

**MITEN IÄKKÄIDEN IHMISTEN OMA ROOLI TERVEYDEN YLLÄPITÄMISESSÄ
ON MUUTTUNUT 28 VUODEN AIKANA?
75- ja 80-vuotiaiden henkilöiden syntymäkohorttivertailu**

Pekka Kuhanen

Terveyden edistämisen pro gradu -tutkielma
Liikuntatieteellinen tiedekunta
Jyväskylän yliopisto
Kevät 2024

TIIVISTELMÄ

Kuhanen, P. 2024. Miten iäkkäiden ihmisten oma rooli terveyden ylläpitämisessä on muuttunut 28 vuoden aikana? 75- ja 80-vuotiaiden henkilöiden syntymäkohorttivertailu. Liikuntatieteellinen tiedekunta, Jyväskylän yliopisto, Terveyden edistämisen pro gradu -tutkielma, 19 s.

Yksilön oma toimijuus ja käsitykset ovat keskeisessä roolissa terveystyytymisessä ja terveyden ylläpitämisessä. Iäkkäiden henkilöiden terveystyytymisessä, toimintakyvyssä ja terveydessä on tapahtunut positiivisia muutoksia viimeisten vuosikymmenten aikana. Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena oli selvittää, onko 75- ja 80-vuotiaiden omassa roolissa terveyden ylläpitämisessä tapahtunut muutoksia 28 vuoden aikana ja näkyvätkö mahdolliset kohorttierot molemmilla sukupuolilla.

Tutkielmassa käytettiin Ikivihreät- ja AGNES-aineistoja kohorttivertailuun. Ikivihreät-tutkimuksen (n = 617) aineistokeruu tapahtui Jyväskylässä vuosina 1989-1990 ja AGNES-tutkimuksen (n = 794) vuosina 2017-2018. Aineisto koostui Jyväskylän kaupunkialueella asuvista 75- ja 80-vuotiaiden naisten ja miesten vastauksista, jotka koskivat omaa roolia sekä toimintoja terveyden ylläpitämisessä. Kohorttien välisiä eroja taustamuuttujissa sekä terveyden ylläpitämiseen liittyvissä uskomuksissa ja toiminnassa vertailtiin jatkuvien muuttujien osalta Mann-Whitney U -testillä ja luokkamuuttujien osalta Khiin neliötestillä.

Molemmilla sukupuolilla myöhemmin syntyneessä kohortissa oli pidempi koulutustausta, parempi koettu terveys, vähemmän masennusoireita sekä he olivat fyysisesti aktiivisempia verrattuna aiemmin syntyneeseen kohorttiin. Myöhemmin syntyneet miehet raportoivat vähemmän tupakointia aiemmin syntyneisiin verraten, mutta naisilla kohorttien välillä ei ollut eroa tupakoinnissa. Suurin osa molemmissa kohorteissa uskoi itse voivansa tehdä jotain terveyden ylläpitämiseksi. Aiemmin syntyneet uskoivat myöhemmin syntyneitä useammin, että oma panos on hyvin tärkeä oman terveyden ylläpitämisessä (miehillä 73% vs. 66%, $p=0,010$ ja naisilla 76% vs. 68%, $p=0,007$). Lähes kaikki molemmissa kohorteissa tekivät jotain edistääkseen terveyttään. Myöhemmin syntyneet miehet sekä naiset kuitenkin raportoivat aiemmin syntyneitä useammin olevansa fyysisesti aktiivisia, syövänsä terveellistä ravintoa, yrittävänsä lopettaa tai vähentää tupakointia sekä huolehtivansa siitä, ettei käytä liikaa alkoholia, tee liikaa töitä ja että nukkuu riittävästi.

Hieman suurempi osa aiemmin syntyneistä 75- ja 80-vuotiaista miehistä ja naisista uskoi oman panoksensa olevan hyvin tärkeä oman terveyden ylläpitämisessä verrattuna lähes kolmekymmentä vuotta myöhemmin syntyneisiin samanikäisiin henkilöihin. Kuitenkin suurempi osa myöhemmin syntyneestä kohortista raportoi tekevänsä erilaisia terveyttä ylläpitäviä toimintoja verrattuna aiemmin syntyneeseen kohorttiin, mikä voi selittää nykyisten iäkkäiden henkilöiden parempaa terveyttä ja toimintakykyä verrattuna aiempiin sukupolviin.

Asiasanat: terveysuskomukset, ikääntynyt väestö, terveyden ylläpitäminen, syntymäkohortti

ABSTRACT

Kuhanen, P. 2024. How has the older adults' own role in maintaining health changed over 28 years? A birth cohort comparison of individuals aged 75 and 80. Faculty of Sport and Health Sciences, University of Jyväskylä, Master's thesis in Health Promotion, 19 pp.

Individual's own agency and beliefs play a central role in health behavior and maintaining health. Positive changes have occurred in the health behavior, functional ability, and health of older adults in recent decades. The purpose of this master's thesis was to investigate whether there have been changes in the self-perceived role in health maintenance among 75- and 80-year-olds over a 28-year period, and whether any potential cohort differences are visible in both genders.

The thesis used the Evergreen and AGNES datasets for cohort comparison. The Evergreen study (n = 617) data collection took place in Jyväskylä in 1989-1990 and the AGNES study (n = 794) in 2017-2018. The data consisted of responses from 75- and 80-year-old women and men living in the city of Jyväskylä, regarding their own role and activities in maintaining health. Differences between the cohorts in background variables, beliefs and actions related to health maintenance were compared using the Mann-Whitney U test for continuous variables and the chi-square test for categorical variables.

In the later-born cohort, both genders had a longer educational background, better perceived health, fewer depression symptoms, and were more physically active compared to the earlier-born cohort. Later-born men reported less smoking compared to earlier-born men, but there was no difference in smoking among women between the cohorts. The majority of individuals in both cohorts believed they could do something to maintain their health. Those born earlier were more likely to believe that their own contribution was very important in maintaining their health than those born later (73% vs 66% for men, $p=0.010$ and 76% vs 68% for women, $p=0.007$). Almost everyone in both cohorts did some health maintenance activity. However, both men and women born later in life were more likely than those born earlier to report being physically active, eating a healthy diet, trying to quit or reduce smoking, not drinking too much alcohol, not working too much and getting enough sleep.

Key words: health beliefs, aging population, health maintenance, birth cohort

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO.....	1
2 TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN IÄKKÄILLÄ HENKILÖILLÄ.....	3
2.1 Terveysuskomusmalli.....	3
2.2 Terveysuskomusten yhteys terveyskäyttämiseen ja terveyteen	4
3 IÄKKÄIDEN IHMISTEN TERVEYDESSÄ, TOIMINTAKYVYSSÄ JA TERVEYSKÄYTTÄYTYMISESSÄ TAPAHTUNEET MUUTOKSET	6
3.1 Syntymäkohorttien väliset erot terveydessä ja toimintakyvyssä.....	6
3.2 Terveyskäyttämisen muutokset suomalaisessa iäkkäässä väestössä	8
4 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT	11
4.1 Tutkimusmuuttajat	12
4.2 Tilastollinen analyysi.....	13
5 TULOKSET	14
6 POHDINTA.....	17
LÄHTEET	20

1 JOHDANTO

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportissa (THL) (Helldán & Helakorpi 2014) vertailtiin vuosien 1993 ja 2013 eläkeikäisen 65-84 vuotiaan väestön terveyskäyttäytymisen muutoksia. Raportin mukaan eläkeikäisten ihmisten toimintakyky on kasvanut selvästi (Helldán & Helakorpi, 2014). Terveysuskomuksilla on tärkeä rooli terveyskäyttäytymisessä ja terveyden ylläpitämisessä. Aiemmin tehdyt tutkimukset viittaavat siihen, että iäkkäiden henkilöiden terveyskäyttäytymisessä, toimintakyvyssä ja terveydessä on tapahtunut positiivisia muutoksia viimeisten vuosikymmenten aikana. On tärkeää selvittää, voiko positiivisten muutosten taustalla olla muutos terveysuskomuksissa.

