

**KUULOVAIKEUKSIEN YHTEYS YHTEISÖLLISYYTEEN SENIORITALOSSA
ASUVILLA HENKILÖILLÄ**

Laura Löytömäki

Gerontologian ja kansanterveyden pro gradu -tutkielma
Liikuntatieteellinen tiedekunta
Jyväskylän yliopisto
Syksy 2021

TIIVISTELMÄ

Löytömäki, L. 2021. Kuulovaikeuksien yhteys yhteisöllisyyteen senioritalossa asuvilla henkilöillä. Liikuntatieteellinen tiedekunta, Jyväskylän yliopisto, Gerontologian ja kansanterveyden pro gradu -tutkielma, 39 s., 1 liite.

Kuulovaikeudet vaikuttavat kokonaisvaltaisesti ihmisen hyvinvointiin. On havaittu, että kuulovaikeudet heikentävät niin fyysistä, sosiaalista kuin psyykkistäkin hyvinvointia ja ovat yhteydessä esimerkiksi masennukseen, sosiaaliseen eristäytymiseen sekä toimintakyvyn heikentymiseen. Yhteisöllisyys sen sijaan pääasiassa tukee hyvinvointia. Yhteisöllisyyden kokemista senioritaloissa on tutkittu jonkin verran, mutta senioritalojen asukkaiden kokeman yhteisöllisyyden ja kuulovaikeuksien välistä yhteyttä ei ole tähän mennessä tutkittu. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, onko kuulovaikeuksilla yhteyttä yhteisöllisyyteen senioritaloissa asuvilla henkilöillä. Lisäksi tarkasteltiin, onko mahdollisessa yhteydessä eroja naisten ja miesten välillä.

Tutkimuksen aineistona käytettiin vuosina 2018 ja 2020 kerättyä BoAktiv-tutkimuksen aineistoa. Aineisto on kerätty kyselytutkimuksella Folkhälsanin senioritaloissa asuvilta henkilöiltä. Kokonaisuudessaan tutkimusjoukko oli 333 henkilöä. Tähän tutkimukseen otettiin mukaan 238 henkilöä, jotka olivat vastanneet sekä kuulovaikeuksia että koettua yhteisöllisyyttä kartoittaviin kysymyksiin. Aineisto analysoitiin lineaarisella regressioanalyysillä, ja miehiä ja naisia tarkasteltiin erikseen. Lisäksi analyysit vakioitiin iällä, siviilisäädellä, koulutuksella, taloudellisella tilanteella, koetulla terveydellä sekä masennuksella.

Tutkimukseen osallistuneet senioritaloasukkaat olivat keskimäärin 82-vuotiaita, ja heistä suurin osa oli naisia. Tutkimusjoukosta 24,8 prosenttia raportoi kuulovaikeuksista. Eroa kuulovaikeuksien määrässä ei ollut juurikaan sukupuolten välillä (naiset 27,4 % ja miehet 23,4 %). Kuulovaikeudet eivät olleet yhteydessä yhteisöllisyyteen (naiset $p = 0.172$ ja miehet $p = 0.316$). Yhteyden vakioiminen iällä, siviilisäädellä, koulutuksella, taloudellisella tilanteella, koetulla terveydellä ja masennusoireilla ei muuttanut pääyhteyksiä (naiset $p = 0.194$ ja miehet $p = 0.100$).

Tämän tutkimuksen mukaan kuulovaikeuksilla ei ollut yhteyttä yhteisöllisyyteen senioritalojen asukkailla. Myöskään sukupuolten välillä ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja. Lisää tutkimusta tarvitaan siitä, mitkä tekijät vaikuttavat kuulovaikeuksia kokevien kokemaan yhteisöllisyyteen. Lisäksi olisi hyödyllistä tutkia lisää, miten yhteisöllisyys koetaan senioritaloissa.

Asiasanat: kuulovaikeudet, yhteisöllisyys, senioritalo, ikääntyneet

ABSTRACT

Löytömäki, L. 2021. Associations between impaired hearing and sense of community among people, who live in co-housing communities. Faculty of Sport and Health Sciences, University of Jyväskylä, Master's thesis, 39 pp., 1 appendix.

Impaired hearing comprehensively affects well-being. It has been found that hearing impairment impairs physical, social, and mental well-being. Hearing impairment is also associated with, for example, depression, social isolation, and the ability to function. On the other hand, a sense of community mainly improves well-being. There has been some research on the sense of community but the relationship between hearing difficulties and sense of community among co-housing residents has not been studied so far. The aim of this study was to determine whether impaired hearing affects the sense of community of those living in co-housing communities. In addition, it was studied whether there were any differences between women and men.

The data used in this study were from the BoAktiv survey study, and the data were collected in 2018 and 2020. The total research population was 333 people and all of them lived in Folkhälsan's senior homes. The 238 individuals who answered the questions about impaired hearing and sense of community were included in this study. Linear logistic analysis was used in the main analysis, and men and women were analyzed separately. In addition, analyzes were standardized by age, marital status, education, financial situation, self-reported health, and depression.

The average age of the respondents was 82 years, and most of them were women. Of the study population, 24.8 percent reported hearing impairment. There was only a little difference in the number of hearing difficulties between genders (women 27.4% and men 23.4%). No association was found between hearing difficulties and a sense of community (women $p = 0.172$ and men $p = 0.316$). The standardization by age, marital status, education, financial situation, self-reported health and depression did not change the main associations (women $p = 0.194$ and men $p = 0.100$).

Based on this study, impaired hearing does not affect the sense of community among co-housing residents. Also, there were no significant differences between genders. More research is needed on the factors affecting the sense of community among people with hearing difficulties. Furthermore, it would be useful to study even more how a sense of community is experienced in co-housing communities.

Key words: impaired hearing, sense of community, co-housing community, elderly

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

1	JOHDANTO.....	1
2	KUULOVAIKEUDET IKÄÄNTYNEILLÄ HENKILÖILLÄ	3
2.1	Kuulovaikeuksien syyt ja riskitekijät	3
2.2	Kuulovaikeuksien yhteys ikääntyneiden henkilöiden hyvinvointiin.....	4
2.3	Apuvälineiden merkitys kuulovaikeuksia kokeville.....	6
3	YHTEISÖLLISYYS SENIORITALOSSA.....	8
3.1	Yhteisöllisyyden määritelmä	8
3.2	Senioritalon määritelmä ja ominaisuudet	9
3.3	Senioritaloon muuttamisen syyt	11
3.4	Senioritaloasumisen hyödyt ja haitat	12
3.5	Yhteisöllisyys senioritalossa.....	14
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	16
5	TUTKIMUKSEN AINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT	17
5.1	Tutkimuksen aineisto.....	17
5.2	Päämuuttajat	18
5.3	Taustamuuttajat	18
5.4	Tilastolliset tutkimusmenetelmät.....	20
6	TULOKSET	22
6.1	Kuvailevat tiedot	22
6.2	Kuulovaikeuksien yhteys yhteisöllisyyteen	27
7	POHDINTA.....	29

LÄHTEET34

LIITTEET

1 JOHDANTO

Kuulovaikeudet koskettavat monien ihmisten elämää, sillä kuulovaikeuksia kokee maailmanlaajuisesti arvioilta 466 miljoonaa ihmistä (WHO 2020a). Suomessakin yli 800 000 ihmistä elää jonkinasteisen kuulonaleneman kanssa (Kuuloliitto 2020a). Kuulovaikeuksien on todettu heikentävän laajasti ihmisten hyvinvointia, sillä ne ovat yhteydessä muun muassa masennukseen (Lawrence ym. 2020), sosiaaliseen eristäytymiseen (Shukla ym. 2020) sekä elämänlaadun heikentymiseen (Viljanen ym. 2009a; Lopez ym. 2011; Nordvik ym. 2018). Näin ollen kuulovaikeuksia kokevien tarpeiden huomioonottamisen avulla voidaan parantaa suuren joukon hyvinvointia. Siksi on tärkeää selvittää kuulovaikeuksia kokevien hyvinvoinnin tila sekä keinot sen parantamiseen.

