

Pirjo Tiikkainen

Vanhuusiän yksinäisyys

Seuruututkimus emotionaalista ja sosiaalista
yksinäisyyttä määrittävistä tekijöistä







ABSTRACT

Tiikkainen, Pirjo

Loneliness in old age - a follow-up study of determinants of emotional and social loneliness

Jyväskylä: University of Jyväskylä, 2006, 76 p.

(Studies in Sport, Physical Education and Health, ISSN 0356-1070; 114)

ISBN 951-39-2537-4

English Summary

Diss.

The first purpose of this study was to examine perceived loneliness among elderly persons aged 80 at the baseline and stability and changes in loneliness over a 5-year follow-up. In addition, the extent to which different factors are associated with and predict loneliness was explored. The second purpose was to study the structure and stability and the predictors of perceived togetherness in men and women over the 5-year period. The overall aim was to identify the determinants of loneliness in old age. The target population of this study comprised all persons born in 1910 and 1914 and living in Jyväskylä. At age 80 91.1% (n = 512) of those eligible participated in the home-interviews and 70.5% (n=396) in the laboratory tests. The corresponding figures at age 85 were 88.7% (n = 306) and 57.7% (n =199). The interviews and laboratory tests dealt with sociodemographic and economic factors, social ties, health and functional status. Loneliness was measured with the question "Do you suffer from loneliness?" and perceived togetherness with the Social Provision Scale. In the cross-sectional and longitudinal material about 10% of the participants experienced loneliness often or almost always. The proportion of those who said they felt lonely increased during the follow-up, but changes also occurred in the other direction, lonely to non-lonely. The determinants of perceived loneliness were widowhood, living alone, depressiveness, poor self-rated health and difficulties in ADL functioning. The explanatory power of perceived togetherness was rather low. Perceived togetherness was differentiated into the factors of emotional and social togetherness; the structure remained unchanged during the 5-year follow-up. Perceived togetherness decreased with increasing age. The results showed some gender differences in the predictors of both perceived emotional and perceived social togetherness. Moreover, there appeared to be two subgroups of women and men; these were labeled Socially embedded, Socially isolated, Socially active and Solitary. The best determinants of emotional togetherness were less depressiveness, more contacts with friends and education level and of social togetherness friends and IADL functioning. The results also showed that loneliness could be decomposed into emotional and social loneliness. Emotional loneliness was best described by negative feelings associated with widowhood and poor functioning, and social loneliness was best described by dissatisfaction with friendships and poor ADL functioning. The results show that changes and losses occurring in the domains of health, functional capacity and social relations may lead to loneliness with increasing age. Special attention should be paid to the two different dimensions of loneliness and to individual factors when developing interventions. The concept of loneliness is not clear and requires further investigation. In particular, we need more longitudinal research on long-term changes in loneliness, also in younger groups of the elderly.

Key words: loneliness, perceived togetherness, social ties, follow-up study, elderly

Author's address Pirjo Tiikkainen, M.Sc
Jyväskylä University of Applied Sciences
School of Health and Social Studies
Keskussairaalantie 21
FIN-40620 Jyväskylä, Finland
Pirjo.tiikkainen@jypoly.fi

Supervisor Docent Riitta-Liisa Heikkinen, Ph.D
Department of Health Sciences
University of Jyväskylä, Finland

Reviewers Professor Anneli Sarvimäki, Ph.D
AGE Institut, Finland

Professor Marja Vaarama, Ph.D
Department of Social Work
University of Lapland, Finland

Opponent Professor Marja Jylhä, M.D, Ph.D
Department of Health Sciences
Tampere University, Finland

VÄITÖSKIRJAAN SISÄLTYVÄT OSAJULKAISUT

Väitöskirja perustuu seuraaviin osajulkaisuihin, joihin on viitattu käyttämällä niiden roomalaisia numeroita.

- I Tiikkainen, P., Heikkinen, R-L. & Leskinen, E. 2004. The structure and stability of perceived togetherness in elderly people during a 5-year follow-up. *The Journal of Applied Gerontology* 23(3), 279–294.
- II Tiikkainen, P., Heikkinen, R-L. & Kauppinen, M. 2004. Jyväskyläläisten 80- ja 85-vuotiaiden kokema yksinäisyys, yksinäisyyteen yhteydessä olevat ja yksinäisyyttä ennustavat tekijät 5-vuotisseuruun aikana. *Gerontologia* 4, 257–265.
- III Tiikkainen, P. & Heikkinen, R-L. 2005. Associations between loneliness, depressive symptoms and perceived togetherness in older people. *Aging & Mental Health* 9(6), 1–9.
- IV Tiikkainen, P., Leskinen, E. & Heikkinen, R-L. Predictors of perceived emotional and social togetherness at 5-year follow-up. (Lähetetty julkaisutavaksi *Research on Aging* lehteen).

Väitöskirja sisältää myös aikaisemmin julkaisemattomia tuloksia.

SISÄLLYS

ABSTRACT

VÄITÖSKIRJAAN SISÄLTYVÄT OSAJULKAISUT

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	9
2	KIRJALLISUUSKATSAUS.....	11
	2.1 Yksinäisyys	11
	2.1.1 Yksinäisyyden käsite	11
	2.1.2 Yksinäisyyden tunne	12
	2.1.3 Yksinäisyys ja vuorovaikutussuhteet.....	13
	2.1.4 Yksinäisyyden mittaaminen	15
	2.2 Vanhuusiän yksinäisyyttä määrittävät tekijät.....	16
	2.2.1 Sosiodemografiset ja ekonomiset tekijät.....	16
	2.2.2 Sosiaalinen verkosto ja vuorovaikutussuhteet.....	18
	2.2.3 Terveys ja toimintakyky	19
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TUTKIMUSONGELMAT JA VIITEKEHYS.....	22
4	AINEISTO JA MENETELMÄT	26
	4.1 Aineisto	26
	4.2 Menetelmät	29
	4.3 Tilastolliset menetelmät	32
5	TULOKSET.....	34
	5.1 Koettu yksinäisyys alkumittaustilanteessa 80-vuotiaana ja viiden vuoden kuluttua 85-vuotiaana	34
	5.2 Yksinäisyyden kokemukseen yhteydessä olevat tekijät	35
	5.3 Yksinäisyyden kokemusta ennustavat tekijät	38
	5.4 Koetun yhteisyyden rakenne ja pysyvyys	39
	5.5 Emotionaalista ja sosiaalista yhteisyyttä selittävät tekijät	41
	5.6 Emotionaalista ja sosiaalista yhteisyyttä ennustavat tekijät.....	44
	5.7 Yksinäisyyden kokemuksen, masentuneisuuden ja koetun yhteisyyden yhteys.....	46
	5.8 Yhteenveto vanhuusiän yksinäisyyttä määrittävistä tekijöistä	47

6	POHDINTA	51
6.1	Tulosten pohdinta.....	51
6.2	Metodologiset kysymykset.....	58
6.3	Tutkimuksen merkitys ja jatkotutkimus	61
	YHTEENVETO	64
	SUMMARY.....	66
	KIITOKSET	68
	LÄHTEET	69

1 JOHDANTO

Eliniän odotteen kasvu tuo uusia haasteita erityisesti yli 80-vuotiaiden kotona selviytymisen tukemiseen ja hyvinvoinnin edistämiseen. Yksinäisyys on yksi keskeinen iäkkäiden ihmisten hyvinvointiin ja selviytymiseen vaikuttava tekijä (Perlman 2004), johon liittyy sekä fyysisiä, psyykkisiä että sosiaalisia ulottuvuuksia. Yksinäisyyskäsitettä käytetään laajalti sekä arkikielessä että kirjallisuudessa. Yksinäisyys ymmärretään useimmiten sosiaalisiin suhteisiin liittyvänä ongelmana, jolloin myös interventiot yksinäisyyden lievittämiseksi kohdistuvat sosiaalisten suhteiden lisäämiseen. Vuorovaikutussuhteiden merkitys ei ole kuitenkaan yksiselitteinen, vaan vuorovaikutussuhteilla voi olla sekä myönteisiä että kielteisiä vaikutuksia. Iäkkään ihmisen subjektiivinen arvio vuorovaikutussuhteen laadusta onkin tärkeämpää kuin määrälliset tekijät. Yksinäisyyden tunteen taustalla voi olla monia terveyteen ja toimintakykyyn sekä persoonaan ja kulttuuriin liittyviä tekijöitä. Vanhuusikä (80+) tuo mukanaan monia muutoksia ja menetyksiä. Krooniset terveysongelmat, toimintakyvyn lasku ja ihmissuhteiden menetykset saattavat johtaa yksinäisyyden tunteisiin.

Yksinäisyyden esiintyvyys iäkkäillä ihmisillä vaihtelee muutamasta prosentista lähes 70 prosenttiin riippuen siitä, miten yksinäisyys on määritelty ja miten sitä on mitattu. Arviolta kolmasosalle yksinäisyys on jossain määrin ongelma mutta yhdelle kymmenestä vanhuksesta se merkitsee vakavaa uhkaa terveydelle ja hyvinvoinnille (Forbes 1996). Yksinäisyys voi myös johtaa lisääntyneeseen kuolleisuuteen (Penninx ym. 1997), laitokseen joutumiseen (Russell ym. 1997), masentuneisuuteen (Heikkinen & Kauppinen 2004) ja muistin heikkenemiseen (Tilvis ym. 2000).

Yksinäisyyttä on tutkittu yhä enenevässä määrin 70-luvulta lähtien mutta kaikkein iäkkäimmät ikäryhmät ovat jääneet vähäiselle huomiolle, sillä yksinäisyyttä tutkittaessa on useimmiten tarkasteltu yli 65-vuotiaita yhtenä joukkona. Yksinäisyyden esiintyvyydessä ei välttämättä ole eroa nuorten ja iäkkäiden ihmisten välillä (Green ym. 2001) mutta yksinäisyyttä määrittävät tekijät saattavat poiketa toisistaan. Yksinäisyyttä määrittäviä tekijöitä on selvitetty enimmäkseen poikittaistutkimuksilla, jotka eivät ole mahdollistaneet syyseuraussuhteiden tarkastelua. Tutkimustulokset ovat olleet osin ristiriitaisia.

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli tunnistaa niitä tekijöitä, jotka liittyvät vanhuusiän yksinäisyyteen. Taustalla oli oletus, että muutokset ja menetykset terveydessä ja toimintakyvyssä saattavat vaikeuttaa kassakäymistä toisten ihmisten kanssa ja johtaa siten yksinäisyyden tunteisiin. Yksinäisyyttä tarkastellaan tässä tutkimuksessa vuorovaikutusteoreettisesta näkökulmasta. Yksinäisyys ymmärretään subjektiiviseksi kielteiseksi kokemukseksi, joka liittyy puutteellisiksi koettuihin vuorovaikutussuhteisiin. Yksinäisyyttä lähestyttiin kahdesta näkökulmasta: yksiulotteisena kielteisenä yksinäisyyden kokemuksena ja moniulotteisena vuorovaikutussuhteisiin liittyvänä myönteisenä koettuna yhteisyytenä. Koetun yhteisyyden puutteen oletettiin ilmenevän yksinäisyyden tunteina. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata koettua yksinäisyyttä ja yhteisyyttä selittäviä ja ennustavia tekijöitä viiden vuoden seurannan aikana. Tutkimuksen kohteena olivat 80-vuotiaat jyvaskyläläiset. Tutkimus on osa Ikivihreät -projektia, jonka tavoitteena on iäkkäiden jyvaskyläläisten fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ja terveyden kuvaaminen, ylläpitäminen ja parantaminen.

2 KIRJALLISUUSKATSAUS

2.1 Yksinäisyys

2.1.1 Yksinäisyyden käsite

Yksinäisyys on monimutkainen ilmiö, jota on lähestytty eri tieteenalojen, lähinnä psykologian ja sosiologian näkökulmista. Lähestymistavat ovat yhdistettävissä neljään keskeiseen teoriaan: psykodynaamiseen, eksistentiaaliseen, kognitiiviseen ja interaktionistiseen teoriaan (Donaldson & Watson 1996) (taulukko 1). Teoriat eroavat toisistaan lähinnä siinä, miten ja miksi puutteet sosiaalisissa suhteissa johtavat yksinäisyyden kokemukseen. Toiset tutkijat korostavat luonteenpiirteitä (trait loneliness) ja toiset taas eri tilannetekijöitä (state loneliness). Yksinäisyyttä voidaan tarkastella myös sen ajallisen keston perusteella eli kroonisena, ajoittain ilmenevänä tai eri tilanteisiin liittyvänä yksinäisyytenä.

TAULUKKO 1 Keskeiset yksinäisyysteoriat

<i>Yksinäisyysteoria</i>	<i>Yksinäisyyden lähtökohta</i>
Psykodynaaminen teoria (Fromm-Reichmann 1959)	Lapsuuden kokemukset ja varhaisen vuorovaikutuksen epäonnistuminen
Eksistentiaalinen teoria (Moustakas 1961)	Ihmisen olemassaoloon väistämättömästi kuuluva ilmiö
Kognitiivinen teoria (Perlman & Peplau 1982)	Kognitiivisen prosessin kautta havaittu ristiriita itselle tärkeänä pidettyjen ihmissuhteiden ja olemassa olevien sosiaalisten suhteiden välillä
Interaktionistinen eli vuorovaikutusteoria (Weiss 1973)	Puutteelliset vuorovaikutussuhteet; emotionaalinen ja sosiaalinen yksinäisyys

Yhteistä näille lähestymistavoille ovat seuraavat piirteet: yksinäisyys on (1) subjektiivinen, (2) kielteinen kokemus, (3) se liittyy puutteellisiin sosiaalisiin suhteisiin, (4) yksinäisyys ei ole sama kuin objektiivisesti todettu sosiaalinen eristyneisyys (social isolation). Ihminen voi olla yksin olematta yksinäinen ja kokea itsensä yksinäiseksi suuressa joukossa. Yksinäisyyttä on kuvattu myös myönteisenä ilmiönä (solitude), jolloin taustalla heijastuu eksistentiaalinen lähestymistapa yksinäisyyteen (esim. Andersson 1998).

Killeen (1998) on tehnyt yksinäisyyden käsiteanalyttistä tarkastelua. Hän kuvaa yksinäisyyttä ja sen lähikäsitteitä jatkumolla, jossa negatiivisena ääripäänä on vieraantuminen (alienation) ja positiivisena ääripäänä yhteyden tiedostaminen itsensä, muiden ihmisten ja yhteiskunnan välillä (connectedness). Näiden ääripäiden välille negatiivinen – positiivinen jatkumolle sijoittuvat yksinäisyys (loneliness), eristyneisyys (isolation), yksinolo (aleness) ja positiivinen yksinäisyydessä oleminen (solitude). Positiiviseen suuntaan edetessä henkilökohtaisen valinnan mahdollisuus kasvaa. De Jong Gierveld ja Havens (2004) näkevät yhteenkuuluvuuden (belonging tai embeddedness) yksinäisyyden vastakohtana. Sosiaalisen eristyneisyyden vastakohtaksi on määritelty mm. sosiaalinen osallistuminen (social participation) (De Jong Gierveld & Havens 2004) ja sosiaalinen tuki (Wenger & Burholt 2004).

Sosiaalinen eristyneisyys (social isolation) on usein nähty objektiivisesti havaittavaksi ja määrällisesti mitattavaksi (De Jong Gierveld & Havens 2004). Joskus eristyneisyys erotellaan emotionaaliseen ja sosiaaliseen ulottuvuuteen. Emotionaalista ulottuvuutta on kuvattu eristyneisyytenä tunnetasolla, henkiseksi etäisyydeksi muihin ihmisiin. Sosiaalinen ulottuvuus kuvaa sosiaalisen verkoston rakenteellisia ja määrällisiä piirteitä. Ihminen voi olla emotionaalisesti ja sosiaalisesti eristynyt tai joko emotionaalisesti tai sosiaalisesti eristynyt tai ei kumpaakaan (Mullins ym. 1991; Andersson 1998). Eristyneisyys ei välttämättä johda yksinäisyyden tunteeseen ellei ihminen koe eristyneisyyttä kielteisenä.

2.1.2 Yksinäisyyden tunne

Yksinäisyyden tunteeseen sisältyy emotionaalisia, kognitiivisia ja käyttäytymiseen liittyviä ulottuvuuksia. Iäkkäillä ihmisillä yksinäisyyden tunne voi olla erilaista kuin nuorilla (Green ym. 2001). Yksinäisyys ei ainoastaan heijasta tyytymättömyyttä sosiaalisiin suhteisiin, vaan myös kielteisiä tunteita, asenteita ja persoonallisuuden piirteitä, jotka voivat puolestaan vaikuttaa vuorovaikutussuhteisiin (Van Baarsen ym. 2001). Vaikka yksinäisyyden tunne on epämiellyttävä ja ahdistava ja aiheuttaa psyykkisiä ja fyysisiä häiriöitä (Peplau & Perlman 1982), se ei ole saanut tutkimuksissa niin paljon huomiota kuin yksinäisyyttä määrittävät sosiaaliset tekijät.

Yksinäisyyteen on liitetty monia kielteisiä tunteita kuten masentuneisuus (Blazer 2002), ahdistuneisuus (Berg ym. 1981; Fees ym. 1999), ikävystyminen, tyhjyyden ja hylätyksi tulemisen tunne (De Jong Gierveld 1987), suru (Costello 1999), epätoivo, kärsimättömyys ja itsensä torjuminen (Rubenstein & Shaver 1982). Weissin (1973; 1982) mukaan emotionaaliseen ja sosiaaliseen yksinäisyyteen liittyy laadullisesti erilaisia tunteita. Emotionaalista yksinäisyydestä kärsi-

vä henkilö on depressiivinen ja ahdistunut ja kokee sisäistä tyhjyyden tunnetta ja hylätyksi tulemisen pelkoa. Sosiaaliseen yksinäisyyteen liittyy pitkästymistä, ikävystymistä, turhautumista, tarkoituksettomuuden tunnetta ja epävarmuutta.

Rokach ja Brock (1997) kuvasivat yksinäisyyteen liittyviä tunteita ja niiden vaihtelua riippuen iästä, sukupuolesta ja yksinäisyyden kestosta. Kaikkein vallitsevin tunne yksinäisyydessä oli emotionaalinen ahdistuneisuus, johon sisältyi mm. kärsimystä, toivottomuutta, tyhjyyden tunnetta ja tuskaa. Iäkkäillä ihmisillä ja ajoittain yksinäisyyttä kokevilla oli yleisintä riittämättömyyden tunne, johon sisältyi vieraantumista, itsensä kieltämistä ja arvottomuuden tunnetta (vrt. sosiaalinen yksinäisyys). Miesten yksinäisyyden kokemusta luonnehti läheisyyden puutteeseen liittyvä hylätyksi tulemisen tunne (vrt. emotionaalinen yksinäisyys). Miehet kuitenkin kielsivät helpommin yksinäisyyden tunteen kuin naiset. Yksinäisiksi itsensä kokevat naiset, lesket ja eronneet tunsivat emotionaalista ahdistuneisuutta kun taas naimisissa olevilla oli vallitsevin riittämättömyyden ja vieraantumisen tunne.

Yksinäisyyteen liittyvät kielteiset tunteet ilmenevät erilaisina käyttäytymistapoina tai selviytymiskeinoina kuten sisäänpäin kääntymisenä, passiivisuutena tai aktiivisuutena (Peplau & Perlman 1982; Rubenstein & Shaver 1982) ja sosiaalisina pelkoina (Weeks 1994). Käyttäytyminen voi johtaa yksinäisyyden tunteisiin tai päinvastoin. Ahdistuneisuus ja masentuneisuus saattavat heijastaa läheisyyden pelkoa ja johtaa yksinäisyyteen vetäytymiseen. Vetäytyminen omiin oloihin voi olla myönteistä (solitude) omiin oloihin hakeutumista (Rokach ym. 2004) tai täydellistä vetäytymistä ihmissuhteita, mikä on Fromm-Reichmanin (1959) mukaan vakavin yksinäisyyden muoto. Passiivisuutta osoittavat yksinäisyyden kieltäminen ja vieraantuminen muista ihmisistä. Passiivisuus ilmenee päihteiden ja lääkkeiden väärinkäyttönä, liikasyömisenä ja joustenolona; äärimmäisenä vaihtoehtona voi olla itsemurha (Rokach & Brock 1997). Aktiivisesti suuntautunut henkilö hakee muiden ihmisten seuraa ja harrastuksia. Rokach ja Brock (1997) kuvaavat aktiivisina yksinäisyydestä selviytymisen keinoina yksinäisyyden hyväksymisen, omien voimavarojen kehittämisen ja sosiaalisten siltojen rakentamisen. Russell ja kumppanit (1984) totesivat, että emotionaalisesti yksinäiset henkilöt olivat aktiivisia ja motivoituneita solmimaan uusia suhteita kun taas sosiaalisesta yksinäisyydestä kärsivät olivat passiivisia ratkaisemaan ongelmaa.

Jos yksinäisyyttä kokevat ihmiset eivät ole halukkaita kertomaan yksinäisyydestään muille ihmisille (Fromm-Reichman 1959; Weeks 1994; Killeen 1998), yksinäisyys voi ilmetä erilaisina terveysongelmina ja runsaana terveys- ja sosiaalipalvelujen käyttönä.

2.1.3 Yksinäisyys ja vuorovaikutussuhteet

Sosiaaliset suhteet ovat hyvin monimutkaisia ja niillä voi olla sekä myönteisiä että kielteisiä vaikutuksia. Tämän vuoksi henkilön subjektiivinen arvio vuorovaikutussuhteista ja niiden laadusta kuvaa paremmin yksinäisyyden kokemusta kuin sosiaalisen verkoston määrälliset tekijät (Russell ym. 1984; De Jong Gierveld 1987; Mullins ym. 1987; Bowling 1994; Russell 1996). Iäkkäitä ihmisiä

tutkittaessa objektiivista arviota ei pidä kuitenkaan unohtaa täysin (Hughes ym. 2004). Rubenstein ja Lubben (1994) korostavat, että sosiaalista verkostoa ja sosiaalisia suhteita ei tulisi tarkastella irrallisina ottamatta huomioon erilaisia elämäntilanteita ja tarpeita sekä muita yksilöllisiä ja henkilökohtaisia tekijöitä kuten sukupuolta, ikää, taloudellista tilannetta, sosiaaliluokkaa, terveydentilaa, sosiaalisia taitoja ja ympäristöä.

Interaktionistista eli vuorovaikutus-lähestymistapaa yksinäisyyteen on tarkastellut eniten Weiss (1973). Hänen mukaansa yksinäisyyteen vaikuttavat sekä persoonalliset että tilannetekijät. Weiss (1973) erottaa kaksi eri yksinäisyyden muotoa, emotionaalisen ja sosiaalisen yksinäisyyden. Emotionaalinen yksinäisyys (loneliness of emotional isolation) on yksilön subjektiivinen reaktio läheisen ja kiintymystä tuottavan suhteen puuttumiseen. Taustalla on kiintymysteoreettinen (attachment, Bowlby 1969) näkemys hylätyksi tulemisen pelosta, joka liittyy lapsuuden aikaisiin kokemuksiin. Sosiaalinen yksinäisyys (loneliness of social isolation) on tulosta epäonnistuneeksi koetusta liittymisestä (integration) sosiaaliseen yhteisöön. Weissin (1973) teoreettinen malli yksinäisyyden emotionaalisesta ja sosiaalisesta ulottuvuudesta on saanut tukea useilta tutkijoilta (Rubenstein & Shaver 1982; Russell ym. 1984; Dugan & Kivett 1994; Green ym. 2001, Van Baarsen ym. 2001; Dykstra & De Jong Gierveld 2004, Van Tilburg ym. 2004), joskin näkemykset niiden lähtökohdista osin vaihtelevat. Vauxin (1988) mukaan molemmilla yksinäisyyden ulottuvuuksilla on yhteinen ydin, molemmat liittyvät erilaisiin subjektiivisiin kokemuksiin ja ilmenevät erilaisina tunteina sekä molempiin liittyy erilaisia vuorovaikutussuhteita kuvaavia määrällisiä ja laadullisia tekijöitä. Iäkkäillä ihmisillä emotionaalinen eristyneisyys selittää paremmin yksinäisyyden tunnetta kuin sosiaalinen eristyneisyys (Dugan & Kivett 1994).

Weissin (1973) mukaan ihminen tarvitsee erilaisia vuorovaikutussuhteita, jotka vastaavat niihin liittyviin odotuksiin ja tarpeisiin. Vuorovaikutussuhteiden merkitys saattaa muuttua eri elämäntilanteissa ja vaihdella eri ihmisillä. Weiss (1974) esittää teoriassaan (Theoretical model of the provisions of social relationships) kuusi erilaista vuorovaikutussuhteisiin liittyvää tarvetta tai odotusta, jotka ovat tärkeitä yksinäisyyden torjumisessa. *Kiintymys* (attachment) liittyy vuorovaikutussuhteeseen (puoliso, kumppani), joka tyydyttää läheisyyden ja rakkauden tarvetta ja tuottaa turvaa ja lohtua. Tällainen vuorovaikutussuhde on tärkeä emotionaalisen yksinäisyyden torjumisessa. *Liittyminen* (social integration) mahdollistuu vuorovaikutussuhteissa (ystävät, vertaiset), joissa voi jakaa yhteisiä mielenkiinnon kohteita. Tällaiset vuorovaikutussuhteet vastaavat sosiaalisuuden ja identiteetin tarpeisiin ja ovat tärkeitä sosiaalisen yksinäisyyden torjumisen kannalta. *Arvostus* (reassurance of worth) syntyy vuorovaikutussuhteissa, joissa henkilön taitoja ja kykyjä arvostetaan. Vuorovaikutussuhteet tukevat itsetuntoa ja tunnetta, että muut ihmiset arvostavat. *Avun saannin mahdollisuus* (reliable alliance) liittyy luotettavan henkilön olemassaoloon ja luottamukseen siitä, että saa apua missä tilanteessa tahansa. *Neuvojen saanti* (guidance) kuvaa mahdollisuutta saada neuvoja ja ohjausta ongelmatilanteissa luotettavalta taholta. *Hoivaaminen* (nurturance) liittyy vuorovaikutussuhteisiin,

joissa mahdollistuu hoivaaminen ja toisen hyvinvoinnista huolehtiminen. Yksinäisyyden tunne voi olla tuloksena koetusta puutteesta yhdessä tai useammas-
sa vuorovaikutussuhteisiin liittyvässä tarpeessa tai odotuksessa.

Ihminen voi ikääntyessään tulla yhä valikoivammaksi sosiaalisissa suhteissaan pyrkiäkseen säilyttämään fyysistä ja psyykkistä energiaa ja rajoittamaan kielteisiä tunteita. Carstensenin (1995, Socio-emotional selectivity theory) mukaan ikääntyvät ihmiset valikoivat mieluummin emotionaalista tukea tuottavia suhteita kuin sellaisia suhteita, jotka tuottavat vain tietoa tai täyttävät liittymisen tarpeita. Baltes ja Carstensen (1996) esittävät teoriassaan (The theory of selective optimization with compensation), että fyysisen tai kognitiivisen toimintakyvyn heikkeneminen pakottaa iäkkäät ihmiset valikoimaan ja hyödyntämään sellaiset suhteet, joilta on saatavissa eniten tukea sen sijaan, että he yrittävät pitää yllä kaikkia suhteita.

2.1.4 Yksinäisyyden mittaaminen

Yksinäisyyden mittaamisessa esiintyy kaksi erilaista käsitteellistä lähestymistapaa, yksinäisyys yksi- ja moniulotteisena ilmiönä (Russell 1982; Marangoni & Ickes 1989). Mitattaessa yksinäisyyttä yksiulotteisena, globaalina ilmiönä tutkitaan lähinnä koetun yksinäisyyden voimakkuuden vaihtelua, missä ei erotella yksinäisyyden syitä. Moniulotteinen lähestymistapa pyrkii erottelemaan yksinäisyyden eri ilmenemismuotoja.

Yksinäisyyttä kuvaavia asteikkoja on kehitetty useita mutta vähemmän testattu tai osoitettu niiden luotettavuutta ja sopivuutta iäkkäille henkilöille. Useimmat mittareista on kehitetty opiskelijaotoksilla tai työikäisillä aikuisilla. Moniulotteisista mittareista on käytetty useimmin De Jong Gierveldin (1987) kehittämää asteikkoa ja yksiulotteisista mittareista UCLA-asteikkoa (Russell 1996). Yksinäisyyttä on tutkittu usein myös kysymällä ihmiseltä itseltään, koeekeko hän yksinäisyyttä. Yksittäisellä kysymyksellä on todettu olevan hyvä sisältövaliditeetti (Bowling 1997). Kysymys on selkeä ja ymmärrettävä ja mittaa melko hyvin yksinäisyyden kokemusta (Fees ym. 1999), mutta se korreloi voimakkaammin emotionaalisen kuin sosiaalisen yksinäisyyden kanssa (Van Baarsen ym. 2001). Yksittäistä kysymystä on käytetty useissa väestötutkimuksissa (Berg ym. 1981; Mullins ym. 1991; Andersson 1992; Holmén ym. 1992; Dugan & Kivett 1994; Holmén ym. 1994; Stack 1998; Fees ym. 1999; Holmén ym. 1999; Tilvis ym. 2000; Van Baarsen ym. 2001; Routasalo ym. 2003; Jylhä 2004).