Tattari ym. (2021) mukaan aikaisemmissa tutkimuksissa on yleensä keskitytty ikääntyneiden ihmisten terveyden ja yksilöllistä itsenäisyyttä ennustaviin ja estäviin tekijöihin, voimavaroihin ja hyvinvointiin. Ikääntyneiden ihmisten itse kuvaamia keinoja ja kokemuksia itsenäisyyden sekä fyysisen toimintakyvyn ylläpitämisestä on niukasti. Tattari ym. (2021) tutkimuksen mukaan iäkkäät henkilöt kuitenkin ylläpitävät itsenäisyyttään ja fyysistä toimintakykyään usein tavoin, kuten erilaisilla liikuntamuodoilla, asiantuntijoiden avulla, apuvälineillä, lääkehoidolla ja sosiaalisella verkostolla. Amir (1987) kertoo iäkkäiden ihmisten preventiivisen terveyskäyttäytymisen kolmeksi tärkeimmiksi asioiksi liikunnan ja fyysisen vapaa-ajan toiminnan, ravinnon ja syömisen sekä psykologisen hyvinvoinnin ja elämäntutkimuksen. Millerin (2002) mukaan terveystutkimuksia ja terveyskäyttäytymistä käsittelevissä laadullisissa tutkimuksissa on ilmennyt, että terveenä pysyminen ja omien kykyjen optimointi on tärkeää iäkkäille henkilöille. Kroonisista sairauksista riippumatta monet iäkkäät ihmiset ovat halukkaita ja kykeneviä osallistumaan terveyttä edistävään toimintaan.

Tutkielman tavoitteena on selvittää miten 75- ja 80-vuotiaiden iäkkäiden ihmisten oma rooli terveyden ylläpitämisessä on muuttunut 28 vuoden aikana ja näkyvätkö mahdolliset kohorttieroit molemmilla sukupuolilla. Tutkielmassa käytetään Ikivihreät- ja AGNES aineistoja 75- ja 80-vuotiaiden henkilöiden kohorttivertailuun. Ikivihreät -tutkimuksen aineistokeruu toteutui Jyväskylässä vuosina 1989-1990 ja AGNES-tutkimuksen vuosina 2017-2018 Jyväskylässä. Toimintakyvystä ja terveydestä on tehty aikaisemmin syntymäkohorttivertailuja, mikä voi antaa viitteitä siitä, että myös terveystutkimuksissa ja terveyskäyttäytymisessä on tapahtunut muutoksia. Aikaisemmat syntymäkohorttivertailut koskien jyvskyläläisiä kotona-

asuvia 75- ja 80-vuotiaita ovat osoittaneet, että nykyisillä iäkkäillä ihmisillä on parempi fyysinen (Koivunen ym. 2020) ja kognitiivinen (Munukka ym 2021) suorituskyky, vähemmän masennusoireita ja he ovat tyytyväisempiä elämään (Kekäläinen ym. 2023) verrattuna samanikäisiin ihmisiin lähes 30 vuotta aiemmin.

2 TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN IÄKKÄILLÄ HENKILÖILLÄ

Terveyskäyttäytymistä kuvataan terveyteen liittyviksi yksilöiden tekemiksi toimiksi, jotka vaikuttavat terveyteen tai kuolleisuuteen. Terveyskäyttäytyminen voi olla tarkoituksellista tai tarkoituksetonta toimintaa, joka edistää tai huonontaa terveyttä (Short & Mollborn, 2015). Terveysuskomukset usein ohjaavat terveyskäyttäytymistä ja ne voidaan jakaa positiivisiin ja negatiivisiin uskomuksiin (Ownby ym. 2014). Positiivinen uskomus voi olla samaa mieltä olemisen väitteestä, että oma terveydentila on hyvä tai usko terveyttä edistävän toiminnan hyödyllisyydestä. Negatiiviset uskomukset voivat heijastaa pessimististä ajattelua omasta terveydestä ja terveyden edistämisen toiminnan hyödyttömyydestä (Ownby ym. 2014). Terveysuskomuksilla on vaikutus siihen, osallistuuko tai noudattaako henkilö preventiivistä terveyskäyttäytymistä (Nemcek 1990). Henkilön omat terveysuskomukset ovat subjektiivisia eivätkä ne välttämättä pohjautu lääketieteelliseen tietoon (King 1985). Terveyskäsitteisiin vaikuttavina tekijöinä ovat rakenteelliset, demografiset ja sosio-psykologiset muuttujat (Nemcek 1990).

2.1 Terveysuskomusmalli

Terveysuskomusmalli on 1950-luvulla Yhdysvalloissa kehitetty terveyskäyttäytymistä selittävä konseptuaalinen viitekehys. Mallin mukaan ihmiset osallistuvat tai jättävät osallistumatta terveyttä edistäviin toimintoihin perustaen päätöksensä neljään eri tekijään (Green ym. 2020, 211-212). Tekijöinä toimivat koettu alttius sairastumiselle, koettu sairauden vakavuuden aste, terveyskäyttäytymisen muutoksesta saatu koettu hyöty sekä koetut esteet toiminnalle (Green ym. 2020, 212).

Mallissa on myös toimintavihjeitä, joiden kautta henkilöä kannustetaan omaksumaan preventiivinen terveyskäyttäytyminen. Ulkoisena vihjeenä voi toimia joukkotiedostusvälineiden avulla tehty kampanja ja sisäisenä vihjeenä negatiivinen muutos kehon tilassa (Carpenter, 2010). Myöhemmin terveysuskomusmalliin lisättiin minäpystyvyyden käsite, (Green ym. 2020, 212; Carpenter 2010) jolla tarkoitetaan yksilön uskomusta omasta kyvystään toteuttaa käyttäytymistä, joka on tarpeellista tietyn asian saavuttamiseksi (Tan ym. 2021) Terveyskäsitteisiin ja epäsuorasti terveyskäyttäytymiseen

vaikuttavia tekijöitä ovat mallin mukaan demografiset, rakenteelliset ja sosiopsykologiset muuttajat, kuten henkilön koulutustaso, joilla uskotaan olevan vaikutus neljään terveysuskomusmallin tekijään (Champion & Skinner 2008, 49-50).

2.2 Terveysuskomusten yhteys terveyskäyttäytymiseen ja terveyteen

Terveysuskomusmallin mukaan terveyttä edistävän toimintaan osallistumiseen vaikuttavat henkilön omat uskomukset terveydestä, toiminnasta saatavat koetut hyödyt, minäpystyvyys ja toiminnan esteet (Lin ym. 2020). Koettu käyttäytymisen hallitseminen sisältää kaksi eri käsitettä, jotka ovat hallintakäsitys ja minäpystyvyys. Hallintakäsitys voidaan jakaa sisäiseen ja ulkoiseen (Eriksson-Backa ym. 2018; Ownby ym. 2014). Sisäisessä hallintakäsityksessä viitataan siihen, että ihminen uskoo omien tekojensa ja käyttäytymisensä vaikuttavan elämään. Ulkoinen hallintakäsitys tarkoittaa, että ulkoiset tekijöillä kuten tuurilla tai muilla ihmisillä on pääasiallinen vaikutus elämään (Eriksson-Backa ym. 2018; Ownby ym. 2014). Vahvemmillä sisäisellä hallintakäsityksellä on positiivinen yhteys hyvinvointiin iäkkäillä ihmisillä (Gardner & Helmes 1999; Speake ym. 1989) ja heikommalla hallintakäsityksellä voi olla kasvanut riski erilaisiin negatiivisiin terveyskäyttäytymisiin ja vähäisempään terveyttä suojaaviin toimintoihin (Lachman ym. 2011).