Maailman väestö ikääntyy kovaa vauhtia. Yhdistyneiden kansakuntien (YK) (2017) mukaan maailmassa oli vuonna 2017 962 miljoonaa yli 60-vuotiasta ihmistä, ja luvun odotetaan kaksinkertaistuvan vuoteen 2050 mennessä (Yhdistyneet kansakunnat 2017). Näin ollen kolmenkymmenen vuoden päästä maailmassa eläisi 2,1 miljardia ikääntynyttä ihmistä. Myös Suomessa yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä kasvaa koko ajan (Tilastokeskus 2019). Ikääntyneiden kasvavan määrän vuoksi on tärkeää tutkia ja toteuttaa heidän tarpeitaan, terveyttään ja osallisuuttaan tukevia toimenpiteitä (YK 2017). Yksi keskeinen tekijä ikääntyneiden terveyden kannalta on koti (Fänge & Dahlin-Ivanoff 2009), minkä takia on tärkeää kehittää ikääntyneille vaihtoehtoisia asumismuotoja, jotka vastaavat heidän tarpeisiinsa (Jolanki & Vilkkio 2015; YK 2017). Viime vuosina maailmalla ja Suomessa ovatkin yleistyneet erilaiset ikääntyneiden uudet asumismuodot, joista yksi muoto on senioritalot (Räsänen ym. 2017).

Yhteisöllisyydellä on todettu olevan monia positiivisia vaikutuksia terveyteen (Jolanki ym. 2017; Lahti ym. 2019), kun taas kuulovaikeudet ovat yhteydessä matalampaan hyvinvointiin (Amieva ym. 2018; Loughrey ym. 2018; Nordvik ym. 2018; Shukla ym. 2020) ja elämänlaatuun (Nordvik ym. 2018). Tähän asti tutkimukset ovat keskittyneet sosiaalisen hyvinvoinnin osalta kuulovaikeuksien ja esimerkiksi sosiaalisen eristäytymisen välillä olevaan yhteyteen. Jolankin ja Vilkon (2015) mukaan yhteisöllisyys rakentuu senioritalossa yhdessä tekemisen ja

asukkaiden keskinäisen avun kautta. Sosiaalinen eristäytyminen vähentää henkilön vuorovai-
kuttamista yhteisönsä ja muiden ihmisten kanssa (Leigh-Hunt ym. 2017), minkä perusteella
voisi olettaa myös kuulovaikeuksia kokevan kokeman yhteisöllisyyden heikentyvän. Lahden
ym. (2019) mukaan yhteisöllisyyttä edistämällä voitaisiin parantaa muun muassa ihmisten elä-
mänlaatua. Yhteisöllisyyden tukeminen saattaisi siis edistää kuulovaikeuksia kokevien hyvin-
vointia. Näistä syistä olisi hyödyllistä selvittää, onko kuulovaikeuksien ja yhteisöllisyyden vä-
lillä yhteyttä.

Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena on selvittää, onko kuulovaikeuksien ja yhteisölli-
syyden välillä yhteyttä senioritalossa asuvilla henkilöillä. Lisäksi tarkastellaan, onko naisten ja
miesten välillä eroja. Tavoitteena on tuottaa tietoa aiheesta, jota ei ole juurikaan tutkittu tähän
mennessä.

2 KUULOVAIKEUDET IKÄÄNTYNEILLÄ HENKILÖILLÄ

Maailmanlaajuisesti kuulovaikeuksia kokee 466 miljoonaa ihmistä (WHO 2020a). Näistä 432 miljoonaa on aikuisia, joista kolmasosan yli 65-vuotiaista arvioidaan kärsivän invalidisoivasta kuulovaikeudesta (WHO 2020a). Myös Suomessa monella ikääntyneellä henkilöllä on kuulovaikeuksia: Kuuloliiton (2020a) mukaan Suomessa joka kolmannella yli 65-vuotiaalla on jonkinasteinen kuulonalenema, ja suurimmalla osalla yli 75-vuotiaista suomalaisista kuulo on heikentynyt. Kuulovaikeudet ovat hieman yleisempiä miehillä kuin naisilla (Hietanen ym. 2005; Roth ym. 2011).

Kuulon heikentymisestä puhutaan, jos henkilö ei pysty kuulemaan yhtä hyvin kuin normaalkuuloiset (WHO 2021). Normaalikuuloisuuden raja-arvona pidetään 20 desibelin kuulon tasoa molemmissa korvissa. Invalidisoivan kuulovaikeuden raja on 35 desibeliä. Kuulovaikeudet voivat olla lieviä, kohtalaisia ja vakavia, ja niitä voi olla kummassakin korvassa tai vain toisessa (WHO 2021).

2.1 Kuulovaikeuksien syyt ja riskitekijät

Kuulovaikeudet syntyvät usein ikääntymisen, kroonisen keskikorvan tulehduksen, äänien aiheuttaman vahingon tai sisäkorvan vahingoittumisen seurauksena (Cunningham & Tucci 2017; WHO 2020b). Lisäksi kuulovaikeudet voivat olla synnynnäisiä tai synnytyksen komplikaatioiden aiheuttamia (WHO 2021). Tehokkain keino ehkäistä kuulon heikentymistä on välttää ja rajoittaa altistumista koville äänille (Uy & Forcica 2013; Cunningham & Tucci 2017). Todella kovat äänet eivät ole ainoa riski, vaan myös kohtalaisen kovalle äänelle altistuminen monen tunnin ajan on riski kuulolle (Uy & Forcica 2013). Siksi onkin tärkeää vähentää kovassa metelissä vietettävää aikaa, käyttää korvatulppia koville äänille altistuessa sekä säätää esimerkiksi kuulokkeiden äänenvoimakkuus tarpeeksi hiljaiselle (Cunningham & Tucci 2017).

Ikäkuulo on monen tekijän aiheuttamaa progressiivista kuulon heikentymistä, joka johtuu sisäkorvan, kuuloherron ja aivojen rappeutumisesta (Blomgren 2021). Syy ikääntyneenä ilmenevään kuulon heikentymiseen on usein vanheneminen, sillä ihmisen ikääntyessä myös

kuuloelimet vanhenevat (Cunningham & Tucci 2017). Ikäkuulon kehittymiseen vaikuttavat myös perintötekijät ja elämänkaaren aikana vallinneet ympäristötekijät (Blomgren 2021). Tyyppillistä on, että ongelmat esiintyvät molemmissa korvissa symmetrisesti (Allen & Eddins 2010) ja puheen ymmärtämisessä ilmenee vaikeuksia (Blomgren 2021). Ikäkuulon oleellisin riskitekijä on geenit, mutta sitä voi ehkäistä elintavoilla. Tärkeää on esimerkiksi suojata korvat kovilta ääniltä (Blomgren 2021).

2.2 Kuulovaikeuksien yhteys ikääntyneiden henkilöiden hyvinvointiin

Kuulovaikeuksien on todettu olevan yhteydessä heikompaan hyvinvointiin verrattuna niihin ikääntyviin henkilöihin, joiden kuulo on normaalilla tasolla. Matalampaa hyvinvointia on havaittavissa ikääntyneiden henkilöiden psyykkisessä (Carlsson ym. 2015; Amieva ym. 2018; Nordvik ym. 2018; Shukla ym. 2020), fyysisessä (Viljanen 2009a; Viljanen 2009b; Lopez ym. 2011; Amieva ym. 2018; McKee ym. 2018) sekä sosiaalisessa (Shukla ym. 2020) hyvinvoinnissa. Tutkimustulokset osoittavat heikon kuulon heikentävän myös yleisesti elämänlaatua (Viljanen ym. 2009a; Lopez ym. 2011; Nordvik ym. 2018).

Kuulovaikeudet ovat yhteydessä moniin psyykkisiin oireisiin. Psyykkisen hyvinvoinnin oireilu näkyy muun muassa kuulovaikeuksia kokevien kokemana ahdistuksena (Carlsson ym. 2015; Nordvik ym. 2018), ja sen aiheuttamana elämänlaadun heikentymisenä (Nordvik ym. 2018). Lawrencen ym. (2020) tekemän meta-analyysin mukaan myös riski masennukseen on huomattavasti korkeampi heikkokuuloisilla verrattuna normaalikuuloisiin. Myös Carlssonin ym. (2015) mukaan kuulovaikeudet olivat yhteydessä masennukseen. Amievan ym. (2018) tutkimuksessa löydettiin sama yhteys, mutta vain miehillä.

