

**SOSIAALINEN AKTIIVISUUS
KOTONA ASUVANA SELVIITYMISEN
ENNUSTAJANA IKÄÄNTYVILLÄ IHMISILLÄ**

Katja Pynnönen

Gerontologian ja kansanterveyden

pro gradu -tutkielma

Jyväskylän yliopisto

Terveystieteiden laitos

Kevät 2006

TIIVISTELMÄ

Sosiaalinen aktiivisuus kotona asuvana selviytymisen ennustajana ikääntyvillä ihmisillä

Katja Pynnönen

Jyväskylän yliopisto, liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta, terveystieteiden laitos
2006

Gerontologian ja kansanterveyden pro gradu-tutkielma, 43 sivua

Tausta ja tarkoitus: Yli 65-vuotiaiden määrän ennustetaan kasvavan Suomessa myös tulevaisuudessa. Kotona asumisen tukeminen on keskeistä sekä ikääntyvien ihmisten elämänlaadun että julkisen sektorin menojen kannalta. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella ennustaako sosiaalinen aktiivisuus kotona asuvana selviytymistä ikääntyvillä miehillä ja naisilla.

Aineisto ja menetelmät: Tutkimus on osa laajempaa Ikivihreät-projektia. Tutkimuksessa haastateltiin 1224 65-84-vuotiaasta kotona asuvaa jyvaskyläläistä vuonna 1988. Heidän sijoittumistaan pitkäaikaiseen laitoshoittoon seurattiin kahdeksan vuotta. Tässä tutkimuksessa oli käytössä 835 henkilön tiedot. Alkumittauksessa tutkittavilta kysyttiin heidän osallistumistaan erilaisiin vapaa-ajan toimintoihin, palkalliseen työhön sekä sukulaisten, ystävien ja naapurien auttamiseen. Näistä muodostettiin kollektiivista sosiaalista aktiivisuutta ja produktiivista sosiaalista aktiivisuutta mittaavat muuttujat. Tilastollisena analyysimenetelmänä käytettiin logistista regressioanalyysia.

Tulokset: Tämän tutkimuksen tulokset osoittivat, että säännöllinen osallistuminen produktiivisiin sosiaalisiin toimintoihin ja kollektiivisiin sosiaalisiin toimintoihin ennustaa kotona asuvana selviytymistä. Tutkittavilla, jotka eivät osallistuneet aktiivisesti produktiivista sosiaalista aktiivisuutta mittaaviin toimintoihin, oli lähes kolminkertainen riski sijoittua pitkäaikaiseen laitoshoittoon verrattuna näihin toimintoihin aktiivisesti osallistuviin. Tutkittavilla, jotka eivät osallistuneet kollektiivista aktiivisuutta mittaaviin toimintoihin, oli yli kaksinkertainen riski sijoittua pitkäaikaiseen laitoshoittoon verrattuna näihin toimintoihin aktiivisesti osallistuviin. Näissä malleissa vakioitiin ikä ja sukupuoli. Tulokset säilyivät vahvoina, kun koulutuksen pituus, koettu taloudellinen tila, yksin asuminen, pitkäaikaissairauksien lukumäärä, koettu toimintakyky ja koettu muisti kontrolloitiin.

Johtopäätös: Tämän tutkimuksen perusteella voidaan sanoa, että on tärkeää luoda edellytyksiä ja mahdollisuuksia sosiaaliseen osallistumiseen ja sosiaaliseen aktiivisuuteen. Tämä on tärkeää ikääntyvien ihmisten hyvinvoinnin ja hoivapalveluiden tarpeen myöhentämisen kannalta.

Avainsanat: ikääntyvät ihmiset, sosiaalinen aktiivisuus, kotona asuvana selviytyminen, laitoshoittoon sijoittuminen.

ABSTRACT

Social activity as a predictor of community-dwelling among elderly people.

Katja Pynnönen

University of Jyväskylä, Faculty of Sport and Health Sciences, Department of Health Sciences, 2006

Master's Thesis in Gerontology and Public Health, 43 pages

Objective: The number of 65 years old and over will increase in Finland also in the future. To support community-dwelling among elderly people is important because of their quality of life and public sector expenditure. The aim of this study was to examine whether social activity predicts community-dwelling among elderly men and women.

Methods: This study is a part of larger Evergreen-project. All participants (N=1224) were 65-84-year-old persons resident in the city of Jyväskylä and living in their own homes. They were interviewed in 1988 and their institutionalization to long-term care was followed for 8 years. Data of 835 persons was analysed in this study. In the baseline, participants were asked about their participation in different kinds of leisure activities, paid work and whether they helped their family members, friends and neighbours. Variables of collective social activity and productive social activity were formed from the basis of this information. Logistic regression analysis was used as a statistical method.

Results: Findings of this study indicate that regular participation in both productive social activities and collective social activities predicts community-dwelling. Those who didn't participate regularly in productive social activities had almost a three-fold greater risk of institutionalization than those who did participate regularly in the activities. Those who didn't participate regularly in collective social activities had almost a two and a half-fold greater risk of institutionalization than those who did participate actively in the activities. Age and sex were controlled in these models. In both models risk remained high when the effects of education, self-rated economic situation, living alone, number of chronic diseases, self-rated functional ability and self-rated memory were controlled.

Conclusion: This study underlines the importance of creating opportunities to participate in social activities. This is important in order to promote the wellbeing of the elderly people and to postpone the need of institutional care.

Keywords: elderly people, social activity, community-dwelling, institutionalization.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 IKÄÄNTYVIEN IHMISTEN SOSIAALINEN AKTIIVISUUS	5
2.1 Sosiaalinen aktiivisuus	5
2.2 Sosiaalisen aktiivisuuden yhteys eri terveystiloihin	8
2.3 Ikääntyvien ihmisten sosiaaliseen aktiivisuuteen yhteydessä olevat tekijät	9
2.4 Sosiaalisen aktiivisuuden merkitys ikääntyville ihmisille	11
3 PITKÄAIKAINEN LAITOSHOITO IÄKKÄÄNÄ	13
3.1 Pitkäaikainen laitoshoidon sijoittuminen	13
3.2 Laitoshoidon sijoittumiseen yhteydessä olevat tekijät	14
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS	17
5 AINEISTO JA MENETELMÄT	18
5.1 Aineisto	18
5.2 Käytetyt muuttujat	19
5.3 Tilastollinen analyysi	22
6 TULOKSET	24
6.1 Aineiston kuvaus	24
6.2 Sosiaalinen aktiivisuus ja pitkäaikaiseen laitoshoidon sijoittuminen	27
6.3 Katoanalyysi	29
7 POHDINTA	31
LÄHTEET	37

1 JOHDANTO

Suomen väestö ikääntyy, koska syntyvyys on alhainen, elinikä pitenee ja suuret ikäluokat vanhenevat (Lassila ja Valkonen 2002). Suomessa 65 vuotta täyttäneiden henkilöiden määrä on noussut 14 prosenttia vuodesta 1990 ja suhteellisesti eniten on kasvanut 85 vuotta täyttäneiden määrä (Vaarama ym. 2002). Vuonna 1990 yli 65-vuotiaiden osuus koko väestöstä oli 13,5 prosenttia. Vuoden 2002 lopussa Suomessa oli 65 vuotta täyttäneitä 799 000 eli 15 % koko väestöstä. Yli 75-vuotiaiden osuus koko väestöstä oli 5,7 % vuonna 1990 ja 6,9 % vuonna 2002. Vuonna 2002 75 vuotta täyttäneitä oli 358 000. Vanhimpaan ikäryhmään kuuluvien eli yli 85-vuotiaiden osuus koko väestöstä oli vuonna 1990 1 prosentti ja vuonna 2002 heitä oli 81 000 eli 1,6 prosenttia koko väestöstä (Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2002, 2003).

Suomen väestön ennustetaan ikääntyvän edelleen. Vuoteen 2030 mennessä 65 vuotta täyttäneiden määrän ennustetaan kasvavan 74 prosenttia eli noin 600 000 henkilöllä. Heidän osuutensa väestöstä ennustetaan kasvavan nykyisestä 15 prosentista 26 prosenttiin. Vuoteen 2030 mennessä 75 vuotta täyttäneiden määrän ennustetaan kasvavan siten, että heidän osuutensa väestöstä olisi 14 %. Vanhimman ikäluokan eli yli 85-vuotiaiden osuuden väestöstä ennustetaan kasvavan nykyisestä 1,6 prosentista 3,2 prosenttiin vuoteen 2030 mennessä (Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2002, 2003).

Eliniän piteneminen on siis yksi tekijä, joka vaikuttaa väestön ikääntymiseen. Elinajanodote on kasvanut ja sen ennustetaan kasvavan edelleen suomalaisilla miehillä ja naisilla. Elinajanodote vastasyntyneellä suomalaisella poikalapsella oli 70,7 vuotta vuonna 1990 ja 75,3 vuotta vuonna 2004. Vastaavasti elinajanodote suomalaisella tyttölapsella oli 78,8 vuotta vuonna 1990 ja 82,3 vuotta vuonna 2004. Vuoteen 2030 mennessä miesten keskimääräisen elinajanodotteen ennustetaan nousevan 79,5 vuoteen ja naisten 84,6 vuoteen. Tarkasteltaessa jäljellä olevaa

elinaikaa 60 vuoden iässä sen on havaittu kasvaneen Euroopassa ja USA:ssa 1900-luvulla. Suomalaisen väestön osalta miehillä odotettavissa oleva elinikä 65-vuotiaana oli 13,0 vuotta vuonna 1983 ja 16,1 vuotta vuonna 2003. Vastaavasti 65-vuotiaan naisen odotettavissa oleva elinikä oli 17,3 vuotta vuonna 1983 ja 19,9 vuotta vuonna 2003 (Avlund ym. 1999, Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2002, 2003, Sosiaali- ja terveydenhuollon taskutieto 2006).

Valtaosa ikääntyvistä ja ikääntyneistä ihmisistä elää itsenäisesti tarvitsematta apua ja hoivaa. Monet heistä osallistuvat merkittävällä tavalla hoivan tarjoamiseen omaisilleen ja läheisilleen. Pitkä ikä tuo kuitenkin mukanaan myös sairauksia ja avuntarvetta (Voutilainen ym. 2002). Laukkanen ym. (2000) havaitsivat tutkimuksessaan, että yli 70 prosenttia 75- ja 80-vuotiaista tutkittavista oli tarvinnut lyhyt- tai pitkäaikaista laitoshoidoa viiden vuoden seuranta-aikana. Sosiaali- ja terveyspalvelujen kannalta merkittävää on yli 75-vuotiaiden määrän kasvu, sillä Suomessa säännöllinen hoivapalvelujen käyttö alkaa kotihoidossa noin 76-vuotiaana ja laitoshoidossa noin 81 vuoden iässä (Vanhuspolitiikkaa vuoteen 2001, 1996, Vaarama ym. 2002). Vanhainkodeissa oli vuoden 2002 lopussa pitkäaikaishoidossa 18 500 yli 65-vuotiasta eli 2,3 % yli 65-vuotiaista. Terveyskeskussairaaloissa oli pitkäaikaisessa hoidossa 11 645 yli 65-vuotiasta eli 1,5 % kyseisestä ikäryhmästä. Tehostetun palveluasumisen piirissä oli kaiken kaikkiaan 10 645 yli 65-vuotiasta eli 1,3 % yli 65-vuotiaista. Kaikista yli 75-vuotiaista 4,6 % oli pitkäaikaisessa vanhainkoti- ja laitoshoidossa, 2,8 % pitkäaikaisessa hoidossa terveyskeskussairaalassa ja 2,5 % kuului tehostetun palveluasumisen piiriin. Kaikista yli 85-vuotiaista 11,3 % oli pitkäaikaisessa hoidossa vanhainkodissa, 6,3 % pitkäaikaisessa hoidossa terveyskeskussairaalassa ja 5,6 % tehostetussa palveluasumisessa (Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2002, 2003).

Iäkkäiden ihmisten kotona asuminen mahdollisimman pitkään on sekä virallisen vanhuspolitiikan että myös iäkkäiden ihmisten tavoite ja toive. Suomen

vanhuspoliittinen tavoite- ja strategiatoimikunta asetti 1990-luvun puolivälissä tavoitteeksi sen, että 90 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä asuu kotonaan riittävän avun turvin (Vaarama ym. 2005). Kotona asuvien osuus 75 vuotta täyttäneistä oli vuoden 2002 lopussa koko maassa 89,7 prosenttia. Kolmella neljäsosalla kunnista kotona asuvien osuus oli 82,1 - 92,2 prosenttia (Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalvet 2002, 2003). Useimmat ikääntyvät henkilöt asettavat myös itse kotona asumisen ensisijaiseksi asumismuodoksi (Vaarama ym. 1999). Kotona asumisessa he pitävät tärkeänä mm. itsenäisyyden ylläpitämistä, identiteetin tunteen säilymistä ja sen hetkisten aktiviteettien jatkamisen mahdollisuutta (Mack ym. 1997).