Minäpystyvyys tarkoittaa henkilön arviota tai uskomusta omasta kyvystään toimia (Bandura 1982). Minäpystyvyyden uskomukset vaikuttavat ajattelun positiivisuuteen ja negatiivisuuteen, tavoitteiden asettamiseen ja päätösten tekemiseen. Uskomukset omasta terveydestä ja kyvyistä ovat yhteydessä terveyskäyttäytymiseen ja korkeampi minäpystyvyys on yhteydessä aktiivisempaan terveystieteen etsimiseen sekä positiiviseen terveyskäyttäytymiseen (Eriksson-Backa ym. 2018).

Ikääntymiseen liittyvät uskomukset vaikuttavat merkittävästi minäpystyvyyteen ja terveyttä edistävään toiminnan toteuttamiseen (Yeom 2013). Esimerkiksi uskomukset ja asenteet koskien liikkumiseen panostamiseen verrattuna siitä saataviin hyötyihin voivat vaikuttaa iäkkäiden henkilöiden fyysiseen aktiivisuuteen (Lee ym. 2008). Terveysuskomuksien ja terveyskäyttäytymisen suhde ei todennäköisesti muutu ikääntyessä (Ferrini ym. 1994).

Zhang ym. (2019) tutkimuksen perusteella iäkkäillä ihmisillä sosioekonominen asema saattaa vaikuttaa terveyteen vaikuttaviin psykologisiin tekijöihin kuten optimistisiin uskomuksiin, minäpystyvyyteen ja koettuun autonomiaan. Hunter ym. (1980) mukaan sosioekonominen tausta toimii erottavana tekijänä ulkoisen ja sisäisen hallintakäsityksen suuntautumiseen iäkkäiden välillä. Alemman sosioekonomisen taustan iäkkäillä on enemmän ulkoista hallintakäsitystä verrattuna korkean sosioekonomisen aseman henkilöihin.

3 IÄKKÄIDEN IHMISTEN TERVEYDESSÄ, TOIMINTAKYVYSSÄ JA TERVEYSKÄYTTÄYTYMISESSÄ TAPAHTUNEET MUUTOKSET

3.1 Syntymäkohorttien väliset erot terveydessä ja toimintakyvyssä

Iäkkäiden ihmisten terveyden ja toimintakyvyn osa-alueiden parantuminen verrattuna aiempiin sukupolviin on havaittu aiemmissa kohorttivertailuissa (Koivunen ym. 2020; Munukka ym. 2021; Kekäläinen ym. 2023), sekä useissa THL:n väestötutkimuksissa (Aromaa 2002; Koskinen ym. 2012; Helldán & Helakorpi 2014; Koponen ym. 2018). Eläkeikäisten subjektiivinen terveydentilan kokemus on parantunut tasaisesti vuosien välillä (Helldán & Helakorpi 2014, 12). Vuonna 1993 miehistä 33 % ja naisista 37 % koki terveydentilansa melko hyväksi tai hyväksi ja vuonna 2013 molempien sukupuolten osuus oli 53 % (Helldán & Helakorpi 2014, 12). Heikkinen ym. (2011) kohorttitutkimuksessa oman terveytensä huonoksi tai erittäin huonoksi kokevien 65-69 vuotiaiden miesten osuus oli 24 %:a vuoden 1988 kohortissa ja 8 %:a vuoden 2004 kohortissa. Naisilla vastaavat luvut olivat 16 %:a 7 %:a.

Koivusen ym. (2020) tutkimuksessa tutkittiin fyysisen suorituskyvyn kohorttieroja. Myöhemmin syntyneiden kohortti suoriutui paremmin kävelynopeuden, puristusvoiman, hengitystoiminnan ja polven ojennusvoiman testeissä verrattuna aiemmin syntyneeseen kohorttiin. Tulosten arveltiin johtuvan myöhemmin syntyneen kohortin suotuisista elämäntilanteista liittyvistä tekijöistä ja pidemmästä koulutustaustasta (Koivunen ym. 2020). Myös THL:n väestötutkimuksissa on huomattu toimintakyvyn selvä paraneminen suomalaisen eläkeikäisen väestön kaikissa ikäryhmissä (Koponen ym. 2018, 165; Helldán & Helakorpi 2014, 19).

Finterveys 2017 -tutkimuksessa (Koponen ym. 2018, 165) todetaan, että eläkeikäisten suoriutuminen arkitoimista on parantunut huomattavasti 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen aikana ja sitä aiemmin jo 1980-luvun alusta lähtien vuosituhannen vaihteeseen. Vaikeuksia ulkona liikkumisessa kokevien naisten osuus pienentyi vuosien 1993-2013 aikana 23 %:sta 13 %:iin ja miesten osuus 20 %:sta 9 %:iin. Yli 74-vuotiaiden miesten toimintakyky on samanikäisiin naisiin verrattuna keskimäärin parempi (Helldán & Helakorpi 2014, 19). Kuitenkin vuonna 2017 kaupassa asioinnin vaikeuksista suorittavien ikääntyneiden

ihmisten määrä on kasvanut, mutta 80-vuotta täyttäneiden miesten ryhmissä vain vähän (Koponen ym 2018, 168). Toimintakyky on parempi korkeammin koulutettujen eläkeikäisten ryhmässä verrattuna matalammin koulutettuihin (Helldán & Helakorpi 2014, 19; Koponen ym. 2018, 181).

Kognitiivisen suorituskyvyn osalta myöhemmin syntyneillä iäkkäillä ihmisillä on paremmat kognitiiviset kyvyt aikaisemmin syntyneeseen kohorttiin verrattuna (Munukka ym. 2021). Kohorttivertailussa mitattiin kognitiivista suorituskykyä muistin, tarkkaavaisuuden ja ongelmanratkaisutestien avulla. Myöhemmin syntyneiden kohortilla oli parempi itsearvioitu terveys, pidempi koulutustausta ja he olivat fyysisesti aktiivisempia verrattuna aiemmin syntyneeseen kohorttiin (Munukka ym. 2021). Terveys 2011 -tutkimuksessa (Koskinen ym. 2012, 134) kerrotaan sekä miesten että naisten suoriutuvan kognitiivisista tehtävistä paremmin kaikissa ikäryhmissä vuonna 2011 verrattuna vuoteen 2000. Etenkin 75-vuotiaat pärjäsivät muistitehtävissä varsin hyvin. THL:n vuoden 2017 väestötutkimuksessa (Koponen ym. 2018, 118) kuvailtiin suurella osalla vanhemmasta väestöstä kognitiivisen toimintakyvyn olevan vielä hyvä.

Kekäläinen ym. (2023) vertailivat tutkimuksessaan masennusoireiden ja elämäntyytyväisyyden kohorttieroja. Myöhemmin syntynyt kohortti raportoi vähemmän masennusoireita sekä oli useammin tyytyväinen tähänastiseen elämäänsä verrattuna aiemmin syntyneeseen kohorttiin. Kohorttien välillä ei havaittu kuitenkaan merkittävää eroa tyytyväisyydessä nykyiseen elämäntilanteeseen. Malleissa havaittuja kohorttieroja selittivät osittain parempi itsearvioitu terveys ja pidempi koulutustausta. Myöhempi kohortti saattoi kokea parempaa hallinnan tunnetta omasta elämäntilanteestaan, mikä voi heijastua vähempänä masennusoireiden kokemisena (Kekäläinen ym. 2023). THL:n raportin mukaan molemmilla sukupuolilla masennusoireiden tunteminen on nykyisin iäkkäässä väestössä vähäisempää kuin 1990-luvulla (Helldán & Helakorpi 2014, 12-13), mutta vuosina 2011-2017 eläkeikäisten masennusoireet ovat kasvaneet (Koponen ym. 2018, 87). Finterveys 2017 -tutkimuksen mukaan masennusoireiden kokeminen oli yleisintä työikäisten lisäksi 80-vuotiailla ihmisillä (Koponen ym 2018, 87).