Kuulovaikeuksien yhteys fyysisen hyvinvoinnin heikentymiseen ilmenee muun muassa toimintakyvyn laskuna (Amieva ym. 2018), riskinä kognitiiviseen heikentymiseen (Loughrey ym. 2017) ja heikompana itseraportoituna terveytenä (McKee ym. 2018). Kuulovaikeuksien on todettu heikentävän yli 65-vuotiaiden toimintakykyä ja arjesta selviytymistä, mikä johtuu heidän kokemistaan vaikeuksista esimerkiksi puhelimella soittamisessa, julkisten kulkuneuvojen käytämisessä sekä ostoksilla käymisessä (Amieva ym. 2018). Lisäksi kuulovaikeudet heikentävät

liikkumiskykyä, kuten kävelynopeutta (Viljanen ym. 2009b). Viljasen ym. (2009a) tekemän kaksostutkimuksen mukaan heikentynyt kuulo lisää myös riskiä kaatumisille ja loukkaantumisille. Tutkimuksen mukaan heikompikuuloisen kaksossisaren kaatumisriski oli normaalikuuloista sisarta suurempi (Viljanen ym. 2009a). Tätä tutkimustulosta tukee myös Lopezin ym. (2011) tutkimus, jonka mukaan heikko kuulo altisti kaatumisille sekä naisten että miesten kohdalla.

Kuulovaikeuksien on todettu olevan yhteydessä myös dementiaan (Lin ym. 2011; Li ym. 2014; Thomson ym. 2017; Amieva ym. 2018; Loughrey ym. 2018). Vielä ei kuitenkaan tiedetä, miksi kuulovaikeudet ovat yhteydessä dementiaan (Thomson ym. 2017). Lisää tutkimusta tarvitaan selvittämään myös, ovatko kuulovaikeudet dementian varhainen oire vai riskitekijä (Lin ym. 2011). Thomsonin ym. (2017) tekemän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaan kuulovaikeudet ovat itsenäinen riskitekijä dementialle, mutta jatkotutkimusta tarvitaan dementian riskitekijöiden tarkemmista mekanismeista ja yhteisvaikutuksista. Yhdeksi teoriaksi kuulovaikeuksien ja dementian yhteydelle on esitetty, että kuulo-ongelmien aiheuttama sosiaalinen eristäytyminen kasvattaisi dementian riskiä (Thomson ym. 2017).

Kuulovaikeuksia kokevat kohtaavat ongelmia myös sosiaalisessa hyvinvoinnissa. Shuklan ym. (2020) tekemän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaan kuulovaikeudet ovat yhteydessä yksinäisyyteen ja sosiaaliseen eristäytymiseen (Shukla ym. 2020). Myös Savikon ym. (2005) mukaan kuulon heikentyminen altistaa yksinäisyydelle. Kuulon heikentyminen vaikeuttaa kommunikointia, ja aiheuttaa vaikeuksia sosiaaliseen osallistumiseen (Viljanen ym. 2009a; Shukla ym. 2020). Ongelmat kommunikoinnissa ilmenevät muun muassa vaikeutena sisäistää puhetta ja seurata keskustelua (Peelle ym. 2011). Monet kuulovaikeuksia kokevat saattavat hävetä ongelmiaan kommunikoinnissa tai turhautua niiden takia, mikä johtaa sosiaalisten tilanteiden välttelyyn (Barker ym. 2017). Tämä häpeä ja turhautuminen ilmenee esimerkiksi sosiaalisena eristäytymisenä sekä yksinäisyytenä (Barker ym. 2017). Lisäksi kommunikointiongelmien on havaittu olevan yhteydessä elämänlaadun heikentymiseen (Viljanen ym. 2009a).

Naisten ja miesten välillä olevista eroista kuulovaikeuksien ja hyvinvoinnin yhteydessä on joidakin tutkimustuloksia. Mickin ym. (2014) tutkimuksessa kuulovaikeuksien yhteys sosiaalisen

eristäytymisen riskiin oli 60–69-vuotiailla naisilla merkitsevä, mutta yhteyttä ei havaittu miehillä. Yli 70-vuotiaiden ryhmässä naisten ja miesten välinen ero ei enää ollut merkitsevä (Mick ym. 2014). Amievan ym. (2018) mukaan kuulovaikeudet lisäävät riskiä masennukseen vain miehillä. Kuolleisuuden ja dementian kohdalla yhteyttä kuulovaikeuksiin ei löytynyt naisilla eikä miehillä (Amieva ym. 2018). Lopezin ym. (2011) mukaan myöskään kaatumisriskissä ja terveyteen liittyvässä elämänlaadussa ei ollut eroja naisten ja miesten välillä.

2.3 Apuvälineiden merkitys kuulovaikeuksia kokeville

Kuulovaikeuksiin suunniteltujen apuvälineiden käyttämisellä on tutkitusti kuulovaikeuksia kokevien hyvinvointia parantavia vaikutuksia. Vaikutukset eivät keskity ainoastaan kuulemisen edistämiseen, vaan ne edistävät myös laajemmin kuulovaikeuksia kokevien terveyttä (Brodie ym. 2018). Apuvälineiden on todettu parantavan kuulovaikeuksia kokevien masennusta, ahdistuneisuutta, elämänlaatua sekä yleistä terveyttä (Manrique-Huarte ym. 2016; Nordvik ym. 2018). Apuvälineiden käyttäminen onkin tärkeässä roolissa kuulovaikeuksien tuomien terveysriskien ehkäisyssä (Amieva ym. 2018).

Kuulovaikeuksiin kehitetyillä apuvälineillä pyritään helpottamaan kuulovaikeuksia kokevien elämää ja luomaan heille turvallisuuden tunnetta (Kuuloliitto 2020b). Apuvälineitä on sekä muiden aistien hyödyntämiseen että erityisesti paremmin kuulemiseen keskittyviä. Kuulokoje on henkilön korvaan kiinnitettävä laite, joka vahvistaa ääniä. Kuulokojeita on useita erilaisia, ja sopiva malli valitaan käyttäjän korvan rakenteen ja kuulon heikentymän mukaan. Yksi kuulokojeen tyyppi on korvanlehden taakse kiinnitettävä laite, josta ääni johdetaan ohuen letkun tai johdon kautta korvaan. Erinäisten korvan anatomian poikkeavuuksien tai sairauksien vaatiessa, voidaan käyttää korvakojeita, jotka kiinnitetään suoraan luuhun tai asennetaan korvakäytävään. Kuulokojeiden käyttö vaatii totuttelua, sillä ne eivät ainoastaan vahvista muiden ihmisten puheen ääniä, vaan kaikkia ympäristöstä kuuluvia ääniä sekä kuulokojeen käyttäjän omaa ääntä (Kuuloliitto 2020b).

Kuulemista tukevat myös induktiosilmukat, jotka siirtävät äänen sähkömagneettisilla signaaleilla suoraan kuulolaitteeseen (Kim & Kim 2014; Mild ym. 2017). Tämän ansiosta taustaäänät

eivät häiritse kuulemista (Kim & Kim 2014; Mild ym. 2017). Induktiosilmukoita voidaan hyödyntää niin yleisissä tiloissa, kuten konserttisaleissa ja luokkahuoneissa (Kim & Kim 2014; Mild ym. 2017) kuin yksityisissä asunnoissakin (Mild ym. 2017). Esimerkiksi televisioon saa kytkettyä induktiosilmukan, jonka avulla kuulo-ongelmien kanssa elävän on helpompi kuulla television äänet ilman taustamelua (Mild ym. 2017). Tämän lisäksi on kehitetty myös erilaisia monia aisteja hyödyntäviä arjen tavaroita ja järjestelmiä, kuten tärstinherätyskello (Kuuloliitto 2020b). Kuulovaikeuksia kokeville voidaan asentaa myös kotiin hälytysjärjestelmä, joka hälyttää valojen vilkkumisen, kovemman äänen ja tärinän kautta esimerkiksi palohälyttimen, ovikellon tai puhelimen soidessa (Kuuloliitto 2002b).

3 YHTEISÖLLISYYS SENIORITALOSSA

3.1 Yhteisöllisyyden määritelmä

Yhteisön määritelmä. Yhteisöllisyys rakentuu yhteisöissä (Jolanki 2017). Yhteisön voidaan katsoa olevan sosiaalinen verkosto, jolla on yhteiset arvot ja yhteistä toimintaa jonkin tavoitteen saavuttamiseksi (Etzioni 1997, Jolangin 2017 mukaan). Yhteisöjä on erilaisia: yhteisö voi muodostua esimerkiksi tietyn maantieteellisen sijainnin mukaan (Gusfield 1975, McMillanin & Chavisin 1986 mukaan; Jolanki 2017) tai tiettyjen kiinnostuksen kohteiden, taitojen tai toiminnan ympärille (Gusfield 1975, McMillanin & Chavisin 1986 mukaan; Jolanki 2017). Maantieteellisiä yhteisöjä ovat esimerkiksi naapurustot (Gusfield 1975, McMillanin & Chavisin 1986 mukaan), ja kiinnostuksen kohteen ympärille syntyneitä muun muassa harrastus-, työ- ja poliittiset yhteisöt (Gusfield 1975, McMillanin & Chavisin 1986 mukaan; Jolanki ym. 2017). Myös perhe ja lähipiiri luokitellaan ihmisen yhteisöiksi (Jolanki 2017). Ihmiset kuuluvatkin usein yhtä aikaa moneen eri yhteisöön (Jolanki 2017). Teknologian ja globalisaation ennustettiin katoittavan maantieteellisten yhteisöjen merkityksen, mutta näin ei ole kuitenkaan käynyt (Jolanki 2017).