Laitoshoidon vähäisempi käyttö on hyödyllistä julkisen sektorin menojen kannalta, sillä hoivapalvelumenot lisääntyvät ikääntyvän väestön mukana (Laukkanen ym. 2000, Parkkinen 2002). Hoivapalvelut muodostavat kokonaisuuden, jossa samanlaisia asiakkaita hoidetaan esim. vanhainkodeissa, jotka luetaan sosiaalipalveluihin, ja toisaalta terveyskeskuksen vuodeosastoilla, jotka tilastoidaan terveydenhuoltopalveluihin. Lisäksi hoivapalvelut käsittävät sekä julkiset että yksityiset palvelut. Arvioitaessa hoivapalvelujen määrää tulevaisuudessa ovat lähtökohtana hoivapalvelumenot asukasta kohti ikäryhmittäin vuonna 2001. Jos hoivapalvelumenojen ikäprofiili on tulevaisuudessa sama kuin vuonna 2001, niin hoivapalveluiden määrä kasvaa 2040-luvun loppuun saakka yhteensä lähes 40 prosenttia ja alkaa sen jälkeen hitaasti vähetä. Mikäli 50 vuotta täyttäneiden hoivapalvelukäyttö myöhentyisi vuodesta 2001 vuoteen 2050 yhteensä 5 vuotta eli ikääntyvien elinajan pidentymisen vauhdilla, niin terveydenhuolto- ja sosiaalipalveluiden kulutus olisi suurimmillaan 2030-luvun puolessa välissä. Tällöin niiden määrä on yli 15 % nykyistä suurempi. Sen jälkeen hoivapalveluiden käyttö supistuisi niin nopeasti, että vuonna 2050 niiden määrä olisi enää 7 prosenttia suurempi kuin vuonna 2001 (Parkkinen 2002).

Aktiivinen elämäntyyli on yhteydessä parempaan terveyteen ja pidempään elinaikaan (Mendes de Leon ym. 2003) ja se on myös olennainen osa onnistuvaa vanhenemista. Rowen ja Kahnin (1997) mukaan aktiivinen elämäntote on olennainen osa onnistuvaa vanhenemista vähäisen sairauksien ja toiminnanvajeen todennäköisyyden sekä hyvän fyysisen ja kognitiivisen kapasiteetin ohella. Aktiivisessa elämäntoteessa olennaista on erityisesti sosiaalisen ja produktiivisen aktiivisuuden ylläpitäminen. Glassin (2003) mukaan onnistuvan vanhenemisen pääkriteereinä ovat minän eheys, toiminnallinen autonomia ja sosiaalinen osallistuminen. Sosiaalinen osallistuminen viittaa siihen, että henkilöllä on edelleen merkityksellisiä sosiaalisia rooleja. Lisäksi sosiaalisessa osallistumisessa korostuu produktiivisuuden jatkuminen ja vapaa-ajan toiminnoista nauttiminen iäkkäänä. Aktiivisuuden tarkasteleminen laajempaan kuin fyysisenä aktiivisuutena on tärkeää, sillä fyysinen aktiivisuus voi olla luonteeltaan myös sosiaalista ja toisaalta sosiaalisella ja produktiivisella aktiivisuudella saattaa olla myös fyysisestä aktiivisuudesta riippumattomia hyödyllisiä vaikutuksia terveyteen (Glass ym. 1999).

Laitoshiitoon sijoittumiseen yhteydessä olevia tekijöitä on tutkittu paljon. Kuitenkin sosiaalisen aktiivisuuden merkitys laitoshiitoon sijoittumisen kannalta on saanut vähän huomiota (Miller ja Weissert 2000). Sekä yhteiskunnan resurssien oikean kohdentamisen, ikääntyvien ihmisten terveyden edistämiseen tähtäävien toimien että yksilön elämänlaadun kannalta on tärkeää lisätä tietoa sosiaalisen aktiivisuuden merkityksestä ikääntyvien ihmisten kotona selviytymisen edistäjänä.

2 IKÄÄNTYVIEN IHMISTEN SOSIAALINEN AKTIIVISUUS

2.1 Sosiaalinen aktiivisuus

Sosiaalinen aktiivisuus on määritelty ja sitä on mitattu eri tutkimuksissa hieman eri tavoin. Berkmanin ym. (2000) mukaan ystävien kanssa yhdessä oleminen, osallistuminen sosiaalisiin toimintoihin, ammatillisiin tai sosiaalisiin rooleihin ja vapaa-ajan toimintoihin ryhmässä sekä kirkossa käyminen ovat esimerkkejä sosiaalisesta aktiivisuudesta. Sosiaalinen aktiivisuus voidaan määritellä useiden sosiaalisten yhteyksien ylläpitämisenä ja korkeana osallistumisen tasona sosiaalisiin aktiviteetteihin (Bassuk ym. 1999) tai sosiaalisena vuorovaikutuksena muiden ihmisten kanssa (Utz ym. 2002). Yhteisölliseen toimintaan osallistuminen kertoo minän sosiaalisesta aktiivisuudesta (Heikkinen ym. 1992) ja sosiaalisten toimintojen voidaankin katsoa viittaavan siihen, missä määrin yksilö käyttää mahdollisuuksiaan olla aktiivinen osallistuja sosiaalisessa elämässä sekä mahdollisuuksiaan itsensä toteuttamiseen sosiaalisen vuorovaikutuksen kautta (Avlund ym. 1999). Bukovin ym. (2002) mukaan sosiaalinen osallistuminen tapahtuu toiminnoissa, joissa yksilöt jakavat resurssejaan toisten kanssa.

Joissakin tutkimuksissa sosiaalinen aktiivisuus on jaettu sosiaalisiin ja produktiivisiin aktiviteetteihin (Glass ym. 1999, Mendes de Leon ym. 2003). Sosiaalisiin toimintoihin kuuluvat mm. kirkossa käyminen, elokuvissa, ravintolassa ja urheilutapahtumissa käyminen, vierailut, erilaisiin ryhmiin osallistuminen. Produktiivisia aktiviteetteja ovat mm. puutarhanhoito, ruoan laittaminen, vapaaehtoistyö ja palkallisen työn tekeminen. Bukov ym. (2002) ovat puolestaan jakaneet osallistumisen kollektiiviseen, produktiiviseen ja poliittiseen osallistumiseen. Kollektiivinen osallistuminen määritellään yleisenä toimimisena ryhmän jäsenenä, jolloin tavoite on ryhmässä itsessään. Produktiivinen sosiaalinen osallistuminen taas on palveluiden, tavaroiden

tai hyödykkeiden tuottamista esim. auttamista ja vapaaehtoistyön tekemistä. Poliittinen osallistuminen sisältää sosiaaliseen ryhmään liittyvää päätöksentekoa, jota voidaan pitää yksilön ryhmälle antamana palveluna.

Everard ym. (2000) käyttivät tutkimuksessaan Activity Checklist -mittaria, jossa sosiaaliset toiminnot kuten matkustaminen ja juhliin osallistuminen ovat osana vapaa-ajan toimintoja. Toiminnallinen aktiivisuus voidaan jakaa myös toiminnan orientaatioperustan ja niiden vaatiman aktiivisuustason mukaan. Tällöin voidaan erottaa sosiaalisesti orientoivat, osallistavat aktiviteetit kuten teatterissa käyminen, bingon pelaaminen, penkkiurheilu ja uskonnollisissa tilaisuuksissa käyminen sekä suurempaa aktiivisuutta vaativat osallistavat aktiviteetit kuten yhdistystoimintaan ja erilaisiin kerhoihin osallistuminen, opiskelu ja matkustaminen (Heikkinen ym. 1992).

Sosiaalinen osallistuminen tai sosiaalinen aktiivisuus voidaan jakaa myös formaaliin ja informaaliin osallistumiseen. Formaali osallistuminen käsittää mm. vapaaehtoistyön tekemisen, erilaisiin ryhmiin, kerhoihin tai organisaatioiden toimintaan osallistumisen ja uskonnollisiin tilaisuuksiin osallistumisen. Informaali osallistuminen puolestaan tarkoittaa ystävien, naapureiden ja sukulaisten tapaamista sekä puhelinyhteyksiä heidän kanssaan (Utz ym. 2002).

Useat vapaa-ajan aktiviteetit ovat konteksteja sosiaalisten suhteiden muodostamiselle ja niistä nauttimiselle. Tärkein tekijä toiminnasta tai tapahtumasta nauttimiselle on usein se, kuka muu on läsnä ja minkälaista vuorovaikutuksen laatu on enemmän kuin aktiviteetti itsessään (Kelly 1993). Ikääntyvät ihmiset tapaavat ystäviään ottaessaan osaa vapaa-ajan toimintoihin (Adams 1993). Kysyttäessä yli 65-vuotiailta ihmisiltä kuka heillä on tavallisesti seurana heidän tehdessään asioita kodin ulkopuolella, tärkeimmiksi osoittautuivat puoliso ja ystävät. Lapset ja ystävät toimivat useimmin läheisinä luotettavina henkilöinä (Connidis ja Davies 1990). Koska ihmiset viettävät aikaa ystävien kanssa osallistuessaan vapaa-ajan

toimintoihin, on toimintoihin osallistumisen ja ystävien kanssa vietetyn ajan kysyminen erikseen metodologisesti ongelmallista. Kaikki ystävyysuhteet eivät kuitenkaan luonnollisesti perustu vapaa-ajan toimintoihin osallistumiseen. Vapaa-ajan toiminnan luonteesta riippuen toiset toiminnot antavat enemmän mahdollisuuksia tapaamisiin ja ystävyysuhteiden ylläpitämiseen kuin toiset toiminnot (Adams 1993).

Ikääntyvät ihmiset osallistuvat hyvin erilaisiin vapaa-ajan toimintoihin. Ikivihreät—projektiin liittyvän kohorttitutkimuksen tulosten mukaan 65-69-vuotiaiden suosituimpia harrastuksia olivat aikakauslehtien lukeminen ja kotimaan matkailu. Seuraavaksi suosituinta oli kirjojen lukeminen, passiiviset taideharrastukset, ulkomaan matkailu ja käsityöt. Osallistuminen järjestötoimintaan oli säilynyt samanlaisena eri kohorttiryhmillä: miehistä 40 % ja naisista 30 % osallistui järjestötoimintaan (Lyyra ja Lyyra painossa). Vanhusbarometrin (Vaarama ym. 1999) tulosten mukaan noin viidennes yli 60-vuotiaista raportoi osallistuneensa vanhusten palvelukeskuksen toimintaan, järjestön toimintaan tai käyneen kirkossa tai muussa uskonnollisessa tilaisuudessa kuluneen viikon aikana. Reilu puolet haastatelluista oli osallistunut jonkin etujärjestön, vapaaehtoistyötä tekevän järjestön tai seurakunnan toimintaan. Noin kymmenesosa haastatelluista opiskeli kansalais- tai työväenopistossa, ikääntyvien yliopistossa, oppilaitoksessa tai muussa vastaavassa paikassa. Berlin Aging Study –tutkimuksessa havaittiin kollektiivisen osallistumisen, jossa ikääntyvät henkilöt viettävät aikaansa toisten kanssa, olevan yleisin sosiaalisen osallistumisen muoto. Lisäksi havaittiin sosiaalisen osallistumisen olevan kumuloituvaa, jolloin ne henkilöt, jotka osallistuivat poliittiseen toimintaan, osallistuivat myös produktiiviseen ja kollektiiviseen toimintaan ja ne, jotka osallistuivat produktiiviseen toimintaan, osallistuivat myös kollektiiviseen toimintaan (Bukov ym. 2002).

Tässä tutkimuksessa sosiaalisen aktiivisuuden tarkasteleminen perustuu Bukovin ym. (2002) määrittelyyn sosiaalisesta aktiivisuudesta resurssien jakamisena sosiaalisesti orientoituneessa toiminnassa. Siten sosiaaliseen aktiivisuuteen katsotaan kuuluvaksi toiminnot tai osallistuminen, joissa ollaan yhdessä toisten kanssa ja jaetaan esimerkiksi aikaa, osaamista tai palveluita. Bukovin ym. sosiaalisen aktiivisuuden jaottelusta poiketen tässä tutkimuksessa sosiaalinen aktiivisuus jaetaan kollektiiviseen sosiaaliseen ja produktiiviseen sosiaaliseen aktiivisuuteen. Lisäksi lähdetään ajatuksesta, että tiettyihin vapaa-ajan toimintoihin liittyvä sosiaalinen aktiivisuus antaa mahdollisuuksia muodostaa, ylläpitää ja nauttia sosiaalisista suhteista (vrt. Kelly 1993).

2.2 Sosiaalisen aktiivisuuden yhteys eri terveystuuttujiin

Tutkimukset, joissa sosiaalista aktiivisuutta on mitattu esimerkiksi kirkossa, teatterissa ja konserteissa käymisenä, sosiaalisiin ryhmiin osallistumisena tai matkustamisena, ovat osoittaneet sen hyödyllisen vaikutuksen erilaisiin terveystuuttujiin. Sosiaalinen aktiivisuus pienentää kuolleisuuden (Steinbach 1992, Glass ym. 1999, Walter-Ginzburg ym. 2002), toiminnanvajeen kehittymisen (Mendes de Leon ym. 2003, Avlund ym. 2004a), kognitiivisen heikentymisen (Zunzugenui ym. 2003), dementiaan sairastumisen (Wang ym. 2002) ja laitoshoitoon sijoittumisen riskiä (Steinbach 1992). Vähäinen sosiaalinen, kulttuurinen ja uskonnollinen osallistuminen ja vaikuttamismahdollisuuksien vähäiseksi kokeminen ennusti suurempaa koronaaritaudin ilmaantumisen tasoa (Sundquist ym. 2004). Yhteisöön osallistumisen on havaittu olevan positiivisesti yhteydessä itsearvioituun terveyteen (Zunzugenui ym. 2004).