Yhteenvetona suomalaisista kohorttivotutkimuksista voidaan todeta, että iäkkäiden ihmisten subjektiivinen terveyden tila vaikuttaa parantuneen tasaisesti ajan kuluessa ja eläkeikäisten toimintakyky on parantunut kaikissa ikäryhmissä sekä suoriutuminen arkitoiminnoista on parantunut. Iäkkäiden ihmisten kognitiivinen suorituskyky on nykyään parempi verrattuna aikaisemmin syntyneisiin ihmisiin ja suurella osalla vanhemmasta väestöstä kognitiiviset kyvyt ovat hyvät. Masennusoireita koetaan aikaisempaa vähemmän, mutta vuosina 2011-2017 eläkeikäisillä on ollut masennusoireiden kasvua, yleisimmillään 80-vuotiailla henkilöillä.

3.2 Terveyskäyttäytymisen muutokset suomalaisessa iäkkäässä väestössä

Helldán ja Helakorpi (2014) raportissa vertailtiin vuosien 1993 ja 2013 eläkeikäisen 65-84 vuotiaan väestön terveyskäyttäytymisen muutoksia. Joissakin mittareissa, kuten tupakoinnissa, tietoa on kerätty jo vuodesta 1985. THL:n raportin (Helldán & Helakorpi 2014, 14) mukaan ikääntyneiden ihmisten ruokatottumukset ovat parantuneet terveellisempään suuntaan. Leivän kanssa voita käyttävien määrä on vähentynyt vuosien 1985 ja 2013 aikana yli 50 %:a. Ruoanlaitossa kasviöljyn käyttäminen on yleistynyt merkittävästi pitkällä aikavälillä, (Helldán & Helakorpi 2014, 14-15) mutta vuosien 2011 ja 2017 välillä kasviöljypohjaisen levitteen käyttö laski eläkeikäisillä molemmissa ryhmissä (Koponen ym. 2018, 37). Rasvattoman maidon juominen on lisääntynyt (Helldán & Helakorpi 2014, 14-15). Rasvaisen maidon käyttäminen ja voin käyttö leivällä on yleisempää vanhemmalla väestöllä. Miehillä ja naisilla tuoreiden kasvien, hedelmien ja marjojen käyttäminen on lisääntynyt vuosien 1985-2013 välillä (Helldán & Helakorpi 2014, 15-16), mutta laskenut vuosien 2011-2017 välillä (Koponen ym. 2018, 36). Vaalean leivän, kuten ranskanleivän, käyttö on vähentynyt (Helldán & Helakorpi 2014, 15-16). Terveydellisten näkökohtien perusteella useimmin tehdyt terveyskäyttäytymisen muutokset kuluneen vuoden aikana olivat sokerin käytön vähentäminen, kasvien käytön lisääminen ja rasvan käytön vähentäminen (Helldán & Helakorpi 2014, 21).

Vähintään neljä kertaa viikossa ainakin puolen tunnin kävelylenkin tekevien miesten määrä on laskenut 8 %:a vuosien 1997-2013 välillä, naisilla vastaavien kävelylenkkien tekeminen on pysynyt jokseenkin saman tasoisena. 1990-luvun loppuun verrattuna muun liikunnan harrastaminen on vähentynyt molemmissa ryhmissä, miehillä 7 %:a ja naisilla 8 %:a (Helldán

& Helakorpi 2014, 18). Koponen ym. (2018, 24) mukaan iäkkäiden suoriutuminen arkisista toimista on kohentunut vuoden 2011 jälkeen, mutta vapaa-ajan liikuntaa harrastavien määrä molemmilla sukupuolilla on laskenut (Koponen ym. 2018, 41).

Tupakoiminen eläkeikäisten miesten ryhmässä on vähentynyt hitaasti vuosien 1985 ja 2013 aikana. Tupakoivien naisten määrä on pysynyt miehiin verrattuna matalampana, mutta 64-75 vuotiaiden tupakoivien naisten määrä on noussut 2000-luvulle tultaessa (Helldán & Helakorpi 2014, 14). Vuonna 2013 päivittäin tupakoivien määrä 65-84 vuotiaista naisista oli 7 %:a ja miehistä 8 %:a. Miehistä naimisissa olevat tai lesket tupakoivat vähemmän kuin naimattomat tai eronneet miehet (Helldán & Helakorpi 2014, 14). Finterveys 2017 -tutkimuksen mukaan eläkeikäisen väestön tupakointi on pysynyt ennallaan vuosina 2013 ja 2017 (Koponen ym. 2018, 27).

Alkoholia juomattomien raittiiden eläkeläisten määrä laski vuosien 1993-2013 aikana merkittävästi, (Helldán & Helakorpi 2014, 17) mutta vuosien 2013 ja 2017 raittiiden eläkeikäisten määrä kasvoi yli 65-vuotiailla molemmissa sukupuolissa (Koponen ym. 2018, 31-32). Alkoholia vähintään kerran viikossa juovien määrä on myös noussut. Vuonna 2013 naisista 24 %:a ja miehistä 42:a % joivat alkoholia vähintään kerran viikossa, kun 1993 naisten osuus oli 8 %:a ja miesten 24:a % (Helldán & Helakorpi 2014, 17). Vähintään 8 alkoholiannosta viikossa juovien 65–69 vuotiaiden miesten sekä vähintään 5 alkoholiannosta viikossa juovien 65-79 vuotiaiden naisten määrä on kasvanut (Helldán & Helakorpi 2014, 18). Kuitenkin vähintään kuusi annosta kuukaudessa juovien osuus on kasvanut sekä humalajuominen on lisääntynyt eläkeikäisillä (Koponen ym. 2018, 31-32).

Yhteenvetona voidaan todeta, että iäkkäiden ihmisten terveyskäyttäytyminen on monilta osin mennyt parempaan suuntaan, mutta siinä on tapahtunut myös negatiivisia muutoksia viime vuosikymmenellä. Vapaa-ajan liikuntaa harrastavien määrä on laskenut, vaikka arkitoiminnoista suoriutuminen on parantunut. Ruokatottumukset ovat parantuneet terveellisempään suuntaan ajan kuluessa. Vaalean leivän käyttö on vähentynyt ja rasvattoman maidon juominen lisääntynyt. Kasviöljypohjaisten levitteiden ja kasvien, hedelmien ja marjojen käyttö on laskenut 2011-2017 välillä. Tupakoivien eläkeikäisten ihmisten määrä on yleisesti vähentynyt, mutta tupakoivien naisten määrä on noussut. Vuosina 2013-2017

tupakointi on pysynyt ennallaan. Ikääntyneiden ihmisten alkoholin käyttö viikkotasolla ja humalahakuisesti on kasvanut, mutta yli 65-vuotiailla henkilöillä raittius on yleistynyt.

4 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT

Pro gradu -tutkielman aineistona toimivat Ikivihreät- ja Active Ageing – resilience and external support as modifiers of the disablement outcome (AGNES) -kohorttitutkimukset. Ikivihreät-tutkimuksen aineiston keruu toteutettiin vuosina 1989-1990 (Heikkinen 1998) ja AGNES-tutkimuksessa aineisto kerättiin samankaltaisin menetelmin vuosina 2017-2018 Jyväskylän kaupunkialueella (Rantanen ym. 2018). Molemmissa tutkimuksissa selvitettiin laajasti iäkkäiden ihmisten aktiivisuutta, toimintakykyä ja terveyttä kyselylomakkeiden, kotihaastatteluiden ja laboratoriossa tehtyjen toimintakykymittausten avulla (Rantanen ym. 2018).

