yhteyttä oman viehättävyyden kokemiseen ( $p=.551$  ja  $p=.857$ ) eikä sillä ollut yhteyttä omassa viehättävyydessä iän myötä tapahtuvan muutoksen kokemisen kanssa ( $p=.922$  ja  $p=.229$ ).

## 6 POHDINTA

Tutkimuksemme tarkoituksena oli selvittää 75 - 79- ja 80 - 95-vuotiaiden kotona asuvien kuopiolaisnaisten oman viehättävyyden kokemista ja sitä, kokevatko he viehättävyytensä muuttuneen ikääntymisen myötä. Lisäksi halusimme selvittää niitä tekijöitä, jotka mahdollisesti ovat yhteydessä itsensä viehättäväksi kokemiseen. Nuoremasta ikäryhmästä yli 80 % koki itsensä melko viehättäväksi tai viehättäväksi ja vanhemmasta ikäryhmästä n. 73 %. Ikäryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa. Noin puolet molemmista ikäryhmistä koki viehättävyytensä vähentyneen ikääntymisen myötä. Kuitenkin molemmista ikäryhmistä n. 40 % arvioi edelleen, että oma viehättävyys ei ollut muuttunut ikääntymisestä huolimatta.

Vanhemmassa ikäryhmässä vähiten sairauksia omaavissa oli eniten niitä, jotka kokivat itsensä viehättäväksi tai melko viehättäväksi. Enemmän sairauksia omaavien ryhmässä taas itsensä ei-viehättäväksi kokevien osuus oli huomattavasti suurempi kuin viehättäväksi itsensä kokevien. Molemmissa ikäryhmissä vähiten sairauksia omaavien ryhmästä yli puolet koki viehättävyytensä pysyneen samana ikääntymisestä huolimatta, kun taas yli puolet niistä, joilla oli enemmän sairauksia koki viehättävyytensä vähentyneen iän myötä. Nuoremmassa ikäryhmässä eniten itsensä viehättäväksi kokevia ja vähiten itsensä ei-viehättäväksi kokevia oli siinä ryhmässä, joilla oli vähiten lääkkeitä. Yli puolet vähiten lääkkeitä omaavista koki viehättävyytensä pysyneen samana ikääntymisestä huolimatta. Enemmän lääkkeitä omaavien ryhmässä oli eniten niitä, jotka kokivat viehättävyytensä vähentyneen iän myötä. Vanhemmassa ikäryhmässä noin puolet arvioi itsensä melko viehättäväksi riippumatta depressiivisiä oireita kartoittavan testin pisteistä. Eniten itsensä viehättäväksi kokevia oli niissä henkilöissä, joilla ei ollut selvää depressiota. Vaikeasta depressiosta kärsivistä huomattavan suuri osa koki viehättävyytensä vähentyneen ikääntymisen myötä. Nuoremasta ikäryhmästä yli 90 % Lawtonin toimintakykymittarin pisteiden mukaan täysin omatoimista kokivat itsensä joko viehättäväksi tai melko viehättäväksi.

Kuopio 75+ -tutkimuksessa kotona asuvien tutkittavien naisten määrä osoittautui suureksi (n=445). Tutkimuksen ulkopuolelle jäi 80 henkilöä, joten lopulliseksi

tutkimusjoukoksi muodostui 373 kotona asuvaa naista. Kuopio 75+ -tutkimuksen otos edustaa hyvin keskikokoisessa suomalaisessa kaupungissa asuvaa naispuolista yli 74-vuotiasta väestöä. Erityisesti terveydentilan arviointi oli väestötutkimukseksi erittäin huolellista ja tutkittavien terveydentilasta saatiin monipuolinen kuva ja vastausprosentti oli korkea. Myös muiden käyttämiemme muuttujien, kuten siviilisäädyn, koulutuksen, liikunnan harrastamisen, yksinäisyyden ja elämään tyytyväisyyden osalta oli vastaamatta jättäneiden määrä pieni. Omaa viehättävyyttä kartoittavien kysymysten osalta vastausprosentti oli varsin korkea, etenkin kun viehättävyydensuhteet sisältyivät seksuaalisuutta kartoittaviin kysymyksiin, joihin vastaaminen vaatii hyvinkin henkilökohtaista näkökulmaa.

Haastatelluista 73 henkilöä (n=373) oli jättänyt kokonaan vastaamatta tai vastannut vain toiseen viehättävyyttä koskevaan kysymykseen. Aineistosta ei selvinnyt, miksi he eivät vastanneet; oliko syynä kieltäytyminen vai haastattelijan tekemä valinta. Viehättävyydensuhteita ei kuitenkaan kysytty niiltä henkilöiltä, jotka olivat laitoshoidossa tai joilla oli dementoiva sairaus. Vanhemmassa ikäryhmässä oman viehättävyyden kokemista kartoittavaan kysymykseen oli jättänyt vastaamatta 31 %, mikä on lähes 1/3 kaikista vastanneista. Yksi syy puuttuvan tiedon suureen määrään vanhemmassa ikäryhmässä oli se, että viehättävyydensuhteisiin vastaamatta jättäneistä (56 henkilöä) 56,1 %:lla (32 henkilöllä) oli jonkin asteinen dementia.

Kuopio 75+ -tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä käytettiin strukturoidun lomakkeen avulla suoritettavaa haastattelua. Suurin osa tutkituista haastateltiin kodin ulkopuolella ja haastattelija kysyi kysymykset henkilökohtaisesti. Vain pieni osa tutkituista haastateltiin kotona (lopullisesta tutkimusaineistostamme 13 henkilöä). On vaikeaa arvioida, kuinka paljon haastattelutilanne ja -paikka vaikuttavat vastausten todenmukaisuuteen ja voiko kysymykset tulkita virheellisesti. Ikäluokkien välinen vertailu on mielekästä, mutta kaikista vanhimpia (yli 90-vuotiaita) edusti vain kourallinen henkilöitä, joten eri ikäisten välinen vertailu ei ole välttämättä luotettavaa. Analyseissa oli luokiteltava laajaa aineistoa harvempiin luokkiin, jolloin saattoi kadota arvokasta informaatiota.

Tutkittavat arvioivat omaa viehättävyyttä asteikolla 1 - 10 ja heidän tuli myös arvioida kokevatko he oman viehättävyyden lisääntyneen, pysyneen samana vai vähentyneen iän myötä. Kysymykset, joilla viehättävyyttä mitattiin, olivat mielestämme selkeitä, mutta hieman liian laajoja. Ilmaisuja ”oman viehättävyyden kokeminen” ja ”omassa viehättävyydessä iän myötä tapahtuvan muutoksen kokeminen” ei oltu täsmennetty tarpeeksi. Oman viehättävyyden kokemista voidaan tarkastella sekä fyysisen että sisäisen viehättävyyden näkökulmasta. Tutkimuksessa käytetyissä mittareissa ei eritellä oman viehättävyyden koskevan jompaa kumpaa, joten tarkoituksena oli luultavasti selvittää kokonaiskuvaa omasta viehättävyydestä. Feingoldin (1992) tutkimuksen perusteella voisi sanoa, että aikaisemmissa itsearvioitua viehättävyyttä käsittelevissä tutkimuksissa käytetyt mittarit ovat olleet hyvin saman tyyliisiä.

Joissakin aikaisemmissa oman viehättävyyden arviointiin liittyvissä tutkimuksissa on käsiteltävä viehättävyyden osa-alue rajattu tarkemmin ja keskitytty nimenomaan fyysiseen viehättävyyteen. Franzoin ja Koehlerin tutkimuksessa (1998) tutkittavat arvioivat oman kehon osia, kuten huulia, reisiä ja ihoa, sekä omaan kehoon liittyviä asioita, kuten lihasvoimaa, fyysistä kuntoa ja seksuaalista aktiivisuutta. Ben-Tovimin ja Walkerin (1994) tutkimuksessa mittarina käytettiin tutkijoiden itsensä kehittämää kyselylomaketta, jossa kartoitettiin omaan vartaloon kohdistuvia asenteita (Ben-Tovim-Walker Body Attitudes Questionnaire, BAQ). Lisäksi tutkimuksessa käytettiin kehon massaindeksiä, jonka yhteyttä tarkasteltiin omaa vartaloa koskeviin asenteisiin. Hetheringtonin ja Burnetin (1994) tutkimuksessa käytettiin, oman kehon viehättävyyteen liittyen, tutkittavien tyytyväisyyttä omaan kehoon kartoittavaa mittaria (Body Shape Questionnaire, BSQ: Cooper ym. 1987). Lisäksi käytettiin mittareita, jotka kartoittivat syömiseen liittyviä asenteita, ravintorajoituksia, taipumusta kieltäytyä ravintoon liittyvistä rajoituksista ja depressiota.