Sosiaalinen aktiivisuus produktiivisena osallistumisena kuten esimerkiksi puutarhanhoitona, ruoan valmistamisena, ostoksilla käymisenä, vapaaehtoistyön ja palkallisen työn tekemisenä vähentää kuolleisuuden (Glass ym. 1999), toiminnanvajeen kehittymisen (Mendes de Leon ym. 2003) ja dementiaan sairastumisen riskiä (Wang ym. 2002). Myös vapaaehtoistyön tekemisen (Musick ym. 1999), organisaatioiden toimintaan osallistumisen (Sugisawa ym. 1994), instrumentaalisen tuen antamisen ystäville, sukulaisille ja naapureille ja emotionaalisen tuen antamisen puolisolle (Brown ym. 2003) on todettu vähentävän kuolleisuuden riskiä. Avlundin ym. (2004b) tutkimuksessa se, että ei neulonut toisille, oli yhteydessä toimintakyvyn heikentymiseen 75-vuotiailla naisilla. Poikittaisasetelmassa järjestötoiminnallinen aktiivisuus kuten naapurusten yhteistyö, kulttuurisiin harrastuskerhoihin tai muihin vastaaviin osallistuminen, aktiivinen osallistuminen vapaaehtoisjärjestöihin, urheilujärjestöihin, kouluun liittyviin ryhmiin, yhteisön tapaamisiin tai metsästystoimintaan oli yhteydessä hyvään itsearvioituun terveyteen (Hyypä ja Mäki 2003). Sekä toisten auttaminen että avun saaminen (emotionaalinen tuki) olivat merkitsevästi yhteydessä henkiseen terveyteen (Schwartz ym. 2003). Avun antaminen oli tärkeämpi ennustaja henkiselle terveydelle kuin avun saaminen. Myös Antonuccin ja Akiyaman (1987) mukaan se, että antaa enemmän tukea kuin vastaanottaa, on yhteydessä hyvinvointiin.

2.3 Ikääntyvien ihmisten sosiaaliseen aktiivisuuteen yhteydessä olevat tekijät

Useat tekijät ovat luonnollisesti yhteydessä ikääntyvien ihmisten sosiaaliseen aktiivisuuteen. Vaikka ihminen sosiologian lähtökohdan mukaan on sosiaalinen olento (Kelly ja Godbey 1992), niin sosiaalisessa aktiivisuudessa on eroja eri ihmisten välillä. Esimerkiksi yli 75-vuotiaista ihmisistä voidaan löytää perhekeskeiseen, työkeskeiseen, kerhokeskeiseen, hiljaiselokeskeiseen ja sairauskeskeiseen

elämäntapatyyppeihin kuuluvia ihmisiä (Gothoni 1990). Sairauskeskeistä elämäntapaa elävät ihmiset olivat usein ”pudonneet” jostakin toisesta elämäntapatyypistä.

Asumisolosuhteet saattavat olla yhteydessä sosiaaliseen aktiivisuuteen. Zunzuneguin ym. (2003) tutkimuksen mukaan puolisonsa kanssa asuvilla naisilla perheen sosiaaliset suhteet olivat vähäisiä, kun taas yksin asuvat iäkkäät naiset osallistuivat aktiivisemmin kodin ulkopuolisiin sosiaalisiin aktiviteetteihin ja olivat aktiivisemmin kontaktissa ystävien ja sukulaisten kanssa. Miehillä suhteiden aspektit eivät olleet yhteydessä asuinjärjestelyihin. Bukovin ym. (2002) tutkimuksen mukaan siviilisäädyllä ei ollut itsenäistä vaikutusta sosiaaliseen aktiivisuuteen.

Koulutukseen ja ammattiin liittyvät resurssit saattavat olla positiivisesti yhteydessä sosiaalisen osallistumisen intensiteettiin iäkkäänä (Bukov ym. 2002). Musickin ym. (1999) tutkimuksen tulosten mukaan koulutus ja tulot olivat positiivisesti yhteydessä vapaaehtoistyön tekemisen määrään kuten ryhmien määrään ja vapaaehtoistyöhön käytettyyn aikaan. Krausen ym. (1992) mukaan koulutuksen pituus oli positiivisesti yhteydessä myös informaalin avun antamiseen. Mitä enemmän tutkittavilla oli koulutusta, sitä useamman tyyppistä informaalia apua he raportoivat antavansa toisille. Koulutuksen pituus saattaa olla positiivisesti yhteydessä myös kontakteihin kodin ulkopuolisiin sukulaisiin ja ystäviin (Simonsick ym. 1998).

Bukovin ym. (2002) tutkimuksen mukaan ikä ja terveys selittävät muutosta sosiaalisessa osallistumisessa, jolloin nuoremmat ja terveemmät osallistuivat useammin sosiaalisiin aktiviteetteihin. Musick ym. (1999) havaitsivat, että vapaaehtoistyön tekeminen esimerkiksi kirkon organisaatiossa, koulun toimintaan tai opiskeluun liittyvässä organisaatiossa, poliittisessa ryhmässä tai eläkeläisten organisaatiossa oli vähäisempää vanhemmilla henkilöillä. Myös terveytensä paremmiksi raportoivat ja fyysisesti aktiivisemmat tekivät enemmän vapaaehtoistyötä. Terveys saattaa olla yhteydessä myös kontakteihin perheen kanssa

siten, että terveemmällä on enemmän kontakteja perheenjäseniin (Field ym. 1993). Mendes de Leonin ym. (2003) tutkimuksessa puolestaan alkutilanteen toiminnanvajeella havaittiin olevan vain heikko vaikutus muutokseen sosiaalisessa osallistumisessa. Vakava toiminnanvaje saattaa olla yhteydessä vähäisiin sosiaalisiin kontakteihin kun taas niiden henkilöiden, joilla on vähän tai jonkin verran vaikeuksia päivittäisistä toiminnoista selviytymisessä ja muita toiminnan rajoituksia, riski vähäiseen sosiaaliseen vuorovaikutukseen ei ole suurempi verrattuna henkilöihin, joilla ei ole vaikeuksia päivittäisistä toiminnoista suoriutumisessa (Simonsick ym. 1998).

2.4 Sosiaalisen aktiivisuuden merkitys ikääntyville ihmisille

Sosiaaliseen toimintaan osallistuminen on muutakin kuin ajan kuluttamista. Se on konteksti sosiaalisten siteiden muodostamiselle. Siinä ikääntyvät ihmiset voivat jakaa ajatuksiaan ja kokemuksiaan ja tuntea yhteenkuuluvuutta. (Kelly 1993) Gothoni (1990) havaitsi tutkimuksessaan, että läheiset ystävät olivat iäkkäille ihmisille tärkeitä erityisesti seurana ja emotionaalisen tuen antajina. Erilaisten kerhojen ja ryhmien toimintaan osallistuminen merkitsi monelle virkistymistä ja yhdessäoloa.

Berkman ym. (2000) ovat esittäneet käsitteellisen mallin kuinka sosiaalinen verkosto vaikuttaa terveyteen. Mallin mukaan sosiaalinen verkosto on osa laajempaa sosiaalista ja kulttuurista kontekstia, joka vaikuttaa verkoston rakenteeseen. Sosiaalinen verkosto puolestaan toimii käyttäytymisen tasolla neljän polun välityksellä: (1) sosiaalisen tuen tuottaminen, (2) sosiaalinen vaikutus, (3) sosiaalinen mukana oleminen ja kiinnittyminen sekä (4) resurssit ja elämisen materiaallinen puoli. Nämä mikropsykososiaaliset ja käyttäytymisen prosessit vaikuttavat edelleen

terveydentilaan terveystäytymisen, psyykkisten ja fysiologisten polkujen välityksellä.

Sosiaalisen osallistumisen edistäminen on siis yksi tärkeä ja sosiaalisen tuen tuottamisesta erillinen polku, jonka välityksellä sosiaalinen verkosto saattaa vaikuttaa terveyteen. Osallistumismahdollisuuksien kautta sosiaaliset verkostot määrittävät ja vahvistavat mielekkäitä sosiaalisia rooleja kuten vanhemman, perheen, suvun, ammatillisia ja yhteisöön liittyviä rooleja (Moen ym. 1989, Adelman 1994, Berkman ym. 2000). Roolit puolestaan tuottavat arvostettuna olemisen, johonkin kuulumisen ja kiinnittymisen tunteen (Berkman ym. 2000) ja ovat yhteydessä suurempaan elämäntyytyväisyyteen ja kyvykkyyden kokemuksiin sekä vähäisempiin depressiivisten oireiden määrään (Adelman 1994). Lisäksi osallistuminen antaa mahdollisuuden kumppanuuteen ja sosiaalisuuteen (Berkman ym. 2000). Berkmanin ym. (2000) mukaan sosiaaliset suhteet kaiken kaikkiaan saattavat antaa tarkoituksen yksilön elämälle, koska ne antavat mahdollisuuden osallistua siihen täysin, ne velvoittavat yksilöä usein tuen antamiseen sekä saavat yksilön kokemaan olevansa kiinnittynyt yhteisöön.

Itsensä hyödylliseksi ja kyvykkääksi tunteminen saattaa olla tärkeä tekijä, jonka kautta sosiaalisen aktiivisuuden positiiviset vaikutukset välittyvät. Erityisesti produktiivisiin toimintoihin osallistuminen saattaa ylläpitää käsitystä itsestä hyödyllisenä ja kykenevänä (Herzog ja House 1991, Okun 1994) sekä pitää yllä ja vahvistaa tunnetta elämäntäydellisyydestä (Krause ym. 1992).

3 PITKÄAIKAINEN LAITOSHOITO IÄKKÄÄNÄ

3.1 Pitkäaikainen laitoshoido

Suomessa iäkkäiden ihmisten tarvitsemat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut voidaan karkeasti jakaa avo- ja laitospalveluihin. Kansaneläkelaitoksen määrittelemänä vanhainkotihoito ja terveydenhuollon laitoshoido voidaan määritellä laitoshoidoksi ja tehostettu palveluasuminen avopalveluksi. Kuitenkin tehostetun palveluasumisen asiakkaista kaksi kolmasosaa on jatkuvan ympärivuorokautisen tai lähes jatkuvan hoidon tarpeessa (Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalvelut 2002, 2003). Laitoshoidon käyttöä tutkittaessa aiheuttaakin nykyinen moninainen välimuotoisten hoitopaikkojen kirjo ongelmia rajauksessa (Laukkanen 1998).

Laitoshoidoon kohdistuneissa tutkimuksissa on tutkittu lähinnä pitkäaikaishoitoa ja vanhainkotihoitoa. Millerin ja Weissertin (2000) meta-analyysissä käyttämissä tutkimuksissa tarkasteltiin laitoshoidon käytön volyymia kuten esimerkiksi laitoshoidoon sijoittumista ja hoitajakson pituutta. Myös muissa laitoshoidoa koskevissa tutkimuksissa on tarkasteltu sitä, onko henkilö sijoittunut laitoshoidoon tai vanhainkotiin seuranta-ajan kuluessa (mm. Steinbach 1992, Freedman 1996, Tomiak ym. 2000). Liu ja Manton (1983) puolestaan tutkivat vanhainkotiin saapuneiden henkilöiden eroja suhteessa vanhainkodissa pitkäaikaisessa laitoshoidossa oleviin. Laukkanen ym. (2000) tutkivat lyhyt- ja pitkäaikaishoidossa olleiden henkilöiden hoitopäivien määriä sekä kotona vietettyjen päivien määriä. Heidän tutkimuksensa tarkoituksena oli kuvata terveyden ja toimintakyvyn roolia ennustamaan iäkkäiden henkilöiden kykyä asua omassa kodissaan.

Suomessa terveystakeskussairaaloissa ja vanhainkodeissa voidaan tarjota sekä pitkäaikaista että lyhytaikaista hoitoa ja hoivaa ikääntyville ja ikääntyneille ihmisille.

Potilas tai asukas määritellään pitkäaikaispotilaaksi ja hänelle tehdään pitkäaikaishoitopäätös tai pysyvän laitoshoidon päätös hoitosuhteen alussa, mikäli hänen hoitonsa arvioidaan kestävän yli kolme kuukautta. Muutoin hänet määritellään pitkäaikaispotilaaksi, kun hoitosuhde on kestänyt kolme kuukautta ja hänen toimintakykynsä on heikentynyt niin paljon, että hänen arvioidaan tarvitsevan edelleen laitoshoidoa (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 734/3.8.1992).

3.2 Laitoshoitoon sijoittumiseen yhteydessä olevat tekijät

Sosiodemografisista tekijöistä korkeamman iän (Jette ym. 1992, Perlman ja Crown 1992, Miller ja Weissert 2000, Tomiak ym. 2000, Nuotio ym. 2003, Angel ym. 2004) ja yksinasumisen (Greene ja Ondrich 1990, Pearlman ja Crown 1992, Steinbach 1992, Wolinsky ym. 1992, Miller ja Weissert 2000, Nuotio 2003) on useissa tutkimuksissa todettu olevan riskitekijöitä laitoshoitoon sijoittumiselle. Naimisissa olemisen sekä naisilla että miehillä (Freedman 1996) tai ainoastaan miehillä (Freedman ym. 1994, Tomiak ym. 2000) on havaittu vähentävän laitoshoitoon sijoittumisen riskiä. Cohenin ym. (1986) mukaan 80 ikävuoteen asti leskeksi jääminen ja 85 ikävuoden jälkeen naimattomuus oli merkitsevämpi tekijä laitoshoitoon sijoittumisen kannalta. Millerin ja Weissertin (2000) tekemän meta-analyysin mukaan sukupuoli, vähäiset tulot ja matalampi koulutustaso eivät ole yhteydessä laitoshoitoon sijoittumiseen.