Monissa tutkimuksissa yksinäisyyttä on mitattu objektiivisilla, sosiaalista eristyneisyyttä kuvaavilla mittareilla kuten ystävien määränä, verkoston kokona, tapaamistiheytenä tai osallistumisaktiivisuutena. Henkilön subjektiivista arviota sosiaalisesta verkostosta ja vuorovaikutussuhteista on tutkittu tyytyväisyytenä ja koettuna läheisyytenä olemassa oleviin suhteisiin sekä koettuna sosiaalisena tukena. Vuorovaikutussuhteita kuvaavat muuttujat ovat pääasiassa olleet luokitteluasteikollisia. Cutronan ja Russellin (1987) Weissin (1974) teorian pohjalta kehittämää moniulotteista SPS- (Social Provision Scale) itsearviointiasteikkoa on käytetty ikääntyneillä ihmisillä useissa tutkimuksissa mittaamaan yksinäisyyttä (Bondevik & Skogstad 1996; 1998; Drageset 2004), koettua sosiaa-

lista tukea (Russell & Cutrona 1991; Khan ym. 2003) ja subjektiivisia arvioita vuorovaikutussuhteista (Russell 1996). Asteikon on todettu korreloivan negatiivisesti yksinäisyyden mittareiden kanssa (Russell ym. 1984; Vaux 1988; Kraus ym. 1993; Khan ym. 2003). Ongelmana yksinäisyyden sekä sosiaalisten suhteiden tutkimuksissa on mittaamisen kirjavuus, mikä liittyy osittain käsitelmäärittelyn ja operationaalistamisen vaikeuksiin (Bowling 1997). Se aiheuttaa myös ongelmia tutkimustulosten tulkinnassa ja vertailussa.

2.2 Vanhuusiän yksinäisyyttä määrittävät tekijät

Nuorten ja iäkkäiden ihmisten välillä ei välttämättä ole eroa globaalien, emotionaalisen tai sosiaalisen yksinäisyyden esiintyvyydessä (Green ym. 2001) mutta yksinäisyyttä määrittävät tekijät saattavat poiketa toisistaan samoin kuin vuorovaikutussuhteiden merkitys. Iäkkäät ihmiset korostavat vuorovaikutussuhteissa läheisyyttä, kun taas nuorille on tärkeää verkoston koko (Green ym. 2001). Yli 80-vuotiailla on suuri riski eristäytyä sosiaalisesti ihmissuhteiden menettämisen (Wenger & Jerrome 1999) ja terveyden ja toimintakyvyn heikkene-
misen vuoksi. Yksinäisyyttä määrittävissä tekijöissä on erotettavissa neljä keskeistä luokkaa: sosiodemografiset ja ekonomiset tekijät, sosiaaliset suhteet, terveyteen liittyvät tekijät ja persoonallisuus (Creecy ym. 1985; De Jong Gierveld 1987; Mullins ym. 1996; Fees ym. 1999). Tarkastelen kirjallisuuskatsauksessa esiin tulleita ikääntyneiden ihmisten yksinäisyyteen yhteydessä olleita sosiodemografisia ja ekonomisia sekä vuorovaikutussuhteisiin, terveyteen ja toimintakykyyn liittyviä tekijöitä.

2.2.1 Sosiodemografiset ja ekonomiset tekijät

Ikä

Ikääntymisen ja yksinäisyyden yhteydestä on osittain ristiriitaista tietoa. Itsensä yksinäiseksi kokevien määrä vaihtelee yli 60 -vuotiailla muutamasta prosentista 70 prosenttiin. Yli kolmannes (32–40 %) kokee yksinäisyyttä ainakin joskus (Weeks 1994; Forbes 1996; Vaarama ym. 1999; Routasalo ym. 2003) ja usein tai lähes aina 4–6 % (Andersson 1998; Vaarama ym. 1999). Vuoden 1998 vanhusbarometrin mukaan suomalaisista yli 81- vuotiaista 45 % koki yksinäisyyttä usein tai joskus (Vaarama ym. 1999). Usein tai aina yksinäisyyttä kokevien osuus yli 80-vuotiaista on vaihdellut 6–14 % välillä (Heikkinen ym. 1981; Suutama ym. 1988; Savikko ym. 2005). Forbes (1996) arvioi yksinäisyyden olevan vakava ja terveyttä uhkaava ongelma noin 10 prosentille iäkkäistä ihmisistä.

Joidenkin tutkimusten mukaan vanhemmissa ikäryhmissä yksinäisyyttä kokevien osuus on suurempi kuin nuoremmissa ikäryhmissä (Berg ym. 1981; Holmén ym. 1992; Prince ym. 1997; Fees ym. 1999; Vaarama ym. 1999; Routasalo ym. 2003) mutta myös päinvastaisia tuloksia on saatu (Creecy ym. 1985; De Jong Gierveld 1987). Yli 65-vuotiaita ruotsalaisia koskevassa tutkimuksessa

vanhin ikäryhmä (yli 90-vuotiaat) koki vähiten yksinäisyyttä (Holmén ym. 1992; Holmén & Furukawa 2002). Van Tilburg kumppaneineen (2004) havaitsi, että emotionaalinen yksinäisyys lisääntyi ikääntyessä. Sen sijaan sosiaalisessa yksinäisyydessä ei tapahtunut muutosta. Pitkittäistutkimusta on tehty suhteellisen vähän ja tulokset ovat niissä vaihdelleet (Samuelsson ym. 1998; Heikkinen 1999; Tjihuis ym. 1999; Holmén & Furukawa 2002; Wenger & Burholt 2004). Jylhä (2004) havaitsi 10- ja 20-vuoden seuraututkimuksissa, että yksinäisyyttä kokevien osuus lisääntyi mutta yksilötasolla tarkasteltuna muutoksia tapahtui myös toiseen suuntaan. Useat tutkijat ovat sitä mieltä, että ikääntyminen ei sinänsä altista yksinäisyydelle, vaan ikääntymiseen liittyvät muutokset ja menetykset johtavat yksinäisyyden tunteisiin (Mullins ym. 1996; Tjihuis ym. 1999; Jylhä 2004).

Sukupuoli ja siviilisääty

Sukupuolten väliset erot yksinäisyyden kokemisessa vaihtelevat tutkimuksesta toiseen. Joissakin tutkimuksissa sukupuolten välillä ei ole todettu eroja (Mullins ym. 1991; Russell 1996) tai joko naisilla (De Jong Gierveld ym. 1987; Holmén ym. 1992; Jylhä 2004; Savikko ym. 2005) tai miehillä (Mullins & Mushel 1992; Mullins ym. 1996) yksinäisyys on yleisempää. Erot saattavat selittyä osin siviilisäädyllä. Eronneiden, naimattomien ja leskien keskuudessa yksinäisyys on yleisempää miehillä kuin naisilla (Pinquart 2003). Verrattaessa naimisissa olevia ja muita siviilisäätyjä naimisissa olevilla on joko todettu olevan vähemmän yksinäisyyttä (Creecy ym. 1985; Dugan & Kivett 1994) tai siviilisäätyjen välillä ei ole todettu eroja lainkaan (Mullins ym. 1996; Pinquart 2003). Joissakin tutkimuksissa on todettu, että miehille partnerin (ei välttämättä puoliso) olemassaolo on tärkeä yksinäisyyden ehkäisemiseksi (Peters & Liefbroer 1997; Stack 1998; Tjihuis ym. 1999).

Yksinäisyyden kokemukset voivat kuitenkin olla erilaiset naisilla ja miehillä. Naiset ovat enemmän emotionaalisesti orientoituneita (Van Baarsen ym. 2001) ja kokevat siten enemmän emotionaalista yksinäisyyttä kuin miehet (Green ym. 2001; Dykstra & De Jong Gierveld 2004). Miehet taas kokevat enemmän sosiaalista yksinäisyyttä kuin naiset (Dykstra & De Jong Gierveld 2004). Vuorovaikutussuhteisiin liittyvät emotionaalista ja sosiaalista yksinäisyyttä määrittävät tekijät ovat myös erilaiset miehillä ja naisilla (Dykstra & De Jong Gierveld 2004).

Taloudellinen tilanne, koulutustaso ja asuinolosuhteet

Huonoksi koettu taloudellinen tilanne on useissa tutkimuksissa yhdistetty yksinäisyyteen (Creecy ym. 1985; Mullins ym. 1991; Mullins ym. 1996; Vaarama ym. 1999; Savikko ym. 2005). Myös alhaisella koulutustasolla ja yksinäisyyden kokemisella on todettu olevan yhteyttä (Savikko ym. 2005), ei kuitenkaan välttämättä (Berg ym. 1981; Mullins ym. 1996). Yksin asumisen on todettu olevan yhteydessä yksinäisyyteen (Berg ym. 1981; Mullins ym. 1991; Holmén ym. 1992; Vaarama ym. 1999; Routasalo ym. 2003; Yeh & Lo 2004) sekä kaupungissa että

maalla asuvilla (Havens ym. 2004). Yksinäisyys voi olla syynä myös laitokseen joutumiseen (Russell ym. 1997; Tilvis ym. 2000; Samuelsson ym. 2003). Mullins ym. (1996) eivät löytäneet yhteyttä yksinäisyyden ja yksin asumisen välillä. Eri kulttuureissa on todettu olevan eroja yksinäisyyden yleisyydessä (Jylhä & Jokela 1990), yksinäisyyden kokemisessa (Van Tilburg ym. 2004) ja selviytymiskeinoissa (Rokach ym. 2004).

2.2.2 Sosiaalinen verkosto ja vuorovaikutussuhteet

Iäkkäiden ihmisten sosiaalisen verkoston koko pysyy suhteellisen vakaana mutta koostumus voi muuttua. Van Tilburg (1998) havaitsi, että 60–85-vuotiaitten verkoston koko joko pysyi samana tai kasvoi neljän vuoden aikana. Aartsen kumppaneineen (2004) totesi, että verkoston koko pysyi vakaana mutta perheen jäsenten määrä lisääntyi, ystävien väheni ja naapureiden pysyi samana kuuden vuoden aikana. Wengerin ja Jerromen (1999) tutkimuksessa jotkut vuorovaikutussuhteet säilyivät mutta useimmat vaihtuivat 16 vuoden aikana. Vuorovaikutussuhteissa tapahtui muutoksia läheisemmistä suhteista kaukaisempiin ja vanhemmista nuorempiin. Iän lisääntyessä tutkittavat olivat valmiita hyväksymään vähemmän läheisiä ihmisiä luotetuiksi esim. naapureita tai virallisia avunantajia, jotka he luokittelivat ystäviksi (Wenger & Jerome 1999). Krause (1999) havaitsi, että yksilötasolla tarkasteltuna vuorovaikutussuhteiden määrällinen vaihtelu oli suurta; osalla vuorovaikutussuhteet lisääntyivät ja osalla vähenivät. Subjektiiiviset arviot verkostosta olivat pysyvämpiä kuin objektiiviset kuvaajat.

Joissakin tutkimuksissa on havaittu naisilla olevan laajempi ja ulospäin aktiivisempi sosiaalinen verkosto kuin miehillä (Akiyama & Akiyama 1991; Bowling 1994). Toisaalta Antonucci ym. (2002) totesivat monikansallisessa tutkimuksessa vain vähän eroja sosiaalisten suhteiden määrässä ja laadussa miesten ja naisten välillä. Iäkkäät naiset kokivat kuitenkin leskeyden ja taloudellisen tilan heikkenemisen todennäköisemmin kuin miehet.

Leskeys

Leskeyden on todettu olevan yhteydessä ikääntyneiden ihmisten yksinäisyyden tunteisiin (Berg ym. 1981; Holmén ym. 1992; Dugan & Kivett 1994; Hokkanen & Jylhä 1994; Holmén ym. 1999; Costello ym. 2000; Routasalo ym. 2003). Miehillä leskeys voi johtaa monien sosiaalisten suhteiden katkeamiseen (Van Grootheest ym. 1999) ja sitä kautta sekä emotionaaliseen että sosiaaliseen yksinäisyyteen, kun taas naisilla leskeys johtaa useimmiten emotionaaliseen yksinäisyyteen (Dykstra & De Jong Gierveld 2004). Erityisesti naispuolisilla leskillä kontaktit lisääntyvät puolison menettämisen jälkeen (Lennartsson 1999; Pinquart 2003). Barrett ja Lynch (1999) totesivat, että leskillä oli laajin huolehtiva verkosto ja he saivat apua aikuisilta lapsilta ja muilta sukulaisilta enemmän kuin muut siviilissädyt. Sekä mies- että naislesket kokivat Thuen ja Reimen (1997) tutkimuksessa vähemmän kiintymystä (attachment) sekä mahdollisuutta saada neuvoja

(guidance) ja huolehtia toisista (nurturance) kuin naimisissa olevat. Naiset kokivat myös, että heitä ei arvosteta.

Fry (1998) totesi, että vaikka leskillä oli yksinäisyyden tunteita vielä vuoden kuluttua puolison menettämisestä, useimmat kuitenkin sopeutuivat onnistuneesti ja joillekin leskeys tarjosi mahdollisuuden henkiseen kasvuun. Joidenkin tutkimustulosten perusteella on arveltu, että vanhemmissa ikäryhmissä leskeyden ja partnerin olemassaolon merkitys on vähäisempi yksinäisyyden kannalta kuin nuoremmassa ikäryhmissä (Weeks 1994; Peters & Liebroer 1997).

Kontaktit sukulaisiin ja ystäviin

Vähäisten kontaktien muiden ihmisten kanssa on todettu olevan yhteydessä yksinäisyyden kokemuksiin joissakin tutkimuksissa (Berg ym. 1981; Bondevik & Skogstad 1998). Osassa tutkimuksista yhteyttä ei ole havaittu (De Jong Gierveld 1987; Fees ym. 1999). Russell (1996) havaitsi, että verkoston koko ja kontaktien tiheys eivät olleet yhteydessä yksinäisyyteen mutta vuorovaikutussuhteiden koettu laatu oli. Kontaktien ja osallistumisen vähenemisestä huolimatta tyytyväisyys kontakteihin saattaa kasvaa iän lisääntyessä (Krause 1999; Kivett ym. 2000; Holmen & Furukawa 2002).

Iäkkäät ihmiset kokevat vähemmän yksinäisyyttä, kun heillä on ystäviä ja kontakteja heihin (Creecy ym. 1985; Mullins ym. 1987; Holmén ym. 1992; Mullins & Mushel 1992; Mullins & Smith 1996; Holmén & Furukawa 2002; Pinguart 2003; Routasalo ym. 2003; Wenger & Burholt 2004). Ystävillä on positiivinen vaikutus iäkkäiden ihmisten terveyteen ja hyvinvointiin (Lennartsson 1999) sekä vähäisempään kuolleisuuteen (Seeman ym. 1987). Iäkkäät ihmiset arvostavat erityisesti kontakteja oman ikäisten ystävien kanssa. Ystävyysuhteet perustuvat vapaaehtoisuuteen ja ovat emotionaalisesti tyydyttävämpiä muihin suhteisiin verrattuna mahdollistamalla itsenäisyyden, vastavuoroisuuden ja kumpuunpanuuden (Mancini & Blieszner 1989; Kivett ym. 2000).

Luotetun suhteen puuttuminen on liitetty yksinäisyyteen (Bowling ym. 1989; Wenger & Jerrome 1999). Naimisissa olevilla puoliso on yleensä luotettu ja leskillä lapset (Wenger & Jerrome 1999). Myös vertaisryhmä on tärkeä (Gupta & Korte 1994) sekä naapurit (Bondevik & Skogstad 1996) ja puhelinkontaktit muihin ihmisiin (Fees ym. 1999). Mullins kumppaneineen (1996) havaitsi, että emotionaalinen läheisyys puolisoon, lapsiin tai ystäviin ei ollut yhteydessä yksinäisyyteen. He arvelevat, että iäkkäillä ihmisillä emotionaalisuuden merkitys vuorovaikutussuhteissa saattaa olla yksinäisyyden kannalta vähemmän tärkeä verrattuna käytännöllisyyteen. Long ja Martin (2000) sen sijaan totesivat, että koettu kiintymys lapsiin oli tärkeä yksinäisyyden torjumisessa.

2.2.3 Terveys ja toimintakyky

Lukuisat tutkimukset ovat osoittaneet sosiaalisen verkoston määrällisten kuvaajien (verkoston koko, tapaamistiheys, sosiaalinen tuki, sosiaalinen aktiivisuus) yhteyden fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen ja kuolleisuuteen (Berkman & Syme 1979; Seeman ym. 1987; Jylhä & Aro 1989; Penninx ym. 1997; Glass ym.

1999; Kiely ym. 2000; Avlund ym. 2003). Myös yksinäisyyden tunteella on todettu olevan ennusteellista merkitystä (Olsen ym. 1991; Russell ym. 1997; Tilvis ym. 2000; Heikkinen & Kauppinen 2004; Perlman 2004). Terveysmuuttujien vaikutusta yksinäisyyden kokemuksiin ja koettuihin sosiaalisiin suhteisiin ei ole tutkittu pitkittäisasetelmilla. Muutamassa pitkittäistutkimuksessa on kiinnostuksen kohteena ollut terveysmuuttujien vaikutukset sosiaalisten suhteiden määrällisiin tekijöihin (mm. Lennartson 1999; Aartsen ym. 2004).

Berkmanin ym. (2000) mukaan sosiaalinen verkosto vaikuttaa terveyteen mm. tuottamalla sosiaalista tukea ja voimavaroja, vaikuttamalla terveyskäyttäytymiseen ja edistämällä sosiaalista sitoutumista ja osallistumista. Vaikutus voi olla positiivinen tai negatiivinen joko terveyttä edistävän tai vahingoittavan käyttäytymisen, fysiologisten toimintojen tai psykologisten mekanismien kautta (Bowling 1994; Rubenstein & Lubben 1994; Uchino ym. 1996; Berkman ym. 2000). Sosiaalisilla suhteilla voi olla joko suoria, epäsuoria tai puskuroivia vaikutuksia, joita ei täysin tunneta. Sosiaalisilla suhteilla voi olla suora vaikutus siihen, miten ihminen kokee itsensä. Kun tämä vaikutus on myönteinen, vaikuttaa se myös myönteisesti iäkkään ihmisen hyvinvointiin ja terveyteen (Adelmann 1994; Mendes ym. 1996). Epäsuora vaikutus auttaa ihmisiä selviytymään tai torjumaan ikääntymiseen liittyviä stressitekijöitä ja kriisien vaikutuksia (Akiyama & Akiyama 1991). Sosiaalisten suhteiden ja terveyden kausaalinen suunta ei ole yksiselitteinen. Vaikutus on todennäköisesti kaksisuuntainen, minkä selvittämiseen tarvitaan lisää pitkittäistutkimusta

Sekä subjektiivisen että objektiivisen terveyden on todettu olevan yhteydessä yksinäisyyteen (Andersson 1998). Sairaudet ja oireet (Havens ym. 2004) altistavat yksinäisyyden tunteille mutta myös sairauden luonteella voi olla merkitystä yksinäisyyden ilmenemiseen. Penninxin ym. (1999) tutkimuksessa lievempiä sairauksia sairastavilla yksinäisyys oli yleisempää kuin vakavampia sairauksia sairastavilla, mikä voi selittyä vakavampiin sairauksiin liittyvällä suuremmalla avuntarpeella ja kontakteilla auttajien kanssa (Bondevik & Skogstad 1998).

Tutkimustulokset huonoksi koetun terveyden ja yksinäisyyden yhteydestä poikkeavat toisistaan. Useissa tutkimuksissa positiivinen yhteys on todettu (Berg ym. 1981; Creecy ym. 1985; Holmén ym. 1992; Mullins & Smith 1996; Mullins ym. 1996; Tijhuis ym. 1999; Vaarama ym. 1999; Tilvis ym. 2000; Savikko ym. 2005). Toisaalta erityisesti vanhimmissa ikäryhmissä yhteys ei ole ollut tilastollisesti merkitsevä (Dugan & Kivett 1994; Holmén ym. 1994). Russellin (1996) tutkimuksessa objektiiviset terveyden mittarit eivät olleet yhteydessä yksinäisyyteen, sen sijaan itsearviointeihin perustuvat mittarit olivat. Fees kumppaneinen (1999) totesi, että yksinäisyys ennusti huonoksi koettua terveyttä paremmin kuin huonoksi koettu terveys yksinäisyyttä. Mullins ym. (1991) pohtivat, että yksinäisyys ja huonoksi koettu terveys saattavat olla osa samaa syndroomaa, joka joko liittyy tai ei liity objektiivisesti todettuun terveydentilaan.

Toisistaan poikkeavia ja osin vastakkaisia tutkimustuloksia on raportoitu sekä subjektiivisen että objektiivisen fyysisen toimintakyvyn ja yksinäisyyden välisestä yhteydestä (Berg ym. 1981; Bowling ym. 1989; Mullins & Smith 1996;

Mullins ym. 1996; Vaarama ym. 1999; Savikko ym. 2005). Vaikeudet selviytyä päivittäisistä toiminnoista (ADL) on joissakin tutkimuksissa ollut yhteydessä yksinäisyyteen (Jylhä 2004), kun taas joissakin tutkimuksissa yhteyttä ei ole todettu (Tijhuis ym. 1999). Vähän apua tarvitsevat kokevat vähemmän yksinäisyyttä kuin paljon apua tarvitsevat (Savikko ym. 2005). Toisaalta riippuvuus toisista ihmisistä päivittäisissä toiminnoissa selviytymisessä mahdollistaa kiintymyksen ja liittymisen tarpeiden toteutumisen ja vähentää siten yksinäisyyden tunteita (Bondevik & Skogstad 1998). Fyysisen toimintakyvyn laskun myötä tukea antavien henkilöiden määrä lisääntyy mutta kognitiivisen tason lasku johtaa sosiaalisen verkoston pienenemiseen (Aartsen ym. 2004).

Sosiaalista kanssakäymistä vaikeuttaa aistitoimintojen heikkeneminen. Huonon näön (Holmén ym. 1994) ja alentuneen kuulon (Chen 1994; Dugan & Kivett 1994) on todettu olevan yhteydessä yksinäisyyden tunteisiin. Kognitiivisen toimintakyvyn osalta tulokset poikkeavat toisistaan (Holmén ym. 1992; Tijhuis ym. 1999; Holmén ym. 2000; Tilvis ym. 2000).

Yksinäisyyden ja masentuneisuuden välinen yhteys iäkkäillä ihmisillä tulee toistuvasti esille eri tutkimuksissa (Berg ym. 1981; Creecy ym. 1985; Hansson ym. 1986; Mullins & Dugan 1990; Heikkinen ym. 1995; Russell 1996; Prince ym. 1997; Holmén ym. 1999; Heikkinen & Kauppinen 2004). Keskinäisestä positiivisesta korrelaatiosta huolimatta ne ovat erillisiä ilmiöitä (Young 1982), joihin molempiin liittyy erilaisia negatiivisia tunteita ja huonoksi koettuja vuorovaikutussuhteita. Depressiivisillä ihmisillä on suuremmat odotukset tulla hyväksytyiksi sosiaalisessa vuorovaikutuksessa ja he tulkitsevat kokemiaan tilanteita negatiivisemmin kuin ne, jotka eivät ole ei depressiivisiä (Blazer 2003). Persoonalliset tekijät, kuten kielteinen elämän asenne, vaikuttavat masentuneisuuteen, yksinäisyyteen ja koettuun terveyteen (Kahn ym. 2003). Yksinäisyyden ja masentuneisuuden kausaalinen suunta on epäselvä. Yksinäisyys voi olla yksi depression riskitekijöistä (Blazer 2002) tai seuraus erilaisista mielenterveysongelmista (Bowling 1989). Pitkittäistutkimusta on tehty vähän. Heikkisen ja Kauppinen (2004) tutkimuksen mukaan yksinäisyys ennusti masentuneisuutta. Hayninen ym. (2001) tutkimuksessa yhteys ei ollut tilastollisesti merkitsevä.

Yhteenvedona voidaan todeta, että tutkimustulokset yksinäisyyttä määrittävistä tekijöistä poikkeavat toisistaan ja ovat osin ristiriitaisia keskenään. Pitkittäistutkimusta on tehty vähän, mikä ei ole mahdollistanut syyseuraussuhteiden tarkastelua. Toisaalta yksinäisyyteen liittyy paljon sellaisia tekijöitä, jotka voivat olla joko syitä tai seurauksia ja joiden kausaalisuuntaa on hyvin vaikea määrittellä. Useimmat iäkkäiden ihmisten yksinäisyyttä koskevat tutkimukset käsittävät kaikki ikäluokat 65 vuodesta ylöspäin. Vanhimpia ikäluokkia on tutkittu vähän. Yksinäisyyttä on tarkasteltu tutkimuksissa globaalina, emotionaalisenä ja sosiaalisena yksinäisyytenä sekä sosiaalisena eristyneisyytenä.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TUTKIMUSONGELMAT JA VIITEKEHYS

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata 80-vuotiaiden jyvaskyläläisten kokemaa yksinäisyyttä ja sen muutosta viiden vuoden aikana sekä koettuun yksinäisyyteen yhteydessä olevia ja yksinäisyyttä ennustavia tekijöitä. Lisäksi tarkoituksena oli tutkia koetun yhteisyyden rakennetta, pysyvyyttä ja muutosta sekä koettua yhteisyyttä selittäviä ja ennustavia tekijöitä viiden vuoden seuruun aikana. Tavoitteena oli tunnistaa vanhuusiän yksinäisyyttä määrittäviä tekijöitä.

Tutkimusongelmat:

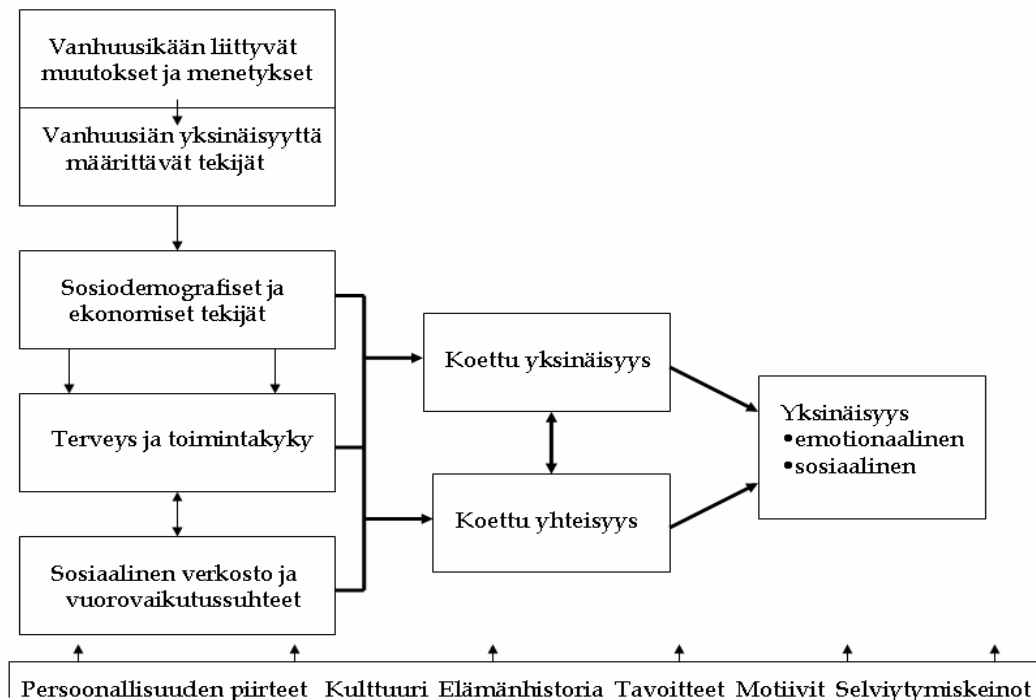
1. Miten 80- ja 85-vuotiaat miehet ja naiset arvioivat yksinäisyyden kokemuksiaan alkumittaustilanteessa ja viiden vuoden kuluttua? Kuinka pysyvää tai muuttuvaa yksinäisyyden kokemus on viiden vuoden aikana? (II, III)
2. Miten sosiodemografiset, vuorovaikutussuhteita ja terveyttä ja toimintakykyä kuvaavat tekijät ovat yhteydessä yksinäisyyden kokemukseen 80- ja 85-vuotiailla jyvaskyläläisillä? (II)
3. Miten sosiodemografiset, vuorovaikutussuhteita ja terveyttä ja toimintakykyä kuvaavat tekijät ennustavat yksinäisyyden kokemusta viiden vuoden kuluttua? (II)
4. Miten koetun yhteisyyden rakenne ja taso säilyvät tai muuttuvat viiden vuoden aikana? (I)
5. Miten sosiodemografiset, vuorovaikutussuhteita ja terveyttä ja toimintakykyä kuvaavat tekijät selittävät koettua yhteisyyttä 80- ja 85-vuotiailla miehillä ja naisilla?
6. Miten sosiodemografiset, vuorovaikutussuhteita ja terveyttä ja toimintakykyä kuvaavat tekijät ennustavat koettua yhteisyyttä viiden vuoden kuluttua? Onko yhteisyyden kokemisessa erotettavissa alaryhmiä eli eroja eri yksilöiden välillä? (IV)
7. Miten koetun yhteisyyden ulottuvuudet selittävät yksinäisyyden kokemusta ja masentuneisuutta? (III)

Tutkimuksen viitekehys

Yksinäisyyttä tarkastellaan tässä tutkimuksessa vuorovaikutusteoreettisesta (Weiss 1973) näkökulmasta. Yksinäisyys ymmärretään subjektiivisena, kielteisenä kokemuksena, joka liittyy puutteelliseksi koettuihin vuorovaikutussuhteisiin. Yksinäisyys jakaantuu sisällöllisesti emotionaaliseen ja sosiaaliseen ulottuvuuteen (Rubenstein & Shaver 1982; Russell ym. 1984; Dugan & Kivett 1994; Van Baarsen ym. 2001; Green ym. 2001, Dykstra & De Jong Gierveld 2004, Van Tilburg ym. 2004). Emotionaalinen yksinäisyys on yksilön subjektiivinen reaktio läheisen ja kiintymystä tuottavan henkilön puuttumiseen ja sosiaalinen yksinäisyys epäonnistuneeksi koetusta liittymisestä sosiaaliseen yhteisöön. Sosiaalinen eristyneisyys ymmärretään objektiivisesti havaittavana ja määrällisesti mitattavana sosiaalisen verkoston ja vuorovaikutussuhteiden kuvaajana. Sosiaalista eristyneisyyttä kuvaavat esim. läheisen tai luotetun ihmisen puuttuminen, vähäiset kontaktit toisten ihmisten kanssa ja yksin asuminen. Yhteisyys ymmärretään tässä tutkimuksessa vuorovaikutussuhteisiin liittyvänä myönteisenä kokemuksena. Se kuvaa, miten ihminen kokee yhteenkuuluvuutta sosiaalisissa suhteissaan eli miten hän kokee vuorovaikutussuhteiden vastaavan odotuksiinsa ja tarpeisiinsa. Koetun yhteisyyden puute heijastuu yksinäisyyden tunteina. Weiss (1973) näkee tärkeänä erottaa emotionaalisen ja sosiaalisen yksinäisyyden tutkittaessa iäkkäitä ihmisiä. Sen perusteella oletettiin (tutkimusongelma 4), että yhteisyydessä on erotettavissa kaksi ulottuvuutta. Iäkkäillä ihmisillä emotionaalista ulottuvuutta vuorovaikutussuhteissa saattaa luonnehtia läheisyyden ja kiintymyksen tunteen lisäksi avun saannin mahdollisuus. Sen merkitys saattaa korostua, kun terveys ja toimintakyky alenevat ja vanhus kokee olevansa yhä enemmän riippuvainen ulkopuolisesta avusta. Sosiaalista yhteisyyttä saattaa sen sijaan luonnehtia paremminkin avunantajan rooli, aktiivisuus ja osallistuminen.