Jos ajatellaan ainoastaan ulkoista, fyysistä viehättävyyttä, niin myös siinä voi korostua useat yksilölliset tekijät. Joillakin voi tietty sairaus, esimerkiksi nivelreuma tai kasvohalvaus toimia oman viehättävyyden jäsentäjänä, joillain taas aviopuolisolta tai muilta vastakkaista sukupuolta olevilta saatu huomio. Tutkimuksessa esitettyjen omaa viehättävyyttä kartoittavien kysymysten lisäksi olisi vielä voinut olla jokin täsmennävä kysymys, joka olisi kartoittanut oman viehättävyyden kokemiseen ratkaisevasti liittyviä

tekijöitä sekä niitä tekijöitä, jotka olivat vaikuttaneet oman viehättävyyden muuttumiseen iän myötä. Myös se, että Kuopio 75+ -tutkimuksessa omaa viehättävyyttä kartoittavat kysymykset esitettiin seksuaalisuutta käsittelevien kysymysten lomassa voi aiheuttaa vääristymiä vastauksissa. Tutkittavat ovat voineet arvioida ainoastaan omaa seksuaalista viehättävyyttään, vaikka mittareissa ei pyydetäkään arvioimaan oman viehättävyyden kokemista nimenomaan sukupuolielämän osalta.

Toimintakykyä kartoittavista mittareista Barthelin indeksi osoittautui tutkimusaineistoomme huonosti soveltuvaksi, sillä kokonaispisteet jakautuivat molemmissa ikäryhmissä epätasaisesti siten, että suurin osa sai joko täydet 100 pistettä tai sitten 95 pistettä. Tämä johtui luultavasti siitä, että kysymyksessä olivat kotona asuvat henkilöt, jotka ovat yleensä hyväkuntoisia, koska pystyvät asumaan kotona. Barthelin indeksi ei siis erotellut kovinkaan hyvin tutkittavien toimintakykyä. Barthelin indeksiä suositeltiin alun perin niiden yksittäisten päivittäisten perustoimintojen tunnistamiseen, joissa esiintyy ongelmia, joten kokonaispistemäärää, joka kuvaa keskimääräistä toimintakykyä, voidaan pitää vähemmän tärkeänä (Mahoney & Barthel 1965). Tämä näkyy myös meidän tutkimuksessamme, joten yksittäisten toimintakyvyn osa-alueiden tarkasteleminen voisikin johtaa myös tässä aineistossa Barthelin indeksin parempaan hyödyntämiseen.

Lawtonin IADL-testi soveltui tutkimusaineistoomme hyvin, sillä jakaumat olivat Barthelin indeksin kokonaispisteiden jakaumiin verrattuna vaihtelevammat. Emme kuitenkaan käyttäneet Lawtonin testiä täysin kirjallisuuden osoittamalla (Lawton & Brody 1969; Lawton 1972) tavalla, sillä muokkasimme dikotomista luokitusta tarkotuksiimme paremmin soveltuvaksi. Tässä aineistossa myös Lawtonin testin osalta voisi yksittäisten toimintakyvyn osa-alueiden tarkasteleminen johtaa parempaan tulokseen kuin kokonaispistemäärien käyttö. Tämä ei kuitenkaan ollut meidän tutkimuksessamme aiheellista, sillä esimerkiksi puhelimen käytöllä tai ruuan valmistuksella tuskin on yhteyttä oman viehättävyyden tai siinä iän myötä tapahtuvan muutoksen kokemiseen.

Zungin itsearvioituja depressiivisiä oireita kartoittavaa testiä on käytetty myös aikaisemmissa ikääntyneiden depressioita käsittelevissä tutkimuksissa (mm. Okimoto

ym. 1982; Kiljunen ym. 1997). Zungin mittari soveltui tutkimusaineistoomme hyvin, sillä molemmissa ikäryhmissä Zungin mittarin kokonaispisteet jakautuivat lähes normaalisti. Zungin kokonaispisteiden käyttö oli mielekästä myös siksi, että kirjallisuuden perusteella (Okimoto ym. 1982) pystyimme luokittelemaan aineistomme kokonaispisteet hyväksi koetulla tavalla. Zungin pistemäärien keskiarvot olivat sekä nuoremassa (39,0) että vanhemmassa (41,1) ikäryhmässä varsin korkeat verrattuna aikaisempaan suomalaistutkimukseen, jossa yli 84-vuotiaiden vantaalaisnaisten Zungin pisteiden keskiarvo oli 28,0 (Kiljunen ym. 1997).

Itsearvioidun terveyden mittari oli siinä mielessä puutteellinen, että vastausvaihtoehdoista puuttui vaihtoehto ”hyvä”. Termistö olisi mielestämme vaatinut hieman tarkkuutta, sillä ”erittäin hyvän” ja ”melko hyvän” välillä on aika suuri ero. Osa vastaajista olisi saattanut arvioida terveydentilansa hyväksi, mutta eivät erittäin hyväksi. Myös vaihtoehto ”erittäin huono” puuttui kokonaan. Mittari olisi ollut symmetrisempi jos ”erittäin hyvän” vastaava negatiivinen vaihtoehto olisi ollut ”erittäin huono” tai ”hyvää” oli vastannut ”huono”. Myös liikunnan harrastamista mittaava mittari oli vaillinainen, sillä vastausvaihtoehdot sulkevat pois monenlaisia liikuntamuotoja. Avoin kysymys olisi voinut soveltua paremmin kertomaan, kuinka paljon ja millaista liikuntaa tutkittavat harrastivat.

Tutkimuksessamme huomionarvoista oli se, että itsensä viehättäväksi tai melko viehättäväksi koki näinkin iäkkäistä vastanneista 70 - 80 %. Itse oletimme, että tutkittavista itsensä viehättäväksi arvioisi huomattavasti vähemmän kuin mitä tulokset osoittivat, joten näin positiivinen tulos oli yllättävä. Iän myötä omassa viehättävyydessä tapahtuvan muutoksen kokemisesta saadut tulokset vastasivat paremmin alkuperäisiä oletuksiamme, mutta niistäkin löytyi positiivisia yllätyksiä. Vaikka yli puolet molemmista ikäryhmistä arvioikin oman viehättävyyden vähentyneen iän myötä, niin silti molemmista ikäryhmistä löytyi 40 % niitä, joiden mielestä oma viehättävyys ei ollut muuttunut ikääntyessä. Nämä ikääntyneiden omiin mielipiteisiin perustuvat tulokset tukevat siis joiltain osin Milordin (1978), Korthasen ja Trenholmen (1982), Wernickin ja Manasterin (1984) tai Zebrowitzin ym. (1993) tutkimustuloksia siitä, että fyysinen viehättävyys vähenisi iän myötä.



Vertailu muihin tutkimuksiin ikääntyneiden naisten oman viehättävyyden kokemisesta ja viehättävyyden mahdollisesta muuttumisesta ikääntymisen myötä on vaikeaa, koska emme löytäneet vastaavanlaisia tutkimuksia. Ikääntyneiden itsearvioimaa viehättävyyttä on tutkittu vähän. Useissa tutkimuksissa on käytetty ainoastaan nuoria (Dion ym. 1972; Marsella ym. 1981; Cash ym. 1983; Fallon & Rozin 1985; Keating 1985; Hummert 1990; Cunningham ym. 1995), kun taas tässä tutkimuksessa kaikki tutkittavat naiset olivat yli 75-vuotiaita. Myös tutkittavien lukumäärä on ollut huomattavasti pienempi ja tutkimusmenetelmät ovat olleet erilaisia (Farina ym. 1977; Milord 1978; Napoleon ym. 1980; Goebel 1982; Korthase & Trenholme 1982; Johnson & Pittenger 1984; Wernick & Manaster 1984; Noles ym. 1985; Zebrowitz ym. 1993; Perlini ym. 1999).

Siviilisäädyllä, koulutuksen kestolla, taloudellisella tilanteella ja oman viehättävyyden kokemisella sekä siinä iän myötä tapahtuvan muutoksen kokemisella ei tämän tutkimuksen mukaan näyttänyt olevan tilastollisesti merkitsevää yhteyttä. Boellhoff Giesenin (1989) tutkimuksessa naimattomat naiset arvioivat itsensä viehättävämmiksi kuin naimisissa olevat. Tässä tutkimuksessa ei eroa naimattomien ja naimisissa olevien väliltä löytynyt. Riippumatta siitä, oliko tutkittavan taloudellinen tilanne hyvä vai huono, arvioitiin viehättävyyttä hyvin samankaltaisesti.

Oletimme alunperin, että sairauksien lukumäärän kasvaessa itsensä viehättäväksi kokeminen vähenee ja tutkimustulos tukikin oletustamme, vaikka tämä yhteys löytyi ainoastaan vanhemmasta ikäryhmästä. Omassa viehättävyydessä iän myötä tapahtuvan muutoksen kokemisen ja sairauksien lukumäärän välinen yhteys molemmissa ikäryhmissä oli selkeä, sillä on aika luontevaa olettaa, että sairauksien vähäinen määrä vanhuudessa vaikuttaa positiivisesti henkilön arvioon oman viehättävyyden muutoksesta ikääntyessä. On huomattava, että sairauksien laadut ja kestoajat voivat poiketa toisistaan, sillä esim. henkilö, jolla on diagnosoitu allergia on eriarvoisessa asemassa kuin henkilö, jolla on aivoinfarktin seurauksena todettu hemipareesi. Yksikin vakava sairaus, esimerkiksi nivelreuma (Skevington ym. 1987), saattaa haitata elämää ja vaikuttaa ulkonäön kokemiseen paljon enemmän kuin lukuisa määrä "pienempiä" sairauksia.