Terveyden ja toimintakyvyn osalta fyysisen toimintakyvyn rajoitusten (Laukkanen ym. 2000), rajoittuneen ulkona liikkumiskyvyn (Jette ym. 1992), toiminnanvajeen päivittäisissä toiminnoissa ja riippuvuuden muiden avusta fyysisistä päivittäisistä perustoiminnoista ja asioiden hoitamiseen liittyvistä päivittäisistä toiminnoista

suoriutumisessa (Jette ym. 1992, Pearlman ja Crown 1992, Laukkanen ym. 2000, Miller ja Weissert 2000, Angel ym. 2004) on havaittu olevan yhteydessä laitoshoitoon sijoittumiseen. Myös kognitiivisen toimintakyvyn rajoitusten on todettu lisäävän laitoshoitoon sijoittumisen todennäköisyyttä (Pearlman ja Crown 1992, Laukkanen ym. 2000, Miller ja Weissert 2000, Angel ym. 2004). Tietyt sairaudet tai sairauksien lukumäärä ennustavat laitokseen sijoittumista (Miller ja Weissert 2000, Tomiak ym. 2000). Sairauden vakavuus ja sairauksien oireet ennustavat kotona asumista: ne, joilla on vakavampi sairaus tai enemmän oireita, tarvitsevat enemmän laitoshoittoa (Laukkanen ym. 2000).

Perheen ja ystävien antamalla *sosiaalisella tuella* saattaa olla pienempi merkitys vanhainkotiin sijoittumisen ennustamisessa kuin iällä ja ns. tarvetekijöillä kuten tietyillä sairauksilla tai fyysisen toimintakyvyn rajoituksilla (Tomiak ym. 2000). Sekä yksinasumisen että puolison olemassaolon merkitys laitoshoitoon sijoittumisen kannalta saattaa heijastaa mahdollisuutta sosiaalisen tuen saamiseen tai avun tarpeiden täyttymättä jäämistä, sillä perheellä on merkittävä rooli iäkkään toiminnanvajeesta kärsivän henkilön hoidon antamisessa (Freedman ym. 1994). Freedman (1996) havaitsi tutkimuksessaan, että niillä, joilla oli vähintään yksi tytär tai sisarus, oli pienempi riski sijoittua laitoshoitoon. Henkilökohtaisissa päivittäisissä toiminnoissa apua tarvitsevilla iäkkäillä ihmisillä selviytyminen kotona on mahdollista ainoastaan auttavan henkilön kanssa (Glazebrook ym. 1994). Puolison tai lapsen olemisen avunantajana jonkun muun henkilön sijaan on havaittu olevan negatiivisesti yhteydessä vanhainkotiin sijoittumiseen (Pearlman ja Crown 1992, Boaz ja Muller 1994). Omaishoitosuhteen kesto on yhteydessä omaisen vanhainkotiin sijoittumiseen siten, että mitä pidempään hoitosuhde on kestänyt, sitä todennäköisemmin hoitaja hoitaa omaistaan edelleen kotona (Pearlman ja Crown 1992, Gaugler ym. 2000).

Vain harva tutkimus on kohdistunut *sosiaalisen aktiivisuuden* ja laitoshoitoon sijoittumisen tai kotona selviytymisen välisen yhteyden tutkimiseen. Steinbachin (1992) tutkimuksessa tarkasteltiin kontaktien ystävien ja sukulaisten kanssa sekä päiväkeskuksessa käymisen, kirkossa tai temppelissä käymisen, elokuvissa, urheilutapahtumissa, jne. käymisen ja vapaaehtoistyöhön osallistumisen yhteyttä laitoshoitoon sijoittumisen todennäköisyyteen yli 70-vuotiailla henkilöillä. Tulosten mukaan kontaktit ystävien ja sukulaisten kanssa eivät olleet yhteydessä laitoshoitoon sijoittumiseen. Sen sijaan niillä tutkittavilla, jotka osallistuivat johonkin kysytyistä sosiaalisista toiminnoista, oli noin puolet pienempi riski sijoittua laitoshoitoon kahden seurantavuoden kuluessa verrattuna tutkittaviin, jotka eivät osallistuneet kysytyihin toimintoihin. Freedman ym. (1994) puolestaan havaitsivat, että säännöllinen kontakti perheeseen pienensi laitoshoitoon sijoittumisen todennäköisyyttä.

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää ennustaako sosiaalinen aktiivisuus kotona selviytymistä kahdeksan vuoden seuranta-ajan kuluessa 65-84-vuotiailla jyvässkyläläisillä miehillä ja naisilla.

Tutkimuskysymykset ovat

1. Onko produktiivinen sosiaalinen aktiivisuus yhteydessä pitkäaikaiseen laitoshoittoon sijoittumiseen 65-84-vuotiailla iäkkäillä henkilöillä?
2. Onko kollektiivinen sosiaalinen aktiivisuus yhteydessä pitkäaikaiseen laitoshoittoon sijoittumiseen 65-84-vuotiailla iäkkäillä henkilöillä?

5 AINEISTO JA MENETELMÄT

5.1 Aineisto

Tämä tutkimus on osa laajempaa Ikivihreät-projektia, joka on Jyväskylän yliopiston ja Jyväskylän kaupungin yhteistyössä toteuttama tutkimushanke Suomessa. Ikivihreät-projektin tavoitteena on tutkia iäkkään väestön terveyttä ja toimintakykyä ja niissä tapahtuvia muutoksia eri tieteenalojen näkökulmasta sekä identifioida elämisen olosuhteisiin ja elämäntyyliin liittyviä tekijöitä, jotka ennustavat muutoksia toiminnallisessa kapasiteetissa ja terveydessä (Heikkinen 1998).

Ikivihreät-projektin yhteydessä on tutkittu iäkkäiden jyvaskyläläisten terveyttä, toimintakykyä ja hyvinvointia erilaisten seuruututkimusten avulla. Tämän tutkimuksen perusjoukon muodostivat kaksi ikäryhmää, vuosina 1904 -13 ja 1914 -23 syntyneet, 1.2.1988 Jyväskylässä asuneet henkilöt. Kummastakin ikäryhmästä otettiin satunnaisotos, joiden lopulliseksi kooksi muodostui 800 henkilöä eli yhteensä 1600 henkilöä. Tavoitettavissa olevista henkilöistä tutkimukseen osallistui 589 henkilöä (79 %) vanhemmasta ja 635 henkilöä (81 %) nuoremasta ikäryhmästä. Tutkittavat haastateltiin vuonna 1988, jolloin he olivat 65-84-vuotiaita ja asuivat omissa kodeissaan (Heikkinen 1990, Laukkanen 1998). Vuonna 1988 haastatteluun osallistuneista 1224 henkilöstä 369 kuoli ennen 17.3.1996 sijoittumatta pitkäaikaiseen laitoshoittoon, joten heidät jätettiin pois tämän tutkimuksen analyyseistä. Lisäksi 20 henkilöllä oli paljon puuttuvia tietoja ja he eivät myöskään ole mukana analyyseissä. Tämän tutkimuksen analyyseissä on siten mukana 835 henkilöä.

Tutkittavat osallistuivat kahteen noin kahden tunnin mittaiseen haastatteluun, jotka tehtiin heidän omissa kodeissaan. Haastattelijoina toimi 28 Jyväskylän yliopiston eri koulutusohjelmien naisopiskelijaa, jolle annettiin 40 tunnin koulutus

haastattelutehtävää varten, sekä kolme projektin naispuolista tutkijaa. Haastattelussa pyrittiin selvittämään haastateltavien toimintakykyä, terveyttä, päivittäisistä toiminnoista selviytymistä, asuinoloja, mielialaan liittyviä kysymyksiä sekä asennoitumista vanhuuteen (Heikkinen 1990).

Haastattelututkimuksesta kieltäytyneiltä kysyttiin ikä, siviilisääty, koulutus, ammatti, oma arvio terveydentilasta sekä kieltäytymisen syy. Tieto kieltäytymisen syystä saatiin kaikilta kieltäytyneiltä, mutta muihin katokysymyksiin vastaaminen vaihteli 67 prosentista 72 prosenttiin. Kieltäytyminen oli yleisempää vanhemmilla kuin nuoremmilla henkilöillä ja yleisin kieltäytymisen syy oli sairaus. Kieltäytyneet henkilöt kokivat terveytensä huonommaksi kuin tutkimukseen osallistuneet. Näin haastattelututkimuksesta kieltäytyneissä oli enemmän vanhoja ja sairaita henkilöitä kuin tutkimukseen osallistuneissa (Laukkanen 1998).

5.2 Käytetyt muuttujat

Ikivihreät-projektissa vuonna 1988 toteutetun haastattelun kyselylomakkeet on julkaistu Ikivihreät-projektin tuloksia käsittelevän julkaisun liitteenä (Heikkinen ym. 1990). Tähän tutkimukseen on valittu sosiaalisia suhteita, harrastuksia, sosiodemografisia tekijöitä sekä terveyttä ja toimintakykyä koskevia kysymyksiä.

Pitkäaikaiseen laitoshoitoon sijoittumisen katsottiin kertovan siitä, että henkilö ei selviydy enää omassa kodissaan. Ne tutkittavat, joille oli tehty pysyvän laitoshoidon päätös, luokiteltiin pitkäaikaiseen laitoshoitoon sijoittuneiksi (=1). Muut luokiteltiin kotona asuvana selviytyviksi (=0). Pysyvää laitoshoidoa koskevat tiedot kerättiin Jyväskylän kaupungin terveyskeskuksen sairaalan vuositilastoista. Samat tiedot saatiin myös kaupungin alueella toimivista vanhainkodeista ja vastaavista

hoitolaitoksista (Ritva Sakari-Rantala, henkilökohtainen tiedonanto 2006). Tässä tutkimuksessa on käytössä 17.3.1996 mennessä kerätyt tiedot pitkäaikaisesta laitoshoidosta.

Sosiaaliseen aktiivisuuteen liittyen tutkittavilta kysyttiin erilaisiin harrastoimintoihin kuten aktiivisiin taideharrastuksiin (soittaminen, maalaaminen, laulaminen esim. kuorossa), passiivisiin taideharrastuksiin (konserteissa, teatterissa, elokuvissa käyminen), järjestötoimintaan, seurakunnan toimintaan ja opiskeluun osallistumisesta. Heitä pyydettiin vastaamaan osallistuvatko he näihin toimintoihin satunnaisesti, säännöllisesti vai ei ollenkaan. Tanssimiseen ja ohjattuihin liikuntaryhmiin osallistumisen osalta vastausvaihtoehdot olivat lähes päivittäin, 2-3 kertaa viikossa, kerran viikossa, 1-2 kertaa kuussa, harvemmin kuin kerran kuussa ja en harrasta. Kotimaassa ja ulkomailla matkustamisen osalta tutkittavia pyydettiin vastaamaan matkustavatko he koskaan, noin kerran vuodessa tai harvemmin, joitakin kertoja vuodessa, noin kerran kuukaudessa vai noin kerran viikossa. Lisäksi haastateltavilta kysyttiin milloin he ovat jääneet eläkkeelle ja käyvätkö he ansiotyössä eläkkeellä ollessa (kyllä/ei) sekä auttavatko he sukulaista, naapuria tai ystävää ruoanlaitossa, ostoksilla käymisessä, lasten hoidossa, siivoamisessa, kävelyllä käymisessä, pyykin pesemisessä, asiointissa pankissa tai postissa tai auttavatko jollain muulla tavoin. Auttamisen osalta selvitettiin ketä tutkittavat auttoivat, millä tavoin ja kuinka usein.

Kollektiivisen sosiaalisen aktiivisuuden muuttuja muodostettiin siten, että tutkittava luokiteltiin aktiiviseksi, jos hän raportoi osallistuvansa johonkin seuraavista toiminnoista: säännöllinen osallistuminen aktiivisiin taideharrastuksiin, passiivisiin taideharrastuksiin, seurakunnan toimintaan tai opiskeluun, vähintään 1-2 kertaa kuussa tapahtuva osallistuminen tanssimiseen tai ohjattuihin liikuntaryhmiin, matkustaminen ulkomailla vähintään kerran vuodessa tai harvemmin, matkustaminen kotimaassa vähintään joitakin kertoja vuodessa. Jos tutkittava

raportoi osallistuvansa satunnaisesti tai ei ollenkaan aktiivisiin taideharrastuksiin, passiivisiin taideharrastuksiin, seurakunnan toimintaan ja opiskeluun, harvemmin kuin kerran kuussa tai ei ollenkaan tanssimiseen ja ohjattuihin liikuntaryhmiin, että ei matkusta ollenkaan ulkomailla ja matkustaa kotimaassa noin kerran vuodessa tai harvemmin tai ei ollenkaan, hänet luokiteltiin ei-aktiiviseksi. Kollektiivisen sosiaalisen aktiivisuuden muuttujan katsottiin kuvaavan toimintaa, jossa ikääntyvä ihminen viettää aikaa yhdessä ja on vuorovaikutuksessa toisten kanssa.