Kuviossa 1 on esitetty teoreettinen malli vanhuusiän yksinäisyyttä määrittävistä tekijöistä. Osaa mallista käytettiin tässä tutkimuksessa tilastollisten analyysien taustana (vahvennetut nuolet). Mallissa oletetaan, että vanhuusiässä vanhenemisprosessista, sairauksista, elämäntavoista ja sosiaalisen verkoston muutoksista aiheutuvat erilaiset menetykset ja muutokset johtavat yksinäisyyden tunteisiin (ks. Mullins ym. 1996; Tijhuis ym. 1999; Jylhä 2004) (tutkimusongelmat 2, 3, 5 ja 6). Tutkimuksen oletuksena oli, että yksinäisyyttä kokevien osuus lisääntyy 80 ikävuoden jälkeen, jolloin menetykset vuorovaikutussuhteissa ja terveydessä ja toimintakyvyssä ovat yleisiä (tutkimusongelma 1). Kirjallisuuden pohjalta otettiin tarkastelun kohteeksi kolme keskeistä iäkkäiden ihmisten yksinäisyyttä määrittelevien tekijöiden luokkaa: sosiodemografiset ja ekonomiset tekijät, sosiaaliset suhteet ja terveyteen ja toimintakykyyn liittyvät tekijät. Oletuksena oli, että huono terveys ja alentunut toimintakyky sekä menetykset sosiaalisessa verkostossa vaikeuttavat kanssakäymistä toisten ihmisten kanssa ja johtavat yksinäisyyden kokemukseen ja vähäisemmäksi koettuun yhteisyyteen. Terveys ja toimintakyky voivat vaikuttaa sosiaalisen verkoston ja vuorovaikutussuhteiden vähenemiseen tai lisääntymiseen (esim. Lennartson 1999; Aartsen ym. 2004). Sosiaalinen verkosto ja vuorovaikutussuhteet voivat

vaikuttaa terveyteen ja toimintakykyyn joko myönteisesti tai kielteisesti (esim. Rubenstein & Lubben 1994; Uchino ym. 1996; Berkman ym. 2000). Masentuneisuus ei välttämättä liity vanhuusikään mutta sen yhteys yksinäisyyteen on tullut esille lukuisissa tutkimuksissa. Oletuksena on, että niitä molempia määrittelevät osin samanlaiset puutteelliseksi koetut vuorovaikutussuhteet (tutkimusongelma 7). Yksinasuminen, puolison menettäminen ja erityisesti naisilla taloudellisen tilanteen heikkeneminen liittyvät vanhuusikään (esim. Antonucci ym. 2002). Sosiodemografiset ja ekonomiset tekijät kuten ikä, sukupuoli, siviilisääty, taloudellinen tilanne, koulutus ja asumisolosuhteet ovat yhteydessä terveyteen ja toimintakykyyn sekä sosiaaliseen verkostoon ja vuorovaikutussuhteisiin mutta ne voivat vaikuttaa yksinäisyyden ja yhteisyyden tunteisiin myös suoraan. Yksin asuminen ja leskeys nähdään tässä tutkimuksessa vuorovaikutussuhteita kuvaavina muuttujina, koska ne saattavat heikentää erityisesti kaikkein iäkkäimpien ihmisen mahdollisuuksia kanssakäymiseen toisten kanssa. Yksinäisyyden ja yhteisyyden tunteen itsearvioon vaikuttavat lisäksi mm. persoonallisuudenpiirteet, kulttuuri ja elämänhistoria. Taustalla vaikuttavat omat odotukset, tavoitteet ja yksilölliset sopeutumismenetelmät vanhuusiän menetyksiin ja muutoksiin (esim. Carstensen 1995; Baltes & Carstensen 1996).



KUVIO 1 Teoreettinen malli vanhuusiän yksinäisyyttä määrittävistä tekijöistä.

Yksinäisyyttä tarkasteltiin tässä tutkimuksessa kielteisestä ja myönteisestä näkökulmasta yksi- ja moniulotteisena ilmiönä. Yksinäisyyden kielteistä kokemusta mitattiin yksinäisyyttä kartoittavalla yksittäisellä kysymyksellä. Iäkkäät ihmiset saattavat olla haluttomia ilmaisemaan yksinäisyyden tunteitaan (esim. Killeen 1998), jonka vuoksi arvioitiin myös vuorovaikutussuhteisiin liittyvää myönteistä näkökulmaa, koettua yhteisyyttä (Heikkinen ym. 1992). Koettua yhteisyyttä mitattiin moniulotteisella Social Provision Scale - itsearviointias- teikolla. Lähtökohtana oli, että yksinäisyyttä ja yhteisyyttä voi arvioida vain henkilö itse. Koetun yksinäisyyden ja yhteisyyden oletettiin korreloivan negatiivisesti keskenään.

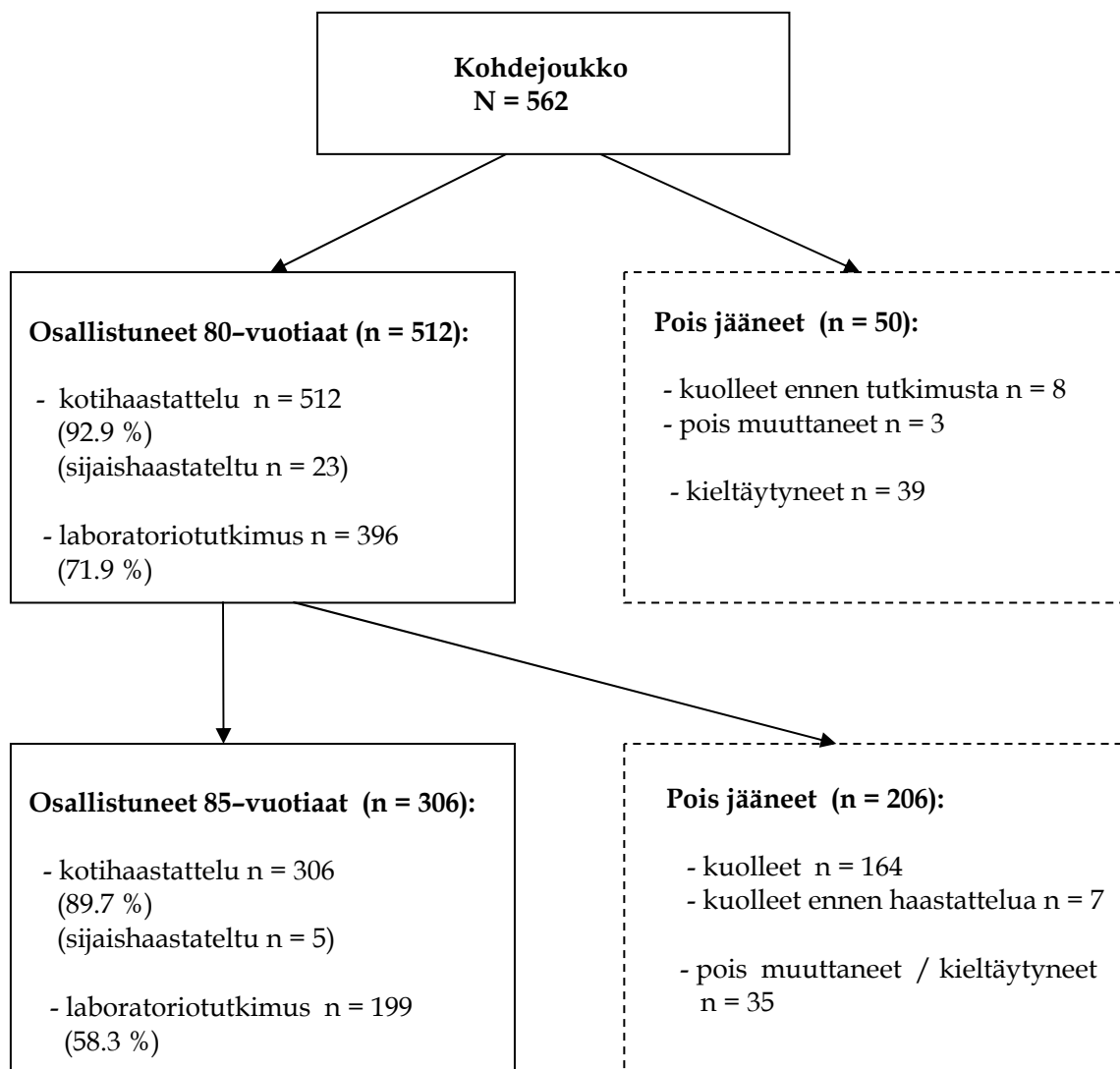
4 AINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkimus on osa Ikivihreät - tutkimus- ja kehittämisprojektia. Projektin tarkoituksena on kuvata, ylläpitää ja parantaa iäkkäiden jyvaskyläläisten fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä ja terveyttä. Projektin taustaa, tutkimusasetelmaa ja menetelmiä on kuvattu tarkemmin erillisjulkaisuissa (Heikkinen 1997, 1998; Kauppinen 2003).

4.1 Aineisto

Tutkimuksen aineisto koostui kahden ikäkohortin (80- ja 75-vuotiaiden kohortit) seuruututkimuksista. Kohdejoukkona olivat kaikki vuosina 1910 ja 1914 syntyneet elossa olleet jyvaskyläläiset miehet ja naiset. Tutkimukseen osallistuneiden osallistumisluvut on esitetty kuviossa 2 sekä taulukossa 2. Vuonna 1910 syntyneelle 80-vuotiaiden kohortille (N=291) tehtiin alkututkimus vuoden 1990 ja viiden vuoden seuruututkimus vuoden 1995 alussa. Osallistuminen vaihteli alkututkimuksessa 70.0–97.4 prosenttiin ja seuruututkimuksessa 54.3 (laboratoriotutkimukset) -90.0 prosenttiin. Tutkimukseen osallistuneista 80-vuotiaista 71.8 % ja 85-vuotiaista 75.7 % oli naisia. Alkututkimukseen osallistuneista kuoli viiden vuoden seuruuajana noin kolmannes (34.4 %).

Vuonna 1914 syntyneet (75-vuotiaiden kohortti, N= 388) osallistuivat alkututkimukseen 75-vuotiaina vuonna 1989 ja 5 vuoden ja 10 vuoden seuruututkimuksiin vuosina 1994 ja 1999. Tästä kohortista ovat tutkimuksessa mukana vain 5 ja 10 vuoden seuruuseen osallistuneet miehet ja naiset (N = 271), jolloin he olivat 80- ja 85-vuotiaita. Alkututkimukseen 75-vuotiaina osallistuneista kuoli 82 (23.1 %) ja 23 (6.5 %) jätti muista syistä osallistumatta 80-vuotiaiden seuruututkimukseen. Viiden vuoden seuruussa osallistumisprosentit vaihtelivat 69.6–95.4 ja 10-vuotisseuruun 56.7–91.5 prosentin välillä. Tutkimukseen osallistuneista 80-vuotiaista 67.2 % ja 85-vuotiaista 73 % oli naisia. Tutkimukseen osallistuneista 80-vuotiaista kuoli lähes kolmannes (30.4 %) viiden vuoden seuruuajana.



KUVIO 2 Vuonna 1910 ja 1914 syntyneiden tutkimukseen osallistuneiden ja pois jääneiden lukumäärät (ks. Kauppinen 2003)

TAULUKKO 2 Vuonna 1910 syntyneiden haastattelu- ja laboratoriotutkimuksiin osallistuminen alkumittauksilanteissa vuonna 1990 (80-vuotiaat) ja seuruutilanteissa vuonna 1995 (85-vuotiaat) ja vuonna 1914 syntyneiden haastattelu- ja laboratoriotutkimuksiin osallistuminen vuonna 1989 (80-vuotiaat) ja seuruutilanteissa vuonna 1994 (85-vuotiaat).

	80-vuotiaat (v. 1990)						85-vuotiaat (v. 1995)					
	Yhteensä		Miehet		Naiset		Yhteensä		Miehet		Naiset	
1910 syntyneet	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Kohdejoukko	291		78		213		170		42		128	
Tavoitettavissa	283	(100.0)	76	(100.0)	207	(100.0)	167	(100.0)	40	(100.0)	127	(100.0)
Haastattelu	262	(92.6)	74	(97.4)	188	(90.8)	148	(88.6)	36	(90.0)	112	(88.2)
Laboratorio- tutkimus	205	(72.4)	60	(78.9)	145	(70.0)	96	(57.5)	27	(67.4)	69	(54.3)
Kieltäytyneet, muu kato	21	(7.4)	2	(2.6)	19	(9.2)	19	(11.4)	4	(10.0)	15	(11.8)

	80-vuotiaat (v. 1989)						85-vuotiaat (v. 1994)					
	Yhteensä		Miehet		Naiset		Yhteensä		Miehet		Naiset	
1914 syntyneet	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Kohdejoukko	271		89		182		178		48		130	
Tavoitettavissa	268	(100.0)	87	(100.0)	181	(100.0)	174	(100.0)	47	(100.0)	127	(100.0)
Haastattelu	250	(93.3)	83	(95.4)	167	(92.3)	158	(90.8)	43	(91.5)	115	(90.6)
Laboratorio- tutkimus	191	(71.3)	65	(74.7)	126	(69.6)	103	(59.2)	31	(66.0)	72	(56.7)
Kieltäytyneet, muu kato	18	(6.7)	4	(4.6)	14	(7.7)	16	(9.2)	4	(8.5)	12	(9.4)

Taulukossa 3 on esitetty kuvailevaa tietoa tutkittavista. Leskiä oli 80-vuotiaista noin puolet ja 85-vuotiaista hieman yli 60 %. Yksin asuvien osuus oli molemmissa ikäryhmissä lähes 60 %. Molemmista ikäryhmistä alle 10 % koki taloudellisen tilanteensa huonoksi ja viidennes arvioi terveytensä huonoksi tai erittäin huonoksi. Hieman yli 15 prosentilla oli vähintään lukio- tai opistotasoinen koulutus. Molemmista ikäryhmistä noin kaksi kolmasosaa tapasi lapsiaan ainakin kerran kuukaudessa, kolmasosalla ei ollut lapsia tai he tapasivat heitä harvoin. Lähes kaksi kolmasosaa 80-vuotiaista tapasi ystäviään ainakin kerran kuukaudessa. Yli kolmannes 80-vuotiaista ja lähes puolet 85-vuotiaista tapasi ystäviään harvoin tai heillä ei ollut lainkaan ystäviä. Yli puolet 80-vuotiaista ja lähes puolet 85-vuotiaista oli puhelinyhteydessä sukulaisiin tai ystäviin lähes päivittäin. Laitoksessa olevia oli 80-vuotiaista 20 ja 85-vuotiaista 21 henkilöä.

TAULUKKO 3 Tutkimukseen osallistuneiden taustatietoja

Muuttuja	80-vuotiaat (n = 512)		85-vuotiaat (n = 306)	
	%	(n)	%	(n)
Sukupuoli				
Mies	30.7	(157)	25.8	(79)
Nainen	69.3	(355)	74.2	(227)
Siviilisäät				
Naimisissa	32.0	(164)	21.6	(66)
Leski	50.4	(258)	60.1	(184)
Naimaton	11.5	(59)	13.7	(42)
Eronnut	6.1	(31)	4.6	(14)
Koulutustaso				
Vähemmän kuin kansakoulu	11.2	(56)	9.8	(30)
Kansa- tai keskikoulu	73.3	(368)	74.2	(227)
Lukio tai opistotaso	10.8	(54)	11.4	(35)
Yliopistotutkinto	4.8	(24)	4.6	(14)
Yksin asuminen				
Kyllä	58.5	(293)	59.8	(186)
Ei	41.5	(219)	40.2	(120)
Koettu taloudellinen tilanne				
Hyvä	27.5	(136)	34.5	(95)
Tyydyttävä	64.0	(316)	60.7	(167)
Huono	8.5	(42)	4.7	(13)
Koettu terveys				
Erittäin hyvä / hyvä	15.9	(78)	15.6	(44)
Tyydyttävä	64.6	(316)	63.5	(179)
Huono / erittäin huono	19.5	(95)	20.9	(59)
Lapsien tapaaminen				
Ainakin kerran kuukaudessa	65.8	(331)	64.6	(192)
Ei ole / harvoin	34.2	(172)	35.4	(105)
Sukulaisten tapaaminen				
Ainakin kerran kuukaudessa	24.9	(122)	23.9	(69)
Ei ole / harvoin	75.1	(367)	76.1	(220)
Ystävien tapaaminen				
Ainakin kerran kuukaudessa	63.1	(309)	57.6	(167)
Ei ole / harvoin	36.9	(181)	42.4	(123)
Naapurien tapaaminen				
Ainakin kerran kuukaudessa	77.1	(377)	73.3	(206)
Ei ole / harvoin	22.9	(112)	26.7	(75)
Puhelinkontaktit				
Ainakin kerran kuukaudessa	78.3	(386)	65.1	(188)
Ei ole / harvoin	21.7	(107)	34.9	(101)

4.2 Menetelmät

Tieto koottiin strukturoidulla haastattelulla ja laboratoriossa tehdyillä terveys- ja toimintakykytutkimuksilla. Tutkittavien kotona suoritetulla haastattelulla selvitettiin sosiodemografisia ja ekonomisia tekijöitä, sosiaalisia suhteita, yksinäisyyttä, terveyttä ja toimintakykyä. Haastattelijoina toimivat Jyväskylän yliopiston kouluttamat haastattelijat, jotka auttoivat itsearviointiasteikkojen täyt-

tämisessä ja tarkensivat kysymyksiä tarvittaessa. Haastattelut kestivät keskimäärin kaksi tuntia. Laboratoriotutkimuksina olivat lääkärin toteamat pitkäaikaissairaudet ja aistitoiminnot. Yhteenvedo käytetyistä mittareista ja muuttujista on esitetty taulukossa 4.

Yksinäisyyttä selvitettiin neliluokkaisella kysymyksellä "Kärsittekö yksinäisyydestä": 1 = hyvin harvoin / ei koskaan, 2 = harvoin, 3 = usein, 4 = melkein aina. Haastattelijat selvensivät kysymyksen tarkoittavan yksinäisyyteen liittyvää negatiivista kokemusta. Osajulkaisuissa käytettiin muuttujaa myös kolmiluokkaisena: 1 = ei yksinäinen, 2 = harvoin yksinäinen ja 3 = usein tai melkein aina yksinäinen ja kaksiluokkaisena: 1 = ei yksinäinen ja 2 = yksinäinen (luokat 2 + 3 + 4) (II) tai 1 = ei yksinäinen (1 + 2) ja 2 = yksinäinen (3 + 4) (III). Vastaavanlaista kysymystä on käytetty useissa väestötutkimuksissa (esim. Berg ym. 1981; Mullins ym. 1991; Holmén ym. 1992; Stack 1998; Routasalo ym. 2003).

Koettua yhteisyyttä mitattiin The Social Provisions Scale -itsearviointiasteikolla (SPS; Cutrona & Russell 1987). SPS sisältää 24 kysymystä liittyen Weissin (1974) teorian (The theoretical model of the provisions of social relationships) kuuteen vuorovaikutussuhteisiin liittyvään ulottuvuuteen: kiintymys (koettu läheisyys ja turvallisuus), liittyminen (yhteenkuuluvuuden tunne henkilöihin / ryhmään, joiden kanssa on yhteisiä mielenkiinnon kohteita), arvostus (tunne, että muut arvostavat), avun saannin mahdollisuus (luotettavan henkilön olemassaolo ja luottamus siihen, että saa apua missä tilanteessa tahansa), neuvojen saanti (mahdollisuus saada neuvoja ja ohjausta luotettavalta taholta) ja hoivaaminen (mahdollisuus hoivaamiseen tai toisen hyvinvoinnista huolehtimiseen). SPS sisältää 24 kysymystä, neljä jokaisesta kuudesta ulottuvuudesta. Vastaajat arvioivat neliluokkaisella asteikolla 1 = täysin eri mieltä - 4 = täysin samaa mieltä, miten väittämät kuvaavat heidän sen hetkisiä vuorovaikutussuhteitaan. Kokonaispistemäärä vaihtelee 24 ja 96 välillä suuremman pistemäärän osoittaessa enemmän koettua yhteisyyttä. Ensimmäisessä osajulkaisussa tutkittiin SPS -asteikon rakennetta ja pysyvyyttä, jonka pohjalta asteikkoa käytettiin kaksikulotteisena (II, IV): emotionaalinen yhteisyys (kiintymys, avun saannin mahdollisuus ja neuvojen saanti) ja sosiaalinen yhteisyys (liittyminen, arvostus ja hoivaaminen). Ulottuvuuksien pistemäärät vaihtelevat 12-48 pisteen välillä. Kolmannessa osajulkaisussa mittaria käytettiin myös kuusiulotteisena. SPS:n sisäisen yhtäpitävyyden on todettu olevan hyvä eri aineistoissa (Cronbachin alfa 0.83-0.94, Cutrona & Russell 1987; Mancini & Blieszner 1992; Kahn ym. 2003). Tässä tutkimuksessa koko asteikon reliabiliteettikerroin (Cronbachin alfa) vaihteli 0.85-0.86 välillä, kaksikulotteisen asteikon 0.64 - 0.83 ja yksittäisten ulottuvuuksien 0.53-0.66 välillä.

Sosiaalista verkostoa ja vuorovaikutussuhteita kuvaavina objektiivisina muuttujina käytettiin siviilisäädyä (1 = leski, 2 = muut siviilisäädyt), yksin asuminen (1 = kyllä, 2 = ei), lapsien, sukulaisten, naapurien ja ystävien tapaamistiheyttä (0 = ei ole, 1 = ei tapaa lainkaan, 2 = tapaa harvoin, 3 = muutamia kertoja vuodessa, 4 = joka kuukausi, 5 = joka viikko, 6 = joka päivä). Muuttujia käytetään myös kaksiluokkaisina: 1 = ei ole / tapaa harvoin (0 -3) ja 2 = tapaa päivittäin - kuukausittain (4-6). Lisäksi selvitettiin ystävien lukumäärää ja puhelinkontakteja

sukulaisten ja ystävien kanssa (0 = ei puhelinta / ei koskaan / harvoin, 1 = yksi tai kaksi kertaa kuukaudessa, 2 = yksi tai kaksi vertaa viikossa, 3 = päivittäin / melkein joka päivä), kaksiluokkaisena 1 = ei ole / harvoin ja 2 = päivittäin - kuukausittain (1-3).

Depressiivisiä oireita mitattiin 20 -osioisella CES-D (Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale, Radloff 1977) -itsearviointiasteikolla. Jokainen osio vaihtelee 0-3 pisteen välillä ja maksimipistemäärä on 60. Kysymykset kuvaavat kyseisen oireen tai tunnetilan esiintymistiheyttä edellisen viikon aikana 4-luokkaisella asteikolla (0 = harvoin tai ei koskaan - 4 = lähes koko ajan). Ihmiset, jotka saavat 16 pistettä tai enemmän tulkitaan masennusoireista kärsiviksi.

Päivittäisten toimintojen (ADL) osalta arvioitiin sekä perustoiminnoista (PADL) että asioiden hoitamisesta (IADL) selviytymistä. PADL -indeksi muodostettiin 10 osiosta (kodissa liikkuminen, ulkona liikkuminen, portaissa liikkuminen, tuolilta tai sängyltä nouseminen, ylävartalon peseminen, varpaankynsien hoito, WC:ssä käyminen, ylävartalon pukeminen, kenkien / sukkiensa jalkaan laitto ja pois ottaminen, itse syöminen) ja IADL- indeksi 7 osiosta (yleisten kulkuneuvojen käyttö, ostoksilla käyminen, raha-asioista huolehtiminen, kahvin tai teen keitto, leivän, lihan tai vihannesten leikkaaminen, kansien tai purkkien avaaminen, imuroiminen). Vastajat arvioivat selviytymistään toiminnoista asteikolla 1 -5 (1= vaikeuksitta, 2 = selviytyy mutta väsyä tai vie pidemmän ajan, 3 = väsyä ja vie pidemmän ajan, 4 = autettuna, 5 = ei pysty autettunakaan).

Itsearvioitua terveydentilaa kysyttiin asteikolla: 1 = erittäin hyvä, 2 = hyvä, 3 = tyydyttävä, 4 = huono, 5 = erittäin huono. Muuttujaa käytettiin myös kaksiluokkaisena: 1 = hyvä / tyydyttävä (1+ 2 + 3), 2 = huono (4 + 5).

Objektiivisina, lääkärin toteamina terveyttä kuvaavina mittareina olivat *pitkäaikaissairauksien lukumäärä ja aistitoiminnot*. Aistitoiminnoista selvitettiin keskeisen näön tarkkuutta korjattuna tutkitun omin silmilasein. Kuulo muodostui puheaudiometrillä (ns. Palvan sanalistat) sekä luu- (250-8000 Hz) ja ilmajohtoisten (125-8000 Hz) kuulokynnysten keskiarvosta.

Sosiodemografisia ja ekonomisia tekijöitä kuvaavat sukupuoli, siviilisäätö, koulutustaso (1= vähemmän kuin kansakoulu, 2 = kansa- tai keskikoulu, 3 = lukio tai opistotaso, 4 = yliopistotutkinto) ja koettu taloudellinen tilanne (1= huono, 2 = tyydyttävä, 3 = hyvä), kaksiluokkaisena 1= huono (1) ja 2 = hyvä / tyydyttävä (2 + 3).

TAULUKKO 4 Tutkimuksessa käytetyt muuttujat

Muuttuja	Osajulkaisu	Lähde
Yksinäisyys	II - IV	
Koettu yhteisyys, SPS	I - IV	Cutrona & Russell 1987
Vuorovaikutussuhteet:		
- lapsien tapaamistiheys	II, IV	
- sukulaisten tapaamistiheys	II, IV	
- ystävien tapaamistiheys	II, IV	
- naapurien tapaamistiheys	II, IV	
- puhelinkontaktien tiheys	II, IV	
- yksin asuminen	II, IV	
- leskeys	II, IV	
- ystävien lukumäärä	IV	
Terveys- ja toimintakyky:		
- depressiiviset oireet, CES-D	II - IV	Radloff 1977
- toimintakyky (PADL, IADL)	II, IV	Laukkanen ym. 1994
- pitkäaikaissairauksien lukumäärä	II, IV	
- itsearvioitu terveys	II, IV	
- kuulo (puheaudiometri, kuulokynnykset)	II, IV	
- näkö (keskeisen näön tarkkuus)	II, IV	
Sosiodemografiset ja ekonomiset tekijät:		
- sukupuoli	I - IV	
- siviilisäätö	II, IV	
- koulutustaso	II, IV	
- koettu taloudellinen tilanne	II, IV	

4.3 Tilastolliset menetelmät

Ryhmävertailuissa käytettiin ei-jatkuvien muuttujien kohdalla ristiintaulukointeja ja χ^2 -testejä riippuvuuden testaamiseen. Keskiarvojen vertailussa eri ryhmien välillä käytettiin Studentin t-testiä ja varianssianalyysiä (ANOVA) sekä LSD-testiä (Fisher's Least Significance Difference test)(II, III). Kaksiluokkaisen yksinäisyys-muuttujan muutosta kahden mittauskerran välillä tutkittiin 2 x 2 siirtymätaulukolla ja tilastollista merkitsevyyttä testattiin McNemarin testillä. Logistisen regressio-analyysin avulla selvitettiin yksinäisyyttä selittäviä tekijöitä poikkileikkausaineistossa (III) ja ennustavia tekijöitä pitkittäisaineistossa (II). Jatkuvia muuttujia selittäviä tekijöitä poikkileikkausaineistossa tutkittiin regressioanalyysillä. Rakenneyhtälömalleja käytettiin analysoimaan koetun yksinäisyyden ja depressiivisten oireiden vaikutusta toisiinsa (kausaalisuhteet) viiden vuoden seuruun aikana (III). Koetun yhteisyyden (SPS) rakennetta ja sen pysyvyyttä viiden vuoden aikana tutkittiin konfirmatoristen poikittais- ja pitkit-

täisfaktorimallien (LISREL-malli) avulla (I). Pitkittäisregressiomallia (Mixture-mallintaminen) käytettiin tutkittaessa koettua yhteisyyttä ennustavia tekijöitä viiden vuoden aikana sekä selvittämään, onko koetussa yhteisyydessä erotettavissa eri alaryhmiä (IV) (Leskinen 2005). Kaikissa testeissä on käytetty 5 %:n riskitasoa. Analyysit suoritettiin SPSS 11.5, LISREL 8.30 (Jöreskog ym. 1999) ja Mplus 3.01 (Muthén & Muthén 1998-2004) ohjelmilla.