Alkuperäinen oletuksemme oli, että lääkkeiden lukumäärän kasvaessa itsensä viehättäväksi kokeminen vähenee ja tämä yhteys löytyikin, tosin vain nuoremmasta ikäryhmästä. Käytössä olevien lääkkeiden kohdalla laatuerot voivat olla suuret verrattaessa esim. välttämättömiä sydänsairauksien hoitoon tarkoitettuja lääkkeitä vitamiinivalmisteisiin. Tästä syystä lääkkeiden kohdalla olisi tarkempi analyysi ollut tarpeen. Lääkkeet olisi pitänyt määritellä tarkemmin eikä käyttää ainoastaan säännöllisesti käytettävien lääkkeiden lukumäärää.

Itsearvioidulla terveydentilalla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä oman viehättävyyden kokemiseen eikä myöskään omassa viehättävyydessä iän myötä tapahtuvan muutoksen kokemiseen. Tämä on mielestämme yllättävä tulos, sillä oletimme, että arviolla omasta terveydentilasta olisi suurempi vaikutus kokemukseen omasta viehättävyydestä kuin esimerkiksi diagnosoitujen sairauksien tai lääkkeiden lukumäärällä. Monestihan ihminen voi tuntea itsensä varsin terveeksi huolimatta sairauksista ja itsensä terveeksi tuntevan ihmisen oletimme kokevan itsensä myös viehättäväksi. Itsearvioitu terveys -käsitteen moniselitteisyys voi olla yhtenä syynä siihen, että se ei liittynyt tutkimuksessamme oman viehättävyyden kokemiseen. Itsearvioitu terveys on hyvin kompleksinen käsite, joka liittyy moniin eri tekijöihin, kuten sairauksiin, sairauksien oireisiin, toimintakykyyn, aikaisempaan ammattiasemaan ja sosiaalisiin suhteisiin (Jylhä 1985). Näin ollen pelkästään itsearvioidun terveyden ja oman viehättävyyden kokemisen välistä yhteyttä on vaikea määrittää ilman itsearvioituun terveyteen liittyvien muiden tekijöiden määrittelyä.

Ainoastaan vanhemmasta ikäryhmästä löytyi depressiivisten oireiden osalta alkuperäisten oletuksiemme kanssa yhteneväinen tulos; depressiivisten oireiden lisääntyessä itsensä viehättäväksi kokeminen vähenee ja depressiiviset ikääntyneet kokevat todennäköisemmin viehättävyytensä vähentyvän ikääntyessä. Myös mm. Noles (1985) ja Marsella (1981) ovat todenneet tutkimuksissaan, että depressiiviset henkilöt kokevat itsensä vähemmän viehättäviksi kuin ei-depressiiviset henkilöt. Aikaisemmat tutkimukset ovat kuitenkin kohdistuneet pääasiassa nuorempiin tutkittaviin.

Barthelin indeksin avulla selvitettyllä toimintakyvyllä ja oman viehättävyyden kokemisen tai oman viehättävyyden muutoksen kokemisen välillä ei ollut

kummassakaan ikäryhmässä tilastollisesti merkitsevää yhteyttä. Tämä tulos oli odotettavissa, koska lähes kaikki tutkittavat olivat Barthelin indeksin mukaan hyväkuntoisia. Tutkittavat olivat liian homogeenisia tilastolliseen vertailuun. Lawtonin toimintakykymittarin pisteet erottelivat tutkittavia Barthelin indeksiä paremmin. Nuoremasta ikäryhmästä löytynyt tilastollisesti merkitsevä yhteys itsensä viehättäväksi kokemisen ja Lawtonin pisteiden välillä tuki oletuksiamme siitä, että omatoimiset henkilöt kokevat itsensä viehättäväksi, vaikka vanhemmasta ikäryhmästä ei vastaavaa yhteyttä löytynyt. Kummastakaan ikäryhmästä ei myöskään löytynyt tilastollisesti merkitsevää yhteyttä iän mukana omassa viehättävyydessä tapahtuvan muutoksen ja Lawtonin pisteiden väliltä. Lawtonin toimintakykymittarin osalta ei siis löytynyt johdonmukaista yhteyttä itsensä viehättäväksi kokemiseen ja siinä iän myötä tapahtuvan muutoksen kokemiseen.

Kehon massaindeksin ja oman viehättävyyden kokemisen tai oman viehättävyyden muutoksen kokemisen välillä ei löytynyt yhteyttä. Bem-Tovimin ja Walkerin (1994) tutkimuksessa todettiin, että ikääntyneet ylipainoiset tutkittavat kokivat olevansa vähemmän viehättäviä kuin normaalin BMI:n omaavat tutkittavat. Franzoin ja Koehlerin (1998) tutkimuksen mukaan taas ikääntyneet naiset eivät kokeneet kehon painoon liittyviä asioita uhaksi viehättävyydelleen. Meidän tutkimustuloksemme siis tuki Koehlerin (1998) aikaisempaa tutkimustulosta.

Tässä tutkimuksessa ei elämään tyytyväisyydellä, yksinäisyydellä ja liikunnan harrastamisella sekä viehättävyyden ja sen muutosten kokemisella näyttänyt olevan yhteyttä kummassakaan ikäryhmässä. Voisi ajatella, että ne henkilöt, jotka eivät ole tyytyväisiä elämäänsä ja kokevat itsensä yksinäisiksi, arvioisivat myös viehättävyytensä huonommaksi ja vähentyneen iän myötä. Voisi myös olettaa, että jos harrastaa aktiivisesti liikuntaa, kokee itsensä viehättävämmäksi kuin ne, jotka eivät liiku.

Meidän tutkimuksessamme ainoastaan sairauksien lukumäärä, lääkkeiden lukumäärä, itsearvioidut depressiiviset oireet ja omatoimisuus IADL-toiminnoissa olivat yhteydessä oman viehättävyyden ja siinä iän myötä tapahtuvan muutoksen kokemiseen. Oli yllättävää, että tutkimuksemme muilla taustatekijöillä ei näyttänyt olevan yhteyttä ikääntyneiden naisten oman viehättävyyden ja siinä iän myötä tapahtuvan muutoksen

kokemiseen. Itsearvioidun terveyden ja liikunnan harrastamisen osalta voisi syynä olla käytetyn mittarin puutteellisuus. Myös toimintakyvyn osalta tilanne on sama, sillä varsinkin Barthelin indeksin kokonaispistemäärä ei kuvannut riittävästi tämän tutkimusaineiston toimintakykyä. Tutkimuksemme osoittaa siis sen, että oman viehättävyyden kokemiseen ja omassa viehättävyydessä iän myötä tapahtuvan muutoksen kokemiseen liittyviä selittäviä tekijöitä ei ole kovinkaan paljon. Tästä voisi päätellä, että selittävät tekijät ovat aivan muita asioita kuin mitä tässä tutkimuksessa on käsitelty tai voi olla jopa niin, että selittäviä tekijöitä ei ole ollenkaan. Tämän aineiston osalta tulos näyttäisi johtuvan myös siitä, että oman viehättävyyden kokeminen on kysymyksissä liitetty liiaksi seksuaalisuuteen. Tutkittavat ovat pyrkineet arvioimaan viehättävyyttään suhteessa seksuaalisuuteen, koska viehättävyyttä koskevat kysymykset on esitetty seksuaalisuutta käsittelevien kysymysten lomassa.

Jatkotutkimuksissa olisi mielenkiintoista selvittää viehättävyyteen liittyviä tekijöitä myös muualla Suomessa ja verrata saatuja tuloksia kuopiolaisten tuloksiin. Myös sukupuolittaiset erot oman viehättävyyden kokemisessa olisi mielenkiintoinen tutkimuksen aihe. Kuinka miehet ja naiset eroavat toisistaan oman viehättävyyden kokemisen suhteen? Pitkittäistutkimuksella voitaisiin taas selvittää oman viehättävyyden kokemisen kehittymistä elämänkaaren aikana. Tutkimuksemme osoitti, että omaa viehättävyyttä koskevaa tutkimusta ei saa rajoittaa koskemaan ainoastaan nuorempia ikäluokkia, sillä aihe on ajankohtainen myös ikääntyneillä ihmisillä. Voisi olla aiheellista tutkia suomalaisten käsityksiä siitä, millainen ihminen on viehättävä ja miten eri ikäisten ihmisten viehättävyyttä arvioidaan. Viehättävyytutkimus toisi esille suomalaisessa yhteiskunnassa elävät viehättävyyssandardit, jotka osaltaan määrittelevät myös ikääntyneiden viehättävyyttä sekä muiden ihmisten silmissä että heidän omista silmissään.