Produktiivisen sosiaalisen aktiivisuuden muuttuja muodostettiin siten, että tutkittava luokiteltiin aktiiviseksi, jos hän raportoi osallistuvansa johonkin seuraavista toiminnoista: sukulaisen, naapurin tai ystävän auttaminen ruoanlaitossa, ostoksilla käymisessä, lasten hoidossa, siivoamisessa, kävelyllä käymisessä, pyykin pesemisessä, asiointissa pankissa tai postissa tai jollain muulla tavalla, käy ansiotyössä eläkkeellä ollessa tai ei ole jäänyt eläkkeelle, osallistuu säännöllisesti järjestötoimintaan. Tutkittava luokiteltiin ei-aktiiviseksi, jos hän raportoi, että ei auta ketään missään kysytyissä toiminnoissa, ei käy ansiotyössä eläkkeellä ollessa ja ei osallistu järjestötoimintaan ollenkaan tai osallistuu siihen satunnaisesti. Tämän muuttujan katsottiin kuvaavan toimintaa, jossa ikääntyvä ihminen on sekä vuorovaikutuksessa muiden kanssa että tekee jotain toisten hyödyksi tai yhteiseksi hyväksi. Tällöin hän toiminnassaan antaa aikaansa ja palveluksia ja/tai käyttää osaamistaan.

Mahdollisina sekoittavina tekijöinä huomioitiin tutkittavaa koskevia sosiodemografisia ja terveyteen ja toimintakykyyn liittyviä tekijöitä, jotka kerättiin tutkimuksen alkumittausvaiheessa. Näiden tekijöiden on aiemman kirjallisuuden perusteella havaittu olevan yhteydessä laitoshoitoon sijoittumiseen tai sosiaaliseen aktiivisuuteen. Ikä mitattiin jatkuvana ja sukupuoli dikotomisena muuttujana. Koulutuksen osalta tutkittavia pyydettiin kertomaan kuinka monta vuotta hän on saanut yhteensä koulutusta huomioiden kaiken saamansa koulutuksen. Koettua

taloudellista tilannetta tutkittavia pyydettiin arvioimaan onko se erittäin hyvä, melko hyvä, tyydyttävä, melko huono vai erittäin huono. Asumisjärjestelyiden osalta tutkittavilta kysyttiin kuinka monta henkilöä hänen lisäkseen asuu samassa asunnossa ja onko/ovatko samassa asunnossa asuva(t) puoliso, omat tai puolison vanhemmat, lapsia, lapsenlapsia, sukulaisia, muita. Näistä muodostettiin yksinasumista kuvaava muuttuja. Tutkittavia pyydettiin arvioimaan toimintakykyään tai kuntoaan viisiluokkaisella asteikolla erittäin hyvästä erittäin huonoon. Samoin he arvioivat muistiaan viisiluokkaisella asteikolla erittäin hyvästä erittäin huonoon. Sairauksien osalta tutkittavia pyydettiin kertomaan onko heillä tutkimushetkellä lääkärin toteamia pitkäaikaissairauksia tai vammoja. Sairaudet luokiteltiin ICD-9:n pohjalta. Kuolleisuutta koskevat tiedot saatiin Suomen väestörekisterikeskuksesta.

5.3 Tilastollinen analyysi

Tilastollisina analyysimenetelminä tässä tutkimuksessa käytettiin khiin neliöttestiä, Studentin t-testiä ja logistista regressioanalyysiä. Analyyseissä käytettiin SPSS-ohjelman versiota 12.0.1. Ensin tarkasteltiin sitä, eroavatko pitkäaikaiseen laitoshoitoon sijoittuneet ja kotona selviytyneet toisistaan kollektiivisen sosiaalisen aktiivisuuden, produktiivisen sosiaalisen aktiivisuuden, iän, sukupuolen, koulutuksen pituuden, koetun taloudellisen tilanteen, yksinasumisen, pitkäaikaissairauksien lukumäärän, koetun toimintakyvyn ja koetun muistin suhteen. Myös katoanalyysissä tarkasteltiin seuranta-aikana kuolleiden, jotka eivät sijoittuneet pitkäaikaiseen laitoshoitoon, (= analyysistä poistetut) ja seuranta-aikana pitkäaikaiseen laitoshoitoon sijoittuneiden tai seuranta-ajan lopussa elossa olleiden (= analyysissä mukana olevat) eroja edellä mainittujen muuttujien osalta. Erot testattiin

dikotomisten muuttujien osalta khiin neliötestillä ja jatkuvien tai järjestysasteikollisten muuttujien osalta Studentin t-testillä.

Kollektiivisen sosiaalisen aktiivisuuden ja produktiivisen sosiaalisen aktiivisuuden yhteys pitkäaikaiseen laitoshoitoon sijoittumiseen analysoitiin erillisissä analyyseissa. Monimuuttujaiseen logistiseen regressioanalyysiin sisältyi useita malleja. Ensimmäisessä mallissa tarkasteltiin sosiaalista aktiivisuutta mittaavan muuttujan yhteyttä pitkäaikaiseen laitoshoitoon sijoittumiseen ja malli vakioitiin iällä ja sukupuolella. Nämä muuttujat pidettiin mukana kaikissa malleissa. Toisessa mallissa mukaan lisättiin koulutuksen pituus, koettu taloudellinen tilanne, yksinasuminen sekä pitkäaikaissairauksien lukumäärä. Kolmannessa mallissa otettiin mukaan ensimmäisen mallin muuttujat, pitkäaikaissairauksien lukumäärä ja koettu toimintakyky. Neljännessä mallissa otettiin mukaan ensimmäisen mallin muuttujat, pitkäaikaissairauksien lukumäärä ja koettu muisti. Viidennessä eli lopullisessa mallissa mukana olivat kaikki edellä mainitut muuttujat.

6 TULOKSET

6.1 Aineiston kuvaus

Taulukossa 1 esitetään tutkittavien sosiodemografisia, sosiaalista aktiivisuutta, terveyttä ja toimintakykyä kuvaavia piirteitä. Tutkittavista miehiä oli 257 (31 %) ja naisia 578 (69 %). Tutkittavien keski-ikä oli noin 72 vuotta. Heillä oli keskimäärin noin 1,8 lääkärin toteamaa pitkäaikaissairautta. Noin 40 prosenttia tutkittavista arvioi toimintakykynsä hyväksi tai erittäin hyväksi, noin puolet keskinkertaiseksi ja joka kymmenes huonoksi tai erittäin huonoksi. Joka viides tutkittavista arvioi muistinsa hyväksi tai erittäin hyväksi, kaksi kolmasosaa tyydyttäväksi ja vajaa viidennes huonoksi tai erittäin huonoksi. Noin 40 prosenttia tutkittavista piti taloudellisen tilannettaan erittäin tai melko hyvänä, yli puolet tyydyttävänä ja 5 prosenttia huonona tai erittäin huonona. Tutkittavat olivat saaneet koulutusta keskimäärin 6,5 vuotta. 45 prosenttia tutkittavista asui tutkimuksen alkumittausvaiheessa yksin ja 55 prosenttia jonkun toisen henkilön kanssa.

Puolet tutkittavista raportoi auttavansa sukulaista, ystävää tai naapuria ruoanlaitossa, ostoksilla käymisessä, lasten hoidossa, siivoamisessa, kävelyllä käymisessä, pyykin pesemisessä, asiointissa pankissa tai postissa tai jollain muulla tavalla. Reilu kymmenesosa (13 %) tutkittavista kävi ansiotyössä eläkkeellä ollessa tai ei ollut jäänyt vielä eläkkeelle. Järjestötoimintaan osallistui säännöllisesti joka neljäs (27 %) tutkittavista. Produktiiviseen sosiaaliseen toimintaan osallistuviksi luokiteltiin kaksi kolmasosaa tutkittavista (taulukko 1).

Ohjattuun liikuntaryhmään osallistui vähintään 1-2 kertaa kuussa reilu kymmenesosa (13 %) ja tanssimiseen 7 prosenttia tutkittavista. Säännöllisesti opiskeluun osallistuvia oli 5 prosenttia, seurakunnan toimintaan osallistuvia vajaa viidennes (18 %), passiivisiin taideharrastuksiin osallistuvia joka kymmenes (11 %) ja

aktiivisiin taideharrastuksiin osallistuvia joka kymmenes (13 %) tutkittavista. Lisäksi ulkomailla matkusti vähintään kerran vuodessa tai harvemmin noin puolet (53 %) ja kotimaassa vähintään joitakin kertoja vuodessa noin kaksi kolmasosaa (69 %) tutkittavista. Kollektiiviseen sosiaaliseen toimintaan osallistuviksi luokiteltiin neljä viidestä tutkittavasta (taulukko 1).

Taulukko 1 Tutkittavien sosiodemografisia, sosiaalista aktiivisuutta, terveyttä ja toimintakykyä kuvaavia piirteitä. Tutkittavien lukumäärä on esitetty suluissa muuttujakohtaisesti.

	n	%
Sukupuoli (n=835)		
mies	257	31
nainen	578	69
Yksinasuminen (n=835)		
kyllä	380	45
ei	455	55
Kollektiivinen sosiaalinen osallistuminen (n=835)		
kyllä	694	83
ei	141	17
Produktiivinen sosiaalinen osallistuminen (n=835)		
kyllä	551	66
ei	284	34
Koettu toimintakyky (n=833)		
erittäin hyvä	33	4
hyvä	279	34
keskinkertainen	410	49
huono	102	12
erittäin huono	9	1
Koettu muisti (n=834)		
erittäin hyvä	17	2
hyvä	157	19
tydyttävä, kohtalainen	512	61
huono	136	16
erittäin huono	12	2
Koettu taloudellinen tila (n=829)		
erittäin hyvä	59	7
hyvä	287	34
tydyttävä	438	53
melko huono	42	5
erittäin huono	3	1
	ka	kh
Ikä vuosina (n=835)	72	5,3
Koulutuksen pituus vuosina (n=814)	6,7	3,4
Pitkäaikaissairauksien lukumäärä (n=834)	1,8	1,5

Huomautus: n tarkoittaa lukumäärää, % prosenttiosuutta, ka keskiarvoa ja kh keskihajontaa.

Kahdeksan vuoden seuranta-ajan kuluessa 118 henkilöä (14 %) sijoittui pitkäaikaiseen laitoshoittoon eli sai pitkäaikaishoitopäätöksen. Taulukossa 2 esitetään pitkäaikaiseen laitoshoittoon sijoittuneiden ja kotona asuvana selviytyneiden eroja sosiodemografisiin, sosiaaliseen aktiivisuuteen, terveyteen ja toimintakykyyn liittyvissä tekijöissä. Pitkäaikaiseen laitoshoittoon sijoittuneet olivat vanhempia kuin kotona asuvana selviytyneet. He raportoivat enemmän lääkärin toteamia pitkäaikaissairauksia ja kokivat toimintakykynsä ja muistinsa heikommiksi kuin kotona asuvana selviytyneet. Koetussa taloudellisessa tilanteessa ei ollut eroja

Taulukko 2. Kotona asuvien ja pitkäaikaiseen laitoshoittoon sijoittuneiden sosiodemografisten ja terveyteen ja toimintakykyyn liittyvien tekijöiden keskiarvot (ka) ja keskihajonnat (kh) sekä sosiaaliseen toimintaan, asumisjärjestelyihin ja sukupuoleen liittyvien tekijöiden lukumäärät (n) ja prosenttiosuudet (%).

	Pitkäaikaishoidossa				p [^]
	Ei (n=717)		Kyllä (n=118)		
	ka	kh	ka	kh	
Ikä (vuosina)	71,4	5,0	77,0	4,0	<,001
Koulutuksen (vuosina)	6,9	3,5	5,3	3,0	<,001
Koettu taloudellinen tila*	2,6	0,7	2,6	0,7	,679
Pitkäaikaissairaudet (lukumäärä)	1,8	1,5	2,2	1,4	,008
Koettu toimintakyky*	2,7	0,7	3,1	0,8	<,001
Koettu muisti*	2,9	0,7	3,2	0,8	,001
	n	%	n	%	p#
Kollektiivinen sosiaalinen osallistuminen					
kyllä	615	86	79	67	
ei	102	14	39	33	<,001
Produktiivinen sosiaalinen osallistuminen					
kyllä	501	70	50	42	
ei	216	30	68	58	<,001
Yksinasuminen					
kyllä	303	42	77	65	
ei	414	58	41	35	<,001
Sukupuoli					
mies	231	32	26	22	
nainen	486	68	92	78	,026

*= mitattu 5-luokkaisena: 1=erittäin hyvä, 2=hyvä/melko hyvä, 3=keskinkertainen/tydyttävä, 4=huono/melko huono, 5=erittäin huono.

[^] = erot testattu Studentin t-testillä.