Yhteisöllisyyden määritelmä. Yhteisöllisyyden käsite on moniulotteinen ja siksi vaikea määrittellä yksiselitteisesti (Jolanki 2017). McMillan ja Chavis ovat kehittäneet vuonna 1986 yhden teorian yhteisöllisyyden määrittelyn tueksi, jonka mukaan yhteisöllisyys voidaan määrittellä neljän elementin kautta. Nämä elementit ovat jäsenyys (membership), vaikuttaminen (influence), integraatio ja tarpeiden tyydyttyminen (integration and fulfillment of needs) sekä jaettu emotionaalinen yhteys (shared emotional connection) (McMillan & Chavis 1986).

Jäsenyys tarkoittaa yksilön kokevan olevansa yhteisön jäsen (Backman & Secord 1959, McMillanin & Chavisin 1986 mukaan). Kokemus jäsenyydestä voi syntyä muun muassa yksilön antaessaan jotakin itsestään yhteisölle, ja saavansa tätä kautta tunteen oikeudesta kuulua yhteisöön (Potrnoy 1967, McMillan & Chavisin 1986 mukaan). Vaikuttamisella puolestaan tarkoitetaan kaksisuuntaista yhteyttä ryhmän ja sen jäsenten välillä, jossa ryhmän jäsenillä on mahdollisuus vaikuttaa yhteisöönsä, mutta myös yhteisö voi muovata yksilöä (McMillan & Chavis 1986).

Integraatio ja tarpeiden tyydyttyminen ovat tärkeä osa yhteenkuuluvuuden tunteen syntymisessä (McMillan 1986). Yhteisöön kuulumisen tulee olla jollakin tavalla jäsenilleen hyödyllistä tai palkitsevaa eli heidän tarpeidensa tulee tulla täytetyiksi. Näiden tarpeiden täyttymisessä auttavat esimerkiksi jäsenten yhteiset arvot. Lisäksi yhteisöön kuulumisen tuoma status voi vahvistaa ryhmän yhteisöllisyyttä (McMillan 1986). Viimeinen elementti, eli jaettu emotionaalinen yhteys, voi rakentua monella tapaa yhteisön jäsenten välille (McMillan 1986). Oleellista on yhteisön jäsenten kyky samaistua toistensa historiaan sekä halu antaa itsestään jotakin yhteisölle (McMillan 1986). Yhdessä tekeminen on tärkeää, sillä sen on todettu luovan vahvemman tunnesiteen yhteisön jäsenten välille (Cook 1970, McMillanin & Chavisin 1986 mukaan).

Yhteisöllisyyden yhteys hyvinvointiin. Yhteisöllisyys vahvistaa sekä fyysistä että psyykkistä hyvinvointia vähentämällä muun muassa yksinäisyyttä ja lisäämällä vastavuoroista auttamista (Jolanki ym. 2017). Tutkimustuloksia on saatu sen puolesta, että sosiaalista yhteisöllisyyttä tukevilla voitaisiin edistää ihmisten elämänlaatua sekä hyvinvointia (Lahti ym. 2019). Tulee kuitenkin muistaa, ettei yhteisöllisyyden kokeminen aina tue hyvinvointia. Esimerkiksi yhteiskunnan tasolla on nähtävissä, että rikollisessa toiminnassa saattaa vallita tekijöiden välillä yhteisöllisyyden tunne (McMillan & Davis 1986). Toisaalta myös yhteisöllisyyden tunteen sitoessa samat kiinnostuksen kohteet jakavia ihmisiä yhteen, voi tämä liikehdintä synnyttää myös väestön polarisoitumista (McMillan & Chavis 1986).

3.2 Senioritalon määritelmä ja ominaisuudet

Senioritalot on luotu välimuodoksi ikääntyneille ihmisille kotona asumisen ja laitoshoidon välille (Rusinovic ym. 2019). Ajatuksena on tarjota yli 55-vuotiaille heidän tarpeensa huomioonottava asumismuoto lähellä palveluita ja harrastusmahdollisuuksia (Räsänen ym. 2017). Lisäksi senioritaloissa on usein yhteisöllisyyttä ja sosiaalisten kontaktien muodostumista tukevia asioita, kuten yhteistiloja sekä erilaisia aktiviteetteja (Räsänen ym. 2017; Lahti ym. 2019; Rusinovic ym. 2019). Senioritalot eivät kuitenkaan ole palvelutaloja, vaan niiden asukkaat ovat pääosin aktiivisia ja toimintakyvyltään hyvin arjessa suoriutuvia (Räsänen ym. 2017). Tämä asumismuoto ei siis sovi runsaasti hoivaa tarvitseville (Rusinovic ym. 2019).

Senioritaloissa asukkailla on oma asunto, joka voi olla vuokra-, asumisoikeus- tai omistus-asunto (Laurinkari ym. 2005; Özer-Kemppainen 2005; Tyvimaa & Kemp 2011). Senioritalojen asuntojen vuokrat noudattavat markkinoiden yleistä tasoa, mistä johtuen vuokrissa on alueellisia vaihteluita (Tyvimaa & Kemp 2011). Omistusasunnot puolestaan voivat olla hieman yleistä markkinatasoa kalliimpia, sillä senioritalojen asunnot ovat hyvin varusteltuja. Suomessa senioritalot ovat yleensä keskikokoisia rakennuksia eli rakennuksissa on noin 50–100 asuntoa. Joissakin senioritaloissa asuntoja on myös vähemmän (Tyvimaa & Kemp 2011).

Senioritalojen rakentamisessa on otettu huomioon ikääntyneiden ihmisten tarpeet monella tapaa. Varsinkin esteettömyys ja turvallisuus ovat tärkeässä roolissa senioritalojen suunnittelussa (Özer-Kemppainen 2005). Esimerkiksi pyörätuolilla tulee pystyä kulkemaan talojen sisällä sekä niistä ulos (Tyvimaa & Kemp 2011). Lisäksi asunnot on suunniteltu helposti muokattaviksi, jotta asukkaiden tarpeiden muuttuessa niistä saadaan vielä esteettömämpiä (Özer-Kemppainen 2005). Usein asuntoihin on myös valmiiksi asennettu ikääntyneiden tarpeisiin suunniteltuja turvalaitteita (Özer-Kemppainen 2005; Tyvimaa & Kemp 2011).

Yksi kriteeri senioritaloon muuttamiselle on yli 55 vuoden ikä (Özer-Kemppainen 2005; Tyvimaa & Kemp 2011; Räsänen ym. 2017; Lahti ym. 2019), sillä asumismuoto on suunnattu ikääntyneille ihmisille. Ikärajan takana on ajatus siitä, että senioritaloihin muuttavilla ihmisillä on mahdollisuus sopeutua uuteen asumisyhteisöön ja -ympäristöön ennen kuin avuntarve vanhenemisen myötä kasvaa (Özer-Kemppainen 2005). Näin he voivat vanheta tutussa ympäristössä (Özer-Kemppainen 2005), mikä tutkitusti tukee heidän autonomiansa säilymistä (Stones & Gullifer 2014). Lisäksi muuttoprosessi voi olla ikääntyneelle ihmiselle stressaavaa (Tyvimaa & Kemp 2011), mikä puoltaa senioritalojen suhteellisen alhaiseksi asetettua alaikärajaa.