## LÄHTEET

- Adams, G. 1977. Physical Attractiveness Research. *Human Development* 20, 217-239.
- Ben-Tovim, D.I. & Walker, K.M. 1994. The Influence of the Age and Weight on Women's Body Attitudes as Measured by the Body Attitudes Questionnaire (BAQ). *Journal of Psychosomatic Research* 38, 477-481.
- Berscheid, E. & Walster, E. 1974. Physical Attractiveness. Teoksessa L. Berkovitz (toim.) *Advances in Experimental Social Psychology*. New York: Academic Press Inc. 7, 157-215.
- Boelhoff Giesen, C. 1989. Aging and Attractiveness. Marriage makes a Difference. *International Journal of Aging and Human Development* 29, 83-92.
- Burns, G.L. & Farina, A. 1992. The Role of Physical Attractiveness in Adjustment. *Genetic, Social and General Psychology Monographs* 118, 157-194.
- Cash, T.F., Walker Cash, D. & Butters, J.W. 1983. "Mirror, Mirror, on the Wall...?": Contrast Effects and Self-Evaluations of Physical Attractiveness. *Personality Social Psychology Bulletin* 9, 351-358.
- Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z. & Fairburn, C.G. 1987. The Development and Validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders* 6, 485-494.
- Cross, J.F. & Cross, J. 1971. Age, Sex, Race, and Perception of Facial Beauty. *Developmental Psychology* 5, 433-439.
- Cunningham, M.R., Roberts, A.R., Barbee, A.P., Druen, P.B. & Wu, C.H. 1995. "Their ideas of beauty are, on the whole, the same as ours": Consistency and Variability in the

Cross-Cultural Perception of Female Physical Attractiveness. *Journal of Personality and Social Psychology* 68, 261-279.

Dion, K., Berscheid, E. & Walster, E. 1972. What is Beautiful is Good. *Journal of Personality and Social Psychology* 24, 285-290.

Fallon, A.E. & Rozin, P. 1985. Sex Differences in Perceptions of Desirable Body Shape. *Journal of Abnormal Psychology* 94, 102-105.

Farina, A., Fisher, E.H., Sherman, S., Smith, W.T., Groh, T. & Mermin, P. 1977. Physical Attractiveness and Mental Illness. *Journal of Abnormal Psychology* 86, 510-517.

Feingold, A. 1992. Good-looking people are not what we think. *Psychological Bulletin* 111, 304-341.

Franzoi, S.L. & Koehler, V. 1998. Age and Gender Differences in Body Attitudes: A Comparison of Young and Elderly Adults. *International Journal of Aging and Human Development* 47, 1-10.

Goebel, B.L. 1982. Age Preferences of Older Adults in Relationship Important to their Life Satisfaction. *Journal of Gerontology* 37, 461-467.

Goldman, W. & Lewis, P. 1977. Beautiful is Good: Evidence that the Physically Attractive are more Socially Skillfull. *Journal of Experimental Social Psychology* 13, 125-130.

Hagan Hennessy, C. 1989. Culture in the Use, Care, and Control of the Aging Body. *Journal of Aging Studies* 3, 39-54.

Hartig, M.T., Engle, V.F. & Graney, M.J. 1997. Accuracy of Nurse aides' Functional Health Assessments of Nursing Home Residents. *Journals of Gerontology/Medical Sciences* 52, M142-M148.

Hetherington, M.M. & Burnett, L. 1994. Ageing and the Pursuit of Slimness: Dietary Restraint and Weight Satisfaction in Elderly Women. *British Journal of Clinical Psychology* 33, 391-400.

Howe, M.C. 1986. A Comparison of the Self-Esteem, Bodyimage and Movement-Concept of Adults in Different Age Groups. Teoksessa S. Fisher (toim.) *Development and Structure of the Body Image*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum 1, 126-127.

Hummert, M.L. 1990. Multiple Stereotypes of Elderly and Young Adults: A Comparison of Structure and Evaluations. *Psychology and Aging* 5, 182-193.

Johnson, D.F. & Pittenger, J.B. 1984. Attribution, the Attractiveness Stereotype, and the Elderly. *Developmental Psychology* 20, 1168-1172.

Jylhä, M. 1985. Oman terveyden kokeminen eläkeiässä. *Acta Universitatis Tamperensis*, ser A vol 195. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Karjalainen, E. 1999. *Palvelutalossa asuvien vanhusten toimintakyky. Tutkimus palvelutaloissa asuvien fyysisen, kognitiivisen ja psyykkisen toimintakyvyn muutoksista*. *Acta Universitatis Ouluensis, D Medica* 565. Oulu: Oulu University Press.

Keating, C.F. 1985. Gender and the Physiognomy of Dominance and Attractiveness. *Social Psychology Quarterly* 48, 61-70.

Kelly, S. & Jessop, E.G. 1996. A Comparison of Measures of Disability and Health Status in People with Physical Disabilities Undergoing Vocational Rehabilitation. *Journal of Public Health Medicine* 18, 169-174.

Kiljunen, M., Sulkava, R., Niinistö, L., Polvikoski, T., Verkkoniemi, A., & Halonen, P. 1997. Depression Measured by the Zung Depression Status Inventory Is Very Rare in a Finnish Population Aged 85 Years and Over. *International Psychogeriatric Association* 9, 359-368.

Korthase, K.M. & Trenholme, I. 1982. Perceived Physical Attractiveness. *Perceptual and Motor Skills* 54, 1251-1258.

Lawton, P.M. 1972. Assessing the Competence of Older People. Teoksessa D. Kent, R. Kastenbaum & S. Sherwood (toim.) *Research Planning and Action for the Elderly*. New York: Behavioral Publications, 122-143.

Lawton, M.P. & Brody, E.M. 1969. Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *The Gerontologist* 9, 179-186.

Mahoney, F.I. & Barthel, D. 1965. Functional Evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal* 14, 61-65.

Mahoney, F.I., Wood, O.H. & Barthel, D.W. 1958. Rehabilitation of Chronically Ill Patients: The Influence of Complications on the Final Goal. *Southern Medical Journal* 51, 605-609.

Marsella, A.J., Shizuru, L., Brennan, J. & Kameoka, V. 1981. Depression and Body Image Satisfaction. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 12, 360-371.

McDowell, I. & Newell, C. 1996. *Measuring Health. A Guide To Rating Scales and Questionnaires*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Oxford University Press Inc.

McGinnis, G.E., Seward, M.L., DeJong, G. & Osberg, J.S. 1986. Program Evaluation of Physical Medicine and Rehabilitation Departments Using Self-Report Barthel. *Archives of Physical and Medical Rehabilitation* 67, 123-125.

Milord, J.T. 1978. Aesthetic Aspects of Faces: A (Somewhat) Phenomenological Analysis Using Multidimensional Scaling Methods. *Journal of Personality and Social Psychology* 36, 205-216.

Morthase, K.M. & Trenholme, I. 1982. Perceived Age and Perceived Physical Attractiveness. *Perceptual and Motor Skills* 54, 1251-1258.



Napoleon, T., Chassin, L. & Young, R.D. 1980. A Replication and Extension of "Physical Attractiveness and Mental Illness". *Journal of Abnormal Psychology* 89, 250-253.

Noles, S.W., Cash, T.F. & Winstead, B.A. 1985. Body Image, Physical Attractiveness, and Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 53, 88-94.

Okimoto, J.T., Barnes, R.F., Veith, R.C., Raskind, M.A., Inui, T.S. & Carter, W.B. 1982. Screening for Depression in Geriatric Medical Patients. *American Journal of Psychiatry* 139, 799-802.

Perlini, A.H., Bertolissi, S. & Lind, D.L. 1999. The Effects of Women's Age and Physical Appearance on Evaluations and Social Desirability. *The Journal of Social Psychology* 139, 343-354.

Peterson, J.L. & Miller, C. 1980. Physical Attractiveness and Marriage Adjustment in Older American Couples. *Journal of Psychology* 105, 247-252.

Pliner, P., Chaiken, S. & Flett, G.L. 1990. Gender Differences in Concern With Body Weight and Physical Appearance Over the Life Span. *Personality and Social Psychology Bulletin* 16, 263-273.

Reis, H.T., Wheeler, L., Spiegel, N., Vernis, M.H., Nezlek, J. & Perri, M. 1982. Physical Attractiveness in Social Interaction: II. Why Does Appearance Affect Experience? *Journal of Personality and Social Psychology* 43, 979-996.

Ross, M.J., Tait, R.C., Grossberg, G.T., Handal, P.J., Brandeberry, L. & Nakra, R. 1989. Age Differences in Body Consciousness. *Journals of Gerontology/Psychological Sciences* 44, P23-P24.

Skevington, S.M., Blackwell, F. & Britton, N.F. 1987. Self-Esteem and Perception of Attractiveness. An Investigation of Early Rheumatoid Arthritis. *British Journal of Medical Psychology* 60, 45-52.

Sorell, G.T. & Nowak, C.A. 1981. The Role of Physical Attractiveness as a Contributor to individual Development. Teoksessa R.M. Lerner & N.A. Busch-Rossnagel (toim.) *Individuals as Producers of Their Development. A Life-Span Perspective*. New York: Academic Press, Inc, 389-446.

Umberson, D. & Hughes, M. 1987. The Impact of Physical Attractiveness on Achievement and Psychological Well-Being. *Social Psychology Quarterly* 50, 227-236.

Uusitupa, M. 1993a. Antropometriset mittaukset. Teoksessa A. Aro, M. Mutanen, L. Nuutinen, & M. Uusitupa (toim.) *Kliininen Ravitseemus*. Helsinki: WSOY. Kustannus Oy Duodecim, 178-180.

Uusitupa, M. 1993b. Lihavuus. Teoksessa A. Aro, M. Mutanen, L. Nuutinen, & M. Uusitupa (toim.) *Kliininen Ravitseemus*. Helsinki: WSOY. Kustannus Oy Duodecim, 206-222.