5 TULOKSET

Tulokset esitetään tutkimusongelmittain yhdistellen osajulkaisuja ja uusia aiemmin julkaisemattomia tuloksia. Uudet tulokset käsittävät II osajulkaisun analyysit suuremmalla aineistolla (vuonna 1910 + 1914 syntyneet) ja koetun yhteisyyden poikittaistutkimuksen (tutkimusongelma 5).

5.1 Koettu yksinäisyys alkumittaustilanteessa 80-vuotiaana ja viiden vuoden kuluttua 85-vuotiaana

Vuonna 1910 ja 1914 syntyneistä 80-vuotiaista 11.9 % ja 85-vuotiaista 12.3 % koki yksinäisyyttä usein tai aina. Nuoremasta ikäryhmästä hieman yli 60 % ja vanhemmasta ikäryhmästä lähes 60 % ilmoitti, ettei koe itseään yksinäiseksi koskaan. Miesten ja naisten välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa yksinäisyyden kokemisessa (taulukko 5). Verrattaessa seuruun aikana kuolleiden ja viiden vuoden ajan elossa säilyneiden yksinäisyyden kokemuksia 80-vuotiaana kummankaan sukupuolen, miesten ($p = 0.07$) ja naisten ($p = 0.38$) ryhmät eivät eronneet toisistaan. Yksinäiseksi itsensä kokevien osuus lisääntyi viiden vuoden aikana ($p = 0.003$) mutta muutoksia tapahtui myös toiseen suuntaan (taulukko 6). Tutkittavista lähes viidennekselle (18.8 %) ilmaantui yksinäisyyden tunteita ja 9.1 prosentilla yksinäisyyden tunteet hävisivät viiden vuoden kuluessa. Lähes puolet (47.5 %) iäkkäistä ei kokenut yksinäisyyttä ollenkaan, 15.5 %:lla yksinäisyyden kokemuksia oli molemmilla mittauskerroilla mutta ainoastaan 7 henkilöä heistä (2.5 %) koki yksinäisyyttä usein tai aina. Tutkittavista 63 % arvioi yksinäisyyden kokemuksensa molemmilla mittauskerroilla samoin eli pysyi samassa yksinäisyyttä kuvaavassa luokassa molempina ajankohtina.

TAULUKKO 5 Miesten ja naisten (v. 1910 + v. 1914 syntyneet) kokema yksinäisyys alkumittaustilanteessa 80-vuotiaana ja 5 vuoden seurantatilanteessa 85-vuotiaana. Lukumäärät, prosenttiosuudet ja sukupuolten välisen eron merkitsevyys χ^2 -testissä.

Yksinäisyyden kokeminen	Miehet				Naiset			
	80-vuotiaat		85-vuotiaat		80-vuotiaat		85-vuotiaat	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Ei yksinäinen	99	(65.6)	50	(65.8)	211	(61.5)	107	(53.3)
Harvoin	39	(25.8)	17	(22.4)	86	(25.1)	69	(34.3)
Usein / aina	13	(8.6)	9	(11.8)	46	(13.4)	25	(12.4)
Yhteensä	151	100.0	76	100.0	343	100.0	201	100.0

Miesten ja naisten ero: 80-vuotiaat: χ^2 -testi $p = 0.313$; 85-vuotiaat: χ^2 -testi $p = 0.129$

TAULUKKO 6 Seuruututkimukseen osallistuneiden 1910 ja 1914 syntyneiden kokema yksinäisyys 80-vuotiaana ja sen muutos viiden vuoden aikana (siirtymätaulukko, muutoksen merkitsevyys McNemarin χ^2 -testissä).

Yksinäisyys 80-vuotiaana	Yksinäisyys 85-vuotiaana						Yhteensä
	Ei yksinäinen		Harvoin		Usein / aina		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Ei yksinäinen	131	(84.0)	37	(43.0)	15	(44.1)	183 (66.3)
Harvoin	23	(14.7)	36	(41.9)	12	(35.3)	71 (25.7)
Usein / aina	2	(1.3)	13	(15.1)	7	(20.6)	22 (8.0)
Yhteensä	156	(56.5)	86	(31.2)	34	(12.3)	276 100.0

χ^2 -testi (McNemar), $p = 0.003$ (1= ei yksinäinen, 2 = harvoin, usein tai aina)

5.2 Yksinäisyyden kokemukseen yhteydessä olevat tekijät

Toisessa osajulkaisussa tutkittiin yksinäisyyden yhteydessä olevia ja yksinäisyyttä ennustavia tekijöitä vuonna 1910 syntyneiden poikittais- ja pitkittäisaineistossa. Tilastollisesti merkitsevät yhteydet yksinäisyyteen olivat 80-vuotiailla yksin asuminen, huonoksi koettu terveys, masentuneisuus sekä vähäiseksi koettu emotionaalinen ja sosiaalinen yhteisyys. 85-vuotiailla ainoastaan huonoksi koettu taloudellinen tilanne ja masentuneisuus nousivat merkitseviksi yksinäisyyden yhteydessä oleviksi tekijöiksi (II).

Koska yksinäisyyden kokemisen luokkien pieni havaintojen määrä saattoi vaikuttaa tilastollisen merkitsevyyden esille saamisessa, tehtiin yhteenvetoreporttiin vastaavat analyysit suuremmalle kohdejoukolle yhdistämällä vuoden 1910 ja 1914 syntyneiden aineistot. Taulukossa 7 on esitetty taustamuuttujien, vuorovaikutussuhteita kuvaavien muuttujien, itsearvioitun terveyden ja koettun yksinäisyyden jakaumat 80- ja 85-vuotiaitten ryhmissä.

TAULUKKO 7 Yksinäisyyden yhteys taustamuuttujiin, sosiaalisiin tekijöihin ja koettuun terveyteen prosentteina 80- ja 85-vuotiaitten ryhmissä (χ^2 - testi).

	Koettu yksinäisyys 80-vuotiaana				Koettu yksinäisyys 85-vuotiaana			
	Ei	Harvoin	Usein	p	Ei	Harvoin	Usein	p
n =	301-310	120-125	55-59		153-157	82-86	30-34	
Sukupuoli								
Nainen	68.1	68.8	78.0		68.2	80.2	73.5	
Siviilisääty								
Leski	44.5	59.2	66.1	.001	51.6	72.1	70.6	.003
Koettu taloudellinen tilanne								
Huono	8.1	7.3	14.0		2.6	4.7	15.6	.008
Koulutustaso								
Matala	82.8	87.2	89.5		83.4	81.4	88.2	
Asuminen								
Yksin	51.8	67.2	76.3	.000	55.4	73.3	76.5	.005
Lapsien tapaaminen								
Ei ole / harvoin	34.8	29.0	40.7		34.6	38.4	32.4	
Sukulaisten tapaaminen								
Ei ole / harvoin	68.4	73.3	67.3		75.2	75.0	76.5	
Ystävien tapaaminen								
Ei ole / harvoin	35.0	37.9	44.1		43.6	36.0	41.2	
Naapurien tapaaminen								
Ei ole / harvoin	20.8	24.2	31.6		24.5	25.9	25.0	
Puhelinkontaktit								
Ei ole / harvoin	18.0	24.4	32.2	.032	31.6	28.2	38.2	
Itsearvioitu terveys								
Huono	12.9	23.8	44.8	.000	16.6	19.5	30.0	

Molemmissa ikäryhmissä yksinäisyys lisääntyi leskeyden, yksin asumisen, harvojen puhelinkontaktien ja terveyden huonoksi kokemisen myötä. Vanhem-

massa ikäryhmässä myös huonoksi koettu taloudellinen tilanne oli yhteydessä yksinäisyyden kokemuksiin. Tapaamistiheydellä muiden ihmisten kanssa sen sijaan ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä.

TAULUKKO 8 Depressiivisten oireiden, koetun emotionaalisen ja sosiaalisen yhteisyyden toimintakyvyn, pitkäaikaissairauksien ja aistitoimintojen yhteys yksinäisyyteen 80- ja 85-vuotiaitten ryhmissä (keskiarvot ja - hajonnat sekä varianssianalyysin tulokset).

	Koettu yksinäisyys 80-vuotiaana (n = 315 - 494)					Koettu yksinäisyys 85-vuotiaana (n = 178 - 277)				
	Ei	Harvoin	Usein	ANOVA p	LSD parit. testi	Ei	Harvoin	Usein	ANOVA p	LSD parit. testi
	Ka (SD)	Ka (SD)	Ka (SD)			Ka (SD)	Ka (SD)	Ka (SD)		
Depressiiviset oireet (CES-D)	12.32 (7.91)	15.50 (7.41)	19.75 (9.27)	.000	1/2, 1/3, 2/3	11.94 (6.96)	15.11 (6.47)	20.45 (7.11)	.000	1/2, 1/3, 2/3
Emotionaalinen yhteisyys	38.46 (4.79)	37.92 (4.29)	35.78 (5.14)	.003	1/3 2/3	36.92 (4.67)	37.30 (4.51)	35.00 (4.81)	.072	
Sosiaalinen yhteisyys	35.29 (4.89)	34.57 (4.24)	32.43 (4.95)	.002	1/3 2/3	33.55 (4.92)	33.58 (4.33)	33.03 (4.92)	.855	
PADL	15.62 (7.18)	17.31 (7.24)	20.10 (9.05)	.000	1/2, 1/3 2/3	17.17 (6.62)	19.26 (7.65)	20.07 (10.23)	.048	1/2
IADL	10.65 (5.72)	10.62 (5.90)	14.57 (6.77)	.001	1/3 2/3	14.51 (7.99)	16.61 (8.23)	17.46 (9.76)	.147	
Pitkäaikais-sairaudet	2.41 (2.33)	3.05 (1.51)	2.82 (2.91)	.023	1/2	2.34 (3.32)	2.84 (3.44)	2.65 (4.08)	.562	
Näkö	0.64 (0.24)	0.62 (0.22)	0.67 (0.45)	.573		0.54 (0.25)	0.57 (0.23)	0.50 (0.21)	.600	
Kuulo	31.83 (14.99)	31.38 (13.09)	27.29 (9.24)	.203		36.80 (16.38)	36.52 (14.08)	40.91 (14.82)	.488	

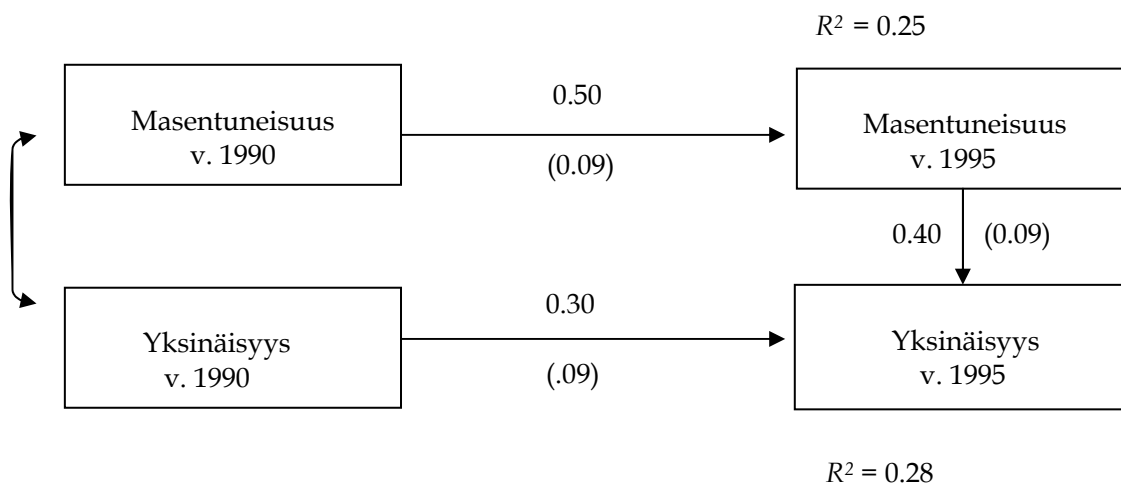
Taulukossa 8 on esitetty depressiivisten oireiden, koetun emotionaalisen ja sosiaalisen yhteisyyden, terveyden ja toimintakyvyn yhteydet yksinäisyyteen. Usein yksinäisyyden tunteita omaavat 80-vuotiaat kokivat vähemmän sekä emotionaalista että sosiaalista yhteyttä eli he arvioivat vuorovaikutussuhteensa huonommaksi kuin ne, joilla oli harvoin tai ei ollenkaan yksinäisyyden tunteita. Sitä vastoin vanhemmassa ikäryhmässä tilastollisesti merkitsevää yhteyttä yksinäisyyden kokemuksiin ei ilmennyt. Molemmissa ikäryhmissä masentuneisuus lisääntyi yksinäisyyden kokemusten lisääntyessä. CES-D asteikon keskiarvot ylittivät arvon 16 usein itsensä yksinäiseksi kokevilla eli yksinäiset

henkilöt olivat alakuloisia. Nuoremman ikäryhmän vanhukset, jotka kokivat harvoin tai ei lainkaan yksinäisyyttä, selviytyivät paremmin asioiden hoitamisesta (IADL) kuin vanhukset, jotka kokivat itsensä usein yksinäiseksi. Harvoin yksinäiseksi itsensä kokevilla 80-vuotiailla oli useampi sairaus verrattuna niihin, jotka eivät kokeneet yksinäisyyttä. Vanhemmassa ikäryhmässä PADL- että IADL -toimintojen keskiarvoissa oli havaittavissa sama suunta; mitä huonompi toimintakyky, sitä useammin esiintyi yksinäisyyden kokemuksia.

5.3 Yksinäisyyden kokemusta ennustavat tekijät

Koska osa muuttujista korreloi melko voimakkaasti keskenään, tehtiin muuttujille erilliset regressiomallit multikollinearisuuongelman välttämiseksi. Koetua yksinäisyyttä 85-vuotiaana lisäsivät nuoremmalla iällä koettu yksinäisyys (OR 5.08, 95 % CI 3.10–8.32), masentuneisuus (OR 1.07, 95 % CI 1.04–1.11), vaikeudet selviytyä päivittäisistä perustoiminnoista (PADL) (OR 1.09, 95 % CI 1.03–1.14) ja asioiden hoitamisesta (IADL) (OR 1.08, 95 % CI 1.01–1.16), huonoksi koettu terveys (OR 2.55, 95 % CI 1.16–5.59) sekä leskeys (OR 1.63, 95 % CI 1.01–2.63). Yksinasuminen 80-vuotiaana ennusti myös melkein merkitsevästi yksinäisyyttä 85-vuotiaana ($p = 0.053$). Tapaamistiheydellä ystävien kanssa sekä puhelinkontakteilla oli positiivinen, ei kuitenkaan tilastollisesti merkitsevä yhteys yksinäisyyteen eli yksinäisyyden kokemusten lisääntyessä kontaktit tihenivät.

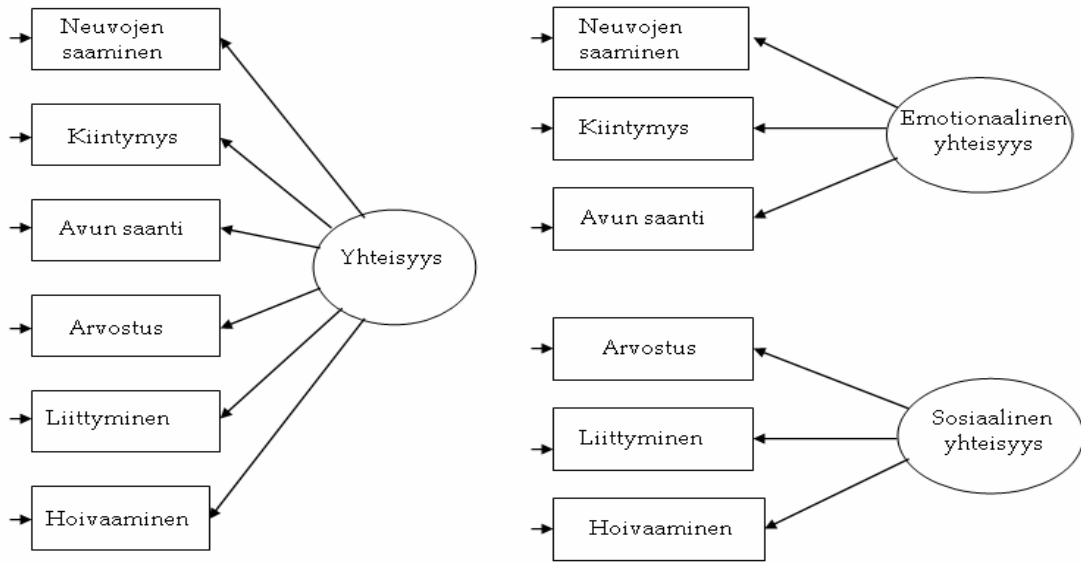
Vuonna 1910 syntyneiden seuruaaineistossa ($n = 133$) analysoitiin simultaanisten rakenneyhtälömallien avulla koetun yksinäisyyden ja masentuneisuuden samanaikaisia vaikutuksia toisiinsa toisella mittauskerralla 85-vuotiaana (III). Tavoitteena oli tutkia näiden kahden ilmiön kausaalisuuntaa. Naisten ($n = 98$) simultaanisessa rakenneyhtälömallissa vaikutus 85-vuotiaana koetusta yksinäisyydestä koettuun masentuneisuuteen 85-vuotiaana ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Poistamalla tämä vaikutus päädyttiin rekursiiviseen rakenneyhtälömalliin, joka sopi aineistoon hyvin: $\chi^2(2) = 0.69$ ($p = 0.711$), GFI (goodness-of-fit index) = 0.99 ja SRMR (standardized root mean square residual) = 0.019. Mallin kaikki estimoidut yhteydet koetun yksinäisyyden ja depressiivisten oireiden välillä olivat tilastollisesti merkitseviä (kuvio 3). Tulokset osoittivat, että masentuneisuus 80-vuotiaana vaikutti 85-vuotiaiden naisten yksinäisyyden tunteita lisäten. Nuoremmalla iällä koettu masentuneisuus selitti neljänneksen myöhemmällä iällä koetusta masentuneisuudesta. Yksinäisyyden kokemukset 80-vuotiaana selittivät lähes kolmanneksen yksinäisyyden tunteesta viiden vuoden kuluttua. Miehillä ($n = 35$) simultaaninen rakenneyhtälömalli sopi aineistoon tilastollisesti hyvin mutta ainoa tilastollisesti merkitsevä yhteys (0.47 , $t(0.15) = 3.05$) löytyi lähtötilanteen masentuneisuuden ja seurantatilanteen masentuneisuuden välillä eli 80-vuotiaana koettu masentuneisuus lisäsi myöhemmän iän masentuneisuutta. Koettu masentuneisuus 80-vuotiaana selitti 22 % masentuneisuuden vaihtelusta viiden vuoden kuluttua.



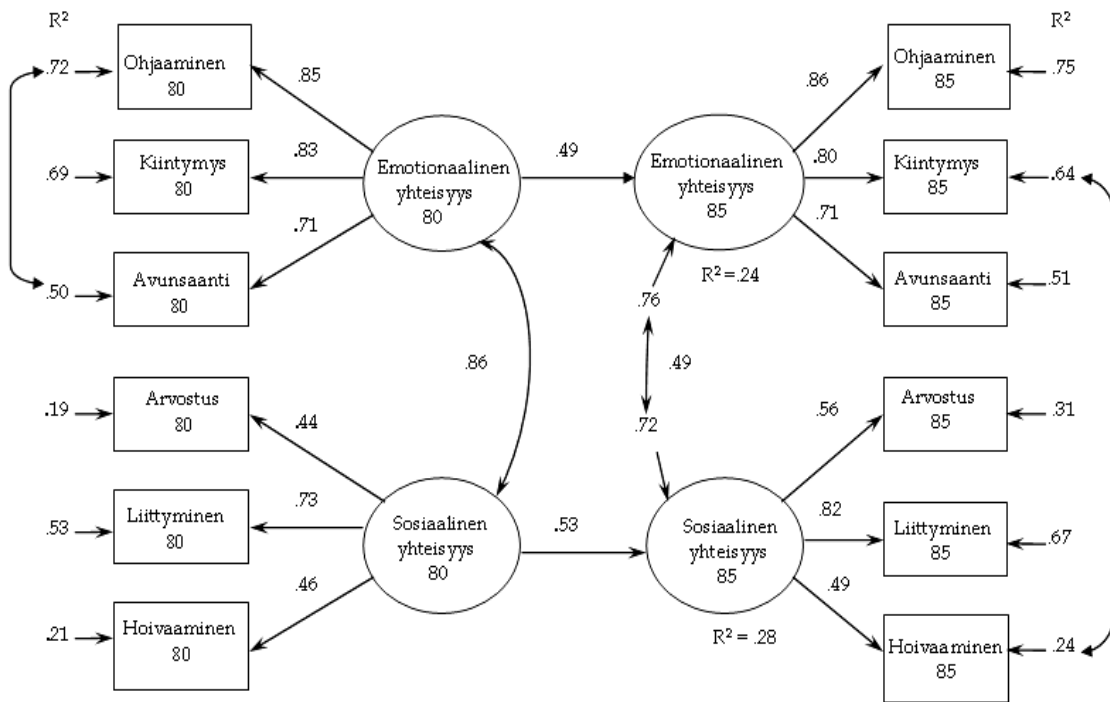
KUVIO 3 85-vuotiaitten naisten koetun yksinäisyyden ja masentuneisuuden rekursiivinen rakenneyhtälömalli.

5.4 Koetun yhteisyyden rakenne ja pysyvyys

Koetun yhteisyyden (SPS) rakennetta selvitettiin kahden vaihtoehdoisen konfirmatorisen faktorimallin avulla vuonna 1910 syntyneiden 80- ja 85-vuotiaiden poikkileikkausaineistoissa (I). Yhden faktorin malli kuvaa yhteisyyttä globaali-na ilmiönä ja kahden faktorin malli kaksiulotteisena emotionaalisena (kiintymys, avun saannin mahdollisuus, neuvojen saanti) ja sosiaalisena yhteisyytenä (liittyminen, arvostus, hoivaaminen) (kuvio 4). Taustalla oli oletus, että yhteisyys saattaa eriytyä kahteen ulottuvuuteen sen mukaan, onko henkilö itse avun antajan vai saajan asemassa. Mallien tilastollisten yhteensopivuustarkastelujen perusteella sekä alkumittaus- että seuruutilanteessa viiden vuoden kuluttua kahden faktorin malli sopi aineistoon paremmin kuin yhden faktorin malli. Faktorirakenteessa ei ollut eroa sukupuolten välillä ($\chi^2(28) = 18.28, p = 0.92$) 80-vuotiaana ja 85-vuotiaana ero oli hyvin pieni. Seuruun aikana kuolleiden ja viiden vuoden ajan elossa säilyneiden henkilöiden yhteisyyden faktorirakenteiden ($\chi^2(21) = 25.37, p = 0.23$) ja emotionaalisen yhteisyyden keskiarvojen (t -arvo = 0.43) välillä ei ollut tilastollista eroa. Sen sijaan sosiaalisen yhteisyyden keskiarvo oli matalampi seuruun aikana kuolleilla (t -arvo = 2.11) kuin elossa säilyneillä eli seuruun aikana kuolleet henkilöt kokivat vähemmän sosiaalista yhteisyyttä kuin viiden vuoden ajan elossa säilyneet.



KUVIO 4 Koetun yhteisyyden yhden ja kahden faktorin mallit



$\chi^2 (52) = 65.73, p = .096, RMSEA = .049, p = .49, GFI = .91, CFI = .97, AIC = 117.73$

(RMSEA = The root mean square error of approximation, GFI = The goodness-of-fit-index, CFI = The comparative fit index, AIC = Akaike's information criterion)

KUVIO 5 Emotionaalisen ja sosiaalisen yhteisyyden viiden vuoden pitkittäismalli (estimointi- ja riittävyysmittojen tulokset)

Emotionaalisen ja sosiaalisen yhteisyyden pysyvyyttä tutkittiin yhdistämällä kahden faktorin poikittaismallit neljän faktorin pitkittäismalliksi. Malli sopi riittävyysmittojen perusteella tilastollisesti aineistoon hyvin (kuvio 5). Tulokset osoittivat suhteellisen voimakasta rakenteellista pysyvyyttä viiden vuoden aikana. Emotionaalisen yhteisyyden pysyvyykskerroin oli 0.49 ja sosiaalisen yhteisyyden hieman korkeampi (0.53). Koettu emotionaalinen yhteisyys alkumittaustilanteessa vuonna 1990 selitti emotionaalisen yhteisyyden vaihtelusta viiden vuoden kuluttua lähes neljänneksen (24 %). Vastaava selitysaste sosiaalisen yhteisyyden kohdalla oli 28 %. Sekä emotionaalisen (t -arvo = -3.23) että sosiaalisen (t -arvo = -4.25) yhteisyyden keskiarvo sen sijaan laski tilastollisesti merkitsevästi eli yhteisyyden tunne väheni iän lisääntyessä.

5.5 Emotionaalista ja sosiaalista yhteisyyttä selittävät tekijät

Regressioanalyysin avulla tutkittiin koettua emotionaalista ja sosiaalista yhteisyyttä selittäviä tekijöitä poikittaisaineistossa 80- ja 85-vuotiailla miehillä ja naisilla erikseen. Molemmille sukupuolille tehtiin erilliset korrelaatiomatriisit. Tilastollisesti merkitsevästi emotionaalisen ja sosiaalisen yhteisyyden kanssa korreloiville muuttujille tehtiin erilliset regressiomallit, jonka perusteella valittiin muuttujat monimuuttujamalleihin. Koska PADL- ja IADL-muuttujat korreloivat voimakkaasti toistensa kanssa ($r = -0.69-0.83$), malleihin otettiin vain toinen, paremmin malliin soveltuva muuttuja mukaan.

Miesten regressiomallit on esitetty taulukossa 9. Sekä 80- että 85-vuotiailla miehillä emotionaalisen yhteisyyden tunnetta lisäsivät vähäinen depressiivisten oireiden määrä ja tiheät kontaktit ystävien kanssa. Vanhemmassa ikäryhmässä nämä kaksi tekijää selittivät yli kolmanneksen emotionaalisen yhteisyyden tunteesta. 80-vuotiailla miehillä lisäksi yksin asuminen oli merkitsevä selittäjä eli toisen kanssa asuminen lisäsi emotionaalisen yhteisyyden tunnetta. Mallin selitysaste oli 19.6 %.

Nuoremman ryhmän miehillä jonkun toisen kanssa asuminen ja asioiden hoitamisesta selviytyminen lisäsivät sosiaalisen yhteisyyden tunnetta. Vanhemman ikäryhmän miehillä hyvän toimintakyvyn ohella myös ystävät lisäsivät sosiaalisen yhteisyyden tunnetta. Ystävien lukumäärä oli sosiaalisen yhteisyyden paras selittäjä vanhemmassa ikäryhmässä. Mitä enemmän 85-vuotiailla miehillä oli ystäviä, sitä enemmän he kokivat sosiaalista yhteisyyttä. Mallien selitysasteet olivat korkeat, 31.6 % nuoremmassa ja 54 % vanhemmassa ikäryhmässä.

Taulukossa 10 on esitetty naisten regressiomallit. Tiheät kontaktit lasten ja ystävien kanssa lisäsivät koetun emotionaalisen yhteisyyden tunnetta molemmissa ikäryhmissä. Nuoremmassa ikäryhmässä lisäksi tiheämmät puhelinkontaktit ja ystävien määrä lisäsivät emotionaalista yhteisyyttä. Vanhemmassa ikäryhmässä taas korkeampi koulutustaso ja hyväksi koettu taloudellinen tilanne

lisäsivät emotionaalisen yhteisyyden tunnetta. Malli selitti lähes kolmanneksen (26.2 %) koetun emotionaalisen yhteisyyden vaihtelusta 85-vuotiaana.

TAULUKKO 9 Regressioanalyysin tulokset emotionaalista ja sosiaalista yhteisyyttä selittävästä tekijöistä 80- ja 85-vuotiailla miehillä (1910 + 1914 syntyneet). Standardoidut regressiokertoimet (Beta), *t*-arvot, mallien selitysasteet ja tilastollinen merkitsevyys (* $p \leq 0.050$, ** $p \leq 0.010$, *** $p \leq 0.001$).