Tässä tutkimuksessa hyödynnetään tutkimuksissa kyselylomakkein ja haastatteluilla kerättyjä tietoja. Lisäksi suurin osa AGNES- ja Ikivihreät -tutkimuksien tutkittavista osallistui erillisiin terveyden ja toimintakyvyn mittauksiin Liikunta- ja toimintakykylaboratoriossa yliopistolla. Sekä Ikivihreät- että AGNES-tutkimuksissa rekrytoitavien tiedot saatiin väestötietojärjestelmästä. Ikivihreät-tutkimukseen kutsuttiin kaikki 75- ja 80- vuotiaat ja AGNES-tutkimukseen kaikki 75, 80 ja 85-vuotiaat Jyväskylän kaupunkialueella itsenäisesti kotona asuvat henkilöt (Heikkinen 1998, Rantanen ym. 2018). Ikivihreät-tutkimuksessa kutsuttaville lähetettiin tiedottava kirje sekä ehdotettiin ajankohtaa kotihaastattelulle (Koivunen 2018). Osallistumisesta kieltäytyviltä henkilöiltä pyydettiin syy kieltäytymiselle ja syyt dokumentoitiin (Koivunen 2020). AGNES-tutkimuksessa kutsuttavat saivat kutsukirjeen postitse. Viikon jälkeen kirjeen saaneisiin otettiin yhteyttä puhelimitse ja kysyttiin halua osallistua tutkimukseen (Rantanen ym. 2018). Poissulkukriteereinä olivat tutkimuksesta kieltäytyminen ja kyvyttömyys kommunikoida selkeästi. Tutkimuksesta kieltäytyneille tarjottiin mahdollisuus osallistua lyhyeen katohaastatteluun. Tutkimukseen haluaville henkilöille lähetettiin postitse kyselylomake ja järjestettiin kotihaastattelu, jossa kysyttiin henkilöltä tietoa hänen terveydestään, liikunta-aktiivisuudestaan, toimintakyvystään ja hyvinvoinnistaan (Rantanen ym. 2018). Osallistujat allekirjoittivat suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta ja heillä oli oikeus lopettaa tutkimukseen osallistuminen haluttaessaan (Rantanen ym. 2018).

Ikivihreät-tutkimukseen osallistui yhteensä 617 tutkittavaa miehiä $n = 193$ ja naisia $n = 424$, osallistumisprosentti 79,3 %) (Heikkinen 1998) ja AGNES-tutkimukseen 1021 (miehiä $n = 436$

ja naisia $n = 585$, osallistumisprosentti 65,4 %) (Portegijs ym. 2019). Tässä tutkimuksessa tarkastellaan AGNES-tutkimuksesta ainoastaan 75- ja 80-vuotiaita henkilöitä (miehiä $n = 342$ ja naisia $n = 452$, $n = 794$) jotta kohortit ovat vertailtavissa.

4.1 Tutkimusmuuttujat

Terveyden ylläpitämiseen liittyviä uskomuksia ja toimintaa kartoitettiin Ikivihreät-tutkimuksessa haastattelun yhteydessä ja AGNES-tutkimuksessa postikyselyllä. Tutkittaville esitettiin ensimmäiseksi kysymys, kokeeko oman panoksen tärkeäksi terveyden ylläpitämisessä (vastausvaihtoehdot: 1. Panos on hyvin tärkeä, 2. Panoksella on merkitys, 3. En usko) ja siitä, tekeekö jotain oman terveyden ylläpitämiseksi (kyllä/ei). Jatkokysymykset käsittivät seitsemän tarkempaa kysymystä toiminnoista, jota tutkittava tekee terveytensä edistämiseksi, esimerkiksi ”kuntoilen/olen fyysisesti aktiivinen” (kyllä/ei), ”syön terveellistä ravintoa” (kyllä/ei), ja ”yritän lopettaa tupakoimisen/vähentää tupakointia” (kyllä/ei).

Aineiston taustamuuttujina toimivat ikä, koulutuksen pituus vuosissa, masennusoireet, tupakointi, koettu terveys sekä fyysinen aktiivisuus. Koulutuksen pituutta arvioitiin pyytämällä tutkimukseen osallistuvaa ilmoittamaan suorittamansa koulutusvuosien kokonaismäärä tasavuosissa. Masennusoireiden mittaamiseen käytettiin CES-D (Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale) -mittaria, joka kehitettiin käytettäväksi masennusoireita koskevia epidemiologisia väestötason tutkimuksia varten. CES-D -mittari sisältää 20 eri väittämää, jotka koskevat kuluneen viimeisen viikon mielialaa ja tunteita, kuten ”Olin surullinen”, ”Tulevaisuus tuntui toiveikkaalta”, ”Tunsin itseni yksinäiseksi” ja ”Kaikki mitä tein, tuntui vaivalloiselta” (Radloff 1977). Väittämien vastausvaihtoehdot on neljä: 0. Harvoin tai ei koskaan, 1. Joskus, 2. Melko usein, ja 3. Lähes koko ajan. Vastausten perusteella lasketaan kokonaispistemäärä 0-60 pisteen välillä. Mittarin merkittävää masennusoireilua ilmaiseva kynnyсарvo on 16 pistettä (Radloff 1977). Koettua terveyttä arvioitiin kysymyksellä ”millaiseksi arvioisitte nykyisen terveydentilanne yleisesti?”, jossa oli viisi vastausvaihtoehtoa: 1. Erittäin hyvä, 2. Hyvä, 3. Tyydyttävä, 4. Huono ja 5. Erittäin huono. Tilastollisia analyyseja varten vastausvaihtoehdot luokiteltiin uudestaan kolmeen luokkaan: 1. Erittäin hyvä/hyvä, 2. Tyydyttävä ja 3. Huono/erittäin huono. Tupakointia kartoitettiin kysymyksellä: ”Tupakoitko nykyään tai oletko joskus tupakoinut säännöllisesti, toisin sanoen päivittäin tai miltei päivittäin vähintään

vuoden ajan?”, ja sen vastausvaihtoehdot olivat 1. En, 2. Kyllä, mutta lopetin, 3. Kyllä, tupakoin edelleen. Tilastollisia analyyseja varten vastauksen luokiteltiin uudestaan kaksiluokkaiseksi: 1. Ei tupakoi/lopettanut ja 2. Tupakoi. Tutkittavia pyydettiin arvioimaan vapaa-ajan fyysisen aktiivisuuden tasoaan kuluneen vuoden aikana kuusiluokkaisella kysymyksellä. Tilastollisia analyyseja varten vastaukset uudelleen luokiteltiin kolmiluokkaiseksi seuraavasti: 1. Tekeminen paikallaan istuen/Kevyt ruumiillinen toiminta, 2. Kohtalainen ruumiillinen toiminta 3t/vk /Kohtalainen ruumiillinen toiminta >4t/vk ja 3. Aktiivinen urheilu vähintään kolme tuntia viikossa/Kilpaurheilu.

4.2 Tilastollinen analyysi

Aineistoa analysoitiin käyttämällä IBM SPSS Statistic 28.01.1 -ohjelmaa. Kaikki analyysit tehtiin miehille ja naisille erikseen. Koska 75- ja 80-vuotiaiden tulokset kohorttien sisällä eivät eronneet merkittävästi toisistaan, ikäryhmät yhdistettiin analyyseihin. Aineistojen analyysien tilastollisen merkitsevyyden rajana käytettiin arvoa $p < 0,05$.