Wernick, M. & Manaster, G.J. 1984. Age and the Perception of Age and Attractiveness. *The Gerontologist* 24, 408-414.

White, G.L. 1980. Physical Attractiveness and the Courtship Process. *Journal of Personality and Social Psychology* 39, 660-668.

Zebrowitz, L.A., Olson, K. & Hoffman, K. 1993. Stability of Babyfacedness and Attractiveness Across the Life Span. *Journal of Personality and Social Psychology* 64, 453-466.

Zung, W.W.K. 1965. The Self-Rating Depression Scale. *Archives of General Psychiatry* 12, 63-70.

## LIITE 1

### 5. BARTHELIN INDEKSI

Toiminta	Kuvaus	Pisteet
1. Ruokailu (Jos ruoka on paloiteltava= avustettava)	itsenäinen	10
	ruoka paloiteltava	5
	avustettava	0
2. Tuolista vuoteeseen tai vuoteesta tuoliin siirtyminen (sisältää istumaan nousemisen vuoteessa)	Itsenäinen	15
	Vain vähän apua	10
	Kykenee istumaan, mutta täysin avus- tettava siirtymisessä	5
	Kykenemätön	0
3. Henkilökohtainen hygienia (kasvojen pesu, hiusten kampaaminen, parranajo, hampaiden harjaaminen)	Itsenäinen	5
	Avustettava	0
4. WC:ssä asiointi (vaatteet, pyyhkiminen, huuhtelu)	Itsenäinen	10
	Tarvitsee jatkuvasti apua	5
	Avustettava	0
5. Peseytyminen	Itsenäinen	5
	Avustettava	0
6. Kävely tasaisella maalla tai jos ei mahdollista, pyörätuolilla liikkuminen	Itsenäisesti 50m	15
	Avustettuna 50m	10
	Pyörätuolilla 50m	5
	Kykenemätön	0
7. Portaissa liikkuminen	Itsenäinen	10
	Tarvitsee apua	5
	Kykenemätön	0
8. Pukeutuminen (sisältää kengännauhojen solmimisen, kiinnitykset)	Itsenäinen	10
	Avustettava	5
	Kykenemätön	0

9. Suolen toiminta	Täysin pidätyskyk.	10
	Osittain pidätyskyk.	5
	Inkontinentti	0
10. Rakon toiminta	Täysin pidätyskyk.	10
	Osittain pidätyskyk.	5
	Inkontinentti	0

**BARTHEL-pisteet yhteensä** \_\_\_\_\_

**6. IADL-TESTI** (Lawton)

**1. Puhelimen käyttö**

- |    |   |
|----|---|
| 1  | Käyttää oma-aloitteisesti, etsii ja valitsee numerot      |
| 2  | soittaa muutamiin tuttuihin numeroihin (valitsee numerot) |
| 3  | vastaa puhelimeen muttei soita                            |
| 4  | ei kykene käyttämään puhelinta                            |
| 99 | ei tietoa   |

**2. Kaupassa käynti**

- |    |   |
|----|---|
| 1  | hoitaa kaikki ostoksensa oma-aloitteisesti  |
| 2  | tekee itsenäisesti pienet ostokset (päivittäiset taloustavarat, maito, leipä, voi yms.) |
| 3  | tarvitsee jonkun avukseen kaikille ostosmatkoille                                       |
| 4  | ei kykene käymään kaupassa  |
| 99 | ei tietoa   |

**3. Ruoan valmistus**

- |    |   |
|----|---|
| 1  | suunnittelee, valmistaa ja tarjoilee asianmukaiset ateriat itsenäisesti |
| 2  | valmistaa asianmukaiset ateriat, jos ainekset on annettu etukäteen      |
| 3  | lämmittää valmiita ruokia tai valmistaa                                 |
| 4  | ruoka pitää valmistaa ja tarjoilla                                      |
| 99 | ei tietoa   |

**4. Taloustyöt**

- |    |   |
|----|---|
| 1  | Tekee taloustyöt itsenäisesti lukuun ottamatta raskaimpia töitä, kuten ikkunoiden pesua ja mattojen tamppausta      |
| 2  | suorittaa kevyet päivittäiset toimet (tiskaus, vuoteiden sijaus), mutta ei kykene esim. siivoamaan                  |
| 3  | pyrkii suorittamaan kevyitä päivittäisiä toimia, muttei kykene riittävään siisteystasoon (astiat jäävät likaisiksi) |
| 4  | tarvitsee apua kaikissa kotitöissä  |
| 5  | ei osallistu kotitöihin   |
| 99 | ei tietoa   |

**5. Pyykinpesu**

- |    |  |
|----|--|
| 1  | Pesee kaiken henkilökohtaisen pyykkinsä itse |
| 2  | pesee ns. pikkupyykin                        |
| 3  | kaikki pyykki pestään muiden toimesta        |
| 4  | ei ole koskaan osallistunut pyykinpesuun     |
| 99 | ei tietoa                                    |

## **6. Liikkuminen kulkuvälineillä**

- |    |  |
|----|--|
| 1  | Käyttää itsenäisesti yleisiä kulkuvälineitä tai ajaa autoa                   |
| 2  | kulkee itsenäisesti taksilla mutta ei käytä muita yleisiä kulkuvälineitä     |
| 3  | kulkee yleisillä kulkuvälineillä ainoastaan toisen seurassa                  |
| 4  | matkustaa taksilla, invataksilla tai pikkuautolla ainoastaan toisen seurassa |
| 5  | ei liiku kulkuvälineillä lainkaan (tai vain ambulanssilla)                   |
| 99 | ei tietoa  |

## **7. Lääkkeistä huolehtiminen**

- |    |   |
|----|---|
| 1  | Huolehtii itse omista lääkkeistään (oikea annos oikeaan aikaan) |
| 2  | ottaa lääkkeensä ajallaan jos ne on annosteltu etukäteen        |
| 3  | ei kykene huolehtimaan omasta lääkityksestä                     |
| 4  | ei lääkitystä   |
| 99 | ei tietoa   |

## **8. Rahojen käsittely**

- |    |  |
|----|--|
| 1  | Hoitaa kaikki raha-asiansa itsenäisesti  |
| 2  | hoitaa päivittäiset raha-asiansa mutta tarvitsee apua pankeissa ja isompien summien käsittelyssä |
| 3  | kyvytön hoitamaan raha-asioita   |
| 99 | ei tietoa  |

## 2. HENKILÖTIEDOT

### 3. Tämän hetkinen siviilisääty

- 1 naimaton
- 2 naimisissa, (asuu yhdessä)
- 3 naimisissa, (asuu erillään)
- 4 avoliitossa
- 5 leski
- 6 eronnut
- 7 asumuserossa

## 4. KOULUTUS

3. Koulutuksen kokonaiskesto \_\_\_\_\_ vuotta .....99 ei tietoa  
(sisällytetään peruskoulutus, ammattikoulutus ja mahdolliset ammattipätevyyden tuottavat kurssit)

## 5. VARALLISUUS

### 1. Kuinka tyytyväinen olette tämän hetkiseen taloudelliseen tilanteeseenne?

- 1 erittäin tyytyväinen
- 2 melko tyytyväinen
- 3 melko tyytymätön
- 4 erittäin tyytymätön
- 99 ei tietoa

## 10. NYKYINEN TERVEYDENTILA

### 2. Millainen on tämänhetkinen terveydentilanne omasta mielestänne?

- 1 erittäin hyvä
- 2 melko hyvä
- 3 keskinkertainen
- 4 melko huono
- 5 huono
- 99 ei tietoa

## **9. HARRASTUKSET, VAPAA-AJAN TOIMINNOT, YSTÄVÄT**

### **14. Kuinka tyytyväinen olette elämäänne tällä hetkellä?**

- 1 erittäin tyytyväinen
- 2 tyytyväinen
- 3 tyytymätön
- 4 erittäin tyytymätön
- 99 ei tietoa