= erot testattu khiin neliötestillä.

ryhmien välillä, mutta kotona asuvana selviytyneet olivat käyneet koulua pidempään. Pitkäaikaiseen laitoshoitoon sijoittuneiden joukossa oli enemmän yksinasuvia kuin kotona asuvana selviytyneissä. Naisten prosenttiosuus pitkäaikaiseen laitoshoitoon sijoittuneissa oli suurempi kuin heidän prosenttiosuutensa kotona asuvana selviytyneiden joukossa. Sekä kollektiivinen sosiaalinen osallistuminen että produktiivinen sosiaalinen osallistuminen oli aktiivisempaa kotona asuvana selviytyneillä verrattuna pitkäaikaiseen laitoshoitoon sijoittuneisiin.

6.2 Sosiaalinen aktiivisuus ja pitkäaikaiseen laitoshoitoon sijoittuminen

Tutkittavilla, jotka eivät osallistuneet aktiivisesti produktiiviseen sosiaaliseen toimintaan, oli lähes kolminkertainen riski (OR = 2,77; 95 % CI = 1,79 - 4,27) sijoittua pitkäaikaiseen laitoshoitoon kahdeksan vuoden seuranta-ajan kuluessa verrattuna tutkittaviin, jotka osallistuivat aktiivisesti produktiiviseen sosiaaliseen toimintaan (taulukko 3). Tässä mallissa huomioitiin ikä ja sukupuoli. Kun malli vakioitiin iän ja sukupuolen lisäksi myös koulutuksen pituudella, koetulla taloudellisella tilanteella, yksin asumisella, pitkäaikaisten sairauksien lukumäärällä, koetulla toimintakyvyllä ja koetulla muistilla, produktiivinen sosiaalinen aktiivisuus jäi edelleen merkitseväksi kotona asuvana selviytymistä selittäväksi tekijäksi. Kun mallissa oli huomioitu edellä mainitut mahdolliset sekoittavat tekijät, produktiivisiin sosiaalisiin toimintoihin osallistumattomien riski sijoittua pitkäaikaiseen laitoshoitoon oli noin kaksi ja puolikertainen (OR = 2,45; 95 % CI = 1,53 - 3,93) verrattuna produktiivisesti aktiivisiin. Lopullisessa mallissa yksin asuminen, koettu toimintakyky ja ikä olivat produktiivisen sosiaalisen aktiivisuuden lisäksi merkitseviä selittäviä tekijöitä pitkäaikaiseen laitoshoitoon sijoittumiselle.

Taulukko 3. Produktiivisen sosiaalisen aktiivisuuden ja pitkäaikaiseen laitoshoitoon sijoittumisen yhteys 65-84-vuotiailla henkilöillä kahdeksan vuoden seuranta-ajan kuluessa (n=835).

	Malli 1		Malli 2		Malli 3		Malli 4		Malli 5	
	OR	95 %CI	OR	95 %CI	OR	95 %CI	OR	95 %CI	OR	95 %CI
Produktiivinen sos. aktiiv. (ei vs. kyllä)	2,77	(1,79-4,27)	2,61	(1,65-4,14)	2,46	(1,57-3,86)	2,88	(1,85-4,50)	2,45	(1,53-3,93)
Koulutuksen pituus (vuosina)			0,95	(0,88-1,03)					0,97	(0,89-1,05)
Koettu taloudellinen tila*			1,17	(0,85-1,62)					1,06	(0,76-1,48)
Yksin asuminen (kyllä vs. ei)			1,72	(1,06-2,81)					1,85	(1,12-3,03)
Koettu toimintakyky*					1,84	(1,34-2,52)			1,73	(1,23-2,43)
Koettu muisti*							1,54	(1,13-2,09)	1,23	(0,87-1,72)
Pitkäaikaissairaudet (lukumäärä)			1,03	(0,89-1,19)	0,93	(0,80-1,09)	1,00	(0,87-1,16)	0,91	(0,77-1,07)
Ikä (vuosina)	1,25	(1,19-1,32)	1,23	(1,17-1,29)	1,26	(1,20-1,32)	1,25	(1,19-1,31)	1,23	(1,17-1,30)
Sukupuoli (nainen vs. mies)	1,26	(0,75-2,09)	0,98	(0,56-1,72)	1,29	(0,77-2,17)	1,29	(0,77-2,17)	1,07	(0,61-1,88)

*= mitattu 5-luokkaisena: 1=erittäin hyvä, 2=hyvä/melko hyvä, 3=keskinkertainen/tydyttävä, 4=huono/melko huono, 5=erittäin huono.

Taulukko 4. Kollektiivisen sosiaalisen aktiivisuuden ja pitkäaikaiseen laitoshoitoon sijoittumisen yhteys 65-84-vuotiailla henkilöillä kahdeksan vuoden seuranta-ajan kuluessa (n=835).

	Malli 1		Malli 2		Malli 3		Malli 4		Malli 5	
	OR	95 %CI	OR	95 %CI	OR	95 %CI	OR	95 %CI	OR	95 %CI
Kollektiivinen sos. aktiiv. (ei vs. kyllä)	2,26	(1,40-3,66)	2,30	(1,39-3,82)	1,87	(1,13-3,09)	2,19	(1,34-3,56)	1,96	(1,16-3,29)
Koulutuksen pituus (vuosina)			0,95	(0,88-1,02)					0,96	(0,89-1,04)
Koettu taloudellinen tila*			1,17	(0,85-1,62)					1,07	(0,77-1,49)
Yksin asuminen (kyllä vs. ei)			1,90	(1,16-3,12)					2,01	(1,22-3,31)
Koettu toimintakyky*					1,90	(1,38-2,60)			1,77	(1,26-2,49)
Koettu muisti*							1,47	(1,08-1,99)	1,16	(0,83-1,62)
Pitkäaikaissairaudet (lukumäärä)			1,06	(0,92-1,22)	0,95	(0,82-1,11)	1,04	(0,90-1,19)	0,93	(0,79-1,10)
Ikä (vuosina)	1,25	(1,19-1,31)	1,22	(1,16-1,29)	1,25	(1,19-1,32)	1,25	(1,19-1,31)	1,23	(1,16-1,29)
Sukupuoli (nainen vs. mies)	1,33	(0,80-2,20)	0,98	(0,56-1,71)	1,35	(0,81-2,27)	1,34	(0,80-2,23)	1,05	(0,60-1,85)

*= mitattu 5-luokkaisena: 1=erittäin hyvä, 2=hyvä/melko hyvä, 3=keskinkertainen/tydyttävä, 4=huono/melko huono, 5=erittäin huono.

Tutkittavilla, jotka eivät osallistuneet aktiivisesti kollektiiviseen sosiaaliseen toimintaan, oli yli kaksi kertaa suurempi riski (OR = 2,26; 95 % CI = 1,40-3,66) sijoittua pitkäaikaiseen laitoshoitoon kahdeksan vuoden seuranta-ajan kuluessa verrattuna tutkittaviin, jotka osallistuivat aktiivisesti johonkin kollektiiviseen sosiaaliseen toimintaan (taulukko 4). Tässä mallissa huomioitiin ikä ja sukupuoli. Kun malli vakioitiin lisäksi koulutuksen pituudella, koetulla taloudellisella tilanteella, yksinasumisella, pitkäaikaissairauksien lukumäärällä, koetulla toimintakyvyllä ja koetulla muistilla, kollektiivisiin sosiaalisiin toimintoihin osallistumattomien riski sijoittua pitkäaikaiseen laitoshoitoon oli lähes kaksinkertainen (OR = 1,96; 95 % CI = 1,16-3,29) verrattuna näihin toimintoihin aktiivisesti osallistuviin. Myös tämän analyysin lopullisessa mallissa ikä, yksinasuminen ja koettu toimintakyky olivat kollektiivisen sosiaalisen aktiivisuuden lisäksi merkitsevästi yhteydessä pitkäaikaiseen laitoshoitoon sijoittumiseen.

6.3 Katoanalyysi

Taulukossa 5 esitetään tutkittavien ja analyysistä pois jätettyjen henkilöiden välisiä eroja sosiodemografiaan, sosiaaliseen aktiivisuuteen, terveyteen ja toimintakykyyn liittyvissä tekijöissä. Analyysissä mukana olleet olivat nuorempia ja heillä oli vähemmän lääkärin toteamia pitkäaikaissairauksia ja he kokivat toimintakykynsä paremmiksi kuin analyysistä pois jätetyt. Lisäksi kollektiivisessä sosiaalisessa ja produktiivisessa sosiaalisessa aktiivisuudessa oli eroja ryhmien välillä siten, että analyysissä mukana olleet olivat aktiivisempia kuin analyysistä pois jätetyt. Analyysistä pois jääneissä oli vähemmän yksin asuvia henkilöitä ja enemmän miehiä verrattuna analyysissä mukana olleisiin.

Taulukko 5. 8 vuoden seuranta-aikana kuolleiden henkilöiden, jotka eivät sijoittuneet pitkäaikaiseen laitoshoittoon, ja seuranta-ajan lopussa elossa olleiden ja/tai pitkäaikaiseen laitoshoittoon sijoittuneiden henkilöiden sosiodemografisten ja terveyteen liittyvien tekijöiden keskiarvot (ka) ja keskihajonnat (kh) sekä sosiaaliseen toimintaan, asumisjärjestelyihin ja sukupuoleen liittyvien tekijöiden lukumäärät (n) ja prosenttiosuudet (%).

	Kuollut sijoittumatta pitkäaikaiseen laitoshoittoon (n=369)		Elossa ja/tai sijoittunut pitkäaikaiseen laitoshoittoon (n=835)		p [^]
	ka	kh	ka	kh	
Ikä (vuosina)	74,6	5,4	72,2	5,3	<,001
Koulutus (vuosina)	6,3	3,3	6,7	3,4	,065
Koettu taloudellinen tila*	2,6	0,7	2,6	0,7	,957
Pitkäaikaissairaudet (lukumäärä)	2,3	1,6	1,8	1,5	<,001
Koettu toimintakyky*	3,0	0,9	2,7	0,8	<,001
Koettu muisti*	3,0	0,8	3,0	0,7	,211
	n	%	n	%	p [#]
Kollektiivinen sosiaalinen osallistuminen					
kyllä	265	71,8	694	83,1	
ei	104	28,2	141	16,9	<,001
Produktiivinen sosiaalinen osallistuminen					
kyllä	196	53,1	551	66,0	
ei	173	46,9	284	34,0	<,001
Yksinasuminen					
kyllä	144	39,0	380	45,5	
ei	225	61,0	455	54,5	,036
Sukupuoli					
mies	158	42,8	257	30,8	
nainen	211	57,2	578	69,2	<,001

*= mitattu 5-luokkaisena: 1=erittäin hyvä, 2=hyvä/melko hyvä, 3=keskinkertainen/tydyttävä, 4=huono/melko huono, 5=erittäin huono.

[^] = erot testattu Studentin t-testillä.

[#] = erot testattu khiin neliötestillä.

7 POHDINTA

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin sosiaalisen aktiivisuuden yhteyttä kotona asuvana selviytymiseen 65-84-vuotiailla henkilöillä kahdeksan vuoden seuranta-ajan kuluessa. Sosiaalinen aktiivisuus jaettiin kollektiiviseen sosiaaliseen aktiivisuuteen ja produktiiviseen sosiaaliseen aktiivisuuteen. Molemmat sosiaalisen aktiivisuuden muodot ennustavat iäkkään ihmisen selviytymistä omassa kodissaan. Niillä, jotka eivät osallistuneet aktiivisesti produktiivista sosiaalista aktiivisuutta mittaavaan toimintaan, oli lähes kolminkertainen riski sijoittua pitkäaikaiseen laitoshoittoon verrattuna niihin, jotka osallistuivat johonkin näistä toiminnoista. Kollektiiviseen sosiaaliseen toimintaan osallistuminen puolestaan vaikuttaa siten, että niillä, jotka eivät osallistuneet säännöllisesti mihinkään kollektiivista sosiaalista aktiivisuutta mittaavaan toimintaan, oli yli kaksinkertainen riski sijoittua pitkäaikaiseen laitoshoittoon kahdeksan vuoden seuranta-ajan kuluessa verrattuna niihin, jotka osallistuivat johonkin näistä toiminnoista säännöllisesti. Sosiaalisen aktiivisuuden merkitys säilyi vahvana, vaikka sosiodemografiset ja terveyteen ja toimintakykyyn liittyvät tekijät kontrolloitiin.