Muuttuja	Emotionaalinen yhteisyys			
	80-vuotiaat miehet		85-vuotiaat miehet	
	<i>B</i>	<i>t</i> -arvo	<i>B</i>	<i>t</i> -arvo
Sosiodemografiset tekijät				
Koulutustaso	-	-	.191	1.74
Vuorovaikutussuhteet				
Yksin asuminen	-.241	-2.94 **	-	-
Ystävien tapaaminen	.182	2.20 *	.298	2.62 **
Ystävien lukumäärä	-	-	.163	1.45
Terveys ja toimintakyky				
Depressiiviset oireet	-.306	-3.74 ***	-.290	-2.67 **
<i>R</i> ²		.196		.309
Muuttuja	Sosiaalinen yhteisyys			
	80-vuotiaat miehet		85-vuotiaat miehet	
	<i>B</i>	<i>t</i> -arvo	<i>B</i>	<i>t</i> -arvo
Vuorovaikutussuhteet				
Yksin asuminen	-.275	-2.48 *	-	-
Ystävien tapaaminen	.087	0.66	.126	0.98
Naapurien tapaaminen	.147	1.34	-	-
Ystävien lukumäärä	.039	0.30	.506	3.92 ***
Terveys ja toimintakyky				
Depressiiviset oireet	-.161	-1.45	-.248	-2.03
IADL - toiminnot	-.333	-3.09 **	-.434	-3.50 ***
<i>R</i> ²		.314		.540

Koettua sosiaalista yhteisyyttä selitti nuoremmissa naisten ikäryhmässä parhaiten koulutustaso. Mitä korkeampi koulutus oli, sitä enemmän 80-vuotiaat naiset kokivat sosiaalista yhteisyyttä. Toisen kanssa asuminen, useat ystävät, tiheät puhelinkontaktit ja hyvä näkö lisäsivät myös sosiaalisen yhteisyyden tunnetta (selitysaste 27.7 %). Vanhemmassa ikäryhmässä ainoastaan ystävien tapaaminen jäi merkitseväksi selittäjäksi eli mitä useammin 85-vuotiaat tapasivat ystäviään, sitä enemmän he kokivat sosiaalista yhteisyyttä. Ystävien tapaaminen selitti yli kolmanneksen sosiaalisen yhteisyyden tunteesta.

TAULUKKO 10 Regressioanalyysin tulokset emotionaalista ja sosiaalista yhteisyyttä selittävistä tekijöistä 80- ja 85-vuotiailla naisilla (1910 + 1914 syntyneet). Standardoidut regressiokertoimet (Beta), *t*-arvot, mallien selitysasteet ja tilastollinen merkitsevyys (* $p \leq 0.050$, ** $p \leq 0.010$, *** $p \leq 0.001$).

Muuttuja	Emotionaalinen yhteisyys			
	80-vuotiaat naiset		85-vuotiaat naiset	
	<i>B</i>	<i>t</i> -arvo	<i>B</i>	<i>t</i> -arvo
Sosiodemografiset ja ekonomiset tekijät				
Koulutustaso	-	-	.166	2.40 *
Taloudellinen tilanne	.055	0.87	.152	2.15 *
Vuorovaikutussuhteet				
Leskeys	-	-	-.080	-1.02
Ystävien tapaaminen	.205	3.15 **	.255	3.01 **
Lapsien tapaaminen	.221	3.66 ***	.158	2.07 *
Naapurien tapaaminen	-	-	.030	0.43
Ystävien lukumäärä	.161	2.52 *	.154	1.81
Puhelinkontaktit	.127	2.07 *	-	-
Terveys ja toimintakyky				
Itsearvioitu terveys	.039	0.60	-	-
Depressiiviset oireet	-.116	-1.72	-.118	-1.64
Näkö	.103	1.67	-	-
Yksinäisyys	.057	0.87	-	-
<i>R</i> ²	.210		.262	
Muuttuja	Sosiaalinen yhteisyys			
	80-vuotiaat naiset		85-vuotiaat naiset	
	<i>B</i>	<i>t</i> -arvo	<i>B</i>	<i>t</i> -arvo
Sosiodemografiset ja ekonomiset tekijät				
Koulutustaso	.198	3.22 ***	.120	1.28
Taloudellinen tilanne	-	-	.098	0.92
Vuorovaikutussuhteet				
Yksin asuminen	-.132	-2.08 *	-	-
Ystävien tapaaminen	.058	0.84	.242	2.22 *
Naapurien tapaaminen	.050	0.78	.177	1.80
Ystävien lukumäärä	.150	2.23 *	.092	0.84
Puhelinkontaktit	.124	1.97 *	.103	1.09
Sukulaisten tapaaminen	-	-	.122	1.32
Terveys ja toimintakyky				
Itsearvioitu terveys	-	-	-.039	-0.35
Pitkäaikaissairaudet	-.109	-1.58	-	-
Depressiiviset oireet	-.070	-1.02	-.136	-1.28
PADL-toiminnot	-.133	-1.91	-	-
IADL - toiminnot	-	-	-.194	-1.92
Näkö	.142	2.26 *	-	-
Kuulo	-	-	-.094	-1.00
Yksinäisyys	-.117	-1.79	-	-
<i>R</i> ²	.277		.359	

Emotionaalisen yhteisyyden keskiarvot eivät eronneet sukupuolten välillä kummassakaan ikäryhmässä (80 v. $p = 0.752$, 85 v. $p = 0.484$). Sen sijaan 80-vuotiaat ($p = 0.010$) ja 85-vuotiaat ($p = 0.011$) miehet kokivat enemmän sosiaalista yhteisyyttä kuin vastaavan ikäiset naiset.

5.6 Emotionaalista ja sosiaalista yhteisyyttä ennustavat tekijät

Emotionaalista ja sosiaalista yhteisyyttä ennustavia tekijöitä viiden vuoden aikana tutkittiin miehillä ja naisilla erikseen pitkittäisregressiomallien avulla käyttäen mixture -mallintamista (IV). Tavoitteena oli selvittää yhteisyyttä ennustavia tekijöitä sekä koetussa yhteisyydessä mahdollisesti ilmeneviä alaryhmiä. Sekä miehillä että naisilla oli erotettavissa kaksi alaryhmää koetussa yhteisyydessä. Analyysien pohjalta naisten ryhmät nimettiin "sosiaalisesti suojatut" ja "sosiaalisesti eristyneet" (kuvio 6). Miesten ryhmät nimettiin vastaavasti "sosiaalisesti aktiiviset" ja "sosiaalisesti itsenäiset" (kuvio 7).

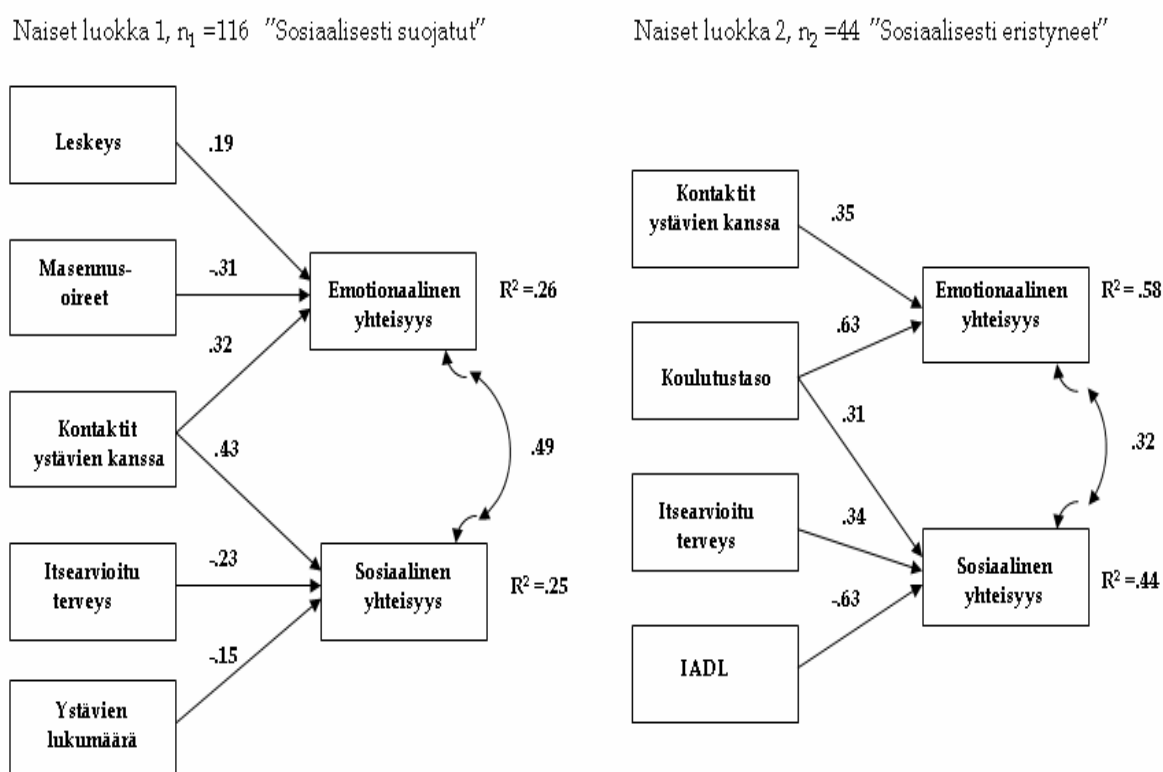
TAULUKKO 11 Emotionaalisen ja sosiaalisen yhteisyyden alaryhmät miehillä ja naisilla (keskiarvot, varianssit ja t -arvot).

	Emotionaalinen yhteisyys		Sosiaalinen yhteisyys		
	Keskiarvo	Varianssi	Keskiarvo	Varianssi	
Naiset					
Sosiaalisesti suojatut	37.54	15.02	33.78	17.37	$n_1 = 116$
Sosiaalisesti eristyneet	34.90	26.25	32.05	23.33	$n_2 = 44$
t -arvot	4.67		1.86		
Miehet					
Sosiaalisesti aktiiviset	36.55	24.52	35.40	16.08	$n_1 = 51$
Sosiaalisesti itsenäiset	38.86	26.13	32.44	53.19	$n_2 = 14$
t -arvot	-1.44		1.88		

"Sosiaalisesti suojattujen" - naisten ryhmässä alkututkimustilanteen leskeys, vähäisempi masentuneisuus ja tiheät kontaktit ystäviin ennustivat korkeampaa emotionaalisen yhteisyyden tunnetta 85-vuotiaana. Nämä kolme tekijää selittivät 26 % koetusta emotionaalisesta yhteisyydestä viiden vuoden kuluttua. Sosiaalisen yhteisyyden tunteeseen vaikuttivat positiivisesti hyväksi koettu terveys

sekä vähäinen määrä ystäviä ja tiheät kontaktit heidän kanssaan. Mallin selitysaste oli 25 %.

”Sosiaalisesti eristyneiden” -naisten ryhmässä emotionaalista yhteisyyttä ennusti parhaiten koulutustaso ja sosiaalista yhteisyyttä IADL-toiminnot. Mitä korkeammin henkilö oli koulutettu ja mitä useammin hän tapasi ystäviään alkumittaustilanteessa sitä enemmän hän koki emotionaalista yhteisyyttä viiden vuoden kuluttua (selitysaste 58 %). Hyvä koulutus ja selviytyminen asioiden hoitamisesta (IADL) sekä huonoksi koettu terveys lisäsivät koettua sosiaalista yhteisyyttä. Mallin selitysaste oli 44 %. ”Sosiaalisesti eristyneet” kokivat vähemmän emotionaalista yhteisyyttä kuin ”sosiaalisesti suojatut” (taulukko 11).

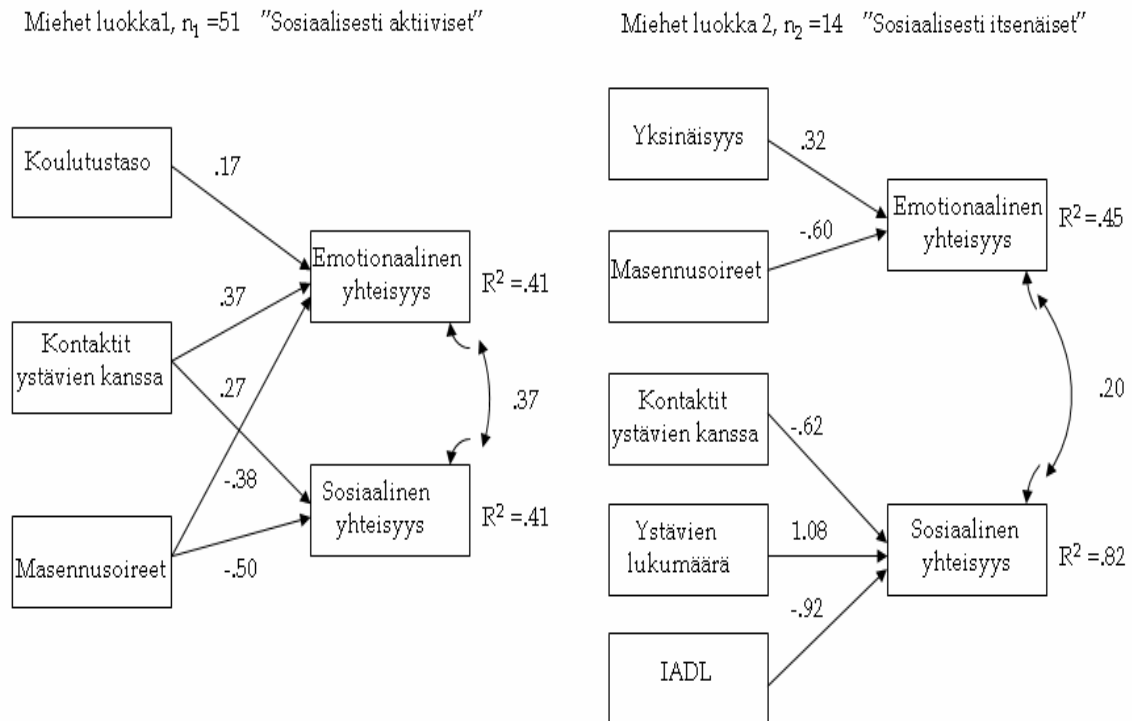


KUVIO 6 Naisten kahden latentin luokan pitkittäisregressiomallit (standardoidut estimaatit)

Miesten ”sosiaalisesti aktiivisten” ryhmässä sekä emotionaalista että sosiaalista yhteisyyden tunnetta lisäsivät tiheät kontaktit ystäviin ja vähäinen masentuneisuus. Lisäksi emotionaalista yhteisyyttä ennusti koulutustaso eli mitä korkeampi koulutus oli, sitä enemmän miehet kokivat emotionaalista yhteisyyttä vanhemmalla iällä. Selitysasteet molemmille malleille olivat 41 %.

”Sosiaalisesti itsenäisten” miesten kokemaan emotionaaliseen yhteisyyteen vaikuttivat positiivisesti 80-vuotiaana koettu yksinäisyys ja vähäinen masentuneisuus. Nämä kaksi tekijää selittivät lähes puolet (45 %) emotionaalisen yhteisyyden vaihtelusta. Usea ystävä mutta harvat kontaktit heidän kanssaan

sekä hyvä toimintakyky (IADL) lisäsivät sosiaalisen yhteisyyden tunnetta (selitysaste 82 %).



KUVIO 7 Miesten kahden latentin luokan pitkittäisregressiomallit (standardoidut estimaatit)

5.7 Yksinäisyyden kokemuksen, masentuneisuuden ja koetun yhteisyyden yhteys

Poikittaisaineistossa tutkittiin yhteisyyden kuuden yksittäisen ulottuvuuden yhteyttä ja selitysvoimaa yksinäisyyden kokemukseen ja masentuneisuuteen (III). Yksinäisyyttä selittivät parhaiten avun saannin mahdollisuus, liittyminen ja kiintymys (taulukko 12). Yksinäisyyden tunteita vähensi tunne siitä, että saa apua tarvittaessa, tunne kuulumisesta sosiaaliseen yhteisöön ja koettu läheisyys ja turvallisuus vuorovaikutussuhteissa. Masentuneisuudella oli negatiivinen tilastollisesti merkitsevä yhteys kaikkiin muihin koetun yhteisyyden ulottuvuuksiin paitsi hoivaamiseen ja liittymiseen. Paras selittäjä oli neuvojen saanti eli mahdollisuus saada neuvoja ja tietoa luotettavalta taholta vähensi masentuneisuutta. Molempia sekä yksinäisyyden tunnetta että masentuneisuutta vähensivät emotionaalista yhteisyyttä kuvaavat kiintymys (koettu läheisyys ja turvallisuus) ja avun saannin mahdollisuus (luottamus siihen, että saa apua missä tilanteessa tahansa). Kun taas liittyminen vähensi ainoastaan yksinäisyyden tunnetta ja arvostus ja neuvojen saanti masentuneisuutta. Yksittäisten ulottuvuuksien selitysasteet olivat kuitenkin matalia vaihdellen 4.8–8.0 % välillä.

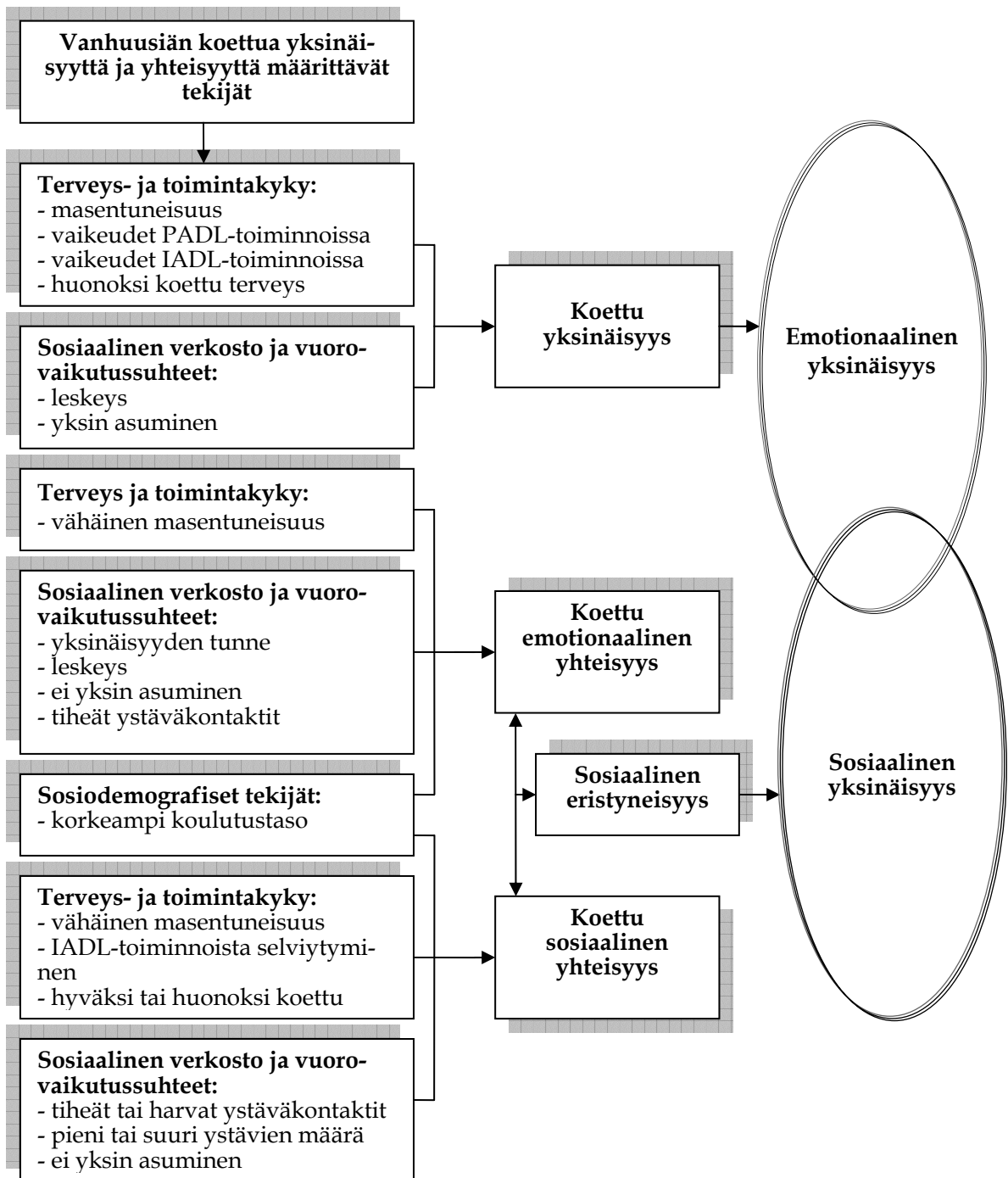
Kaikki kuusi ulottuvuutta (SPS) selittivät yhdessä 10.5 % yksinäisyyden ja 7 % masentuneisuuden vaihtelusta.

TAULUKKO 12 Regressioanalyysien tulokset koetun yhteisyyden ulottuvuuksien vaikutuksesta yksinäisyyteen ja depressiivisiin oireisiin 80-vuotiailla miehillä ja naisilla ($n = 207$).

Muuttuja	Yksinäisyys			Masentuneisuus		
	B	Wald <i>p</i>	R ²	B	<i>t-testi</i> <i>p</i>	R ²
Yhteisyys (SPS)	-.099	.004	.105	-.252	.000	.070
Emotionaalinen yhteisyys	-.131	.013	.073	-.435	.000	.072
Sosiaalinen yhteisyys	-.157	.008	.085	-.347	.005	.039
Kiintymys	-.307	.015	.068	-.888	.002	.048
Liittyminen	-.311	.012	.073	-.421	.139	.011
Hoivaaminen	-.169	.091	.034	-.458	.077	.016
Arvostus	-.247	.075	.038	-.992	.001	.053
Avun saanti	-.373	.009	.080	-1.003	.001	.051
Neuvojen saanti	-.202	.135	.025	-1.133	.000	.067

5.8 Yhteenveto vanhuusiän yksinäisyyttä määrittävistä tekijöistä

Vanhuusiän yksinäisyydessä erottui kaksi ulottuvuutta, joita määrittelivät osin samat ja osin eri sosiodemografiset ja ekonomiset, terveyttä ja toimintakykyä ja vuorovaikutussuhteita kuvaavat tekijät (kuvio 8). Molempiin liittyi erilaisia subjektiivisia kokemuksia ja objektiivisesti havaittavissa olevia kuvaajia. Yksinäisyyttä tarkasteltiin tässä tutkimuksessa kielteisestä ja myönteisestä näkökulmasta yksi- ja moniulotteisena ilmiönä. Yksinäisyyden kielteisistä kokemuksta mitattiin yksinäisyyttä kuvaavalla globaalilla kysymyksellä. Kielteisenä yksinäisyyden tunteena ilmenevä ulottuvuus nimettiin emotionaaliseksi yksinäisyydeksi. Toinen ulottuvuus nimettiin sosiaaliseksi yksinäisyydeksi. Myönteistä näkökulmaa, koettua yhteisyyttä mitattiin moniulotteisella SPS -itsearviointiasteikolla. Koettu yhteisyys jakaantui sisällöllisesti emotionaaliseen ja sosiaaliseen ulottuvuuteen, joihin olivat yhteydessä useat sosiaalista eristyneisyyttä kuvaavat määrälliset tekijät. Kielteiseksi koetun sosiaalisen eristyneisyyden ja emotionaalisen ja sosiaalisen yhteisyyden puutteen ajatellaan ilmenevän kielteisenä sosiaalisen yksinäisyyden tunteena.



KUVIO 8 Vanhuusiän yksinäisyyttä määrittävät tekijät

Vuorovaikutussuhteilla oli vähäisempi merkitys emotionaalisen yksinäisyyden kuin sosiaalisen yksinäisyyden määrittelijöinä. Koettu yksinäisyys korreloi negatiivisesti koetun emotionaalisen ja sosiaalisen yhteisyyden kanssa mutta korrelaatiot olivat matalia ($r = -0.04 - -0.23$). Korkeimmat korrelaatiot löytyivät 80-vuotiaiden naisten yksinäisyyden kokemuksen ja koetun emotionaalisen yhteisyyden ($r = -0.23$) ja sosiaalisen yhteisyyden ($r = -0.22$) välillä. Subjektiiviset

vuorovaikutussuhteita kuvaavat muuttajat olivat yhteydessä yksinäisyyden kokemukseen vain 80-vuotiaiden ryhmässä. Samansuuntainen tulos oli objektiivisten, sosiaalista eristyneisyyttä kuvaavien muuttujien kohdalla. Koetun yhteisyyden kuusi ulottuvuutta selittivät yksittäin vain vähän yksinäisyyden kokemusta (4.8–8.0 %). Lisäksi poikittaisaineiston 85-vuotiaiden naisten tapaamistiheydet ystävien ja sukulaisten kanssa korreloivat positiivisesti yksinäisyyden kokemuksen kanssa eli kontaktit näyttivät lisääntyvän yksinäisyyden lisääntyessä. Myös pitkittäisaineistossa oli havaittavissa sama suunta.

Emotionaalista yksinäisyyttä määrittivät erityisesti itsearviointiin perustuvat terveyttä ja toimintakykyä kuvaavat tekijät sekä vuorovaikutussuhteiden osalta leskeys ja yksin asuminen. Yksinäisyyden kokemusta lisäsivät huonoksi koettu terveys ja vaikeudet ADL- ja IADL -toiminnoissa selviytymisessä, masentuneisuus, aikaisemmat yksinäisyyden tunteet sekä leskeys. Yksin asumisella oli poikkileikkausaineistoissa positiivinen yhteys yksinäisyyden kokemukseen. Toisaalta leskeyden ja yksin asumisen välinen positiivinen korrelaatio oli korkea erityisesti miesten ryhmissä ($r = 0.76-0.90$) eli puolison menettämistä seuraa usein myös asuinkumppanin menetys.

Sosiaalista yksinäisyyttä määrittivät vuorovaikutussuhteet ja kanssakäymistä ja osallistumista mahdollistavat ja edistävät tekijät. Poikittais- ja pitkittäistutkimusten mukaan koetun yhteisyyden emotionaalista ulottuvuutta määrittivät kontaktit erityisesti ystävien kanssa ja vähäinen masentuneisuus. Sosiaalista ulottuvuutta kuvasivat parhaiten ystävät ja hyvä toimintakyky. Myös koulutus oli tärkeä sekä emotionaalisen että sosiaalisen yhteisyyden määrittäjänä. Yksin asuminen selitti poikittaisaineiston erityisesti nuoremman miesryhmän kokemaa vähäistä sekä emotionaalista että sosiaalista yhteisyyttä. Naisilla taas hyväksi koettu taloudellinen tilanne korreloi positiivisesti ja tilastollisesti merkitsevästi sekä emotionaalisen että sosiaalisen yhteisyyden kanssa, mutta monimuuttujamallissa tilastollisesti merkitsevä positiivinen yhteys löytyi vain vanhemmassa ikäryhmässä. Huonoksi koettu taloudellinen tilanne korreloi positiivisesti huonoa psyykkistä ja fyysistä terveyttä ja toimintakykyä ja vähäistä sosiaalista vuorovaikutusta kuvaavien muuttujien kanssa naisilla.

Tässä tutkimuksessa ei ollut tarkoituksena tutkia terveydessä ja toimintakyvyssä ja sosiaalisissa suhteissa seuruun aikana tapahtuvia muutoksia eikä vanhuusiän yksinäisyyttä määrittävien tekijöiden välisiä suhteita. Tulokset antavat kuitenkin viitteitä siitä, että terveyden ja toimintakyvyn heikkeneminen ja ihmissuhteiden menetykset altistivat yksinäisyyden tunteille. Osalla näistä tekijöistä voi olla suoria ja osalla epäsuoria vaikutuksia joko emotionaaliseen tai sosiaaliseen yksinäisyyteen tai molempiin. Monet analyysissä mukana olleet muuttajat korreloivat melko voimakkaasti keskenään, minkä perusteella voi olettaa niillä olevan keskinäistä vaikutusta toisiinsa. Sosiodemografiset ja ekonomiset tekijät vaikuttivat yksinäisyyden tunteisiin yhdessä terveys- ja toimintakykymuuttujien sekä vuorovaikutussuhteita kuvaavien muuttujien kanssa, mutta esimerkiksi koulutuksella näytti olevan myös itsenäistä vaikutusta. Yksinäisyyden kokemukset lisääntyivät ja koettu yhteisyys väheni 80 ikävuoden jälkeen. Yksilöllisiä eroja oli kuitenkin havaittavissa yksinäisyyden kokemis-

sa. Myös koettua yhteisyyttä määrittävät tekijät poikkesivat osittain sekä sukupuolten välillä että miesten ja naisten ryhmien sisällä. Samalla määrittävillä tekijällä voi olla joko positiivisia tai negatiivisia vaikutuksia sosiaaliseen yksinäisyyteen. Yksilöön liittyvillä tekijöillä voi olettaa olevan merkitystä siihen, miten menetykset ja muutokset ilmenevät emotionaalisen ja sosiaalisen yksinäisyyden tunteena. Erilaiset persoonallisuudenpiirteet ja elämänhistoria sekä se, millaisia omia odotuksia ja tavoitteita vanhus asettaa ja millaisia sopeutumismenetelmiä hänellä on, muokkaavat tuloksia.

6 POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia 80-vuotiaiden jyvaskyläläisten kokemaa yksinäisyyttä ja sen muutosta viiden vuoden aikana sekä yksinäisyyteen yhteydessä olevia ja yksinäisyyttä ennustavia sosiodemografisia ja ekonomisia, vuorovaikutussuhteita ja terveyttä ja toimintakykyä kuvaavia tekijöitä. Lisäksi tarkoituksena oli tutkia koetun yhteisyyden rakennetta, pysyvyyttä ja muutosta sekä koettua yhteisyyttä selittäviä ja ennustavia tekijöitä viiden vuoden seuruun aikana. Tavoitteena oli tunnistaa vanhuusiän yksinäisyyttä määrittäviä tekijöitä.