Senioritaloissa voi olla tarjolla joitakin palveluita (Özer-Kemppainen 2005; Tyvimaa & Kemp 2011; Lahti ym. 2019), vaikka senioritalot eivät olekaan palvelutaloja. Osa senioritaloista on rakennettu palvelutalojen läheisyyteen, jolloin palvelutalojen palveluiden ostaminen on senioritalojen asukkaille helppoa (Tyvimaa & Kemp 2011). Lisäksi senioritaloihin voi itse hankkia ja ostaa esimerkiksi kotihoidon palveluita (Özer-Kemppainen 2005). Osa senioritaloista tarjoaa

myös palveluita talon sisällä maksua vastaan, kuten ruokailun talon yhteisessä ravintolassa (Jolanki & Vilkkö 2015; Lahti ym. 2019) tai terveysneuvontaa (Lahti ym. 2019).

3.3 Senioritaloon muuttamisen syyt

Senioritaloihin muuttamisen taustalla on monia erilaisia syitä. Tutkimusten mukaan senioritalojen tarjoamat mahdollisuudet sosiaalisiin kontakteihin (Rusinovic ym. 2019), palveluiden läheisyyteen (Laurinkari ym. 2005) ja turvallisuuteen (Tyvimaa & Kemp 2011; Rusinovic ym. 2019) ovat yleisiä syitä muuttaa senioritaloon. Lisäksi ikääntyneitä ihmisiä houkuttelee muuttamaan heidän terveydentilansa heikentyminen (Laurinkari ym. 2005; Lahti ym. 2019), vanhan asunnon ylläpidon käyminen liian raskaaksi (Laurinkari ym. 2005; Tyvimaa & Kemp 2011; Lahti ym. 2019) sekä leskeksi jääminen (Fonad ym. 2005; Tyvimaa & Kemp 2011).

Sosiaaliset kontaktit ja yhteisöllisyys. Rusinovicin ym. (2019) mukaan monelle senioritalossa asuvalle sosiaalisuus on ollut perimmäinen syy muuttaa senioritaloon. Monen ikääntyneen ihmisen lähipiiri on ajan kuluessa pienentynyt (Rusinovic ym. 2019), ja yksinäisyys tai sosiaalisen eristytymisen pelko mainittiinkin monessa tutkimuksessa yhdeksi syyksi muuttaa senioritaloihin (Laurinkari ym. 2005; Fonad ym. 2006; Tyvimaa & Kemp 2011). Pienentyvän lähipiirin takia moni senioritalojen asukas arvostaa yhteisöllisyyttä (Rusinovic ym. 2019). Senioritalojen vahva sosiaalinen verkosto voikin edistää sosiaalista aktiivisuutta (Tyvimaa & Kemp 2011), ja talojen yhteistilat sekä -aktiviteetit tukea sosiaalisten suhteiden muodostumista (Jolanki & Vilkkö 2015).

Turvallisuus. Moni senioritalojen asukas kokee turvallisuuden tunnetta senioritaloissa, mikä rakentuu esimerkiksi yhteisöllisyyden kautta (Jolanki & Vilkkö 2015; Rusinovic ym. 2019). Aasukkaat mainitsevat naapureiden keskinäisen tuen ja huolenpidon sekä sosiaalisten suhteiden luovan turvallisuutta, sillä he tietävät saavansa apua sitä tarvitessaan (Jolanki & Vilkkö 2015; Rusinovic ym. 2019). Lisäksi senioritaloissa on ikääntyneiden elämää helpottavia turvalaitteita sekä turvallisuutta lisääviä turvajärjestelmiä, kuten sprinklereitä tulipalojen varalle (Özer-Kemppainen 2005; Tyvimaa & Kemp 2011). Lahden ym. (2019) mukaan turvallisuus saattaa olla yksi tekijä, joka houkuttelee erityisesti yksinasuvia naisia muuttamaan senioritaloihin.

Palveluiden saatavuus. Laurinkarin ym. (2005) mukaan osa senioritaloihin muuttaneista ikääntyneistä henkilöistä kertoi syyksi palvelujen puuttumisen aikaisemman kotinsa läheltä. Senioritaloissa palveluita on sekä lähellä, että joskus jopa senioritalon sisällä (Lahti ym. 2019). Lisäksi niin palveluiden, kulttuurielämysten kuin uusien harrastusmahdollisuuksienkin sijaitseminen lähellä voi täyttää senioritaloon muuttavien toiveen uudentalaisesta elämäntyylistä (Tyvimaa & Kemp 2011).

Terveysongelmat. Oman tai puolison terveysongelmat nousevat tutkimuksissa yhdeksi yleisimmistä syistä muuttaa senioritaloon (Laurinkari ym. 2005; Tyvimaa & Kemp 2011; Lahti ym. 2019). Fonad ym. (2006) mukaan myös esimerkiksi tapaturmat, kuten kaatuminen, saattavat olla syy muuttaa senioritaloon. Lähellä olevat terveyspalvelut, esteettömyys ja keskeinen sijainti houkuttelevat muuttamaan senioritaloon (Laurinkari ym. 2005; Özer-Kemppainen 2005; Tyvimaa & Kemp 2011).

Aiemman asunnon epäsopivuus. Senioritaloissa asuminen tarjoaa asukkailleen sujuvamman ja helpomman arjen. Tutkimuksissa nousi esiin monien ikääntyneiden henkilöiden kokemaa taakkaa vanhan asuntonsa koti- ja ylläpitotöistä (Laurinkari ym. 2005; Lahti ym. 2019). Esimerkiksi yksinjäneiden ikääntyneiden voi olla rankkaa huolehtia isoista taloista yksin (Laurinkari ym. 2005) tai heidän entisessä asuinrakennuksessa on hankalat rappuset vaikeuttamassa liikkumista (Fonad ym. 2006). Usein ikääntyneet hakivatkin senioritaloon muuttamisella helpompaa arkea (Tyvimaa & Kemp 2011), mitä senioritalojen luonne hyvin tukee. Ikääntyneiden tarpeet huomioivan suunnittelun avulla liikuntarajoitteisten on helpompi liikkua, palvelut ovat lähellä ja sijainti on yleensä keskeinen (Tyvimaa & Kemp 2011).

3.4 Senioritaloasumisen hyödyt ja haitat

Hyödyt. Pääasiassa senioritaloissa asuvien kokemukset ovat tutkimuksissa olleet positiivisia (Jolanki & Vilkkö 2015). Senioritaloissa asumisen on todettu lisäävän ikääntyneiden henkilöiden sosiaalisten kontaktien määrää ja sosiaalista aktiivisuutta (Jolanki ym. 2017). Lisäksi senioritaloissa asuminen on edistänyt ikääntyneiden henkilöiden hyvinvointia tuomalla heille turvallisuuden tunnetta (Jolanki & Vilkkö 2015; Rusinovic ym. 2019), sosiaalisia aktiviteetteja

(Jolanki & Vilkkö 2015; Rusinovic ym. 2019) ja emotionaalista sekä rakenteellista tukea (Rusinovic ym. 2019). Toisten asukkaiden tarjoaman emotionaalisen tuen on todettu lieventävän asukkaiden kokemaa emotionaalista yksinäisyyttä (Rusinovic ym. 2019), ja muiden asukkaiden tarjoaman avun luovan yleisesti turvallisuuden tunnetta (Jolanki & Vilkkö 2015). Senioritalojen yhteisön tarjoama tuki tutkitusti myös vähentää ikääntyneen henkilön omaisten kokemaa hoitotaakkaa (Rusinovic ym. 2019).

Haitat. Senioritaloasuminen ei sovi kaikille, eikä se aina tarjoa pelkästään hyötyjä ikääntyneille henkilöille. Rusinovicin ym. (2019) mukaan paljon hoitoa tarvitsevat ikääntyneet henkilöt eivät välttämättä saa tarpeeksi tuki- ja hoitopalveluita senioritaloista, sillä niissä eläminen edellyttää jonkinlaista kykyä pärjätä itsenäisesti. Siksi senioritaloissa asuminen ei ole paljon hoitoa ja apua tarvitseville paras vaihtoehto (Rusinovic ym. 2019). Lisäksi senioritalojen asukkaiden kesken voi esiintyä konflikteja, juoruilua sekä syrjimistä, jotka saattavat aiheuttaa niiden kohdeksi joutuville huonoa oloa (Jolanki 2017; Rusinovic ym. 2019). Joissakin senioritaloissa voi myös olla todella tiukat säännöt yhteisön kesken, mikä voi aiheuttaa erimielisyyksiä sekä vaikeuttaa uusien asukkaiden sopeutumista (Rusinovic ym. 2019).