Kohorttien välisiä eroja taustamuuttujissa sekä terveyden ylläpitämiseen liittyvissä uskomuksissa ja toiminnassa vertailtiin jatkuvien muuttujien osalta Mann-Whitney U -testillä ja luokkamuuttujien osalta Khiin neliötestillä. Jatkuvien muuttujien jakautuneisuutta tarkasteltiin Kolmogorov-Smirnov testillä sekä vinouden ja huipukkuuden arvoilla. Jakautuneisuuden tarkastelun perusteella mikään jatkuvista muuttujista ei ollut normaalijakautuneita, jonka takia pidettiin sopivana käyttää muuttujien analyysiin Mann-Whitney U-testiä.

5 TULOKSET

Taulukossa 1 on esitetty taustamuuttujien kohorttiverailu sukupuolittain. Sekä miehillä että naisilla myöhemmin syntyneellä kohortilla olin pidempi koulutustausta, parempi koettu terveys, vähemmän masennusoireita sekä he olivat fyysisesti aktiivisempia verrattuna aiemmin syntyneeseen kohorttiin (kaikki $p < 0,001$). Myöhemmin syntyneet miehet raportoivat myös vähemmän tupakointia, mutta naisilla kohorttien välillä ei ollut eroa tupakoinnissa.

TAULUKKO 1. Kohorttierot taustamuuttujissa miehillä ja naisilla.

	<u>Miehet</u>			<u>Naiset</u>		
	n = 193	n = 342		n = 424	n = 452	
	Ikivihreät 1989-1990	AGNES 2017-2018	p-arvo	Ikivihreät 1989-1990	AGNES 2017-2018	p-arvo
Ikä, ka (kh)	76,92 (2,43)	76,72 (2,18)	0,009	77,22 (2,48)	76,62 (2,14)	<0,001
Koulutuksen pituus vuosissa, ka (kh)	6,22 (3,81)	12,04 (4,33)	<0,001	5,81 (3,21)	11,70 (4,08)	<0,001
Koettu terveys, n (%)			<0,001			<0,001
Erittäin hyvä/hyvä	28 (15,7)	173 (50,7)		59 (15,2)	221 (49,1)	
Kohtalainen	122 (68,5)	157 (46,0)		262 (67,5)	211 (46,9)	
Huono/erittäin huono	28 (15,7)	11 (3,2)		67 (17,3)	13 (4,0)	
Fyysinen aktiivisuus, n (%)			<0,001			<0,001
Kevyt	61 (34,7)	32 (9,6)		117 (30,6)	58 (13,1)	
Kohtalainen	100 (56,8)	236 (70,7)		256 (67,0)	334 (75,4)	
Raskas	15 (8,5)	66 (19,8)		9 (2,4)	51 (11,5)	
Tupakointi, n (%)			<0,001			0,406
Kyllä	29 (16,2)	15 (4,5)		12 (3,2)	10 (2,2)	
Ei	150 (83,8)	319 (95,5)		368 (96,8)	439 (97,8)	
Masentuneisuus, ka (kh)	12,41 (7,75)	7,60 (6,72)	<0,001	14,51 (8,50)	8,82 (7,09)	<0,001

n = havaintojen määrä, % = prosentuaalinen osuus, ka = keskiarvo, kh = keskihajonta. Jatkuviissa muuttujissa kohorttierot testattu Mann-Whitney U-testillä ja luokiteltavissa muuttujissa Khiin neliötestillä. Lihavoidut p-arvot tilastollisesti merkitseviä ($p < 0,05$).

Taulukossa 2. on esitetty, miten koettu oma rooli terveyden ylläpitämisessä eroaa syntymäkohorttien välillä. Suurin osa molemmissa kohorteissa uskoi itse voivansa tehdä jotain terveyden ylläpitämiseksi. Aiemmin syntyneet uskoivat myöhemmin syntyneitä useammin, että oma panos on hyvin tärkeä oman terveyden ylläpitämisessä (miehillä 72,6 % vs. 65,8 %, $p = 0,010$ ja naisilla 76,3 % vs. 68,1 %, $p = 0,007$). Miesten kohorttien välillä ei ollut eroa siinä, tekevätkö he jotain terveytensä säilyttämiseksi ennallaan tai sen parantamiseksi (95,4 % vs. 95,8 %), mutta naisilla myöhempi kohortti raportoi tekevänsä hieman enemmän kuin aiempi kohortti (91,8 % vs. 96,5 %, $p = 0,004$). Myöhemmin syntynyt kohortti teki enemmän toimintoja oman terveytensä ylläpitämiseksi verrattuna aiemmin syntyneeseen kohorttiin (kaikki $p = <0,001$).

TAULUKKO 2. Kohorttierot omassa roolissa terveyden ylläpitämisessä.

	<u>Miehet</u>		p-arvo	<u>Naiset</u>		p-arvo
	n = 193	n = 342		n = 424	n = 452	
	Ikivihreät 1989-1990	AGNES 2017-2018		Ikivihreät 1989-1990	AGNES 2017-2018	
Itse voi tehdä jotain hyvän terveyden ylläpitämiseksi, n (%)			0,010			0,007
Panos on hyvin tärkeä	127 (72,6)	219 (65,8)		287 (76,3)	305 (68,1)	
Panoksella on merkitys	45 (25,7)	114 (34,2)		84 (22,3)	141 (31,5)	
Ei usko	3 (1,7)	0 (0,0)		5 (1,3)	2 (0,4)	
Teettekö jotakin, jotta terveytenne säilyy ennallaan tai paranisi, n (%)			0,826			0,004
Kyllä	165 (95,4)	319 (95,8)		334 (91,8)	419 (96,5)	
Ei tee mitään terveyden säilyttämiseksi, n (%)			<0,001			<0,001
Kyllä	38 (22,9)	148 (85,1)		99 (26,8)	148 (85,5)	
Kuntoilee tai on fyysisesti aktiivinen, n (%)			<0,001			<0,001
Kyllä	112 (65,9)	268 (89,0)		198 (52,9)	339 (91,6)	
Syö terveellistä ravintoa, n (%)			<0,001			<0,001
Kyllä	115 (67,6)	305 (95,9)		250 (67,2)	416 (99,0)	
Yrittää lopettaa tai vähentää tupakointia, n (%)			<0,001			<0,001
Kyllä	25 (14,9)	35 (35,4)		14 (3,8)	28 (32,6)	
Huolehtii siitä, ettei käytä liikaa alkoholia, n (%)			<0,001			<0,001
Kyllä	84 (49,7)	244 (94,2)		67 (18,1)	219 (88,7)	

Huolehtii siitä, ettei tee liikaa töitä, n (%)			<0,001		<0,001
Kyllä	76 (45,0)	201 (82,4)		125 (33,7)	213 (78,6)
Huolehtii siitä, että nukkuu riittävästi, n (%)			<0,001		<0,001
Kyllä	112 (65,9)	293 (95,8)		184 (49,6)	371 (95,6)
Tekee jotakin muuta, että terveys säilyisi, n (%)			<0,001		<0,001
Kyllä	27 (15,7)	51 (94,4)		43 (11,5)	72 (93,5)

n = havaintojen määrä, % = prosentuaalinen osuus. Kohorttiero testattu Khiin neliötestillä. Lihavoidut p-arvot tilastollisesti merkitseviä (p<0,05).

6 POHDINTA

Tutkielmassa selvitettiin, miten iäkkäiden ihmisten oma rooli terveyden ylläpitämisessä on muuttunut 28 vuoden aikana. Molemmissa kohorteissa suurin osa uskoi, että voi tehdä jotain oman terveytensä eteen. Myöhemmin syntyneen kohortin henkilöistä suurempi osa raportoi tekevänsä erilaisia terveyttä ylläpitäviä toimintoja verrattuna aiemmin syntyneeseen kohorttiin. He pitivät kuitenkin omaa panostaan terveyden ylläpitämisessä vähemmän tärkeänä kuin aiemmin syntynyt kohortti. Tulokset saattavat viitata siihen, että iäkkäiden ihmisten oma rooli terveyden ylläpitämisessä on muuttunut siten, että myöhemmin syntyneillä on enemmän aktiivisen toimijan rooli omassa terveyden ylläpitämisessään verrattuna aikaisemmin syntyneihin ihmisiin. Myös yhteiskunnallinen muutos terveydenhuoltojärjestelmässä voi painottaa nykyään enemmän ihmisten omaa roolia, jolloin ihminen tulkitsee omaa rooliaan ja terveyttään suhteessa näihin odotuksiin ja muihin samanikäisiin ihmisiin.