### **5. Kuinka usein tunnette itsenne yksinäiseksi?**

- 1 usein
- 2 joskus
- 3 en koskaan
- 99 ei tietoa

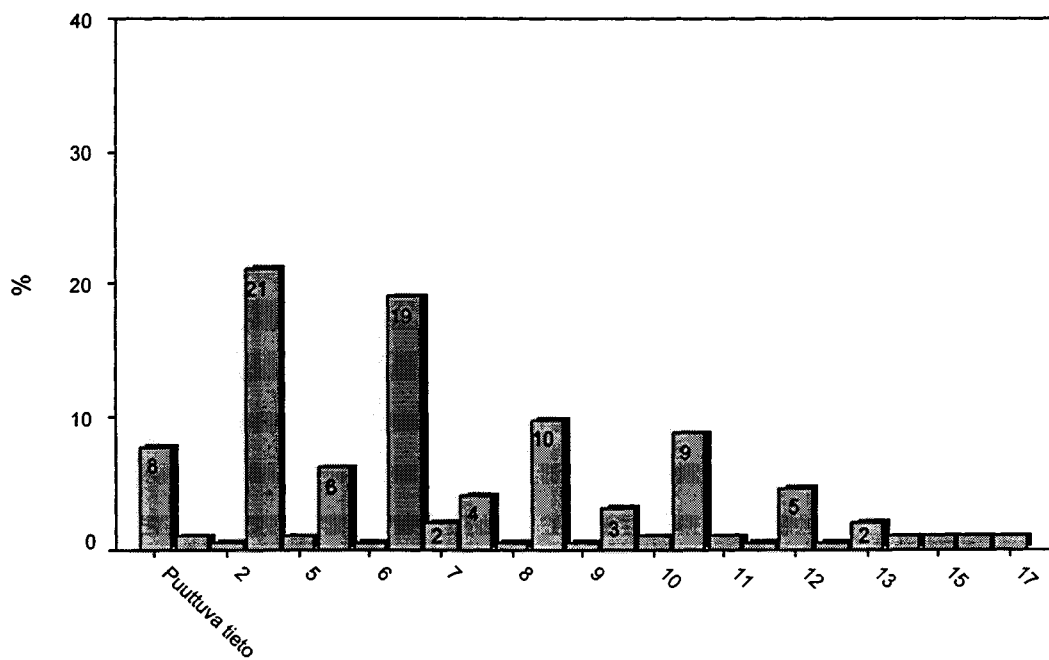
### **9. Mikä näistä kuvauksista vastaa parhaiten liikuntaharrastustanne?**

#### **D. Tällä hetkellä**

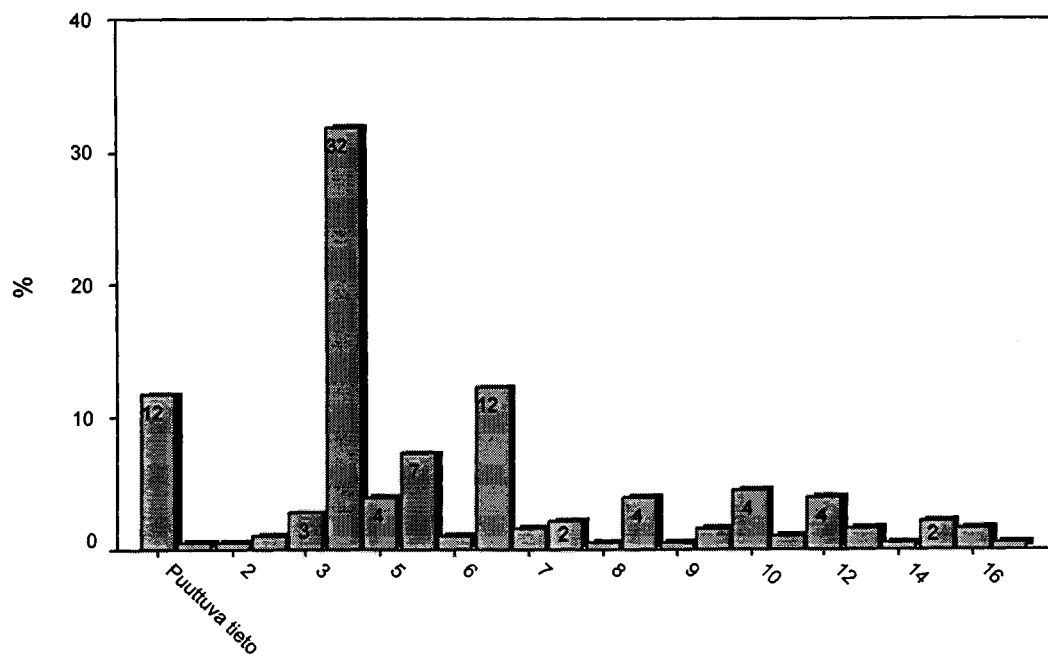
- 1 En harrasta säännöllistä liikuntaa
- 2 Harrastan kevyttä kävelyä ja ulkoilua vähintään 2-3 kertaa viikossa
- 3 Harrastan liikuntaa, joka aiheuttaa hengästymistä ja hikoilua vähintään 2-3 kertaa viikossa
- 4 Harrastan kilpaurheilua
- 99 ei tietoa