Senioritaloissa asuvat kokevat yhteisön asukkaiden keskinäisen avun tärkeäksi, ja sen on myös todettu olevan yksi tekijä yhteisöllisyyden rakentumisessa (Jolanki & Vilkkö 2015). Auttamisella on kuitenkin myös varjopuolensa, jos auttamisen tarve kasvaa liian suureksi (Rusinovic ym. 2019). Rusinovicin ym. (2019) tutkimuksessa monet asukkaat mainitsivat mieluusti auttavansa naapuriaan esimerkiksi hakemalla ruokaa kaupasta naapurin ollessa kipeä tai kuuntelemalla naapurin murheita. Raja tulee kuitenkin vastaan yksityisten asioiden (kuten talousasiat) hoitamisessa sekä kokopäiväisenä apuna toimimisessa (Rusinovic ym. 2019). Senioritalojen asukkaiden voi olla vaikea muistaa, etteivät he ole henkilökohtaisia hoitajia naapureilleen (Rusinovic ym. 2019). Raja voi olla vaikeaa vetää varsinkin, jos asukkaat ovat läheisiä naapurinsa kanssa (Rusinovic ym. 2019).

3.5 Yhteisöllisyys senioritalossa

Yhteisöllisyyttä ja sosiaalisten kontaktien syntymistä on pyritty tukemaan senioritaloissa. Monissa senioritaloissa on asukkaille yhteisiä tiloja, joissa he voivat viettää aikaa, osallistua aktiviteetteihin sekä tutustua toisiinsa (Räsänen ym. 2017; Lahti ym. 2019). Lisäksi joissakin senioritaloissa on muun muassa kuntosali, kirjasto sekä yhteinen ruokala (Jolanki & Vilkkonen 2015; Lahti ym. 2019). Aktiviteettien määrä vaihtelee senioritalojen kesken: joissakin senioritaloissa tarjotaan paljon erilaisia aktiviteetteja, kuten bingoa, lukupiirejä, kahvittelevia ja liikuntaryhmiä (Lahti ym. 2019). Myös joulujuhlia tai grillikestejä saatetaan järjestää (Lahti ym. 2019). Lopullinen yhteisöllisyyden tunteen syntyminen riippuu kuitenkin senioritalojen asukkaista, ja siitä millaiseksi yhteisö muovautuu heidän tutustuessaan toisiinsa (Räsänen ym. 2017). Senioritaloissa olisi kuitenkin tärkeää tarjota monipuolisesti tutustumisen mahdollistavia aktiviteetteja sekä ottaa asukkaat mukaan toiminnan suunnitteluun (Lahti ym. 2019).

Jolanki ja Vilkkonen (2015) ovat tutkineet yhteisöllisyyden kokemista senioritaloissa Suomessa. Heidän mukaansa senioritalojen asukkaat arvostavat asumismuodossaan yhteisöllisyyttä sekä sen tuomaa turvaa ja sosiaalista hyvinvointia. Asukkaat kokevat yhteisöllisyyden muodostuvan yhteisen tekemisen, toisten auttamisen ja ajatustenvaihdon kautta. Tärkeää ei ole samanhenkisten ihmisten kanssa oleminen, vaan yhteisössä vallitseva vastavuoroisuus. Senioritaloissa asuu eri taustoista tulevia ihmisiä, ja asukkaat arvostavatkin omien näkökulmiensa laajentamista keskusteluiden kautta. Lisäksi eri ammattikuntien asettuminen samaan yhteisöön varmistaa, että erilaisiin pulmiin löytyy asiantunteva ratkaisu. Asukkaat kokivatkin vastavuoroisen auttamisen erittäin tärkeäksi. Auttamalla he tunsivat myös toimivansa yhteisen hyvän vuoksi, mikä lisäsi heidän kokemustaan yhteisöön kuulumisesta (Jolanki & Vilkkonen 2015).

Yhdessä tekemisen tärkeys nousee vahvasti esiin Jolankin ja Vilkon (2015) tekemässä tutkimuksessa. Mielekkääksi koetaan muun muassa yhdessä ruuanlaittaminen, yhteinen harrastustoiminta ja tapahtumien järjestäminen yhdessä. Yhdessä tekemisen kautta asukkaat pääsevät myös tutustumaan paremmin yhteisön jäseniin (Jolanki & Vilkkonen 2015). Erilaiset yhteiset tilat, jotka mahdollistavat yhteisen tekemisen tukevat yhteisöllisyyttä (Laurinkari ym. 2005). Yangin ja Starkin (2010) tekemässä tutkimuksessa tärkeäksi nousivat myös istuskelualueet ympäri

taloa. Esimerkiksi pyykkituvan tai hissin viereen sijoitettu penkki mahdollisti spontaaneja ru-pattelutuokioita asukkaiden välille (Yang & Stark 2010).

Kokemus yhteisöllisyydestä on dynaamista (Jolanki & Vilkkö 2015). Senioritalojen yhteisöllisyys muovautuu jatkuvasti asukkaiden sosiaalisen vuorovaikutuksen kautta. Yhteisöllisyyden kokemiseen vaikuttaa myös asukkaiden vaihtuvuus, sillä uudet ihmiset tuovat uusia näkökulmia ja persoonia yhteisöön (Jolanki & Vilkkö 2015). Englannissa tehdyssä tutkimuksessa havaittiin, että ihmiset kokivat helpommaksi luoda sosiaalisia kontakteja homogeenisessä yhteisössä, mutta asukkaiden erilaisuuden ei kuitenkaan havaittu aiheuttavan konflikteja (Yang & Stark 2010). Osa asukkaista toisaalta arvosti mahdollisuutta tutustua uusiin asioihin erilaisten ihmisten kautta (Yang & Stark 2010).

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kuulovaikeuksien ja koetun yhteisöllisyyden välistä yhteyttä Folkhälsanin senioritaloissa asuvilla ikääntyneillä henkilöillä, ja onko tässä yhteydessä eroja kuulovaikeuksia kokevilla ja normaalikuuloisilla senioritaloasukkailla. Lisäksi tarkoituksena oli tarkastella, eroaako yhteys kuulovaikeuksien ja yhteisöllisyyden välillä naisilla ja miehillä.

Tutkimuksen tutkimuskysymykset olivat:

1. Onko kuulovaikeuksien ja yhteisöllisyyden yhteydessä eroja kuulovaikeuksia kokevien ja normaalikuuloisten senioritaloasukkaiden välillä?
2. Onko kuulovaikeuksien ja yhteisöllisyyden yhteydessä eroja sukupuolten välillä?

5 TUTKIMUKSEN AINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT

5.1 Tutkimuksen aineisto

Tutkimuksen aineistona käytetään BoAktiv-tutkimuksen aineistoa, joka on kerätty vuosina 2018 ja 2020. Tutkimus on tehty Folkhälsanin senioriasunnoissa asuville henkilöille, jotka asuvat itsenäisesti ja ovat suomen- tai ruotsinkielisiä. Kokonaisuudessaan tutkimukseen osallistui 333 henkilöä, joista 194 osallistui vuonna 2018 ja 139 vuonna 2020. Tutkimusaineisto on kerätty kyselylomakkeella, johon senioriasuntojen asukkaat ovat vastanneet joko itsenäisesti tai avustettuina. Kyselylomakkeessa on kartoitettu asukkaiden yleiseen aktiivisuuteen vaikuttavia tekijöitä, kuten sairauksia, sosiaalista osallistumista, mielialaa ja toimintakykyä. Lisäksi kyselyssä on kartoitettu asukkaiden kokemaa yhteisöllisyyttä. Kyselylomake sisälsi myös muun muassa vastaajien ikää, siviilisäätystä, taloudellista tilannetta sekä senioriasuntoihin muuttamisen syitä koskevia kysymyksiä.

BoAktiv-tutkimus toteutettiin kahdessatoista Folkhälsanin senioritalossa, jotka sijaitsevat pääasiassa Suomen rannikkoseuduilla, kuten Helsingissä, Espoossa, Vaasassa, Raaseporissa ja Maarianhaminassa (Lahti ym. 2019). Tutkimus tehtiin Folkhälsanin senioriasunnoissa asuville henkilöille, ja tutkimusjoukko koostui 58–101-vuotiaista henkilöistä. Asukkaat ovat lisäksi itsenäisesti asuvia, mutta senioritaloissa voi ostaa esimerkiksi kotihoidon tai kotisairaanhoidon palveluita. Lisäksi monissa taloissa on erilaisia aktiviteetteja sekä yhteisiä tiloja, kuten ruokala, kuntosali tai kirjasto (Lahti ym. 2019).