Tämän tutkimuksen tulos vahvistaa Steinbachin (1992) tutkimuksen tulosta, jonka mukaan sosiaalisiin toimintoihin osallistuminen kuten päiväkeskuksessa käyminen, kirkossa tai temppelissä käyminen, elokuvissa, urheilutapahtumissa yms. käyminen tai vapaaehtoistyön tekeminen, pienensi laitoshoittoon sijoittumisen riskiä noin puolella yli 70-vuotiailla ihmisillä kahden vuoden seuranta-ajan kuluessa. Sosiaalisen aktiivisuuden yhteyttä laitoshoittoon sijoittumiseen ei ole tutkittu siten, että olisi erikseen tarkasteltu kollektiivisen sosiaalisen ja produktiivisen sosiaalisen aktiivisuuden yhteyttä laitoshoittoon sijoittumiseen. Produktiivisen sosiaalisen aktiivisuuden hyödyllisyydestä on näyttöä suhteessa eloonjäämiseen. Organisaatioiden toimintaan osallistumisen (Sugisawa ym. 1994) ja instrumentaalisen tuen antamisen kuten kuljetuksen järjestämisen ja avun antamisen

kauppa-asioiden hoitamisessa, kotitöiden tekemisessä ja lastenhoidossa ystäville, sukulaisille ja naapureille (Brown ym. 2003) on todettu pienentävän kuolleisuuden riskiä. Kollektiivisen sosiaalisen aktiivisuuden hyödyllisyydestä on näyttöä suhteessa eloonjäämiseen, kognitiivisten toimintojen säilymiseen, dementian ilmaantumiseen ja fyysisen toimintakyvyn säilymiseen. Glassin ym. (1999) tutkimuksen tulosten mukaan mitä useampaan sosiaaliseen toimintaan kuten kirkossa käymiseen, elokuvissa, ravintoloissa tai urheilutapahtumissa käymiseen, matkustamiseen, kortin, pelien tai bingon pelaamiseen sekä sosiaalisiin ryhmiin osallistumiseen tutkittava osallistui, sitä pienempi kuolleisuuden todennäköisyys hänellä oli 13 vuoden seuranta-aikana. Zunzugenuin ym. (2003) tutkimuksen tulosten mukaan kirkossa ja iäkkäille ihmisille tarkoitettussa virkistyksellisiä toimintoja tarjoavassa sosiaalikeskuksessa käymisellä ja ryhmien jäsenyydellä oli positiivinen vaikutus kognitiivisten toimintojen heikentymistä vastaan neljän vuoden seuranta-aikana. Päivittäisestä viikoittaiseen tapahtuva sosiaalisiin toimintoihin osallistuminen kuten teattereissa, konserteissa tai taidenäyttelyissä käyminen, matkustaminen, kortin tai pelien pelaaminen ja sosiaalisiin ryhmiin tai eläkeläisten järjestöihin osallistuminen oli käänteisesti yhteydessä myös dementian ilmaantumiseen (Wang ym. 2002). Avlundin ym. (2004b) tutkimuksen mukaan se, että ei ollut jäsenenä eläkeläisten kerhossa, oli yhteydessä toimintakyvyn heikkenemiseen 75-vuotiailla naisilla.

Tässä tutkimuksessa produktiivisen sosiaalisen aktiivisuuden ja kollektiivisen sosiaalisen aktiivisuuden lisäksi ikä, yksinasuminen ja koettu toimintakyky olivat merkitseviä pitkäaikaiseen laitoshoitoon sijoittumista selittäviä tekijöitä. Iän on todettu olevan yhteydessä laitoshoitoon sijoittumiseen useissa muissakin tutkimuksissa (mm. Jette ym. 1992, Perlman ja Crown 1992, Tomiak ym. 2000, Nuotio ym. 2003, Angel ym. 2004). Myös yksinasumisen on havaittu olevan riskitekijä laitoshoitoon sijoittumiselle (Greene ja Ondrich 1990, Pearlman ja Crown 1992, Steinbach 1992, Wolinsky ym. 1992, Nuotio 2003). Yksinasumisen yhteys pitkäaikaiseen laitoshoitoon sijoittumiseen saattaa heijastaa sitä, että iän lisääntyessä,

toimintakyvyn heikentyessä ja avuntarpeen kasvaessa yksinasuvalla henkilöllä ei ole auttavaa läheistä henkilöä tai henkilöitä riittävän lähellä (Glazebrook ym. 1994). Tämän tutkimuksen mukaan koettu toimintakyky, jossa tutkittavat arvioivat toimintakykyään yleisesti ja kokonaisvaltaisesti, ennustaa pitkäaikaiseen laitoshoitoon sijoittumiseen. Tulos on samansuuntainen kuin niissä tutkimuksissa, joissa toimintakykyä on tutkittu toiminnanvajeena päivittäisissä toiminnoissa tai riippuvuutena muiden avusta päivittäisistä perustoiminnoista ja välineellisistä toiminnoista suoriutumisessa (Jette ym. 1992, Pearlman ja Crown 1992, Laukkanen ym. 2000, Angel ym. 2004). Tämän tutkimuksen mukaan naisilla on miehiin verrattuna suurempi vaikkakaan ei tilastollisesti merkitsevä riski sijoittua pitkäaikaiseen laitoshoitoon. Naisista noin 32 prosentilla oli kumppani kun taas miehistä 86 prosentilla oli kumppania. Kumppanin olemassaolo saattaa osaltaan kertoa avun ja hoivan saamisen mahdollisuudesta.

Pitkäaikaiseen laitoshoitoon päädytään nykyisin pääasiassa toimintakyvyn olennaisen alenemisen takia. Itsestään huolehtimisen vajavuudet ovat yleisin yksittäinen syy pitkäaikaiseen laitoshoitoon sijoittumiseen. Muistamattomuus on syynä hoitoon sijoittumiselle joka viidennellä henkilöllä Suomessa (Vaarama ym. 1998). Sosiaalisen aktiivisuuden ja kotona asuvana selviytymisen yhteyden voisi ajatella osittain selittyvän sillä, että sosiaalisiin toimintoihin osallistuminen on positiivisesti yhteydessä fyysisen toimintakyvyn (Avlund ym. 2004b) ja kognitiivisten toimintojen (Zunzugenui ym. 2003) säilymiseen ja käänteisesti yhteydessä dementian ilmaantumiseen (Wang ym. 2002). Tässä tutkimuksessa sosiaalinen aktiivisuus oli itsenäinen kotona selviytymistä ennustava tekijä. Tätä yhteyttä saattaa osaltaan selittää se, että sosiaalisesti aktiivisilla, erilaisiin ryhmiin tai ryhmässä tapahtuviin toimintoihin osallistuvilla tai produktiivisiin sosiaalisiin toimintoihin osallistuvilla on suurempi määrä rooleja (Moen ym. 1989, Adelman 1994). Roolien moninaisuus puolestaan on yhteydessä suurempaan elämäntyytyväisyyteen ja kyvykkyyden kokemuksiin sekä vähäisempiin

depressiivisten oireiden määrään (Adelmann 1994). Herzogin ym. (1998) tutkimuksen mukaan sekä produktiivisen aktiivisuuden ja sosiaalisen aktiivisuuden yhteys fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen välittyy osittain itsensä aktiiviseksi ja kykeneväksi kokemisen kautta. Elämänhallinnan tunteen ja itsensä kykeneväksi kokemisen on todettu olevan yhteydessä vähäisempään depressiivisen oireilun määrään (Krause ym. 1992) ja puskuroivan toimintakyvyn heikkenemistä vastaan henkilöillä, joiden fyysinen kapasiteetti on alentunut (Mendes de Leon ym. 1996).

Tutkimuksen yhtenä vahvuutena on pitkittäisasetelma, jolloin tutkimuksen alkutilanteessa haastattelun yhteydessä kerättiin laaja-alaisesti tietoja kotona asuvista 65-84-vuotiaista jyvaskyläläisistä miehistä ja naisista ja heidän sijoittumistaan pitkäaikaiseen laitoshoitoon seurattiin kahdeksan vuoden ajan. Tietoja kerättiin monitieteisestä näkökulmasta. Lisäksi pitkäaikaiseen laitoshoitoon sijoittumisen seuranta voidaan pitää kohtuullisen luotettavana. Tiedot kerättiin terveyskeskuksen vuositilastoista ja vanhainkodeista ja vastaavista hoitolaitoksista saatiin samat tiedot. Viimeiset tarkistukset kerättyyn tiedostoon tehtiin vuoden 1999 alussa jolloin epäselviä tapauksia tarkistettiin terveyskeskuksen potilaspapereista (Ritva Sakari-Rantala, henkilökohtainen tiedonanto 1.5.2006). Tutkimukseen osallistumista voidaan pitää hyvänä osallistumisprosentin ollessa noin 80 koko aineistossa. Tutkimuksen vahvuutena on myös sen tuottama uusi tieto. Sosiaalisen aktiivisuuden yhteyttä laitoshoitoon sijoittumiseen on tutkittu aikaisemmin vain harvassa tutkimuksessa ja kollektiivisen sosiaalisen aktiivisuuden ja produktiivisen sosiaalisen aktiivisuuden yhteyttä pitkäaikaiseen laitoshoitoon sijoittumiseen erikseen ei ole aikaisemmin tutkittu. Tämän tutkimuksen tulokset voidaan hyvin yleistää suomalaisiin eläkeikäisiin.

Tutkimuksen heikkouksina voidaan pitää mittausten subjektiivisuutta. Sekä toimintakyvystä, muistista että taloudellisesta tilanteesta saadut tiedot perustuvat tutkittavan omaan kokemukseen. Mikäli toimintakykyä ja muistia tai kognitiivisia

toimintoja mitattaisiin objektiivisemmilla mittareilla, tulos voisi olla jonkin verran erilainen. Lääkärin toteamien pitkäaikaissairauksien lukumäärä perustuu myös tutkittavien kertomaan eikä klinikon tekemään terveydentilan arviointiin. Myös tässä tulos voisi olla toisenlainen, jos sairaudet kirjattaisiin lääkärin tekemän arvion perusteella. Pitkäaikaiset sairaudet kuitenkin luokiteltiin ICD-9:n pohjalta laaditulle listalle. Kollektiivisen sosiaalisen aktiivisuuden ja pitkäaikaiseen laitoshoitoon sijoittumisen välistä yhteyttä ja produktiivisen sosiaalisen aktiivisuuden ja pitkäaikaiseen laitoshoitoon sijoittumisen välistä yhteyttä selittävät mekanismit saattavat olla erilaisia. Jatkotutkimusaiheeksi jää näiden mekanismien tutkiminen.

Ikääntyneiden mahdollisuudet osallistua esimerkiksi liikuntaan, opiskeluun, järjestötoimintaan ja kulttuuritapahtumiin ovat yksi keino lisätä sosiaalista kanssakäymistä ja vähentää yksinäisyyttä (Vaarama ym. 2005). Myös vaativammat sosiaalisen aktiivisuuden muodot kuten erilaiset sosiaalisesti suuntautuneet produktiiviset toiminnot saattavat olla tärkeitä elämänlaadun ylläpitämisessä ikääntyvillä ja ikääntyneillä ihmisillä (Bukov ym. 2002). Ikivihreät-projektiin liittyvässä kohorttitutkimuksessa havaittiin, että myöhemmissä ikäkohorteissa suomalaiset ovat eläkkeelle jäätyään aktiivisempia ja heidän harrastustoimintansa on monipuolistunut. Eläkeläiset ovat myös parempikuntoisia, heillä on enemmän rahaa käytettävissään ja korkeampi koulutus kuin aiemmin. Tämä asettaa yhteiskunnalle haasteita mm. palveluiden ja erilaisten mielekkäiden vapaa-ajan toimintojen järjestämisen näkökulmasta (Lyyra ja Lyyra painossa). Toisaalta tulisi kiinnittää erityisesti huomiota sellaisten henkilöiden mahdollisuuksiin osallistua sosiaalisiin toimintoihin, joiden fyysinen suoriutuminen on heikentynyt. He saattavat hyötyä osallistumisen tukemisesta esimerkiksi kuljetusmahdollisuuksien järjestämisestä ja saattoavusta eniten. Unger työtovereineen (1999) havaitsi, että vaikka sosiaaliset siteet olivat suojaavia riippumatta henkilön fyysisen suoriutumisen tasosta tutkimuksen alkutilanteessa, ne näyttäisivät olevan tärkeimpiä fyysiseltä toimintakyvyltään rajoittuneemmille iäkkäille ihmisille. Sabinin (1993) tutkimuksessa

kirkossa tai temppelissä käyminen vähensi kuolleisuutta erityisesti niillä henkilöillä, joilla oli kohtalainen tai huono terveys tai enemmän kuin yksi päivittäisiin toimintoihin liittyvä toiminnanrajoitus. Toimintakyky ja sosiaalinen osallistuminen ovat tärkeitä tekijöitä kaikissa elämänvaiheissa, mutta toimintakyvyn heikentyessä iän myötä on todennäköistä, että sosiaalisten toimintojen tärkeys kasvaa. Hyvät sosiaaliset toiminnot saattavat kompensoida heikkoa toimintakykyä ja toisin päin (Avlund ym. 1999). Yksi tärkeä ryhmä, joka tarvitsee yhteiskunnan antamaa tukea sosiaalisen osallistumisen tukemiseen, ovat iäkkäät omaishoitajat. Omaishoitotyö on usein sitovaa ja raskasta ja sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen saattaa jäädä vähäiseksi. Erilaisiin toimintoihin osallistuminen saattaa auttaa omaishoitajaa jaksamaan työssään, jolloin hoidettava pystyy asumaan pidempään omassa kodissaan sijoittumatta pitkäaikaiseen laitoshoitoon.

Tämän tutkimuksen perusteella voidaan sanoa, että on tärkeää luoda edellytyksiä ja mahdollisuuksia sosiaaliseen osallistumiseen ja sosiaaliseen aktiivisuuteen. Tämä on tärkeää sekä iäkkään yksilön elämänlaadun ja hyvinvoinnin kannalta että kansantalouden kannalta, jos iäkkäiden ihmisten siirtymistä hoivapalveluiden käyttäjiksi voidaan myöhentää.

LÄHTEET

Adams RG. Activity as structure and process. Julkaisussa: Kelly JR (toim.) Activity and aging. Staying involved in later life, s. 73-85. Newbury Park: Sage Publications, 1993.

Adelmann PK. Multiple roles and psychological well-being in a National sample of older adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 49: S277-S285, 1994.