## LIITE 4

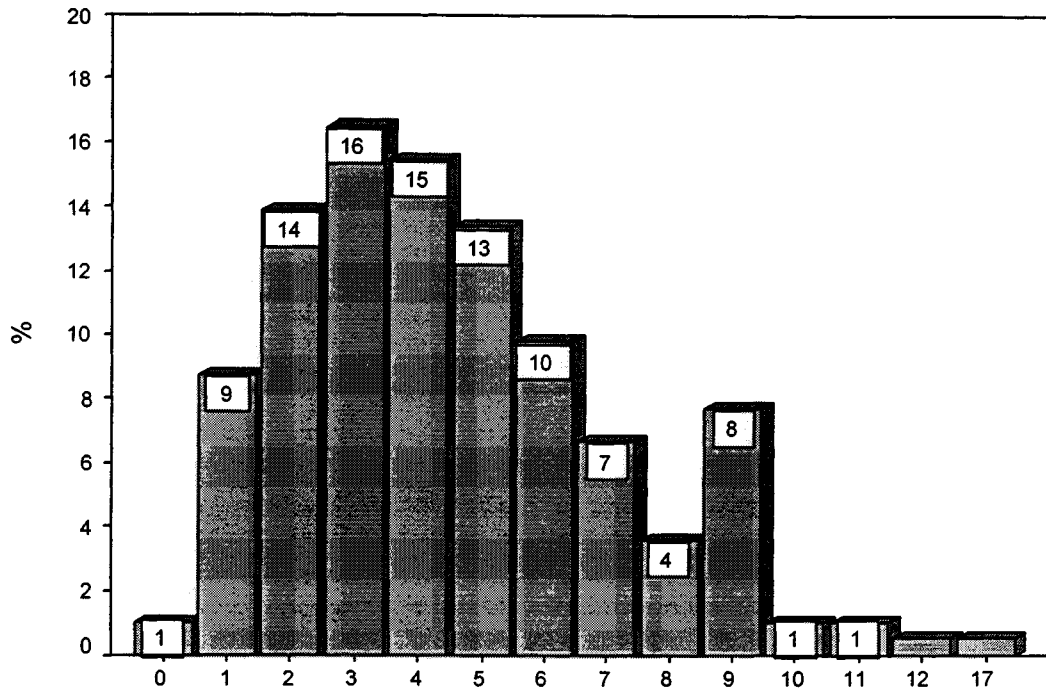


Koulutuksen kokonaiskeston (vuosina) prosenttijakauma 75-79-vuotiailla naisilla

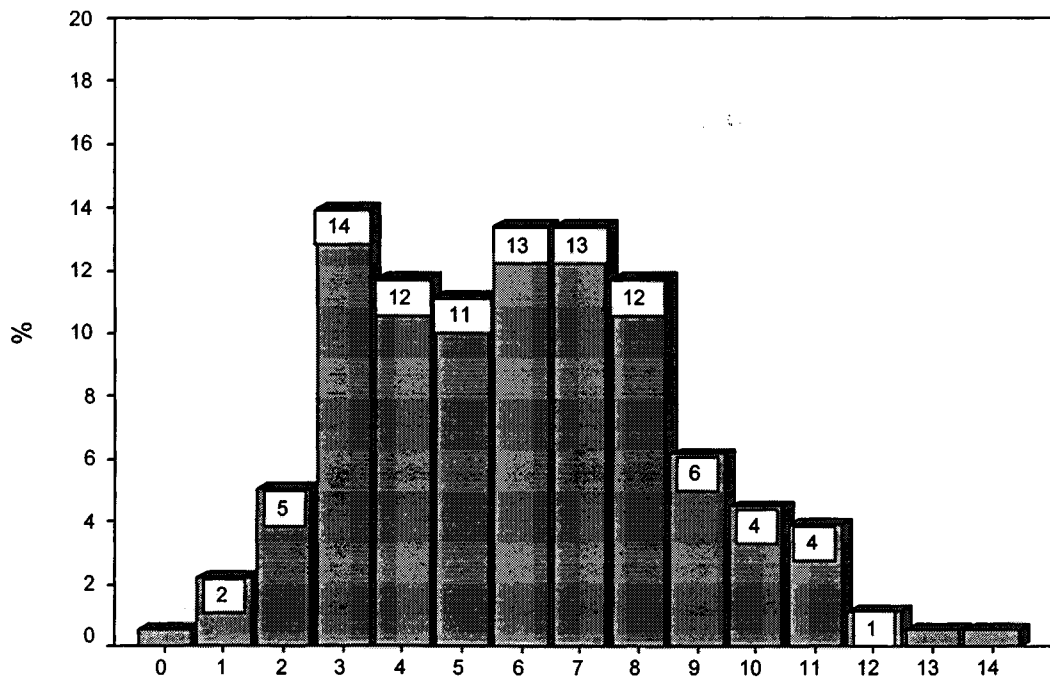


Koulutuksen kokonaiskeston (vuosina) prosenttijakauma 80-95-vuotiailla naisilla

## LIITE 5

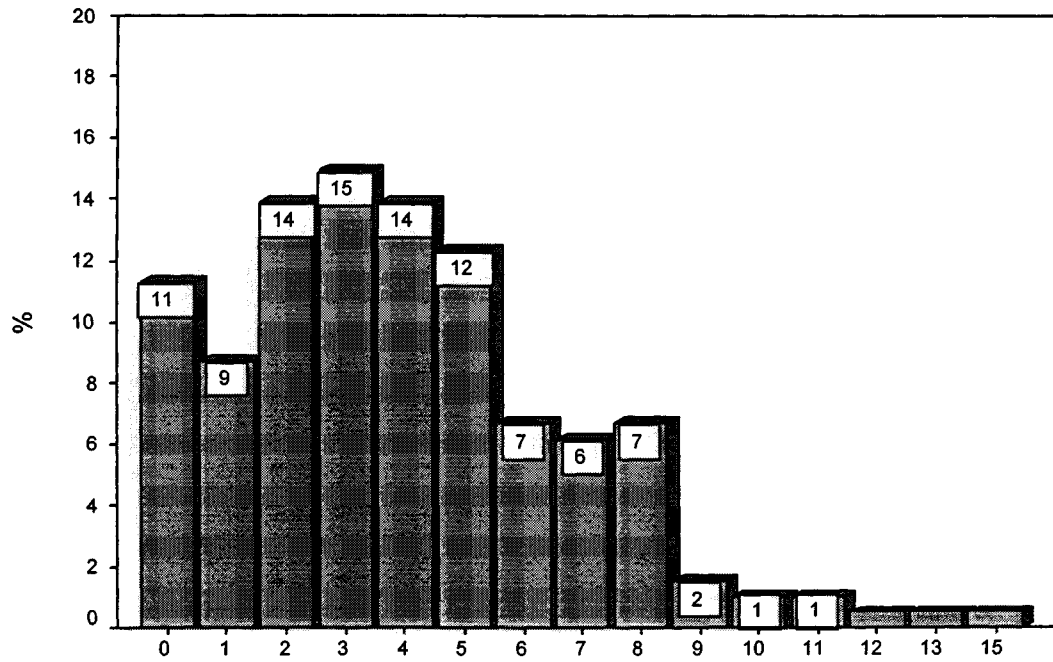


Diagnosoitujen sairauksien lukumäärän prosenttijakauma 75-79-vuotiailla naisilla

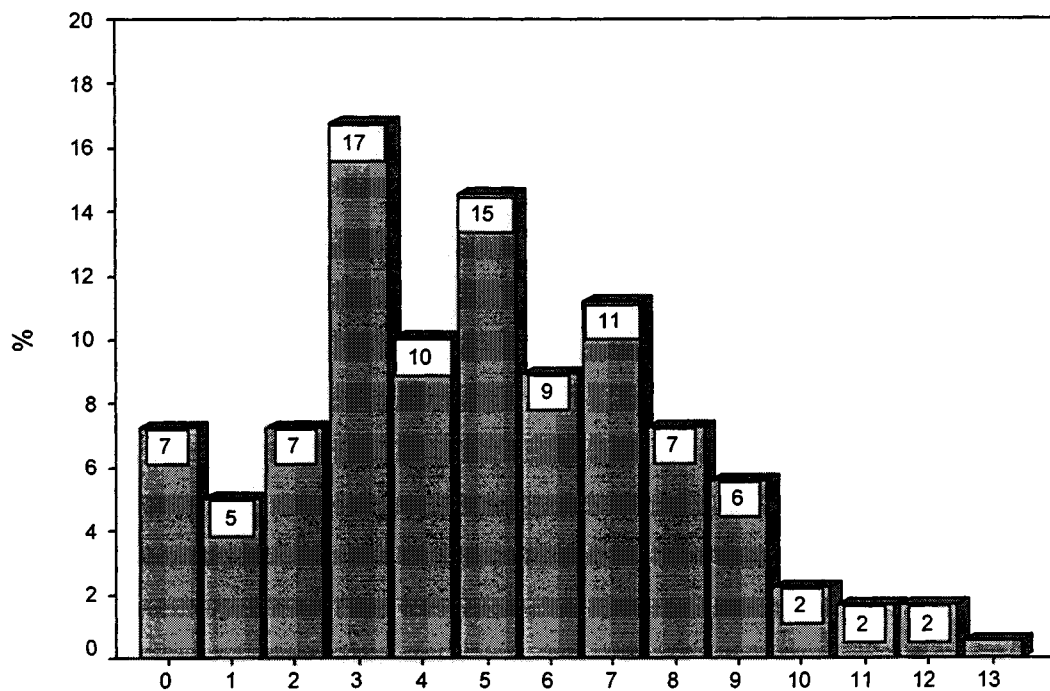


Diagnosoitujen sairauksien lukumäärän prosenttijakauma 80-95-vuotiailla naisilla

## LIITE 6

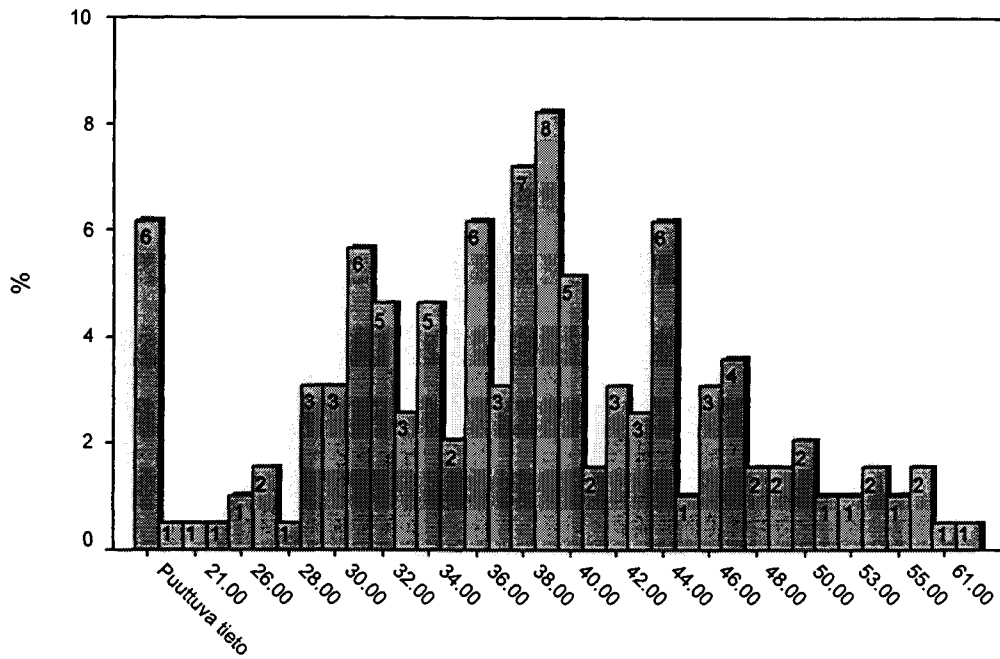


Säännöllisesti käytettävien lääkkeiden lukumäärän prosenttijakauma 75-79-vuotiailla naisilla

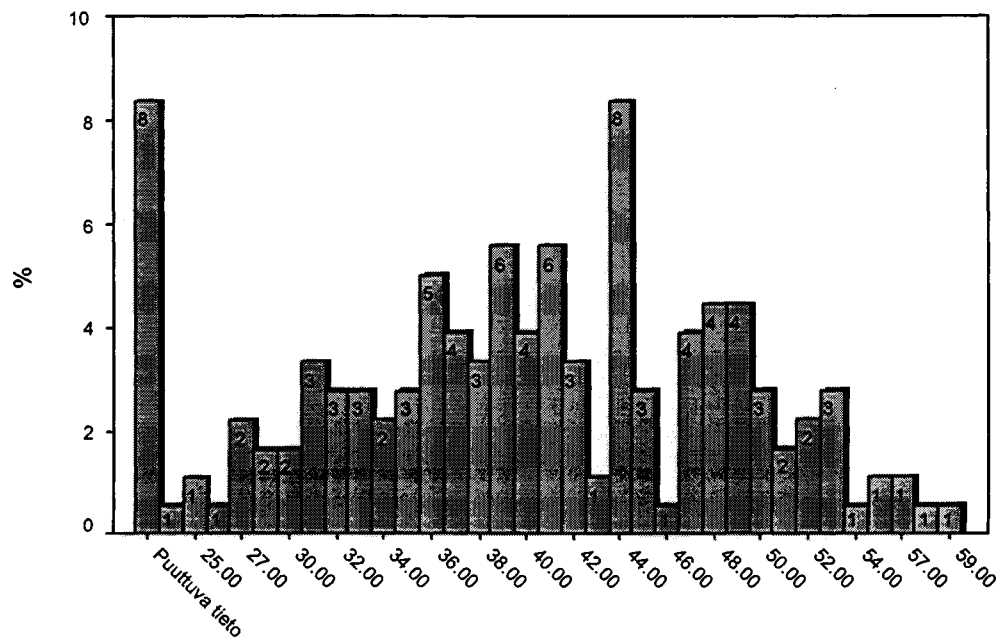


Säännöllisesti käytettävien lääkkeiden lukumäärän prosenttijakauma 80-95-vuotiailla naisilla