Tässä tutkimuksessa käytettiin niiden naisten ($n = 154$) ja miesten ($n = 84$) tietoja, jotka olivat vastanneet lomakkeessa sekä kuulovaikeuksia että koettua yhteisöllisyyttä kartoittaviin kysymyksiin. Koettua yhteisöllisyyttä kartoittavissa kysymyksissä sallittiin yksi puuttuva vastaus. Edellä mainitut kriteerit täytti yhteensä 238 henkilöä.

5.2 Päämuuttajat

Koettu yhteisöllisyys. Kyselylomakkeessa koettua yhteisöllisyyttä selvitettiin käyttämällä Sense of Community Index 2 (SCI-2) -mittaria, joka sisältää 24 yhteisöllisyyttä kartoittavaa kysymystä (Lahti ym. 2019). Kyselylomakkeessa tutkittavia pyydettiin arvioimaan, miten nämä SCI-2-mittarin kysymyksistä tehdyt väittämät vastaavat sitä, millaiseksi he kokevat senioritalon yhteisön. Väittämiä olivat esimerkiksi ”yhteisön jäsenet arvostavat samoja asioita kuin minä”, ”voin luottaa tämän yhteisön ihmisiin”, ”minulle on tärkeää kuulua tähän yhteisöön” sekä ”silloin, kun minulla on ongelmia, voin puhua niistä yhteisön jäsenten kanssa” (Liite 1). Vastausvaihtoehdot olivat 1 = ei ollenkaan, 2 = hieman, 3 = enimmäkseen sekä 4 = täysin. Vastaukset SCI-2-mittarin kysymyksiin pisteytettiin 0–3 pisteytyksellä, ja kokonaispistemäärä oli 0–72 pisteen välillä. Mitä korkeampi pistemäärä oli, sitä paremmaksi vastaaja koki yhteisöllisyyden (Lahti ym. 2019). Pääanalyysiä varten tästä muuttujasta laskettiin summapistemäärä, jossa hyväksyttiin yksi puuttuva vastaus.

Kuulovaikeudet. Tutkittavien kuulovaikeuksia selvitettiin kysymällä: ”Onko Teillä todettu mitään seuraavia lääkärin toteamia ja hoitamia sairauksia tai vammoja?”. Kysymyksen alapuolella olevasta listasta asukkaat valitsivat itseään koskevat sairaudet ja vammat. Näistä yksi vaihtoehto oli ”kuulovamma tai iän myötä heikentynyt kuulo”. Tämä muuttuja sai arvot ”kyllä” tai ”ei”.

5.3 Taustamuuttajat

Tämän tutkimuksen taustamuuttujiksi valittiin ikä, sukupuoli, siviilisäätö, koulutustaso ja taloudellinen tilanne aiempaan kirjallisuuteen perustuen. Lisäksi taustamuuttujiksi valittiin koettu terveydentila (McKee ym. 2018) sekä masennusoireet (Carlsson ym. 2015; Lawrence ym. 2020). *Siviilisäätö* kartoittaessa vastausvaihtoehdot olivat 1. naimisissa, avoliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa, 2. naimaton, 3. asuserossa tai eronnut ja 4. leski. Pääanalyysiä varten siviilisäätömuuttujasta tehtiin dummy-muuttuja, jossa verrattiin vastausvaihtoehtoa yksi eli ”naimisissa, avoliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa” vs. muut siviilisäädtyt.

Koulutustaso selvitettiin kysymällä tutkittavien korkeinta koulutusta, jossa vastausvaihtoehtoja oli yhdeksän: vähemmän kuin kansakoulu, kansakoulu tai vastaava, kansakoulu tai vastaava ja vähintään yhden vuoden ammattikoulutus, keskikoulu tai kansankorkeakoulu, keskikoulu tai kansankorkeakoulu ja vähintään yhden vuoden ammattikoulutus (myös lukio-opinnot), ylioppilastutkinto, ylioppilastutkinto ja vähintään yhden vuoden ammattikoulutus (myös korkeakouluopinnot), korkeakoulu- tai yliopistotutkinto sekä viimeisenä avoin kysymys ”muu koulutus, mikä?”. Ristiintaulukointia varten koulutustaso muutettiin neljälukoiseksi, jonka luokat olivat kansakoulu tai vähemmän, vähintään keskikoulu, vähintään ylioppilastutkinto sekä korkeakoulu- tai yliopistotutkinto. Pääanalyysiä varten koulutusmuuttujasta tehtiin vielä dummy-muuttujat, jossa vertailussa olivat korkeakoulu- tai yliopistotutkinnon tehneet vs. matalammat koulutustasot.

Taloudellista tilannetta puolestaan kartoitettiin kysymyksellä: ”Mitä mieltä olette taloudellisesta tilanteestanne?”. Vastausvaihtoehdot olivat erittäin hyvä, hyvä, kohtalainen, huono ja erittäin huono. Ristiintaulukointia varten taloudellinen tilanne muutettiin neljälukoiseksi, jonka luokat olivat todella hyvä, hyvä, kohtalainen ja vähintään huono. Pääanalyysiä varten tästä muuttujasta tehtiin vielä dummy-muuttujat, jossa vertailussa olivat taloudellisen tilanteensa todella hyväksi kokevat vs. taloudellisen tilanteen hyväksi tai sitä huonommaksi kokevat.

Koettu terveydentila valikoitui taustamuuttujaksi, sillä kuulovaikeuksien on todettu heikentävän yleistä toimintakykyä (Amieva ym. 2018) ja koettua terveyttä (McKee ym. 2018). Tästä johtuen kuulovaikeuksilla voi olla vaikutusta ihmisen psyykkiseen, fyysiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin (Amieva ym. 2018; Nordvik ym. 2018; Shukla ym. 2020). Koettua terveydentilaa kartoitettiin kyselylomakkeen kysymyksellä ”Onko terveytenne yleisesti ottaen 1 = erinomainen, 2 = varsin hyvä, 3 = hyvä, 4 = tyydyttävä ja 5 = huono”. Koetusta terveydentilasta tehtiin neljälukoinen muuttuja ristiintaulukointia varten, jossa luokat olivat todella hyvä, hyvä, tyydyttävä ja huono. Pääanalyysiä varten tästä muuttujasta muodostettiin vielä dummy-muuttujat, jossa vertailussa olivat terveytensä todella hyväksi kokevat vs. terveytensä hyväksi tai sitä huonommaksi kokevat.

Masennusoireet valikoituivat taustamuuttujaksi, koska kuulovaikeuksien on todettu olevan yhteydessä masennukseen (Carlsson ym. 2015; Lawrence ym. 2020). Masennusoireita selvitettiin hyödyntämällä Center for Epidemiology Studies Depression Scale (CES-D) -mittaria. Kyselylomakkeessa kysyttiin CES-D-mittarin kaksikymmentä masennuksen oireita kartoittavaa kysymystä (Radloff 1977; Lahti ym. 2019). Näistä kysymyksistä laskettiin summapistemäärä, jonka avulla saatiin tietoon vastaajan mahdollisesti kokemat masennusoireet. Analyysiä varten CES-D-mittarista tehtiin kolmiluokkainen: ei masennusoireita (0–15 pistettä), lieviä masennusoireita (16–24 pistettä) sekä vaikeita masennusoireita (yli 25 pistettä). Luokittelun perustana käytettiin aiemman tutkimuskirjallisuuden suosittamia raja-arvoja (Haringsma ym. 2004; Autio 2011). Pääanalyysiä varten masennusoireiden summapistemäärästä tehtiin vielä dummy-muuttujat, jossa vertailussa oli ”ei masennusoireita”-ryhmä vs. lieviä tai vaikeita masennusoireita kokevat.

5.4 Tilastolliset tutkimusmenetelmät

Tutkimusaineisto analysoitiin IBM SPSS Statistics 26 -ohjelmalla ja kaikkien tilastollisten analyysien merkitsevyytasoksi asetettiin $p < 0.050$. Analyyseissä tutkimusjoukoksi rajattiin ne ihmiset, jotka olivat vastanneet sekä kuulovaikeuksia että yhteisöllisyyttä kartoittaviin kysymyksiin. Analyysien otoskoko oli 238.

Analyysit aloitettiin tarkastelemalla pää- ja taustamuuttujia sukupuolen mukaan. Luokiteltujen muuttujien kohdalla käytettiin ristiintaulukointia ja khiin neliö -testiä, ja tarkasteltiin havaintojen lukumäärää sekä suhteellisia prosenttiosuuksia eri luokissa. Jatkuvien muuttujien kohdalla käytettiin kahden riippumattoman otoksen t-testiä, ja tarkasteltiin keskiarvoa sekä keskihajontaa. Ristiintaulukointia käytettiin myös senioritaloon muuttamisen syiden ja yhteisöllisyyttä kartoittavissa väitteissä esiintyvien erojen kartoittamiseen miesten ja naisten välillä. Senioritalossa asuttujen vuosien eroa sukupuolten välillä tutkittiin kahden riippumattoman otoksen t-testillä.