Myöhemmin syntyneet raportoivat aiemmin syntyneitä useammin olevansa fyysisesti aktiivisia, syövänsä terveellistä ravintoa, yrittävänsä lopettaa tai vähentää tupakointia sekä huolehtivansa siitä, etteivät käytä liikaa alkoholia, tee liikaa töitä ja että nukkuvat riittävästi. Myöhempi kohortti raportoi myös tekevänsä enemmän muita toimintoja terveyden säilymisen eteen, mutta aineistosta ei selvinnyt mistä toiminnoista oli kyse. Molemmissa kohorteissa suurin osa kuitenkin uskoi, että voi tehdä jotakin oman terveytensä eteen. Taustamuuttujien vertailun mukaan myöhemmin syntyneillä miehillä ja naisilla oli pidempi koulutustausta, parempi kokemus omasta terveydestään, vähemmän masennusoireita ja enemmän fyysistä aktiivisuutta verrattuna aikaisemmin syntyneisiin. Myöhemmin syntyneet miehet tupakoivat vähemmän, mutta naisten välillä tupakoinnissa ei ollut eroa.

THL:n julkaisemissa useissa väestötutkimuksissa (Aromaa 2002; Koskinen ym. 2012; Helldán & Helakorpi 2014; Koponen ym. 2018) on huomattu ikääntyneiden ihmisten terveyden ja toimintakyvyn paraneminen, mikä tukee tutkielman tulosta siitä, että ikääntyneiden ihmisten omassa roolissa terveyden ylläpitämisessä on tapahtunut muutoksia ajan kuluessa. Tutkielmassa käytetty aineisto on erikoislaatuinen sen takia, että siinä on tutkittu samalla alueella asuvia henkilöitä ja samoilla menetelmillä, jonka takia tutkielmalla on merkittävää uutuusarvoa terveyden edistämisen oppiaineessa. Suomalaisia vastaavia kohorttitutkimuksia ei ole, mutta pienemmän aikavälin kohorttivertailuja sekä THL:n väestötutkimuksia on olemassa. Tutkielman 28-vuoden välisten kohorttien vertailun tulosten tueksi on vaikeaa löytää vastaavia

tutkimuksia, mikä tulee ottaa huomioon tulosten vertailussa lyhyemmän aikavälin väestötutkimuksiin.

Tutkielmassa havaittujen kohorttierojen taustalla voi olla erilaisia selittäviä tekijöitä. Nykyaikana voi olla helpompi saada ja omaksua terveyteen liittyvää tietoa, sekä liikunnan ja terveystoimien eri hyötyjen korostumisella voi olla merkitys omien valintojen ja asenteiden suhteen ikääntyneiden omassa roolissaan. Koulutustaustan paranemisella sekä paremmalla itsearvioidulla terveydellä voi myös olla vaikutus havaittuihin muutoksiin, kuten aiemmissa kohorttivertailuissa on arveltu (Koivunen ym. 2020; Munukka ym. 2021; Kekäläinen ym. 2023). Ihmisten käsitys terveyteen liittyvistä asioista on voinut ajan kuluessa muuttua, jolloin tutkimuksessa käsitellyt kysymykset on voitu ymmärtää eri tavalla eri kohorttien välillä.

Terveys- ja hyvinvointitietoisuuden ja oman roolin muutoksien välillä saattaa olla myös yhteyttä yhteiskunnan ja terveydenhuolto- ja koulutusjärjestelmän muutoksiin, kuten perusterveydenhuollon ja ilmaisen kouluruokailun kehittymiseen, pidempään pakolliseen koulunkäyntivelvollisuuteen ja työn fyysisen kuormittavuuden vähenemiseen. Myös useita terveyshistoriallisia tapahtumia ja interventioita, kuten vuosien 1972-1997 Pohjois-Karjala-projektiin, jonka tarkoituksena oli valtakunnallinen sydän- ja verisuonitautien ehkäisytyö (Puska 2010), sijoittuu tutkittavalle ajanjaksolle. Terveyteen liittyvän tiedon lisääntyminen voi olla vaikuttanut positiivisesti ikääntyneiden itseohjautuvuuteen, omien valintojen tekemiseen sekä aktiivisempaan osallistumiseen omaa terveyttä koskevissa asioissa. Ikääntyneiden oman roolin muutoksista terveyden ylläpitämisessä ja sen syistä tarvitaan vielä lisää tietoa.

Tutkielman vahvuutena voidaan pitää pitkän aikavälin vertailtavissa olevia väestöpohjaisia suurehkoja aineistoja, jotka mahdollistivat kohorttivertailun sukupuolittain ja ikäryhmittäin. Käytetty aineisto oli myös kerätty samanlaisin menetelmin, mikä tukee aineistojen kohorttivertailun luotettavuutta. Tutkielmalla on myös rajoitteensa. Vertailtavien kohorttien koot eivät olleet yhtä suuria. Analysoidut kohortit olivat Jyväskylän alueella asuvia 75- ja 80-vuotiaita henkilöitä, jonka takia väestön otanta ei tavoittanut koko Suomen valtion alueella asuvia iäkkäitä ihmisiä, mikä olisi voinut vaikuttaa tutkielmassa tehdyn kohorttivertailun analyysien tuloksiin eri tavalla. Lisäksi väestötutkimukset eivät välttämättä tavoita terveydentilaltaan heikoimpia ihmisiä, jolloin kohorttivertailun tulosten yleistettävyydessä tulee noudattaa varovaisuutta (Koivunen ym. 2020).

Tutkielman laatimisessa on noudatettu asianmukaista ja tieteellistä toimintatapaa. Aineistoa on käsitelty ja säilytetty tietoturvallisesti ja asiallisesti vaalien hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkittavat eivät ole tunnistettavissa aineistosta. Ikivihreät- ja AGNES tutkimusten aineisto kerättiin eettisesti tutkittavien yksityisyyden suojaa ja oikeuksia vaalien. Osallistujat ilmaisivat suostumuksensa tutkimukseen osallistumiselle. Tutkittavilla oli mahdollisuus keskeyttää osallistuminen missä vaiheensa tahansa tutkimusta.

Tutkielma loi tuloksillaan uutta tietoa iäkkäiden ihmisten oman roolin muutoksista terveyden ylläpitämisessä. Aiheesta ei ole juurikaan tietoa ollut ennen saatavilla. Ikääntyvän väestön määrän kasvaessa on tärkeää ymmärtää heitä koskevaa tietoa terveydestä. Oman roolin muutoksien ymmärtämisen uutuusarvo voi ulottua seuraaviin uusiin tutkimuskysymyksiin ja kohteisiin, joiden avulla voidaan pyrkiä ymmärtämään yhä paremmin ikääntyneiden omia keinoja ja motivaatiotekijöitä iäkkään väestön terveyden edistämiseksi.