LIITE 7

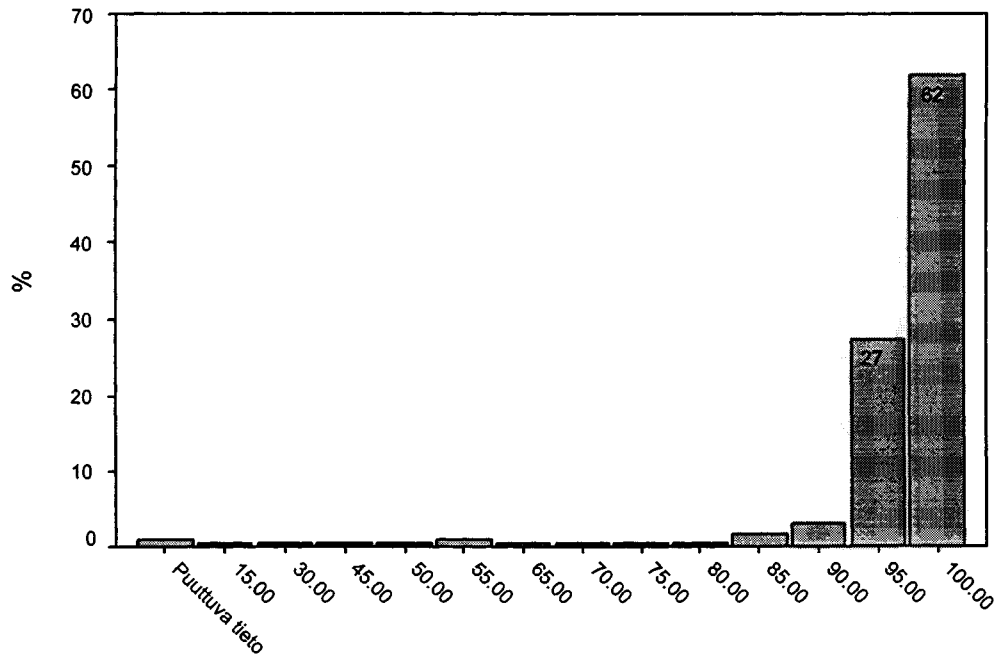


Zungin kokonaispisteiden prosenttijakauma 75-79-vuotiailla naisilla

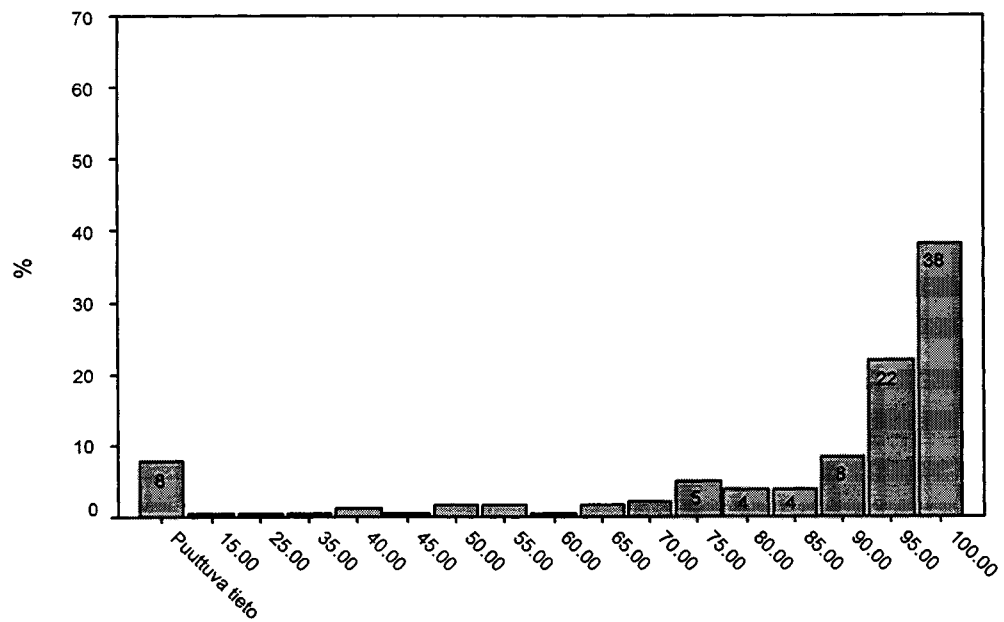


Zungin kokonaispisteiden prosenttijakauma 80-95-vuotiailla naisilla

## LIITE 8

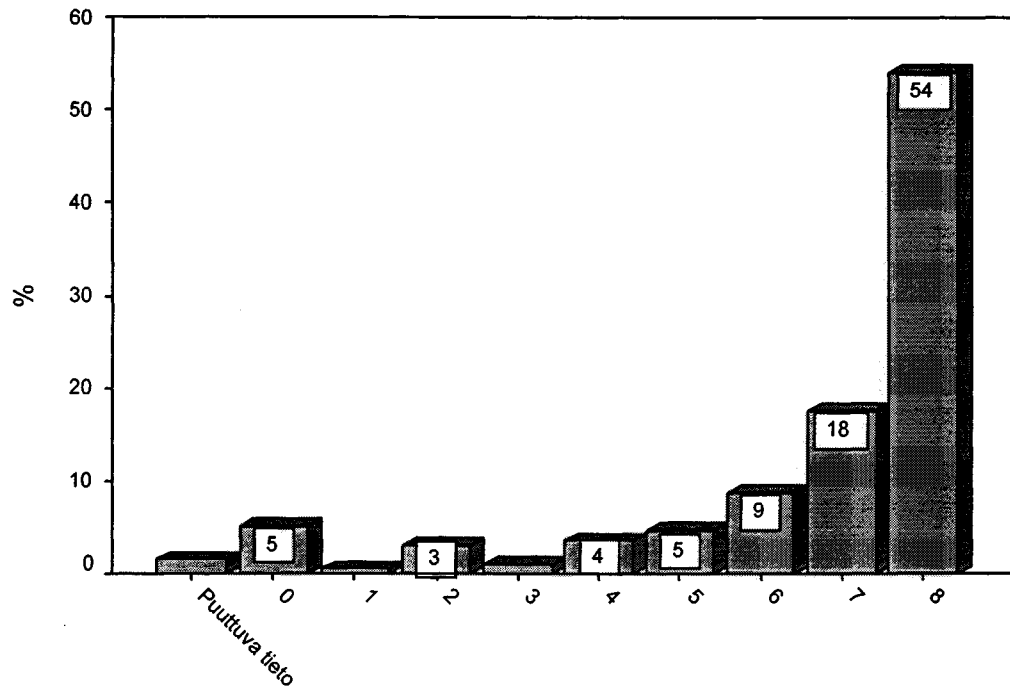


Barthelin indeksin kokonaispisteiden prosenttijakauma 75-79-vuotiailla naisilla

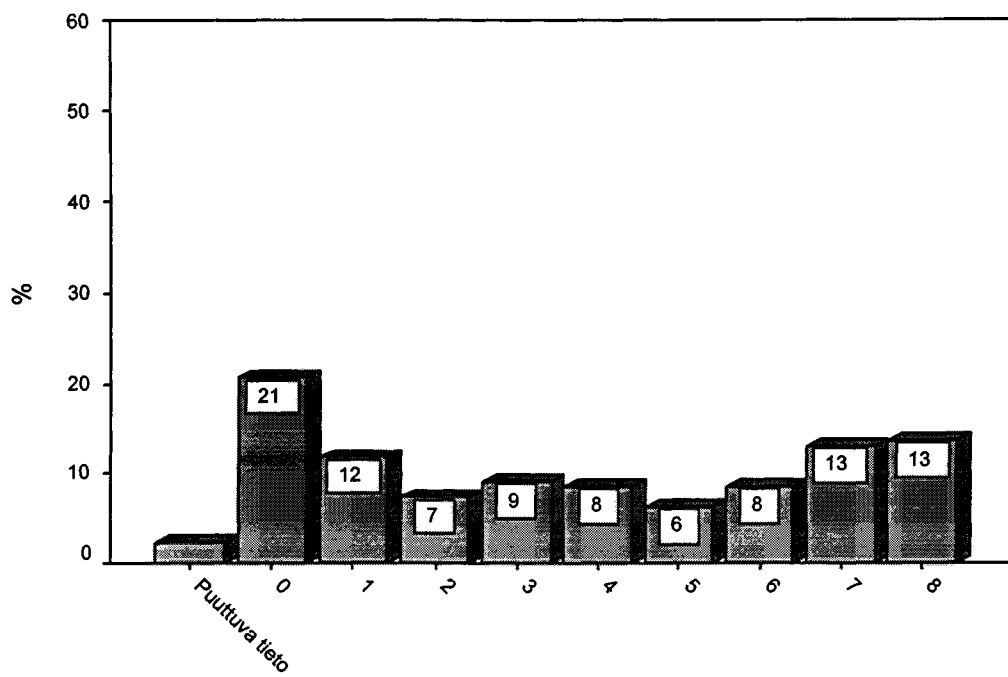


Barthelin indeksin kokonaispisteiden prosenttijakauma 80-95-vuotiailla naisilla

## LIITE 9



Lawtonin testin kokonaispisteiden prosenttijakauma 75-79-vuotiailla naisilla



Lawtonin testin kokonaispisteiden prosenttijakauma 80-95-vuotiailla naisilla