Yksinäisyyden ilmiötä tavoiteltiin tässä tutkimuksessa kahden ulottuvuuden, yksinäisyyden kokemuksen ja koetun yhteisyyden kautta. Yksinäisyyttä tarkasteltiin kielteisestä ja myönteisestä näkökulmasta sekä yksi- ja moniulotteisena ilmiönä. Yksinäisyyden kielteisistä kokemuksista mitattiin yksinäisyyttä kartoittavalla yksittäisellä kysymyksellä ja vuorovaikutussuhteisiin liittyvää myönteistä näkökulmaa, koettua yhteisyyttä moniulotteisella SPS -itsearviointiasteikolla. Tulosten pohdinnassa tarkastellaan vanhuusiän yksinäisyyden ilmiötä emotionaalisenä ja sosiaalisena ulottuvuutena sekä yksinäisyyden kokemusta ja koettua yhteisyyttä määrittäviä tekijöitä.

6.1 Tulosten pohdinta

Vanhuusiän yksinäisyyden ilmiö

Tämän tutkimuksen perusteella vanhuusiän yksinäisyydessä erottuu emotionaalinen ja sosiaalinen ulottuvuus, joita molempia määrittävät osin samat ja osin eri vanhuusiän muutoksiin ja menetyksiin liittyvät tekijät. Tulos tukee useita aikaisempia tutkimuksia yksinäisyyden ilmiön kaksikulotteisuudesta (Weiss 1973; Rubenstein & Shaver 1982; Russell ym. 1984; Dugan & Kivett 1994; Van Baarsen ym. 2001; Green ym. 2001, Dykstra & De Jong Gierveld 2004, Van Tilburg ym. 2004), joskin emotionaalista ja sosiaalista yksinäisyyttä määrittävät tekijät poikkesivat osin näistä tutkimuksista. Molemmat yksinäisyyden ulottu-

vuudet on liitetty puutteellisiksi koettuihin vuorovaikutussuhteisiin, emotionaalinen yksinäisyys kiintymystä ja läheisyyttä tuottavan suhteen puuttumiseen ja sosiaalinen yksinäisyys on tulosta epäonnistuneesta liittymisestä sosiaaliseen yhteisöön. Tässä tutkimuksessa sosiaalinen yksinäisyys kuvaa vuorovaikutussuhteisiin liittyvää tyytymättömyyttä. Emotionaalinen yksinäisyys kuvaa monia kielteisiä tunteita, jotka eivät välttämättä liity sosiaalisiin suhteisiin. Vanhuusiän sosiaalinen yksinäisyys edustaa lähinnä vuorovaikutusteoreettista näkökulmaa, kun taas emotionaalinen yksinäisyys heijastaa paremminkin eksistentiaalista lähestymistapaa yksinäisyyteen. Eksistentiaalisen lähestymistavan mukaan todellinen yksinäisyys todentuu, kun ihminen ymmärtää olevansa viimekädessä yksin elämän perimmäisten kysymysten äärellä (Moustakas 1961).

Vanhuusiän emotionaalisen yksinäisyyden kannalta vuorovaikutussuhteiden merkitys näyttää olevan vähäinen lukuun ottamatta puolison menetystä. Vaikka leskeys oli keskeinen emotionaalista yksinäisyyttä määrittävä tekijä (esim. Weiss 1973; Van Baarsen ym. 2001), läheisyyttä ja kiintymystä tuottavan ihmissuhteen yhteys yksinäisyyden tunteeseen oli heikko. Kiintymystä ja läheisyyttä tuottavan suhteen on yleensä ajateltu olevan puoliso tai asuinkumppani mutta vanhuksilla sellaisena voi toimia läheinen ystävä (mm. Weiss 1973). Ystäväsuhteet eivät kuitenkaan korvaa puolison menetystä. Vuosikymmeniä kestäneen aviosuhteen katkeaminen voi johtaa yksinäisyyden tunteeseen, jossa suru näyttelee suurta osaa (ks. Rubenstein & Lubben 1994). Weissin (1982) mukaan emotionaalista yksinäisyydestä kärsivä henkilö on masentunut ja kokee sisäistä tyhjyyden tunnetta sekä hylätyksi tulemisen pelkoa. Vanhuusiässä kielteisten tunteiden syntymiseen saattavat vaikuttaa puolison menetyksen lisäksi oman tai puolison terveyden menetys, sopeutumattomuus vanhuusiän muutoksiin, menneen elämän kaipuu, luopuminen ja kuoleman läheisyys. Wenger ja Burholt (2004) totesivat, että sellaiset yksinäisyyttä kokevat henkilöt, jotka eivät olleet sosiaalisesti eristyneitä, olivat leskiä, hoitivat sairasta puolisoa tai joiden terveys oli huono.

Sosiaalinen yksinäisyys on aiemmissa tutkimuksissa liitetty sosiaalisen verkoston määrällisiin ja laadullisiin piirteisiin kuten kokoon, tiiviyteen, suhteiden läheisyyteen ja sosiaaliseen tukeen (Green ym. 2001; Van Baarsen ym. 2001), sosiaaliseen osallistumiseen, yhteenkuuluvuuden tunteen puuttumiseen (De Jong Gierveld & Havens 2004) ja kanssakäymiseen vertaisten ja ystävien kanssa (Weiss 1973). Aikaisempien sekä tämän tutkimuksen tulosten perusteella sosiaalinen yksinäisyys määriteltiin subjektiiviseksi kielteiseksi kokemukseksi, joka liittyy kielteisenä koettuun sosiaaliseen eristyneisyyteen tai puutteelliseksi koettuun emotionaaliseen ja sosiaaliseen yhteisyyteen. Sosiaaliseen yksinäisyyteen johtaa erityisesti harvat ystäväkontaktit mutta myös mielialaongelmat ja huono toimintakyky, jotka voivat vaikeuttaa kontaktien ylläpitämistä.

Sosiaalista ja emotionaalista yksinäisyyttä määrittävät osittain eri tekijät. Samoin sosiaalista yksinäisyyttä määrittävissä tekijöissä esiintyi eroja sekä sukupuolten että eri alaryhmien välillä. Yksinäisyys on hyvin subjektiivinen tunne, joka heijastaa monia yksilöön liittyviä tekijöitä. Taustalla heijastuu, miten

kukin arvottaa eri asioita ja mitä merkityksiä hän niille antaa. Tämä saattaa selittää aikaisemmissa tutkimuksissa ilmenneet ristiriitaisuudet yksinäisyyden ja sitä selittävien tekijöiden välillä. Vanhukset voivat kehittää myös selviytymiskeinoja tai sopeutua muuttuneisiin olosuhteisiin tekemällä valintoja, optimoimalla olemassa olevia mahdollisuuksia ja kompensoimalla puutteita (Baltes & Carstensen 1996). Tämä voi osittain selittää emotionaalisen yksinäisyyden tunteissa havaitut muutokset ajan kuluessa. Seuruun aikana tapahtuneet muutokset ovat myös saattaneet vaikuttaa sekä yksinäisyyden kokemukseen että koettuun yhteisyyteen.

Yksinäisyyden kokemus

Yksinäisyyttä kokevien osuudet vastasivat sekä poikittais- että pitkittäisaineistossa aikaisempia saman ikäisiä ihmisiä koskevien tutkimusten tuloksia (Heikkinen ym. 1981; Suutama ym. 1988; Savikko ym. 2005). Sekä 80- että 85-vuotiaista joka kymmenes koki yksinäisyyttä usein tai melkein aina. Lähes kolmasosa koki yksinäisyyttä jossain määrin. Prosenttiosuudet ovat pysyneet eri tutkimusten mukaan lähes samanlaisina parinkymmenen vuoden ajan, mikä osoittaa kohortilla ja ajankohdalla olevan ilmeisen vähän vaikutusta yksinäisyyteen. Oletuksen mukaisesti ja aikaisempia pitkittäistutkimusten tuloksia vahvistaen (Jylhä 2004; Wenger & Burholth 2004) yksinäiseksi itsensä kokevien osuus lisääntyi viiden vuoden seuruun aikana mutta muutoksia tapahtui myös toiseen suuntaan. Lähes puolella seuruututkimukseen osallistuneista ei ollut kumpanakaan tutkimusajankohtana yksinäisyyden tunteita, osalla muutoksia tapahtui puoleen tai toiseen ja pienellä osalla (2.5 %) yksinäisyyden tunne oli jatkuvaa. Lähes 10 prosentilla seuruututkimuksen vanhuksista yksinäisyyden tunteet olivat lakanneet viiden vuoden kuluessa. Yksinäisyyden tunteiden lisääntyminen näyttää liittyvän vanhuusiän muutoksiin ja menetyksiin mutta yksinäisyydestä on myös mahdollista toipua (Jylhä 2004). Eri tilanteisiin liittyvän yksinäisyyden lievittämisessä vanhuksen omien sopeutumismenetelmien tukemisella ja ulkopuolisilla interventioilla voikin olla suotuisia vaikutuksia. Kroonisesta yksinäisyydestä kärsiville vanhuksille persoonallisuuteen liittyvillä tekijöillä (trait loneliness) saattaa olla merkittävä vaikutus. Monet heistä ovat mahdollisesti olleet koko elämänsä yksinäisiä. Tällöin auttamismenetelmätkin ovat vaativampia kuin tilaneyksinäisyydestä (state loneliness) kärsivien kohdalla.

Tarkasteltaessa poikittaisaineistossa 80- ja 85-vuotiaiden yksinäisyyden kokemukseen yhteydessä olleita tekijöitä havaittiin jonkin verran eroja ikäryhmien välillä. Samoin kuin aikaisemmissa iäkkäitä ihmisiä koskeneissa tutkimuksissa osoittautuivat leskeys, yksin asuminen (Berg ym. 1981; Holmén ym. 1992; Routasalo ym. 2003) ja masentuneisuus (Berg ym. 1981; Creecy ym. 1985; Hanson ym. 1986; Heikkinen ym. 1995; Prince ym. 1997; Holmén ym. 1999) tärkeimmiksi yksinäisyyden kokemusta selittäviksi tekijöiksi molemmissa ikäryhmissä. Nuoremmassa ikäryhmässä huonoksi koettu terveys ja toimintakyky sekä vähäiseksi koettu emotionaalinen ja sosiaalinen yhteisyys lisäsivät yksinäi-

syyden kokemuksia mutta vanhemmalla iällä niiden merkitys väheni. Tämä saattaa liittyä osittain edellä mainittuun onnistuneeseen mukautumisprosessiin.

Toisaalta tulokset viittasivat siihen, että sosiaalisten suhteiden merkitys saattaa olla vähäisempi vanhemmalla kuin nuoremmalla iällä. Koetun yhteyssyyden yksittäiset ulottuvuudet selittivät hyvin vähän yksinäisyyden kokemusta, toisin kuin aikaisemmassa nuoria aikuisia koskeneessa tutkimuksessa (Kraus ym. 1993). Vaikka sosiaalista eristyneisyyttä kuvaavat muuttujat kuten kontaktit muiden ihmisten kanssa eivät olleet tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä yksinäisyyden kokemukseen (ks. De Jong Gierveld 1987; Russell 1996; Fees ym. 1999) kumpanakaan ikäkautena, nuoremmassa ikäryhmässä suunta osoittautui kuitenkin loogiseksi eli yksinäisyyden lisääntyessä kontaktit harvenivat. Vastaavaa havaintoa ei todettu vanhemmassa ikäryhmässä.

Myös pitkittäisaineistossa vuorovaikutussuhteiden merkitys osoittautui hämmentäväksi. Huono terveys ja toimintakyky voivat johtaa yksinäisyyden tunteisiin vaikeuttamalla sosiaalista kanssakäymistä. Tämän tutkimuksen tulokset antoivat kuitenkin viitteitä siitä, että yksinäisyyden tunteiden lisääntyessä myös kontaktit lisääntyvät. Selityksenä tähän voi olla lisääntynyt avun tarve (Aartsen ym. 2004) tai leskeys, joiden molempien on todettu johtavan kontaktien lisääntymiseen (Barrett & Lynch 1999; Lennartsson 1999; Pinguart 2003) joko sosiaalisen verkoston tai vanhuksen omasta aloitteesta. Aktiivinen muiden seuraan hakeutuminen ja uusien ystävyysuhteiden luominen saattavat olla selviytymiskeinoja puolison tai muun läheisen ihmissuhteen menetyksen aiheuttamasta yksinäisyyden tunnetta vastaan (ks. Rokach & Brock 1997; Stevens & Van Tilburg 2000).

Masentuneisuuden ja koetun yksinäisyyden yhteys (esim. Creecy ym. 1985; Heikkinen ym. 1995; Prince ym. 1997; Holmén ym. 1999) oli tässä tutkimuksessa selkeä molempien ikäryhmien kohdalla. Näiden ilmiöiden kausaalisuhdetta on tutkittu vähän. Tämän tutkimuksen tulokset osoittivat, että masentuneisuus johtaa yksinäisyyden tunteisiin paremmin kuin yksinäisyyden tunteet mielialan laskuun (ks. Green ym. 2002). Todennäköisesti kuitenkin monet vanhuusikään liittyvät muutokset ja menetykset, kuten puolison ja terveyden menetys, ilmenevät samanaikaisesti vaikuttaen toisiinsa. Menetykset voivat heijastua erilaisina kielteisinä tunteina ja kokemuksina kuten yksinäisyytenä, masentuneisuutena, huonoksi koettuna terveytenä ja epätydyttävänä vuorovaikutussuhteina (ks. Antonucci ym. 2002). Iäkkäillä naisilla puolison menettäminen johtaa usein asuinkumppanin menettämisen lisäksi taloudellisen tilanteen heikkenemiseen, mikä saattaa selittää tämän tutkimuksen vanhemmalla ikäryhmällä huonoksi koetun taloudellisen tilanteen yhteyden yksinäisyyteen. Persoonalliset tekijät, esimerkiksi negatiivinen tapa suhtautua asioihin, saattavat vaikuttaa myös sekä masentuneisuuteen, huonoksi koettuun terveyteen että yksinäisyyteen (Kahn ym. 2003).

Yksinäisyyden kokemusta ja masentuneisuutta selittivät osin samat mutta myös erilaiset vuorovaikutussuhteisiin liittyvät tarpeet ja odotukset, mikä vahvistaa niiden olevan eri ilmiöitä (Young 1982). Vuorovaikutussuhteiden selitysvaima oli kuitenkin heikko. Molempia sekä masentuneisuuden että yksinäisyy-

den tunnetta selittivät läheisyyttä ja kiintymystä sekä apua tuottavien suhteiden koettu puute. Yhtenä selityksenä tähän saattaa olla puolison menettäminen tai puolison sairastuminen. Puoliso on usein ensisijainen avunantaja ja tuki ja turva vanhuusiässä, minkä vuoksi luotetun ja läheisen henkilön menettäminen voi johtaa turvattomuuden tunteeseen ja toisaalta myös autonomian menettämisen pelkoon. Erityisesti yksinäisyyden torjumisen kannalta on tärkeintä, että vanhus voi luottaa saavansa apua, kun sitä tarvitsee. Masentuneisuudesta kärsivälle taas neuvojen, ohjauksen ja tiedon saanti on tärkeintä. Yksinäisyyden kokemuksia lisäsi myös vähäinen mahdollisuus kanssakäymiseen vertaisten kanssa, mikä Weissin (1973) mukaan liittyy sosiaaliseen yksinäisyyteen. Masentuneisuutta selitti parhaiten aikaisempien tutkimusten mukaisesti arvostuksen saaminen (Cutrona ym. 1986; Russell & Cutrona 1991).

Koettu yhteisyys

Oletuksen mukaisesti koetussa yhteisyydessä erottui emotionaalinen ja sosiaalinen ulottuvuus, joilla on yhteinen ydin. Emotionaalista yhteisyyttä, joka kuvaa läheisyyden ja kiintymyksen sekä avun ja neuvojen saantiin kohdistuvien tarpeiden ja odotusten täyttymistä vuorovaikutussuhteissa (ks. Mancini & Blieszner 1992), määrittivät parhaiten ystäväsuhteet ja positiivinen mieliala. Sosiaalista yhteisyyttä, joka kuvaa sosiaalisessa vuorovaikutuksessa syntyvää liittymisen ja arvostuksen tunnetta, määrittivät ystäväkontaktien lisäksi terveyttä ja toimintakykyä kuvaavat muuttujat. Molempien ulottuvuuksien rakenteellinen pysyvyys oli suhteellisen korkea, sosiaalisen yhteisyyden hieman korkeampi kuin emotionaalisen yhteisyyden. Ikääntyessä näyttää tulevan yhä tärkeämmäksi, että läheisyyttä ja kiintymystä tuottava ihmissuhde toimii myös konkreettista apua antavana henkilönä. Tulokset osoittivat, että vuorovaikutussuhteisiin kohdistuu erilaisia odotuksia ja tarpeita myös vanhuusiässä (Weiss 1973).

Iän lisääntyessä sosiaalisen verkoston muutokset saattavat vaikeuttaa vuorovaikutussuhteisiin kohdistuvien odotusten ja tarpeiden täyttymisen. Tässä tutkimuksessa sekä emotionaalisen että sosiaalisen yhteisyyden tunne väheni iän lisääntyessä. Sosiaaliseen verkostoon kohdistuvien subjektiivisten arvioiden muutosta ikääntyessä on tutkittu hyvin vähän. Krause (1999) havaitsi, että vaikka sosiaalisen verkoston määrällisiä muutoksia tapahtui paljon, subjektiiviset arviot pysyivät suhteellisen vakaina. Selityksenä voi olla vuorovaikutussuhteisiin liittyvien odotuksien muuttuminen. Toisaalta vanhukset saattavat korvata menetetyt suhteet uusilla, vähemmän läheisillä suhteilla, jotka eivät vastaa kuitenkaan täysin vuorovaikutussuhteeseen kohdistuviin odotuksiin (esim. Wenger & Jerome 1999).

Monissa tutkimuksissa on tullut esille naisten ja miesten väliset erot sosiaalisen verkoston koossa, toiminnassa ja läheisyydessä (Akiyama & Akiyama 1991; Green ym. 2001). Naiset ovat enemmän emotionaalisesti orientoituneita (Van Baarsen ym. 2001) ja omaavat laajemman ja ulospäin aktiivisemmän sosiaalisen verkoston kuin miehet (Bowling 1994). Tässä tutkimuksessa sukupuolten välillä ilmeni eroja sekä koetun emotionaalisen ja sosiaalisen yhteisyyden tasoissa että yhteisyyttä selittävässä ja ennustavissa tekijöissä. Miehet kokivat

molemmissa ikäryhmissä enemmän sosiaalista yhteisyyttä kuin naiset. Sen sijaan koetun emotionaalisen yhteisyyden tasossa ei ollut eroja. Naisten kokemaa yhteisyyttä selitti laajempi sosiodemografisista ja ekonomisista, sosiaalisista suhteista ja terveyttä ja toimintakykyä kuvaavista muuttujista koostuva joukko kuin miehillä. Emotionaalisen yhteisyyden tunne syntyi naisilla kanssakäymisestä ja puhelinkontakteista erityisesti ystävien ja lasten kanssa. Naiset pitävätkin usein suhteita yllä mm. sukulaisiin, kun taas miehet turvautuvat ensisijaisesti puolisoon sekä kumppanuuden että käytännöllisen avun tuottajana (Akiyama & Akiyama 1991). Tämä saattaa olla selitys sille, että poikittaisaineiston 80-vuotiailla miehillä yksin asuminen vähensi emotionaalisen ja sosiaalisen yhteisyyden tunnetta. Naimisissa olevien iäkkäitten ihmisten kontaktit saattavat rajoittua pelkästään kanssakäymiseen puolison kanssa (Pinquart 2003). Tämä voi johtaa puolison menettämisen jälkeen erityisesti miesten kohdalla sekä emotionaaliseen että sosiaaliseen eristyneisyyteen. Toisaalta yli 80 vuoden iän saavuttaneilla miehillä saattaa olla parempi toimintakyky kuin naisilla, mikä helpottaa osallistumista sosiaalisiin tilanteisiin.

Erityisesti miehillä korostui yhteisyyden tunteen ja mielialan yhteys. Masentunut ihminen arvioi usein sosiaaliset suhteensa epätydyttäväiksi, ja hän voi kohdistaa epärealistisia odotuksia vuorovaikutussuhteita kohtaan (Balzer 2002). Toisaalta masentuneisuus voi saada ihmisen vetäytymään vapaaehtoisesti kanssakäymisestä toisten ihmisten, erityisesti ystävien kanssa (ks. Green ym. 2002).

Tutkimuksen tulokset eivät aivan vastaa aikaisempia tutkimustuloksia, jotka ovat osoittaneet, että naisilla on todennäköisemmin läheinen ystäväsuhde ja ystävien merkitys on suurempi naisille kuin miehille (Bowling 1994). Ystävien merkitys oli tärkeä sekä miehille että naisille emotionaalisen ja sosiaalisen yhteisyyden tunteen kannalta. Tämä voi johtua osin siitä, että yli puolet tutkitavista oli leskiä, jolloin ystävien merkitys on saattanut lisääntyä puolison menettämisen jälkeen. Ystävien merkitys iäkkäille ihmisille mm. kuolleisuuden (Seeman ym. 1987) ja terveyden (Lennartsson 1999) kannalta on aikaisemmin todettu tärkeäksi. Ystävät saattavatkin olla merkittävä voimavara erilaisista vanhuusiän muutoksista ja menetyksistä selviytymisessä ja niihin sopeutumisessa. Toisaalta psyykkisen (Green ym. 2002), fyysisen tai kognitiivisen toimintakyvyn heikkeneminen (Aartsen ym. 2004) ja matala elintaso (Bowling 1994) voivat johtaa ystävyysuhteiden vähenemiseen. Lapset ja muut sukulaiset toimivat usein käytännöllisen avun antajina mutta hyvinvoinnin kannalta näyttää siltä, että ystävien merkitys on suurempi kuin sukulaisten. Tähän voi olla selityksenä ystäväsuhdeiden mahdollistama vastavuoroisuus ja riippumattomuuden tunne kanssakäymisessä (Mancini & Blieszner 1992; Kivett ym. 2000). Oman ikäisten ystävien ja samanlaisen historiallisen taustan omaavien kanssa voi olla helpompi jakaa kokemuksia ja löytää keskustelun aiheita kuin nuorempien ikäryhmien kanssa. Tähän tutkimukseen osallistuneet olivat 80 -vuotiaita, jossa iässä olettaisi saman ikäisen ystäväverkoston harvenevan. Mielenkiintoista onkin, keitä vanhukset pitävät ystävinään.

Koulutuksen on todettu olevan yhteydessä monella tavalla hyvinvointiin. Tässä tutkimuksessa korkeampi koulutus ennusti sekä miehillä että naisilla koettua emotionaalista yhteisyyttä. Tämä saattaa liittyä osin siihen, että korkeammin koulutetuilla on todettu olevan todennäköisemmin ystäviä kuin matalamman koulutuksen omaavilla (Barrett & Lynch 1999). Koulutus on saattanut myös myötävaikuttaa myönteisesti sekä taloudelliseen tilanteeseen että sosiaalisten taitojen ja valmiuksien kehittymiseen, mikä auttaa toimimaan sosiaalisessa yhteisössä menetyksistä huolimatta.

Sukupuolten välillä todettujen erojen lisäksi koetussa yhteisyydessä ilmeni miesten ja naisten ryhmien sisäisiä eroja yhteisyyttä määrittävissä tekijöissä ja yhteisyyden tunteen tasossa. Vastaavanlaista tutkimusta, jossa on pyritty löytämään aineistosta eri alaryhmiä ja tulkitsemaan niitä sisällöllisesti, on tehty erittäin vähän. Sekä miesten että naisten koetun yhteisyyden kuvaajana oli erotettavissa kaksi alaryhmää. "Sosiaalisesti aktiivisten" miesten ryhmä heijasti aktiivista kanssakäymistä ystävien kanssa ja positiivista mielialaa, mihin korkeampi koulutus antoi valmiuksia. "Itsenäisten" miesten ryhmä sen sijaan kuvasti vetäytymistä ystäväkontakteista omasta tahdosta. Selityksenä tähän voi olla muun muassa, että leskeksi jääneillä miehillä vapaaehtoisesti valittu yksinolo voi olla selviytymiskeino yksinäisyyden tuottamia kielteisiä tunteita vastaan (ks. Rokach ym. 2004). Toisaalta puolison menettäminen saattaa ajan kuluessa saada aikaan myös myönteisiä vaikutuksia tarjoamalla mahdollisuuden henkiseen kasvuun (Fry 1998). Tämän ryhmän miehet ovat saattaneet myös rinnastaa yksinäisyys -käsitteen yksinoloon tai yksin asumiseen.

Naisten "sosiaalisesti suojatut" -ryhmä koki enemmän emotionaalista yhteisyyttä kuin "sosiaalisesti eristyneiden" naisten ryhmä. Suunta oli vastaavanlainen myös näiden ryhmien sosiaalisen yhteisyyden keskiarvojen välillä. Tulokset osoittivat, että myönteinen mieliala ja ystävien tuki voivat tuottaa emotionaalista hyvinvointia leskeydestä huolimatta. Näyttää siltä, että ystävät voivat tuottaa läheisyyttä ja kiintymystä ja ainakin osittain korvata puolison menetyksen vanhuusiässä (ks. Wenger & Jerrome 1999). Sosiaalinen kanssakäyminen lisääntyy usein puolison kuoleman jälkeen (Barrett & Lynch 1999; Pinquart 2003). Tämän tutkimuksen tulokset antavat viitteitä siitä, että iäkkäät naiset saattavat kuitenkin valikoida niitä ystäväsuhteita, jotka tuottavat eniten emotionaalista tukea (Carstensen 1995). Naisilla oli vähän ystäviä mutta kanssakäyminen heidän kanssaan oli tiivistä.

Hyvä toimintakyky, erityisesti selviytyminen omatoimisesti asioiden hoitamisesta, on tärkeää sosiaalisessa suhteiden ylläpidossa mutta se voi toisaalta johtaa sosiaaliseen eristymiseen joko kielteisessä tai myönteisessä mielessä. Omatoimisesti selviytyvä henkilö ei tarvitse välttämättä toisten ihmisten apua ja voi siten jäädä tahtomattaan yksin (vrt. Bondevik & Skogstad 1998). Toisaalta vapaaehtoiseen yksinäisyyteen hakeutumiseen (solitude) (Andersson 1998) hyvä toimintakyky antaa mahdollisuuden, minkä tässä tutkimuksessa "itsenäisten" miesten ryhmä osoitti.

6.2 Metodologiset kysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena oli lisätä tietoa vanhuusiän yksinäisyydestä ja sitä selittävästä ja ennustavista tekijöistä. Yksinäisyyttä tarkasteltiin kahdesta näkökulmasta, yksinäisyyden kokemuksen ja koetun yhteisyyden kautta. Tutkimuksen vahvuus oli seuruaasetelma, joka mahdollisti yksinäisyyttä ennustavien tekijöiden tutkimisen. Tutkimuksessa oli kohteena 80-vuotiaat miehet ja naiset, koska tavoitteena oli tutkia nimenomaan vanhuusiän yksinäisyyttä. Alun perin tarkoituksena oli tutkia vuonna 1910 syntyneitä jyvaskyläläisiä mutta tutkittavien, erityisesti miesten pieni määrä vaikeutti tilastollisesti merkitsevien yhteysien esille saamista, joten mukaan otettiin myös vuonna 1914 syntyneet jyvaskyläläiset. Haastatteluihin osallistumisprosentit olivat korkeat molemmissa kohorteissa. Sen sijaan laboratoriossa tehtyihin tutkimuksiin osallistuminen oli hieman vähäisempää. Naisten osuus tutkittavista oli noin kaksi kolmasosaa, mikä vastaa tämän ikäistä elossa olevaa väestöä. Tässä tutkimuksessa ei tutkittu kohorttieroja. Tutkimukseen osallistuneet molemmat ikäkohortit ovat eläneet historiallisesti lähes samanlaiset aikakaudet ja yhteiskunnalliset muutokset. Tijhuis ym. (1999) eivät havainneet hollantilaisten miesten yksinäisyyttä tutkiesaan kohorttiin tai ajankohtaan liittyviä vaikutuksia. Tämä tutkimus koski ainoastaan yhden keskisuuren kaupungin vanhusväestöä, mikä rajoittaa tulosten yleistämistä laajemmin suomalaiseen vanhusväestöön. Iäkkäiden ihmisten kohdalla haastattelu on todettu hyväksi tiedonkeruun menetelmäksi. Se asettaa kuitenkin rajoituksia tutkittavien määrälle. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan yleistää ainakin osittain suomalaisiin 80- ja 85-vuotiaisiin vanhuksiin.