LÄHTEET

- Amir, D. (1987). Preventive behaviour and health status among the elderly. *Psychology & Health*, 1(4), 353–378. doi:10.1080/08870448708400337
- Aromaa, A. (2002). *Terveys ja toimintakyky Suomessa: Terveystutkimuksen perustulokset*. Viitattu 15.4.2024. <https://www.julkari.fi/handle/10024/78355>
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122–147. doi:10.1037/0003-066x.37.2.122
- Carpenter, C. J. (2010). A Meta-Analysis of the Effectiveness of Health Belief Model Variables in Predicting Behavior. *Health Communication*, 25(8), 661–669. doi:10.1080/10410236.2010.521906
- Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). The health belief model. *Teoksessa Health behavior and health education: Theory, research, and practice*, 4, 49-50.
- Eriksson-Backa, K., Enwald, H., Hirvonen, N., & Huvila, I. (2018). Health information seeking, beliefs about abilities, and health behaviour among Finnish seniors. *Journal of Librarianship and Information Science*, 096100061876997. doi:10.1177/0961000618769971
- Ferrini, R., Edelstein, S., & Barrettconnor, E. (1994). The Association Between Health Beliefs and Health Behavior Change in Older Adults. *Preventive Medicine*, 23(1), 1–5. doi:10.1006/pmed.1994.1001
- Gardner, D. K., & Helmes, E. (1999). Locus of Control and Self-Directed Learning as Predictors of Wellbeing in the Elderly. *Australian Psychologist*, 34(2), 99–103. doi:10.1080/00050069908257436
- Green, E. C., Murphy, E. M., & Gryboski, K. (2020). The Health Belief Model. *The Wiley Encyclopedia of Health Psychology*, 211–214. doi:10.1002/9781119057840.ch68
- Heikkinen, E. (1998). Background, Design, and Methods of the Evergreen Project. *Journal of Aging & Physical Activity*, 6(2).
- Heikkinen E, Kauppinen M, Rantanen T, Leinonen R, Lyyra TM, Suutama T, Heikkinen RL. Cohort differences in health, functioning and physical activity in the young-old Finnish population. *Aging Clin Exp Res*. 2011 Apr;23(2):126-34. doi: 10.3275/6932. Epub 2010 Mar 18. PMID: 20308805.
- Helldán, A. & Helakorpi, S. (2014). Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2013 ja niiden muutokset 1993–2013. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*. Viitattu 15.10.2023. <https://www.julkari.fi/handle/10024/116236>

- Hunter, K. I., Linn, M. W., Harris, R., & Pratt, T. C. (1980). Discriminators of Internal and External Locus of Control Orientation in the Elderly. *Research on Aging*, 2(1), 49–60. doi:10.1177/016402758021003
- Kekäläinen, T., Koivunen, K., Pynnönen, K., Portegijs, E., & Rantanen, T. (2023). Cohort Differences in Depressive Symptoms and Life Satisfaction in 75- and 80-Year-Olds: A Comparison of Two Cohorts 28 Years Apart. *Journal of aging and health*, 8982643231164739. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/08982643231164739>
- King, J. (1985). Health beliefs and patient health behaviour. *Journal of Applied Communication Research*, 13(2), 85–95. doi:10.1080/00909888509388425
- Koivunen, K., Sillanpää, E., Munukka, M., Portegijs, E., & Rantanen, T. (2020). Cohort Differences in Maximal Physical Performance: A Comparison of 75- and 80-Year-Old Men and Women Born 28 Years Apart. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 76(7), 1251–1259. <https://doi.org/10.1093/gerona/glaa224>
- Koponen P., Borodulin K., Lundqvist A., Sääksjärvi K., Koskinen S. (toim.). 2018. *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. FinTerveys 2017 -tutkimus*. Viitattu 20.5.2024. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-105-8>
- Koskinen, S., Lundqvist, A., & Ristiluoma, N. (2012). *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Viitattu 20.5.2024. <https://www.julkari.fi/handle/10024/90832>
- Lachman, M. E., Neupert, S. D., & Agrigoroaei, S. (2011). The Relevance of Control Beliefs for Health and Aging. *Handbook of the Psychology of Aging*, 175–190. doi:10.1016/b978-0-12-380882-0.00011-5
- Lee, L.-L., Arthur, A., & Avis, M. (2008). Using self-efficacy theory to develop interventions that help older people overcome psychological barriers to physical activity: A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*, 45(11), 1690–1699. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.02.012
- Lin, I.-P., Chung, D.-T., Lee, L.-Y., Hsu, H.-J., & Chen, S.-C. (2020). Health Belief, Behavior Intention, and Health Behaviors Related to Colorectal Cancer Screening in Taiwan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), 4246. doi:10.3390/ijerph17124246
- Miller, A. M. (2002). Health Promotion Attitudes and Strategies in Older Adults. *Health Education & Behavior*, 29(2), 249–267. doi:10.1177/109019810202900209

- Munukka, M., Koivunen, K., von Bonsdorff, M. B., Sipilä, S., Portegijs, E., Ruoppila, I., & Rantanen, T. (2021). Birth cohort differences in cognitive performance in 75- and 80-year-olds : a comparison of two cohorts over 28 years. *Aging Clinical and Experimental Research*, 33(1), 57-65. doi.org/10.1007/s40520-020-01702-0
- Nemcek, M. A. (1990). Health Beliefs and Preventive Behavior a Review of Research Literature. *AAOHN Journal*, 38(3), 127–138. doi:10.1177/216507999003800306
- Ownby, R. L., Acevedo, A., Jacobs, R. J., Caballero, J., & Waldrop-Valverde, D. (2014). Negative and Positive Beliefs Related to Mood and Health. *American Journal of Health Behavior*, 38(4), 586–597. doi:10.5993/ajhb.38.4.12
- Portegijs, E., Karavirta, L., Saajanaho, M., Rantalainen, T., & Rantanen, T. (2019). Assessing physical performance and physical activity in large population-based aging studies: home-based assessments or visits to the research center?. *BMC public health*, 19, 1-16.
- Puska, P. (2010). Kroonisten kansantautien ehkäisy 2010-luvulla – mitä olemme oppineet neljän vuosikymmenen aikana?. Teoksessa T. Ståhl & A. Rimpelä (toim.). *Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.* 55-66.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied psychological measurement*, 1(3), 385-401.
- Rantanen, T., Saajanaho, M., Karavirta, L., Siltanen, S., Rantakokko, M., Viljanen, A., Rantalainen, M., Pynnönen, K., Karvonen, A., Lisko, I., Palmberg, L., Eronen, J., Palonen, E., Hinrichs, T., Kauppinen, M., Kokko, K. & Portegijs, E. (2018). Active aging–resilience and external support as modifiers of the disablement outcome: AGNES cohort study protocol. *BMC public health*, 18, 1-21.
- Short, S. E., & Mollborn, S. (2015). Social determinants and health behaviors: conceptual frames and empirical advances. *Current Opinion in Psychology*, 5, 78–84. doi:10.1016/j.copsy.2015.05.002
- Speake, D. L., Cowart, M. E., & Pellet, K. (1989). Health perceptions and lifestyles of the elderly. *Research in Nursing & Health*, 12(2), 93–100. doi:10.1002/nur.4770120206
- Tan, F. C. J. H., Oka, P., Dambha-Miller, H., & Tan, N. C. (2021). The association between self-efficacy and self-care in essential hypertension: a systematic review. *BMC Family Practice*, 22(1). doi:10.1186/s12875-021-01391-2
- Tattari, M., Suhonen, R., & Stolt, M. (2021). Kotona asuvien ikääntyneiden henkilöiden kokemukset fyysisen toimintakykynsä ja itsenäisyytensä ylläpitämisestä. *Gerontologia*, 35(1), 51-62.

- Yeom, H.-E. (2013). Association among ageing-related stereotypic beliefs, self-efficacy and health-promoting behaviors in elderly Korean adults. *Journal of Clinical Nursing*, 23(9-10), 1365–1373. doi:10.1111/jocn.12419
- Zhang, C. Q., Chung, P. K., Zhang, R., & Schüz, B. (2019). Socioeconomic inequalities in older adults' health: the roles of neighborhood and individual-level psychosocial and behavioral resources. *Frontiers in Public Health*, 7, 318.