Angel JL, Angel RJ, Aranda MP, Miles TP. Can family still cope? Social support and health as determinants of nursing home use in the older Mexican-origin population. *Journal of Aging and Health* 16: 338-354, 2004.

Antonucci TC, Akiyama H. An examination of sex differences in social support among older men and women. *Sex Roles* 17: 737-749, 1987.

Avlund K, Holstein BE, Mortensen EL, Schroll M. Active life in old age. Combining measures of functional ability and social participation. *Danish Medical Bulletin* 46: 345-349; 1999.

Avlund K, Lund R, Holstein BE, Due P. Social relations as determinant of onset of disability in aging. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 38: 85-99, 2004a.

Avlund K, Lund R, Holstein BE, Due P, Sakari-Rantala R, Heikkinen R-L. The impact of structural and functional characteristics of social relations as determinants of functional decline. *The Journal of Gerontology: Social Sciences* 59: S44-S51, 2004b.

Bassuk SS, Glass TA, Berkman LF. Social disengagement and incident cognitive decline in community-dwelling elderly persons. *Annals of Internal Medicine* 131: 165-173, 1999.

Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine* 51: 843-857, 2000.

Boaz RF, Muller CF. Predicting the risk of "permanent" nursing home residence: The role of community help as indicated by family helpers and prior living arrangements. *Health Services Research* 29: 391-414, 1994.

Brown SL, Nesse RM, Vinokur AD, Smith DM. Providing social support may be more beneficial than receiving it: Results from a prospective study of mortality. *Psychological Science* 14: 320-327, 2003.

Bukov A, Maas I, Lampert T. Social participation in very old age: cross-sectional and longitudinal findings from BASE. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 57B: P510-P517, 2002.

Cohen MA, Tell EJ, Wallack SS. Client-related risk factors of nursing home entry among elderly adults. *Journal of Gerontology* 41: 785-792, 1986.

Connidis IA, Davies L. Confidants and companions in later life: The place of family and friends. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 45: S141-S149, 1990.

Everard KM, Lach HW, Fisher EB, Baum MC. Relationship of activity and social support to the functional health of older adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 55: S208-S212, 2000.

Field D, Minkler M, Falk RF, Leino EV. The influence of health on family contacts and family feelings in advanced old age: A longitudinal study. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 48: P18-P28, 1993.

Freedman VA, Berkman LF, Rapp SR, Ostfeld AM. Family networks: Predictors of nursing home entry. *American Journal of Public Health* 84: 843-845, 1994.

Freedman VA. Family structure and the risk of nursing home admission. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 51B: S61-S69, 1996.

Gaugler JE, Edwards AB, Femia EE, Zarit SH, Stephens M-AP, Townsend A, Greene R. Predictors of institutionalization of cognitively impaired elders: family help and the timing of placement. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 55B: P247-P255, 2000.

Glass TA, Mendes de Leon C, Marottoli RA, Berkman LF. Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. *British Medical journal* 319: 478-483, 1999.

Glass TA. Successful aging. *Julkaisussa: Tallis RC, Fillit HM (toim.) Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology, 6th edition, s. 173-181. London: Churchill Livingstone, 2003.*

Glazebrook K, Rockwood K, Stolee P, Fisk J, Gray JM. A case control study of the risks for institutionalization of elderly people in Nova Scotia. *Canadian Journal on Aging* 13: 104-117, 1994.

Gothoni R. Vanhusten sosiaaliset verkostot ja sosiaalinen tuki –tutkimus kalliolaisten ja kiteeläisten vanhusten elämäntilanteesta, sosiaalisista verkostoista ja tuesta. Julkaisuja 1990:2. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 1990.

Greene VL, Ondrich JJ. Risk factors for nursing home admissions and exits: A discrete-time hazard function approach. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 45: S250-S258, 1990.

Heikkinen E. Toimintakyvyn tutkimisen lähtökohdat ja tutkimusasetelma Ikivihreät-projektissa. Julkaisussa: Heikkinen E, Heikkinen R-L, Kauppinen M, Laukkanen P, Ruoppila I, Suutama T (toim.) Iäkkäiden henkilöiden toimintakyky. Ikivihreät-projekti osa I, s. 1-12. Julkaisuja 1990:1. Helsinki: Sosiaalihalitus- ja terveysministeriö, 1990.

Heikkinen E, Heikkinen R-L, Kauppinen M, Laukkanen P, Ruoppila I, Suutama T. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyky. Ikivihreät-projekti osa I. Julkaisuja 1990:1. Helsinki: Sosiaalihalitus- ja terveysministeriö, 1990.

Heikkinen E. Background, design, and methods of the Evergreen Project. *Journal of Aging and Physical Activity* 6: 106-120, 1998.

Heikkinen R-L, Virtanen V, Heikkinen E, Kauppinen M. Sosiaalinen yhteisyys, yhteisöllinen toiminta ja terveys. *Gerontologia* 6(3): 176-184, 1992.

Herzog AR, House JS. Productive activities and aging well. *Generations* 15: 49-54, 1991.

Herzog AR, Franks MM, Markus HR, Holmberg D. Activities and well-being in older age: Effects of self-concept and educational attainment. *Psychology and Aging* 13: 179-185, 1998.

Hyypä MT, Mäki J. Social participation and health in a community rich in stock of social capital. *Health education research* 18: 770-779, 2003.

Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalvelut 2002. *Sosiaaliturva* 2003:1. Saarijärvi: Stakes, 2003.

Jette AM, Branch LG, Sleeper LA, Feldman H, Sullivan LM. High-risk profiles for nursing home admission. *The Gerontologist* 32: 634-640, 1992.

Kelly JR, Godbey G. *Sociology of leisure*. Chelsea: Venture Publishig, 1992.

Kelly JR. Social contexts of activity. Julkaisussa: Kelly JR (toim.) Activity and aging. Staying involved in later life, s. 69-72. Newbury Park: Sage Publications, 1993.

Krause N, Herzog AR, Baker E. Providing support to others and well-being in later life. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 47: P300-P311, 1992.

Laki sosiaali- ja terveydehuollon asiakasmaksuista 734/ 3.8.1992. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920734>

Lassila J, Valkonen T. Sosiaalimenot ja väestön ikääntyminen. Elinkeinoelämän tutkimuslaitos, sarja B 187. Helsinki: Taloustieto Oy, 2002.

Laukkanen P. Iäkkäiden henkilöiden selviytyminen päivittäisistä toiminnoista. University of Jyväskylä. *Studies in sport, physical education and health* 56, 1998.

Laukkanen P, Leskinen E, Kauppinen M, Sakari-Rantala R, Heikkinen E. Health and functional capacity as predictors of community dwelling among elderly people. *Journal of Clinical Epidemiology* 53: 257-265, 2000.

Liu K, Manton KG. The characteristics and utilization pattern of an admission cohort of nursing home patients. *The Gerontologist* 23: 92-98, 1983.

Lyyra T-M, Lyyra A-L. Harrastustoiminnot 65-69-vuotiailla jyvaskyläläisillä vuosina 1988, 1996 ja 2004. Julkaisussa: Heikkinen E, Kauppinen M, Salo P-L, Suutama T (toim.) Ovatko 65-69-vuotiaat muuttumassa entistä toimintakykyisemmiksi, terveemmiksi ja aktiivisemmiksi. Havainnot ja Ikivihreät-projektin kohorttivertailututkimuksessa vuosilta 1988, 1996 ja 2004. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia. Helsinki: Kela, painossa.

Mack R, Salmoni A, Viverais-Dressler G, Porte E, Garg R. Perceived risks to independent living: The views of older, community-dwelling adults. *The Gerontologist* 37: 729-738, 1997.

Mendes de Leon CF, Seeman TE, Baker DI, Richardson ED, Tinetti ME. Self-efficacy, physical decline, and change in functioning in community-living elders: A prospective study. *Journal of gerontology: Social Sciences* 51B: S183-S190, 1996.

Mendes de Leon CF, Glass TA, Berkman LF. Social engagement and disability in a community population of older adults. The New Haven EPESE. *American Journal of Epidemiology* 157: 633-642, 2003.

Miller EA, Weissert WG. Predicting elderly people's risk for nursing home placement, hospitalization, functional impairment, and mortality: A synthesis. *Medical Care Research and Review* 57: 259-297, 2000.

Moen P, Dempster-McClain D, Williams RM Jr. Social integration and longevity: An event history analysis of women's roles and resilience. *American Sociological Review* 54: 635-647, 1989.

Musick MA, Herzog AR, House JS. Volunteering and mortality among older adults: Findings from a national sample. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 54B: S173-S180, 1999.

Nuotio M, Tammela TLJ, Luukkaala T, Jylhä M. Predictors of institutionalization in an older population during a 13-year period: The effect of urge incontinence. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 58A: M756-M762, 2003.

Okun MA. The relation between motives for organizational volunteering and frequency of volunteering by elders. *The Journal of Applied Gerontology* 13: 115-126, 1994.

Parkkinen P. Hoivapalvelut ja eläkemenot vuoteen 2050. VATT-tutkimuksia 94. Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, 2002.

Pearlman DN, Crown WH. Alternative sources of social support and their impacts on institutional risk. *The Gerontologist* 32: 527-535, 1992.

Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. *The Gerontologist* 37: 433-440, 1997.

Sabin EP. Social relationships and mortality among the elderly. *The Journal of Applied Gerontology* 12: 44-60, 1993.

Schwartz C, Meisenhelder JB, Yunsheng RN, Reed G. Altruistic social interest behaviours are associated with better mental health. *Psychosomatic Medicine* 65: 778-785, 2003.

Simonsick EM, Kasper JD, Phillips CL. Physical disability and social interaction: Factors associated with low social contact and home confinement in disabled older women. The women's health and aging study. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 53B: S209-S217, 1998.

Sosiaali- ja terveydenhuollon taskutieto 2006. (www-dokumentti). <http://www.stakes.info/files/pdf/Raportit/Tasku2006.pdf>

Steinbach U. Social networks, institutionalization, and mortality among elderly people in the United States. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 47: S183-S190, 1992.

Sundquist K, Lindström M, Malmström M, Johansson S-E, Sundquist J. Social participation and coronary heart disease: a follow-up study of 6900 women and men in Sweden. *Social Science & Medicine* 58: 615-622, 2004.

Sugisawa H, Liang J, Liu X. Social networks, social support, and mortality among older people in Japan. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 49B: S3-S13, 1994.

Tomiak M, Berthelot J-M, Guimond E, Mustard CA. Factors associated with nursing-home entry for elders in Manitoba, Canada. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 55A: M279-M287, 2000.

Unger JB, McAvay G, Bruce ML, Berkman L, Seeman T. Variation in the impact of social network characteristics on physical functioning in elderly persons: MacArthur studies of successful aging. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 54B: S245-S251, 1999.

Utz RL, Carr D, Nesse R, Wortman CB. The effect of widowhood on older adults' social participation: An evaluation of activity, disengagement, and continuity theories. *The Gerontologist* 42: 522-533, 2002.

Vaarama M, Arajärvi E, Kokko S, Kotilainen H, Noro A, Päivärinta E, Sinervo T, Topo P. Katsaus vanhusten hoidon tilaan Suomessa. *Aiheita* 15/1998. Helsinki: Stakes, 1998.

Vaarama M, Hakkarainen A, Laaksonen S. Vanhusbarometri 1998. *Selvityksiä* 1999:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 1999.

Vaarama M, Voutilainen P, Kauppinen S. Ikääntyneiden palvelut. Julkaisussa: Heikkilä M, Parpo A (toim.) *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2002*. Raportteja 268. s. 76-105. Saarijärvi: Stakes, 2002.

Vaarama M, Voutilainen P, Kauppinen S. Ikääntyneiden hoivapalvelut. Julkaisussa: Heikkilä M, Roos M (toim.) *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005*. s. 36-59. Saarijärvi: Stakes, 2005.

Vanhuspolitiikkaa vuoteen 2001: Suomen vanhuspoliittisen tavoite- ja strategiatoimikunnan mietintö. Sosiaali- ja terveysministeriö, Komiteamietintö, Helsinki 1996.

Voutilainen P, Vaarama M, Backman K, Paasivaara L, Eloniemi-Sulkava U, Finne-Soveri UH (toim.) *Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Oppaita 49.* Saarijärvi: Stakes, 2002.

Walter-Ginzburg A, Blumstein T, Chetrit A, Modan B. Social factors and mortality in the old-old in Israel: The CALAS study. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 57B: S308-S318, 2002.

Wang H-X, Karp A, Winblad B, Fratiglioni L. Late-life engagement in social and leisure activities is associated with a decreased risk of dementia: A longitudinal study from the Kungsholmen Project. *American Journal of Epidemiology* 155: 1081-1087, 2002.

Wolinsky FD, Callahan CM, Fitzgerald JF, Johnson RJ. The risk of nursing home placement and subsequent death among older adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 47: S173-S182, 1992.

Zunzunegui M-V, Alvarado BE, Del Ser T, Otero A. Social networks, social integration, and social engagement determine cognitive decline in community-dwelling Spanish older adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 58B: S93-S100, 2003.

Zunzunegui M-V, Koné A, Johri M, Béland F, Wolfson C, Bergman H. Social networks and self-rated health in two French-speaking Canadian community dwelling populations over 65. *Social Science & Medicine* 58: 2069-2081, 2004.