Kaikkein iäkkäimpien henkilöiden pitkittäistutkimuksissa on ongelmana tutkittavien valikoituminen ja määrän väheneminen laitokseen joutumisen, kuolleisuuden ja huonon terveyden vuoksi. Kaikkein huonokuntoisimmat vanhukset saattavat jäädä tutkimuksen ulkopuolelle. Laboratoriossa tehtyihin tutkimuksiin eivät huonokuntoisimmat vanhukset pystyneet osallistumaan. Seuruaaineistossa oli mukana vain molemmilla mittauskerroilla elossa olleet henkilöt, mikä on saattanut aiheuttaa valikoitumista. Useat aikaisemmat tutkimukset ovat mm. osoittaneet sosiaalisten suhteiden yhteyden terveyteen ja kuolleisuuteen (Seeman ym. 1987; Jylhä & Aro 1989; Penninx ym. 1997; Glass ym. 1999; Kieley ym. 2000). Yksinäisyyden tunteen on myös todettu ennustavan mm. laitokseen joutumista ja kognitiivisen tason laskua (Russell ym. 1997; Tilvis ym. 2000). Tämän tutkimuksen seuruun aikana kuolleiden ja viiden vuoden ajan elossa säilyneiden yksinäisyyden kokemukset ja emotionaalinen yhteisyys eivät eronneet toisistaan kummankaan sukupuolen kohdalla. Sen sijaan sosiaalisen yhteisyyden keskiarvot erosivat sekä miehillä ($p = 0.010$) että naisilla ($p = 0.002$). Viiden vuoden ajan elossa säilyneet kokivat enemmän sosiaalista yhteisyyttä kuin seuruun aikana kuolleet. Terveudessa ja toimintakyvyssä ja sosiaalisissa suhteissa seuruun aikana tapahtuneita muutoksia ei tässä tutkimuksessa tutkittu eikä vanhuusiän yksinäisyyttä määrittävien tekijöiden välisiä suhteita. Yli 80-vuotiaiden henkilöiden pitkittäistutkimuksissa on otettava huomioon, että

muutokset terveydessä ja toimintakyvyssä sekä sosiaalisessa verkostossa ovat hyvin todennäköisiä ja nopeita. Viiden vuoden seuruuväli saattaakin olla liian pitkä arvioitaessa yksinäisyyttä ennustavia tekijöitä. Kahden vuoden välein tapahtuva arviointi saattaisi antaa täsmällisemmän kuvan vanhuusiän yksinäisyydestä.

Tutkimuksen yhtenä heikkoutena on, että yksinäisyyden kokemusta selittäviä ja ennustavia tekijöitä ei tutkittu miehillä ja naisilla erikseen. Vaikka yksinäisyyden kokemisessa ei ollut eroja sukupuolten välillä, sukupuolten väliset erot terveydessä, toimintakyvyssä ja vuorovaikutussuhteissa saattavat selittää eri tavoin yksinäisyyden kokemuksia. Koettua yhteisyyttä tarkasteltiin kuitenkin sukupuolittain, koska aikaisemman tiedon perusteella oletettiin miesten ja naisten välillä olevan eroja.

Haastattelijoina toimivat Jyväskylän yliopiston opiskelijat, jotka oli koulutettu tehtävään molempina haastatteluajankohtina. Haastattelijat olivat naisia ja osalla oli terveydenhuoltoalan koulutus. Iäkkään väestön tutkimukseen haastattelu soveltuu hyvin varsinkin, jos tutkittavien terveydentila ja toimintakyky ovat heikentyneet. Haastattelujen aikana oli mahdollista tarvittaessa täsmentää kysymyksiä ja auttaa erilaisten itsearviointiasteikkojen täyttämisessä.

Tutkimuksessa käytettiin Ikivihreät -projektiin valittuja mittareita, jotka on valittu osittain aikaisempien tutkimusten perusteella. Yksinäisyyden kokemusta selvitettiin yksittäisellä kysymyksellä tavoitteena saada ilmiön negatiivisen ulottuvuus esille. Subjektivistä myönteistä arviota sosiaalisesta suhteista tutkittiin SPS -asteikon avulla. Kraus ym. (1993) esittävät tutkimuksessaan, että tunteisiin liittyvä tila kuten yksinäisyyden kokemus voidaan erottaa käsitteellisesti ja empiirisesti sosiaalisen verkoston subjektiivisesta arvioinnista, mitä tämän tutkimuksen tulokset vahvistivat. Yksittäisellä kysymyksellä on hyvä sisältövaliditeetti (Bowling 1997) mutta kysymys korreloi melko voimakkaasti masentuneisuutta ja erilaisia kielteisiä kokemuksia kuvaavien mittareiden kanssa. Tutkittavien keskinäinen vertailu voi olla ongelmallista, koska jokainen vastaaja arvottaa ja tulkitsee yksinäisyyden omalla tavallaan. Vastauksiin vaikuttavat mm. luonteen piirteet, kulttuuriset arvot ja normit, eri tilanteet ja leimautumisen pelko (Perlman 2004). Yksittäinen kysymys voi antaa positiivisempia vastauksia kuin tilanne todellisuudessa on, koska sellaiset henkilöt, joilla ei ole näkyvää syytä olla yksinäinen, saattavat olla haluttomia ilmaisemaan olevansa yksinäisiä (Wenger & Burholt 2004).

Yksittäisen globaalia yksinäisyyttä kuvaavan kysymyksen on todettu kuvaavan paremmin emotionaalista kuin sosiaalista yksinäisyyttä (Dugan & Kivett 1994; Van Baarsen ym. 2001), mitä tämän tutkimuksen tulokset tukivat. Kysymyksen avulla voidaan pyrkiä tavoittelemaan ilmiön ydintä (Russell 1982). Sekä yksi- että moniulotteiset yksinäisyyden asteikot mittaavat lähinnä subjektiivista arviota vuorovaikutussuhteista (kontaktit, läheisyys, sosiaalinen tuki). Joissakin mittareissa on erotettavissa emotionaalisen ja sosiaalisen yksinäisyyden ulottuvuus (esim. De Jong Gierveld 1987; Van Baarsen ym. 2001). Tämän tutkimuksen perusteella näyttää siltä, että yksinäisyyden kokemuksen selvittäminen on vuorovaikutussuhteiden subjektiivisen arvioinnin ohella tärkeää

vanhuusiässä. Iäkkäillä ihmisillä kysymyksen käyttö on perusteltua, koska se on ymmärrettävä ja helppo käyttää (ks. Fees ym. 1999) sekä tutkimuksissa että käytännön työssä. Kysymyksellä on todettu olevan myös hyvä ennustevaliditeetti (Tilvis ym. 2000). Yhtenäinen luokittelu olisi kuitenkin tarpeen tutkimustulosten vertailtavuuden vuoksi. Arviointikeinojen tulisi olla luotettavia, ekonomisia, yksinkertaisia ja helppoja käyttää. Yksittäinen kysymys soveltuu käytettäväksi hyvin myös käytännön vanhustyössä sosiaali- ja terveydenhuollon eri toimintaympäristöissä ja eri koulutuksen omaaville työntekijöille. Kysymyksellä voidaan tavoitella myös muita mielialaan liittyviä ongelmia.

Moniulotteista SPS -asteikkoa (Social Provision Scale) käytettiin vuorovaikutussuhteiden subjektiiviseen arviointiin, mitä kuvattiin muuttujalla koettu yhteisyys. SPS -asteikkoa on käytetty useissa kansainvälisissä tutkimuksissa mutta suomalaisen väestöön kohdistuvissa tutkimuksissa vähän. Suomenkielisen version on kääntänyt kaksikielinen virallinen kielenkääntäjä Ikivihreät -projektin käyttöön 1980-luvun lopulla. Oletuksen mukaisesti koettu yhteisyys korreloi negatiivisesti yksinäisyyden kokemuksen kanssa. Aikaisemmissa tutkimuksissa SPS-asteikon on todettu korreloivan negatiivisesti yksinäisyyden mittareiden lisäksi masentuneisuutta kuvaavien mittareiden kanssa (Holahan & Holahan 1987; Russell & Cutrona 1991; Kahn ym. 2003), mikä myös tässä tutkimuksessa tuli esille. Mittari kuvaa monipuolisesti subjektiivista arviota olemassa olevista sosiaalisista suhteista ja niiden vastaamisesta omiin odotuksiin ja tarpeisiin ja sopii siten hyvin sosiaalisen yksinäisyyden arviointiin. Tutkimustulokset osoittivat, että SPS-asteikko ilmentää myös objektiivisesti todettavaa sosiaalista eristyneisyyttä. Weissin (1974), joka edustaa vuorovaikutusteoreettista lähestymistapaa yksinäisyyteen, mukaan kiintymys- ja liittyminen - ulottuvuudet ovat tärkeimpiä emotionaalisen (loneliness of emotional isolation) ja sosiaalisen (loneliness of social isolation) yksinäisyyden kannalta. Yksinäisyyden kokemusta selitti tässä tutkimuksessa saatujen tulosten perusteella voimakkaimmin avun saannin mahdollisuus, mikä saattaa selittyä tutkittavien korkealla iällä.

Kaksiulotteinen mittari näyttää toimivan suhteellisen hyvin koetun emotionaalisen ja sosiaalisen yhteisyyden kuvaajana. Tutkimus vahvisti Weissin (1974) näkemystä vuorovaikutussuhteisiin liittyvistä odotuksista ja tarpeista sekä emotionaalisesta ja sosiaalisesta ulottuvuudesta. Erityisesti emotionaalisen yhteisyyden faktori voi olla hyödyllinen vanhuksia tutkittaessa (ks. Mancini & Blieszner 1992). Mittarin rakenteellista tutkimusta tarvitaan kuitenkin edelleen. Tässä tutkimuksessa yksittäisistä ulottuvuuksista hoivaaminen (nurturance) ja arvostus (reassurance of worth) saivat faktorilatauksissa matalimmat arvot kuin muut ulottuvuudet. Joissakin aikaisemmissa tutkimuksissa havainnot ovat olleet samansuuntaisia ja ulottuvuuksien käytön tarpeellisuutta iäkkäillä ihmisillä on epäilty (Holahan & Holahan 1987; Andersson & Stevens 1993). Toisaalta masentuneisuuden kannalta arvostus-ulottuvuus näyttäisi olevan hyödyllinen.

Ongelmana mittaria käytettäessä on, että mittarissa ei ole määritelty ns. leikkauspistettä, jonka perusteella voidaan sanoa henkilön olevan yksinäinen eli

kärsivän emotionaalisen tai sosiaalisen yhteisyyden puutteesta. SPS:n keskiarvot olivat suhteellisen korkeita, mikä on havaittu myös aikaisemmissa iäkkäitä ihmisiä koskeneissa tutkimuksissa. Väestöä keskiarvotasolla kuvaavien jaksuumien ohella tarvitaan myös yksilöllisten erojen arviointia, mihin tässä tutkimuksessa pyrittiin neljännessä osajulkaisussa. Ongelmana SPS -asteikon käytössä on, että huonokuntoisten vanhusten voi olla vaikea vastata kysymyksiin. Social Provision Scale- itsearviointiasteikkoon alkututkimustilanteessa vastaamatta jättäneillä (n = 87) oli huonompi PADL- ($p = 0.014$) ja IADL -toimintakyky ($p = 0.000$), itsearvioitu terveys ($p = 0.000$) ja he kokivat itsensä yksinäisemmiksi verrattuna SPS -asteikon kysymyksiin vastanneisiin 80-vuotiaisiin. Masentuneisuuden keskiarvojen välillä ei ollut eroa ($p = 0.414$). Loppututkimustilanteessa vastaamatta jättäneillä oli huonompi PADL- ($p = 0.000$) ja IADL- ($p = 0.000$) toimintakyky, itsearvioitu terveys ($p = 0.000$) ja kuulo ($p = 0.033$). Kahn ym. (2003) arvelevat, että SPS -mittaria ei ehkä pystytä käyttämään fyysisistä terveysongelmista kärsiville vanhuksille yhtä hyvin kuin mielenterveysongelmista kärsiville.

Itsearviointeihin perustuvia sosiaalisia suhteita kuvaavia mittareita käytettäessä pitkittäistutkimuksissa on otettava huomioon, että mittarit näyttävät osoittavan pysyvyyttä paremminkin kuin muutosta, vaikka objektiivisesti todettavia muutoksia tapahtuu paljon (Krause 1999). Yhtenä syynä voi olla iäkkäiden ihmisten odotuksien muuttuminen tai mukautuminen muutoksiin. Objektiivisten sosiaalisten verkostoa kuvaavien muuttujien käyttö on tarpeen subjektiivisten arvioiden ohella. Tämän tutkimuksen mukaan tärkeitä kuvaajia ovat leskeys, ystävien määrä ja tapaamistiheys ja yksin asuminen erityisesti miehillä.

Yksinäisyyttä selittäviksi muuttujiksi valittiin tässä tutkimuksessa vain osa eri tutkimuksissa esille tulleista iäkkäiden yksinäisyyttä määrittävistä tekijöistä. Muun muassa persoonallisuutta ja kognitiivista kyvykkyyttä kuvaavia muuttujia ei ollut mukana lainkaan. Mukana olleita muuttujia kannattaa kuitenkin käyttää ainakin osittain seulontatarkoituksessa, kun tavoitteena on löytää sellaiset iäkkäät ihmiset, joille yksinäisyys voi tulla ongelmaksi myöhemmällä iällä.

6.3 Tutkimuksen merkitys ja jatkotutkimus

Tämä tutkimus lisäsi tietoa yksinäisyyden käsitteestä ja ilmiöstä moniulotteisesta näkökulmasta yksinäisyyden tutkimukseen ja käytännön vanhustyöhön. Yksinäisyyttä tutkittiin kielteisenä ja myönteisenä ilmiönä. Näistä kahdesta näkökulmasta on aiempaa vanhuusiän yksinäisyyttä koskevaa tutkimusta niukasti. Tutkimus mahdollisti yksinäisyyttä määrittävien sosiodemografisten, vuorovaikutussuhteita, terveyttä ja toimintakykyä kuvaavien tekijöiden tarkastelun sekä poikkileikkaus- että seuruaineistoissa sekä yksinäisyyden ilmiön pysyvyyden ja muutoksen tarkastelun. Tunnistamalla yksinäisyyttä ennustavia teki-

joita voidaan kehittää ja suunnata ehkäiseviä interventioita erilaisiin elämänlaadua heikentäviin ongelmiin. Yksinäisyys on kuitenkin hyvin subjektiivinen kokemus, jota määrittävät yksilölliset tekijät, joten auttamismenetelmienkin tulee olla yksilöllisiä.

Vanhenemisprosessi ja siihen liittyvät sairaudet heikentävät toimintakykyä ikääntyessä ja vaikeuttavat arkielämän sujuvuutta sekä itsenäistä selviytymistä erityisesti 80 ikävuoden jälkeen. Menetykset sosiaalisessa verkostossa ovat tässä iässä myös hyvin todennäköisiä. Yksinäisyyden tunne ei ole kuitenkaan suoraa seurausta sosiaalisesta ympäristöstä, vaan pikemminkin yksilön vastaus ulkoisiin olosuhteisiin, menetyksiin ja muutoksiin, joihin eri ihmiset reagoivat eri tavalla. Huomattava osa iäkkäistä ei koe yksinäisyyttä ainakaan jatkuvasti huolimatta monista menetyksistä. Selityksenä voi olla mukautuminen menetyksiin ja muutoksiin ja yksilöllisten selviytymiskeinojen kehittäminen. Kuitenkin osalla vanhuksista muutokset ja menetykset voivat johtaa mielialan laskuun ja yksinäisyyteen, jota ei voi lievittää korvaavilla ihmissuhteilla. Pelkästään sosiaalista verkostoa arvioimalla ei saada kiinni emotionaalisesta yksinäisyydestä kärsiviä henkilöitä. Yksinäisyyden tunteita ilmaistessaan iäkkäät ihmiset saattavat viestiä sitä kautta monia kielteisiä tunteita kuten huonoksi koettua terveyttä, taloudellista tilannetta ja masentuneisuutta tai päinvastoin. Erityisen tärkeää olisi tunnistaa masentuneisuus riittävän ajoissa. Mielenterveyttä edistävien elämäntapojen kuten ravinnon, liikunnan, ulkoilun ja psyykkisesti aktiivisen elämäntavan ylläpitämisen ohjaamisen tulisi olla jokaiselle vanhustyössä toimivalle itsestäänselvyys eri kohtaamistilanteissa. Puolison menettämiseen liittyvän surun käsittelyyn tulisi kehittää erilaisille vanhuksille soveltuvia menetelmiä kuten ryhmä- tai vertaistukea. Puolison menettämiseen voisi valmentautua yhdessä puolison kanssa puolison vielä eläessä.

Ystävien tapaamistiheydellä näyttää olevan ennusteellista merkitystä koettuun yhteisyyteen. Ystävaverkoston säilyttämiseen ja luomiseen tulisi kiinnittää huomiota riittävän ajoissa ennen vanhuusikää. Erityisesti miehet saattavat eristäytyä täysin puolison kuoltua. Tärkeää olisi löytää ne lesket, joilla ei ole ystäviä. Näyttää siltä, että lesket, joilla on ystäviä eivätkä ole masentuneita, selviytyvät. Lasten merkitys hyvinvointiin voi olla erilainen verrattuna ystäviin mutta se ei välttämättä merkitse sitä, että lapsia ei koeta tärkeiksi. Iäkkäät ihmiset haluavat asua ja selviytyä itsenäisesti mahdollisimman pitkään, mitä kanssakäyminen ystävien kanssa tukee. Sosiaalisen verkoston merkitys ei ole kuitenkaan yksiselitteinen. Pitää myös hyväksyä se, että kaikki eivät halua toisten ihmisten seuraa. Heille itsenäinen mielekäs puuhailu voi olla parasta hoitoa yksinäisyyteen.

Yksinäisyyttä lähestyttiin tässä tutkimuksessa monitieteisen gerontologian näkökulmasta. Yksinäisyyttä on tutkittu useimmin psykologian ja sosiologian lähtökohdista. Psykologit painottavat yksinäisyydessä persoonallisuuden piirteitä ja sosiologit vuorovaikutussuhteita. Vanhuusiän yksinäisyyttä tulisi tarkastella usean tieteenalan näkökulmasta, koska yksinäisyyteen liittyy erilaisia fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ongelmia ja ulottuvuuksia. Lääketieteessä ei tunneta diagnoosina yksinäisyyttä. Yksinäisyyden tunnistaa

minen oireyhtymänä, johon liittyy erilaisia hyvinvointia heikentäviä tekijöitä ja joka ennustaa muistin heikkenemistä ja laitokseen joutumista, olisi tärkeää. Käytännön hoito- ja vanhustyössä yksinäisyys on ongelmana tunnistettu mutta jatkossa tulisi kehittää konkreettisia auttamismenetelmiä mm. kotona asuville vanhuksille. Tärkeää olisi erottaa emotionaalinen ja sosiaalinen yksinäisyys, koska molempiin ei välttämättä sovellu samat hoitokeinot. Sosiaaliseen yksinäisyyteen saattaa olla löydettävissä helpommin auttamiskeinoja kuin emotionaalisen yksinäisyyteen.

Jatkossa olisi aiheellista tehdä käsiteanalyttinen tarkastelu yksinäisyyskäsitteen ja sen lähikäsitteiden eroista. Tutkimus herätti mm. seuraavia kysymyksiä: Miten sosiaalinen eristyneisyys eroaa sosiaalisen yksinäisyyden tunteesta? Mikä on ei kielteisenä koetun eristyneisyyden ja vapaaehtoisen yksinäisyyteen hakeutumisen (solitude) suhde? Mikä on vanhuksen kokeman yksinäisyyden tunteen, surun ja masentuneisuuden yhteys? Heijastavatko ne yhdessä eksistentiaalista yksinäisyyttä? Mikä on persoonaan liittyvien piirteiden merkitys yksinäisyyden tunteen itsearvioissa? Mitä myönteinen yksinäisyyteen hakeutuminen (solitude) tarkoittaa vanhuksen itsensä kuvaamana? Emotionaalisen ja sosiaalisen yksinäisyyden ilmiön ymmärtäminen syvällisemmin edellyttäisi laadullista lähestymistapaa. Hyödyllistä olisi myös selvittää, millaisia selviytymiskeinoja vanhuksilla on yksinäisyyteen. Käsitteiden selkiyttämisen kautta voidaan kehittää iäkkäille ihmisille soveltuvia emotionaalisen ja sosiaalisen yksinäisyyden arviointi- ja auttamismenetelmiä. Jatkossa tulisi kehittää sellaisia arviointimenetelmiä, jotka mahdollistavat yksilöllisten erojen ja eri elämäntilanteiden huomioon ottamisen. Tutkimuskäyttöä varten olisi hyvä selvittää SPS -itsearviointiasteikon ns. leikkauspistettä, jonka perusteella voidaan arvioida henkilön kärsivän emotionaalisen ja sosiaalisen yhteisyyden puutteen. Tässä tutkimuksessa selvitettiin vain vanhuusiän yksinäisyyttä. Emotionaalista ja sosiaalista yksinäisyyttä määrittäviä tekijöitä ja vuorovaikutussuhteiden merkitystä olisi hyvä selvittää myös alle 80-vuotiailla miehillä ja naisilla. Seuruajan tulisi olla riittävän pitkä ja käsittää useita mittauskertoja, mikä mahdollistaisi tarkemman arvioinnin erilaisten muutosten ja menetysten vaikutuksista yksinäisyyden tunteisiin. Tämä antaisi mahdollisuuden tutkia, onko vanhuusiän yksinäisyys sisällöltään erilaista verrattuna nuorempiin ikäryhmiin.

YHTEENVETO

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata 80-vuotiaiden jyvaskyläläisten kokemaa yksinäisyyttä ja sen muutosta viiden vuoden aikana sekä yksinäisyyteen yhteydessä olevia ja yksinäisyyttä ennustavia sosiodemografisia, vuorovaikutussuhteita ja terveyttä ja toimintakykyä kuvaavia tekijöitä. Lisäksi tarkoituksena oli tutkia koetun yhteisyyden rakennetta, pysyvyyttä ja muutosta sekä koettua yhteisyyttä selittäviä ja ennustavia tekijöitä viiden vuoden seuruun aikana. Tavoitteena oli tunnistaa vanhuusiän yksinäisyyttä määrittäviä tekijöitä.

Tutkimuksen viitekehystenä oli malli, jossa vanhuusiän muutokset ja menetykset vaikuttavat yksinäisyyden tunteeseen. Taustalla vaikuttavat sosiodemografiset ja ekonomiset tekijät sekä persoonallisuudenpiirteet ja sopeutumismenetelmät. Yksinäisyyden ilmiötä tavoiteltiin yksiulotteisen yksinäisyyden kokemuksen ja moniulotteisen koetun yhteisyyden kautta. Yksinäisyyden kielteistä kokemusta mitattiin yksinäisyyttä kuvaavalla neliluokkaisella kysymyksellä "Kärsittekö yksinäisyydestä". Myönteistä näkökulmaa yksinäisyyteen, koettua yhteisyyttä mitattiin Social Provision Scale- itsearviointiasteikolla. Oletuksena oli, että nämä kaksi ulottuvuutta korreloivat keskenään negatiivisesti. Aikaisemman kirjallisuuden perusteella yksinäisyyttä määrittävinä tekijöinä tutkittiin sosiodemografisia ja ekonomisia tekijöitä sekä sosiaalisia suhteita ja terveyttä ja toimintakykyä kuvaavia muuttujia.

Tutkimus on osa Ikivihreät -projektiä. Tämän tutkimuksen kohdejoukko- na olivat vuosina 1910 ja 1914 syntyneet jyvaskyläläiset, joista osallistui 80-vuotiaana haastatteluihin hieman yli 90 % (n = 512) ja laboratoriotutkimuksiin hieman yli 70 % (n = 396). Viisivuotisseuruuseen 85-vuotiaana osallistui tavoitettavissa olleista vastaavasti haastatteluun lähes 90 % (n = 306) ja laboratoriotutkimuksiin lähes 60 % (n = 199).

Vanhuusiän yksinäisyydessä erottui kaksi ulottuvuutta, joita määrittelevät osin samat ja osin eri tekijät. Kielteisenä yksinäisyyden tunteena ilmenevä ulottuvuus nimettiin emotionaaliseksi yksinäisyydeksi. Koettu yhteisyys jakaantui sisällöllisesti emotionaaliseen ja sosiaaliseen ulottuvuuteen, joihin olivat yhteydessä sosiaalista eristyneisyyttä kuvaavat määrälliset tekijät. Kielteiseksi koetuna sosiaalisena eristyneisyytenä ja koetun yhteisyyden puutteena ilmenevä ulottuvuus nimettiin sosiaaliseksi yksinäisyydeksi. Koettu yksinäisyys korreloi negatiivisesti koetun yhteisyyden kanssa mutta korrelaatiot olivat matalia. Emotionaalista yksinäisyyttä luonnehtivat erilaiset kielteiset tunteet, jossa masentuneisuus oli vallitseva tunne. Sosiaalista yksinäisyyttä luonnehtivat puutteelliset vuorovaikutussuhteet ja kanssakäymistä vaikeuttavat tekijät.

80- ja 85-vuotiaista lähes kolmasosa koki jossain määrin yksinäisyyttä ja yhdellä kymmenestä tutkittavasta yksinäisyyden tunteita oli usein tai aina. Yksinäiseksi itsensä kokevien osuus lisääntyi viiden vuoden seuruun aikana mutta muutoksia tapahtui myös toiseen suuntaan. Osalla yksinäisyyden tunteet lisääntyivät ja osalla vähenivät. Pienelle osalle vanhuksista yksinäisyyden tunne

oli lähes jatkuvaa viiden vuoden seuruun ajan. Miesten ja naisten välillä ei ollut eroa yksinäisyyttä kokevien osuuksissa.

Masentuneisuus, leskeys, yksin asuminen, huonoksi koettu terveys ja alentunut toimintakyky olivat tärkeimmät yksinäisyyden kokemusta määrittävät tekijät. Masentuneisuus ennusti naisilla yksinäisyyden tunteita. Nuoremassa ikäryhmässä vähäiseksi koettu emotionaalinen ja sosiaalinen yhteisyys olivat myös merkitseviä selittäjiä. Vanhemmalla iällä niiden merkitys väheni. Koetun yhteisyyden kuusi ulottuvuutta selittivät yksittäin vain vähän yksinäisyyden kokemusta. Tunne siitä, että saa apua tarvittaessa oli tärkein yksinäisyyden tunteita vähentävä ulottuvuus.

Sekä emotionaalisen että sosiaalisen yhteisyyden rakenne oli suhteellisen pysyvää viiden vuoden aikana. Miehet kokivat 80- ja 85-vuotiaana sosiaalista yhteisyyttä enemmän kuin naiset. Emotionaalisessa yhteisyydessä ei ollut eroa sukupuolten välillä. Koettu yhteisyys väheni seuruun aikana. Koetun yhteisyyden emotionaalista ulottuvuutta kuvasivat sosiaaliset suhteet erityisesti ystävien kanssa ja positiivinen mieliala. Sosiaalista ulottuvuutta kuvasivat parhaiten ystäväkontaktit ja hyvä toimintakyky. Myös korkeampi koulutustaso oli tärkeä sekä emotionaalisen että sosiaalisen yhteisyyden määrittäjänä. Yksin asuminen oli erityisesti nuoremmassa miesten ikäryhmässä koettua yhteisyyttä heikentävä tekijä. Naisilla koettu taloudellinen tilanne liittyi sekä emotionaaliseen että sosiaaliseen yhteisyyteen. Koettua yhteisyyttä määrittävät tekijät poikkesivat osittain sekä sukupuolten välillä että miesten ja naisten ryhmien sisällä. Erityisesti naisten nuoremmassa ikäryhmässä yhteisyyttä selitti laajempi sosiaalinen verkosto kuin miehillä. Koetussa yhteisyydessä erottui kaksi alaryhmää molemmilla sukupuolilla. Naisilla erottui analyysien perusteella ”sosiaalisesti suojatut” ja ”sosiaalisesti eristyneet” ja miehillä ”sosiaalisesti aktiiviset” ja ”sosiaalisesti itsenäiset” - ryhmät.

Tulokset viittaavat siihen, että terveyden ja toimintakyvyn heikkeneminen ja ihmissuhteiden menetykset altistivat yksinäisyyden tunteille. Osalla tekijöistä voi olla suoria ja osalla epäsuoria vaikutuksia joko emotionaaliseen tai sosiaaliseen yksinäisyyteen tai molempiin sekä myös keskinäisiä vaikutuksia. Yksilöön liittyvät tekijät vaikuttavat siihen, miten menetykset ja muutokset ilmenevät emotionaalisen ja sosiaalisen yksinäisyyden tunteena. Erilaiset persoonallisuudenpiirteet ja elämänhistoria sekä se, millaisia omia odotuksia ja tavoitteita vanhus asettaa ja millaisia sopeutumismenetelmiä hänellä on, heijastuvat yksinäisyyden kokemuksiin. Interventioita kehitettäessä tulee ottaa huomioon yksinäisyyden moniulotteisuus sekä yksilölliset tekijät.

Tämä tutkimus valotti vain pientä osaa vanhuusiän yksinäisyydestä ja ainoastaan yhden kaupungin 80–85-vuotiaiden vanhusten näkökulmasta. Jatkossa tarvitaan pitkittäistutkimusta myös nuoremmista ikäryhmistä käyttäen useampia mittauskertoja ja lyhempiä seuruuvälejä. Samalla tulisi arvioida seuruun aikana tapahtuvien muutoksien yhteyttä yksinäisyyteen. Yksinäisyyden käsite vaatii jatkossa käsiteanalyttistä tarkastelua sekä kvalitatiivista erityisesti emotionaalisen yksinäisyyden tutkimusta.

SUMMARY

The purpose of this study was to examine perceived loneliness and its variation among the 80-year-old inhabitants of Jyväskylä during a 5-year follow-up. In addition, the aim was to describe the extent to which different factors, sociodemographic variables, social relations, health and functional ability variables, are associated with and predict loneliness. Moreover, the purpose was to study the structure, stability and predictors of perceived togetherness over the 5-year period. The overall aim was to identify the determinants of loneliness in old age.

The theoretical framework was a model, describing effect on feelings of loneliness of the changes and losses of old age. In the model sociodemographic and economic factors as well as personal characteristics and strategies of adaptation have background effects. The phenomenon of loneliness was pursued through the global experience of loneliness and multi-dimensional perceived togetherness.

The negative experience of loneliness was measured by a four-class question "Do you suffer from loneliness?" The positive aspect to loneliness, perceived togetherness, was measured with the Social Provision Scale. It was assumed that these two dimensions would correlate negatively with each other. On the basis of the earlier literature, sociodemographic and economic factors as well as social relations and health and functional ability variables were used as the determinants of loneliness. The study forms a part of the Evergreen project. The target population of this study comprised all inhabitants born 1910 and 1914 living in Jyväskylä. At age 80 91.1% (n = 512) of those eligible participated in the home-interviews and 70.5% (n=396) in the laboratory tests. The corresponding figures at age 85 were 88.7% (n = 306) and 57.7% (n =199).

Two dimensions were distinguished in the loneliness of old age, both of which were defined by partly the same and partly by different factors. One dimension, which is represented by the feeling of negative loneliness, was labeled emotional loneliness. Perceived togetherness decomposed into emotional and on social dimension, to which the quantitative factors describing social isolation were associated. A dimension that manifested itself as a lack of perceived togetherness and that was experienced as negative social isolation was labeled social loneliness. Perceived loneliness correlated negatively with perceived togetherness, but the correlations were low. Whereas different kinds of negative feelings, especially depressiveness characterized emotional loneliness, insufficient social relationships and factors that make dealings difficult characterized social loneliness.

Almost one third of the 80 to 85-year-old people suffered from loneliness to some extent and one out of ten had feelings of loneliness often or always. During the five-year follow-up the number of those who felt lonely increased, but changes also occurred in the other direction. For some, feelings of loneliness increased and for some they decreased. The feeling of loneliness was almost continuous among a small group of the elderly participants during the 5-year follow-up. There were no differences between males and females.

The most important determinants of perceived loneliness were widowhood, living alone, depressiveness, poor self-rated health and poor functional ability. Depressiveness predicted feelings of loneliness among females. Among the younger age group lower perceived emotional and social togetherness were also significant determinants. The significance decreased with increasing age. Individually, the six dimensions of perceived togetherness explained only little about the experience of loneliness. The feeling that one can get help when necessary (reliable alliance), was the dimension that decreased perceived loneliness the most.

The structure of both emotional and social togetherness was rather stable during the 5-year follow-up. Males experienced more social togetherness than females at the ages of 80–85. There were no gender differences in emotional togetherness. Perceived togetherness decreased during the follow-up. Relationships, especially with friends, and positive mood described the emotional dimension of perceived togetherness the best. The social dimension was best described by contacts with friends and good functional ability. A higher level of education was also important as a determinant of both emotional and social togetherness. Living alone was a factor weakening perceived togetherness, particularly among the younger male age group. Among females, self-rated economic status was associated with both emotional and social togetherness. The determinants of perceived togetherness partly differed between sexes as well as within the groups of males and females. Within the younger age group of females, especially perceived togetherness was explained by a larger social network. Within perceived togetherness two subgroups were distinguished among both sexes. According to analyses, socially embedded and socially isolated groups were distinguished among females and socially active and solitary groups among males.

The results indicate that weakening of health and functional ability and losses of relationships expose individuals to feelings of loneliness. Some factors may have a direct and some an indirect effect either on emotional or social loneliness or on both as well as mutual effects. The factors relating to the individual have an effect on how losses and changes are experienced as feelings of emotional and social loneliness. Various personal factors and their life history as well as what kinds of expectations and goals old people set themselves and what strategies of adaptation they have, are reflected in perceived loneliness. Special attention needs to be paid to the two different dimensions of loneliness and to individual factors when developing interventions.

This research shed light only on a small area of the loneliness experienced by the elderly and only on the 80 to 85-years-old point of view in one city. In the future, more longitudinal research is needed, also on younger age groups of the elderly, using more measurement points and shorter follow-up periods. At the same time the association between loneliness and changes in it should be measured during follow-ups. In the future, the concept of loneliness will require concept analysis as well as qualitative research, especially with respect to emotional loneliness.

KIITOKSET

Idean tähän tutkimusaiheeseen sain ohjaajaltani dosentti Riitta-Liisa Heikkiseltä lähes kymmenen vuotta sitten. Kiinnostukseni aiheeseen oli kuitenkin herännyt jo 80-luvulla, jolloin kohtasin sairaanhoitajana työskennellessäni vanhuksia, jotka hakeutuivat yksinäisyyden ja turvattomuuden tunteen vuoksi hoitoon sairaalaan. Kaksikymmentä vuotta myöhemmin vanhusten yksinäisyys on nousut yhdeksi keskeiseksi puheenaiheeksi. Viime vuosina on havahduttu huomaamaan yksinäisyyden merkitys vanhusten elämänlaatuun.

Tutkimukseni on osa monitieteistä Ikivihreät – projektia, jossa tutkittavina ovat jyvaskyläläiset iäkkäät ihmiset. Esitän parhaimmat kiitokseni emeritusprofessori Eino Heikkiselle, että olen saanut käyttööni arvokkaan aineiston. Eri-tyiskiitokset kuuluvat niille vanhuksille, jotka osallistuivat haastatteluihin ja laboratoriotutkimuksiin. Toivon, että väitöskirjani tulokset auttavat edistämään kaikkien yksinäisyyttä kokevien vanhuksien elämänlaatua.

Kiitän lämpimästi väitöskirjatyöni ohjaajaa Riitta-Liisa Heikkistä kannustavista ja ajattelua laajentavista keskusteluista. Eri-tyiskiitokset esitän professori Esko Leskiselälle arvokkaista kommentteista ja avusta sekä johdattelusta tilastotieteen mielenkiintoiseen maailmaan.

Työni sai lopullisen muotonsa esitarkastajieni professori Anneli Sarvimäen ja professori Marja Vaaraman arvokkaiden korjausehdotusten avulla. Anneli Sarvimäki ja Marja Vaarama kommentoivat käsikirjoitustani kannustavasti ja rakentavasti.

Tutkimustyöni edistymisessä ovat auttaneet monet henkilöt. Tilastotieteellisissä ongelmissa olen saanut tarvitessani apua Markku Kauppiselta. Väitöskirjani englanninkielen oikeellisuudesta ovat vastanneet David Kivinen ja Michael Freeman. Kiitän heitä heidän arvokkaasta työstään.

Lopuksi haluan esittää rakkaimmat kiitokset miehelleni ja lapsilleni, jotka ovat tukeneet minua opettajan työni ohella vuosia kestäneen urakan aikana. Omistan tämän väitöskirjan Laurille, Lotta-Maijalle, Jannelle ja Milla-vanhukselle sekä vanhemmilleni Lealle (80 vuotta) ja Viljolle (85 vuotta).

Jyväskylässä maaliskuussa 2006

Pirjo Tiikkainen

LÄHTEET

- Aartsen, M., Van Tilburg, T., Smits, C. & Knipscheer, K. 2004. A longitudinal study of the impact of physical and cognitive decline on the personal network in old age. *Journal of Social and Personal Relationships* 21(2), 249–266.
- Adelman, P. 1994. Multiple roles and psychological well-being in a national sample of older adults. *Journal of Gerontology Social Sciences*, 49, 277–285S.
- Akiyama, T. & Akiyama, H. 1991. Social relationships and aging well. *Generations* 15, 9–50.
- Andersson, L. 1992. Loneliness and perceived responsibility and control in elderly community residents. *Journal of Social Behavior and Personality* 7, 431–443.
- Andersson, L. 1998. Loneliness research and interventions: a review of literature. *Aging and Mental Health* 2(4), 264–274.
- Andersson, L. & Stevens, N. 1993. Associations between early experiences with parents and well-being in old-age. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 48, 109–116.
- Antonucci, T., Lansford, J., Akiyama, H., Smith, J., Baltes, M., Takahashi, K., Fuhrer, R. & Dartigues J-F. 2002. Differences between men and women in social relations, resource deficits, and depressive symptomatology during later life in four nations. *Journal of Social Issues* 58(4), 767–783.
- Avlund, K., Lund, R., Holstein, B. & Due, P. 2003. Social relations as determinants of onset of disability in aging. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 38, 85–99.
- Baltes, M. & Carstensen, L. 1996. The process of successful ageing. *Ageing and Society* 16, 397–422.
- Barrett, A. & Lynch, S. 1999. Caregiving networks of elderly persons: variation by marital status. *The Gerontologist* 39(6), 695–704.
- Berg, S., Mellström, D., Persson, G. & Svanborg, A. 1981. Loneliness in the Swedish aged. *Journal of Gerontology*, 3, 342–349.
- Berkman, L. & Syme, L. 1979. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda county residents. *American Journal of Epidemiology* 109(2), 186–204.
- Berkman, L., Glass, T., Brissette, I. & Seeman, T. 2000. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science and Medicine* 51, 843–857.
- Blazer, D. 2002. Self-efficacy and depression in late life: a primary prevention proposal. *Aging & Mental Health* 6(4), 315–324.
- Blazer, D. 2003. Depression in late life: Review and commentary. *The Journals of Gerontology. Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 58, 249–265.
- Bondevik, M. & Skogstad, A. 1996. Loneliness among the oldest old, a comparison between residents living in nursing homes and residents

- living in the community. *International Journal of Aging and Human Development* 43, 181-197.
- Bondevik, M. & Skogstad, A. 1998. The oldest old, ADL, social network, and loneliness. *Western Journal of Nursing Research* 20(3), 325-343.
- Bowlby, J. 1969. *Attachment and loss* (Vol. 1): Attachment. New York: Basic Books.
- Bowling, A., Edelman, R., Leaver, J. & Hoekel, T. 1989. Loneliness, mobility, well-being and social support in a sample of over 85 year old. *Personality and Individual Differences* 10(11), 1189-1192.
- Bowling, A. 1994. Social networks and social support among older people and implications for emotional well-being and psychiatric morbidity. *International Review of Psychiatry* 6(1), 41-58.
- Bowling, A. 1997. *Measuring health: a review of quality of life measurement*. Buckingham: Open University Press, 91-110
- Carstensen, L. 1995. Evidence for a life-span theory of socio-emotional selectivity. *Current Directions in Psychological Science* 4, 151-156.
- Chen, H.L. 1994. Hearing in the elderly. Relation of hearing loss, loneliness, and self-esteem. *Journal of Gerontological Nursing* 20, 22-28.
- Costello, J. 1999. "Filling the void": grief and loneliness in older adults. *Illness, Crisis and Loss* 7(3), 218-232.
- Costello, J. & Kendrick, K. 2000. Grief and older people: the making or breaking of emotional bonds following partner loss in later life. *Journal of Advanced Nursing* 32, 1374-1382.
- Creecy, R.F., Berg, W.E. & Wright, R. 1985. Loneliness among the elderly: A causal approach. *Journal of Gerontology* 40, 487-493.
- Cutrona, C. & Russell, D. 1987. The provision of social relationships and adaptation to stress. *Advances in Personal Relationships* 1, 37-67.
- Cutrona, C., Russell, D. & Rose, J. 1986. Social support and adaptation to stress by the elderly. *Journal of Psychology and Aging* 1, 47-54.
- De Jong Gierveld, J. 1987. Developing and testing the model of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology* 53(1), 119-128.
- De Jong Gierveld, J. & Havens, B. 2004. Cross-national comparisons of social isolation and loneliness: introduction and overview. *Canadian Journal on Aging* 23(2), 109-113.
- Donaldson, J. & Watson, R. 1996. Loneliness in elderly people: an important area for nursing research. *Journal of Advanced Nursing* 24(5), 952-959.
- Drageset, J. 2004. The importance of activities of daily living and social contact for loneliness: a survey among residents in nursing homes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18, 65-71.
- Dugan, E. & Kivett, V. 1994. The importance of emotional and social isolation to loneliness among very old rural adults. *The Gerontologist* 34(3), 340-345.
- Dykstra, P. & De Jong Gierveld, J. 2004. Gender and marital-history differences in emotional and social loneliness among Dutch older adults. *Canadian Journal on Aging* 23(2), 141-155.

- Fees, B.S., Martin, P. & Poon, L.W. 1999. A model of loneliness in older adults. *Journal of Gerontology, Psychological Sciences* 54B(4), 231-239.
- Forbes, A. 1996. Loneliness. *British Medical Journal* 313 (7053), 352-355.
- Fromm-Reichman, F. 1959. Loneliness. *Psychiatry* 22, 1-5.
- Fry, P. 1998. Spousal loss in late life: a 1-year follow-up of perceived changes in life meaning and psychological functioning following bereavement. *Journal of Personal and Interpersonal Loss* 3(4), 369-391.
- Glass T., Mendes de Leon C., Marottoli R. & Berkman L. 1999. Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. *British Medical Journal* 319, 478-483.
- Green, G., Hayes, C., Dickinson, D., Whittaker, A. & Gilheany, B. 2002. The role and impact of social relationships upon well-being reported by mental health service users: A qualitative study. *Journal of Mental Health* 11(5), 565-579.
- Green, L.R., Richardson, D.S., Lago, T. & Schatten-Jones, E.C. 2001. Network correlates of social and emotional loneliness in young and older adults. *Personality and Social Psychology Bulletin* 27(3), 281-288.
- Gupta, V. & Korte, C. 1994. The effects of a confidant and peer group on the well-being of single elders. *International Journal of Aging and Human Development* 39(4), 293-302.
- Hanson R., Jones, W., Carpenter, B. & Remondet, I. 1986. Loneliness and adjustment to old age. *International Journal of Aging and Human Development*, 24, 41-53.
- Havens, B., Hall, M., Sylvestre, G. & Jivan, T. 2004. Social isolation and loneliness: Differences between older rural and urban Manitobans. *Canadian Journal on Aging* 23(2), 129-140.
- Haynie, D., Berg, S., Johansson, B., Gatz, M., Zarit, S. 2001. Symptoms of depression in the oldest old: a longitudinal study. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 56B(2), 111-118.
- Heikkinen, E. 1997. Background, design and methods of the project. Teoksessa E. Heikkinen, R-L. Heikkinen, I. Ruoppila (toim.) *Functional capacity and health of elderly people - the Evergreen Project*. *Scandinavian Journal of Social Medicine Suppl.* 53, 1-18.
- Heikkinen, E. 1998. Background, design and methods of the Evergreen Project. *Journal of Aging and Physical Activity* 6, 106-120.
- Heikkinen, E., Arajärvi, R-L., Jylhä, M., Koskinen, S., Pekurinen, M. & Pohjolainen, P. 1981. *Eläkeikäiset Tampereella*. *Kansanterveystieteen julkaisuja* M65/81. Tampere.
- Heikkinen, R-L. 1999. Iäkkäiden jyvaskyläläisten yleisimmät mielialaongelmat ja niiden kehityssuunta kahdeksan vuoden seuruun aikana. Teoksessa T. Suutama, I. Ruoppila, P. Laukkanen (toim.) *Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn muutokset. Havainnot ja Ikivihreät -projektin 8-vuotisesta seuruututkimuksesta*. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 42, 117-132.

- Heikkinen, R-L., Virtanen, V., Heikkinen, E. & Kauppinen, M. 1992. Sosiaalinen yhteisyys, yhteisöllinen toiminta ja terveys. *Gerontologia* 6(3), 176-184.
- Heikkinen, R-L., Berg, S. & Avlund, K. 1995. Depressive symptoms in late life: Results from a study in three Nordic urban localities. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 10, 315-330.
- Heikkinen, R-L. & Kauppinen, M. 2004. Depressive symptoms in late life: a 10 year follow-up. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 38, 239-250.
- Hokkanen, T., Jylhä, M. 1994. Eläkeikäisten naisleskien terveys ja elämäntilanne. *Gerontologia* 8(1), 2-11.
- Holahan, C.K. & Holahan, C.J. 1987. Self-efficacy, social support, and depression in aging: A longitudinal analysis. *Journal of Gerontology* 42, 65-68.
- Holmén, K., Ericsson, K., Andersson, L. & Winblad, B. 1992. Loneliness among elderly people living in Stockholm: a population study. *Journal of Advanced Nursing* 17, 43-51.
- Holmén, K., Ericsson, K., Andersson, L., Rydberg, L. & Winblad, B. 1994. Visual impairment and loneliness in old age. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 8, 99-105.
- Holmén, K., Ericsson, K. & Winblad, B. 1994. Loneliness and living conditions of the oldest old. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 22(1), 15-19.
- Holmén, K., Ericsson, K. & Winblad, B. 1999. Quality of life among the elderly. State of mood and loneliness in two selected groups. *Scandinavian Journal of Caring Science* 13, 91-95.
- Holmén, K., Ericsson, K. & Winblad, B. 2000. Social and emotional loneliness among non-demented and demented elderly people. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 31, 177-192.
- Holmén, K. & Furukawa, H. 2002. Loneliness, health and social network among elderly people - a follow-up study. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 35, 261-274.
- Hughes, M.E., Waite, L.J., Hawkey, L.C. & Cacioppo, J.T. 2004. A short scale for measuring loneliness in large surveys. Results from two population-based studies. *Research on Aging* 26(6), 655-672.
- Jylhä, M. 2004. Old age and loneliness: Cross-sectional and longitudinal analyses in the Tampere longitudinal study on aging. *Canadian Journal on Aging* 23(2), 157-168.
- Jylhä, M. & Aro, S. 1989. Social ties and survival among the elderly in Tampere, Finland. *International Journal of Epidemiology* 18(1), 158-165.
- Jylhä, M. & Jokela, J. 1990. Individual experiences as cultural: A cross-cultural study on loneliness among the elderly. *Ageing and Society* 10, 295-315.
- Jöreskog, K., Sörbom, D., du Toit, S. & du Toit, M. 1999. LISREL 8: New statistical features. Chicago: Scientific Software International.
- Kahn, J.H., Hessling, R.M. & Russell, D.W. 2003. Social support, health, and well-being among the elderly: what is the role of negative affectivity? *Personality and Individual Differences* 35(1), 5-17.
- Kauppinen, M. 2003. Ikivihreät -projektin tutkimusaineistot. Teoksessa A. Hietanen & T-M. Lyyra (toim.) *Iäkkään väestön terveyden ja toimintaky-*

vyn ylläpitäminen ja edistäminen. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, selvityksiä 2, 23–41.

- Kiely, DK., Simon, SE., Jones, RN. & Morris, JN. 2000. The protective effect of social engagement on mortality in long-term care. *Journal of The American Geriatrics Society* 48, 1367–1372.
- Killeen, C. 1998. Loneliness: an epidemic in modern society. *Journal of Advanced Nursing* 28(4), 762–770.
- Kivett, V., Stevenson, M. & Zwane, C. 2000. Very-old rural adults: functional status and social support. *The Journal of Applied Gerontology* 19(1), 58–77.
- Kraus, L., Davis, M., Bazzini, D., Church, M. & Kirchman, C. 1993. Personal and social influences on loneliness: The mediating effect of Social Provisions. *Social Psychology Quarterly* 56(1), 37–53.
- Krause, N. 1999. Assessing change in social support during late life. *Research on Aging*, 21(4), 539–569.
- Laukkanen, P., Era, P., Heikkinen, R-L., Suutama, T., Kauppinen, M. & Heikkinen, E. 1994. Factors related to carrying out everyday activities among elderly people aged 80. *Aging. Clinical & Experimental Research* 6, 433–443.
- Lennartsson, C. 1999. Social ties and health among the very old in Sweden. *Research on Aging* 21(5), 657- 681.
- Leskinen, E. 2005. Pitkittäisaineistojen analyysistä latenttien muuttujien malleilla. *Psykologia* 5, 474–486.
- Long, M.V. & Martin, P. 2000. Personality, relationship closeness and loneliness of oldest old adults and their children. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 55 B(5), 311–319.
- Mancini, J. & Blieszner, R. 1992. Social Provisions in adulthood: concept and measurement in close relationships. *Journal of Gerontology* 47(1), 14–20.
- Marangoni, C. & Ickes, W. 1989. Loneliness: a theoretical review with implications for measurement. *Journal of Social and Personal Relationships* 6, 93–128.
- Mendes de Leon, CF., Seeman, TE., Baker, DI., Richardson, ED. & Tinetti, ME. 1996. Self-efficacy, physical decline, and change in functioning in community-living elders: a prospective study. *Journal of Gerontology, Social Sciences* 51, 183–190S.
- Moustakas, C. 1961. *Loneliness*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice- Hall.
- Mullins, L. & Dugan, D. 1990. The influence of depression, and family and friendship relations, on residents' loneliness in congregate housing. *The Gerontologist* 30, 377–384
- Mullins, L., Elston, C. & Gutkowski, S. 1996. Social determinants of loneliness among older Americans. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs* 122(4), 455–473.
- Mullins, L., Johnson, P. & Andersson, L. 1987. Loneliness of the elderly: The impact of family and friends. *Journal of Social Behavior and personality* 2, 225–238.

- Mullins, L. & Mushel, M. 1992. The existence and emotional closeness of relationships with children, friends, and spouses. *Research on Aging* 14(4), 448-470.
- Mullins, L., Sheppard, H. & Andersson, L. 1991. Loneliness and social isolation in Sweden: Differences in age, sex, labor force status, self-rated health, and income adequacy. *Journal of Applied Gerontology* 10(4), 455-468.
- Mullins, L. & Smith, R. 1996. An examination of the effects of self-rated and objective indicators of health condition and economic condition on the loneliness of older persons. *Journal of Applied Gerontology* 15(1), 23-37.
- Muthén, B. & Muthén, L. 1998-2004. Mplus. Los Angeles: Muthén & Muthén.
- Olsen, R.B., Olsen, J., Gunner-Svensson, F. & Waldstrom, B. 1991. Social networks and longevity. A 14 year follow-up study among elderly in Denmark. *Social Science & Medicine* 33(10), 1189 -1195.
- Penninx, B., Van Tilburg, T., Kriegsman, D., Boeke, A., Deeg, D. & Van Eijk, J. 1999. Social network, social support, and loneliness in older persons with different chronic diseases. *Journal of Aging and Health* 11(2), 151 -168.
- Penninx, B., Van Tilburg, T., Kriegsman, D., Deeg, D., Boeke, A. & Van Eijk, J. 1997. Effects of social and personal resources on mortality in older age: the longitudinal ageing study Amsterdam. *American Journal of Epidemiology* 146, 510-519.
- Peplau, A. & Perlman, D. 1982. Perspectives on loneliness. Teoksessa L. Peplau & D. Perlman (toim.) *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: Wiley, 1-18.
- Perlman, D. 2004. European and Canadian studies of loneliness among seniors. *Canadian Journal on Aging* 23(2), 181-188.
- Perlman, D. & Peplau, A. 1982. Theoretical approaches to loneliness. Teoksessa L. Peplau & D. Perlman (toim.) *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: Wiley, 123-134,
- Peters, A. & Liefbroer, A. 1997. Beyond marital status: Partner history and well-being in old age. *Journal of Marriage and the Family* 59(3), 687-699.
- Pinquart, M. 2003. Loneliness in married, widowed, divorced, and never married older adults. *Journal of Social and personal relationships* 20(1), 31-53.
- Prince, M., Harwood, R., Blizard, R., Thomas, A. & Mann, A. 1997. Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project VI. *Psychological Medicine* 27, 323-332.
- Radloff, L. 1977. The CES-D-scale. A self-report depression research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 3, 385-401.
- Rokach, A. & Brock, H. 1997. Loneliness and the effects of life changes. *Journal of Psychology Interdisciplinary & Applied* 131(3), 284-298.
- Rokach, A., Orzeck, T. & Neto, F. 2004. Coping with loneliness in old age: A cross-cultural comparison. *Current Psychology* 23(2), 124-137.
- Routasalo, P., Pitkälä, K., Savikko, N. & Tilvis, R. 2003. Ikääntyneiden yksinäisyys. Kyselytutkimuksen tuloksia. Vanhustyön keskusliitto, Saarijärvi.

- Rubenstein, C. & Shaver, P. 1982. The experience of loneliness. Teoksessa L. Peplau & D. Perlman (toim.) *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: Wiley, 206–223.
- Rubenstein, R.L. & Lubben, J.E. 1994. Social isolation and social support: an applied perspective. *Journal of Applied Gerontology* 13(1), 58–72.
- Russell, D. 1982. The measurement of loneliness. Teoksessa L. Peplau & D. Perlman (toim.) *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: Wiley, 81–104.
- Russell, D. 1996. UCLA Loneliness Scale (Version 3): reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment* 66(1), 20–40.
- Russell, D. & Cutrona, C. 1991. Social support, stress, and depressive symptoms among the elderly: test of a process model. *Psychology and Aging* 6(3), 190–201.
- Russell, D., Cutrona, C., Rose, J. & Yurko, K. 1984. Social and emotional loneliness: an examination of Weiss's typology of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology* 46(6), 1313–1321.
- Russell, D., Cutrona, C., de la Mora, A. & Wallace, R. 1997. Loneliness and nursing home admission among rural older adults. *Psychology & Aging* 12(4), 574–589.
- Samuelsson, G., Andersson, L. & Hagberg, B. 1998. Loneliness in relation to social, psychological and medical variables over a 13-year period: A study of the elderly in a Swedish rural district. *Journal of Mental Health and Aging* 4 (3), 61–78.
- Samuelsson, G., Sundström, G., Dehlin, O. & Hagberg, B. 2003. Formal support, mental disorders and personal characteristics: a 25-year follow-up study of a total cohort of older people. *Health and Social Care in the Community* 11(2), 95–102.
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R.S., Strandberg, T.E. & Pitkälä, K.H. 2005. Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 41(3), 223–233.
- Seeman, T., Kaplan, G., Knudsen, L., Cohen, R. & Guralnik, J. 1987. Social network ties and mortality among the elderly in the Alameda County Study. *American Journal of Epidemiology* 126(4), 714–723.
- Stack, S. 1998. Marriage, family and loneliness: a cross-national study. *Sociological perspectives* 41(2), 415–432.
- Stevens, N. & Van Tilburg, T. 2000. Stimulating friendship in later life: a strategy for reducing loneliness among older women. *Educational Gerontology* 26, 15–35.
- Suutama, T., Salminen, K. & Ruoppila, I. 1988. Iäkkäiden elinolosuhteet sekä psyykinen ja sosiaalinen toimintakykyisyys. Osa 2. Fyysinen ja sosiaalinen toimintakyky. Helsinki: Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M:63.
- Tijhuis, M., de Jong Gierveld, J., Feskens, E. & Kromhout, D. 1999. Changes in and factors related to loneliness in older men. The Zutphen Elderly Study. *Age and Ageing* 28, 491–495.

- Tilvis, R., Pitkälä, K., Jolkkonen, J. & Strandberg, T. 2000. Feelings of loneliness and 10-year cognitive decline in the aged population. *Lancet* 356, 76-78.
- Thuen, F. & Reime, M. 1997. The effect of widowhood on psychological well-being and social support in the oldest groups of the elderly. *Journal of Mental Health* 6(3), 265-275.
- Uchino, B., Cacioppo, J. & Kiecolt-Glaser J. 1996. The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119, 488-531.
- Vaarama, M., Hakkarainen A. & Laaksonen S. 1999. Vanhusbarometri 1998. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, selvityksiä 3.
- Van Baarsen, B., Sniijders, T., Smit, J. & Van Duijn, M. 2001. Lonely but not alone: emotional isolation and social isolation as two distinct dimensions of loneliness in older people. *Educational and Psychological Measurement* 61(1), 119-135.
- Van Grootheest, D.S., Beekman, A.T., Broese Van Groenou, M.I. & Deeg, D.J.H. 1999. Sex differences in depression after widowhood. Do men suffer more? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 34 (7), 391-398.
- Van Tilburg, T. 1998. Losing and gaining in old age: Changes in personal network size and social support in a four-year longitudinal study. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 53B (6), S313-323.
- Van Tilburg, T., Havens, B. & De Jong Gierveld, J. 2004. Loneliness among older adults in the Netherlands, Italy and Canada: A multi-faceted comparison. *Canadian Journal on Aging* 23(2), 169-179.
- Vaux, A. 1988. Social and personal factors in loneliness. *Journal of Social and Clinical Psychology* 6, 462-471.
- Weeks, D. 1994. A review of loneliness concepts, with particular reference to old age. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 9, 345-355.
- Weiss, R.S. 1973. Loneliness. The experience of emotional and social isolation. Cambridge, MA: MIT Press.
- Weiss, R.S. 1974. The provision of social relationships. Teoksessa Z. Rubin (toim.) *Doing unto others*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 17-26.
- Weiss, R.S. 1982. Issues in the study of loneliness. Teoksessa L. Peplau & D. Perlman (toim.) *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: Wiley, 71-80.
- Wenger, G.C. & Jerrome, D. 1999. Change and stability in confidant relationships: Findings from the Bangor Longitudinal Study of Ageing. *Journal of Aging Studies* 13(3), 269-294.
- Wenger, G.C. & Burholt, V. 2004. Changes in levels of social isolation and loneliness among older people in a rural area: twenty-year longitudinal study. *Canadian Journal on Aging* 23(2), 115-127.
- Yeh, S-C.J. & Lo, S.K. 2004. Living alone, social support, and feeling lonely among the elderly. *Social Behavior and Personality* 32(2), 129-138.
- Young, J. 1982. Loneliness, depression and cognitive therapy: theory and application. Teoksessa L. Peplau & D. Perlman (toim.) *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: Wiley, 379-406.