Pääanalyysissä kuulovaikeuksien yhteyttä yhteisöllisyyteen tutkittiin lineaarisella regressioanalyysillä. Analyysit vakioitiin aiempaan kirjallisuuteen perustuen. Ensimmäisessä regressiomallissa tutkittiin kuulovaikeuksien yhteyttä koettuun yhteisöllisyyteen. Toisessa

regressiomallissa analyysiin otettiin mukaan vakioiviksi tekijöiksi ikä, siviilisäätö sekä taloudellinen tilanne, ja kolmannessa regressiomallissa näiden lisäksi koettu terveydentila sekä masennusoireiden summapistemäärä. Vakiointiin käytetyistä taustamuuttujista tehtiin dummy-muuttujia (tarkemmat tiedot kappaleessa 5.3).

6 TULOKSET

6.1 Kuvailevat tiedot

Tutkittavien taustatiedot sukupuolen mukaan vertailtuna on koottu taulukkoon 1. Iältään tutkitavat olivat keskimäärin 82-vuotiaita (kh 7.4), ja suurin osa tutkittavista oli naisia (n = 154). Siviilisäädystä ($p < 0.001$), koulutustasossa ($p = 0.015$) ja taloudellisessa tilanteessa ($p = 0.003$) sekä masennuksen pistemäärässä ($p = 0.020$) oli tilastollisesti merkitsevä ero sukupuolten välillä. Miehet olivat naisia todennäköisemmin naimisissa, kun taas naisista suurin osa eli yksin. Leskiä naisista oli noin 49 prosenttia, kun taas miehillä vastaava luku oli 31 prosenttia. Vastavasti naimisissa miehistä oli noin 55 prosenttia ja naisista vain noin 21 prosenttia. Koulutustasossa naiset olivat hieman kouluttautuneempia kuin miehet. Kuitenkin korkeakoulutettujen osuus oli kummallakin sukupuolella yleisin koulutustaso: naisilla 57 prosenttia ja miehillä noin 55 prosenttia. Taloudellinen tilanne oli miehillä hieman parempi kuin naisilla. Naisilla esiintyi masennusoireita vähän enemmän kuin miehillä. Taustamuuttujista iässä ja koetussa terveydentilassa ei ollut eroa miesten ja naisten välillä.

Tutkimuksen päämuuttujissa eli yhteisöllisyydessä ja kuulovaikeuksissa ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa sukupuolten välillä. Yhteisöllisyyttä mittaavan mittariston pistemäärät vaihtelivat 0–65 pisteen välillä. Naisilla korkein pistemäärä oli 65 ja miehillä 59. Mittarissa yhteisöllisyys on sitä parempi, mitä korkeammat pisteet.

TAULUKKO 1. Tutkimusjoukon perustiedot ja taustamuuttajat sukupuolen mukaan jaoteltuina.

Muuttuja	Kaikki (n=238)	Mies (n=84)	Nainen (n=154)	p-arvo
Ikä ka (kh)	82.0 (7.4)	82.4 (7.6)	81.8 (7.4)	0.521
Siviilisääty n (%)				<0.001
Naimisissa, avoliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa	78 (32.8)	46 (54.8)	32 (20.8)	
Naimaton	30 (12.6)	8 (9.5)	22 (14.3)	
Eronnut tai asumuserossa	29 (12.2)	4 (4.7)	25 (16.2)	
Leski	101 (42.4)	26 (31.0)	75 (48.7)	
Koulutustaso n (%)				0.015
Kansakoulu tai vähemmän	34 (14.3)	15 (18.1)	19 (12.3)	
Vähintään keskikoulu	48 (20.3)	11 (13.3)	37 (24.0)	
Vähintään ylioppilastutkinto	48 (20.3)	11 (13.3)	37 (24.0)	
Korkeakoulu- tai yliopistotutkinto	107 (45.1)	46 (55.3)	61 (39.7)	
Taloudellinen tilanne n (%)				0.003
Todella hyvä	26 (11.0)	14 (16.6)	12 (7.9)	
Hyvä	105 (44.5)	45 (53.6)	60 (39.5)	
Kohtalainen	92 (39.0)	24 (28.6)	68 (44.7)	
Vähintään huono	13 (5.5)	1 (1.2)	12 (7.9)	
Kuulovaikeudet n (%)				0.494
Kyllä	59 (24.8)	23 (27.4)	36 (23.4)	
Ei	179 (75.2)	61 (72.6)	118 (76.6)	
SCI-2 -pistemäärä ka (kh)	35.9 (12.3)	36.2 (12.2)	35.7 (12.4)	0.777
CES-D -pistemäärä ka (kh)	13.7 (8.8)	11.9 (8.3)	14.7 (8.9)	0.020
Masennusoireet n (%)				0.107
Ei masennusoireita <16	142 (61.7)	56 (70.9)	86 (57.0)	
Lieviä masennusoireita 16–24	61 (26.5)	15 (19.0)	46 (30.5)	
Vaikeita masennusoireita >25	27 (11.8)	8 (10.1)	19 (12.5)	
Koettu terveydentila n (%)				0.294
Todella hyvä	25 (10.7)	11 (13.3)	14 (9.2)	
Hyvä	101 (43.2)	38 (46.3)	63 (41.4)	
Tyydyttävä	95 (40.5)	27 (32.9)	68 (44.8)	
Huono	13 (5.6)	6 (7.3)	7 (4.6)	

ka = keskiarvo, kh = keskihajonta

SCI-2 = koettua yhteisöllisyyttä kartoittava mittari

CES-D = masennusoireita kartoittava mittari

Luokitellut muuttujat analysoitu ristiintaulukoinnilla ja jatkuvat muuttujat (ikä, CES-D ja SCI-2-index) kahden riippumattoman otoksen t-testillä.

Tilastollisesti merkitsevät ($p < 0.050$) erot sukupuolten välillä tummennettu.

Senioritaloon muuttamisen syyt eivät eronneet naisten ja miesten välillä tilastollisesti merkitsevästi. Kummallakin ryhmällä mukavuus oli ollut yleisin syy muuttaa senioritaloon (taulukko 2). Miehillä seuraavaksi yleisimmät syyt olivat terveysasiat sekä ongelmat liikkumisessa, kun

taas naisilla ne olivat terveyssyyt sekä parisuhdesyyt. Senioritalossa asuttuja vuosia tarkasteltaessa ovat naiset asuneet miehiä kauemmin senioritalossa ($p = 0.032$). Senioritaloissa oli asuttu keskimäärin noin 4 vuotta, ja kokonaisuudessaan asuttujen vuosien määrä vaihteli 0–24 vuoden välillä.

TAULUKKO 2. Senioritaloon muuttamisen syyt ja senioritalossa asuttujen vuosien määrä sukupuolen mukaan jaoteltuina.

Muuttuja	Kaikki (n=238)	Mies (n=84)	Nainen (n=154)	p-arvo
Syy senioritaloon muuttamiselle (%)				
Mukavuus	132 (75.9)	48 (78.7)	84 (74.3)	0.581
Parisuhdesyyt	63 (37.5)	20 (33.9)	43 (39.4)	0.508
Taloudellinen syy	30 (18.6)	8 (14.0)	22 (21.2)	0.298
Ongelmat liikkumisessa	56 (33.3)	24 (40.0)	32 (29.6)	0.232
Heikko toimintakyky	58 (37.2)	20 (37.7)	38 (36.9)	1.000
Terveyssyyt	67 (42.7)	24 (42.9)	43 (42.6)	1.000
Aiemman asunnon ylläpidon raskaus	53 (33.8)	17 (32.1)	36 (34.6)	0.859
Yksinäisyys	44 (28.9)	12 (23.5)	32 (31.7)	0.346
Ei palveluita lähellä	35 (23.8)	9 (18.4)	26 (26.5)	0.310
Senioritalossa asutut vuodet ka (kh)	4.1 (4.2)	3.3 (3.5)	4.5 (4.5)	0.032

ka = keskiarvo, kh = keskihajonta

Senioritaloon muuttamisen syyt (luokiteltu muuttuja) analysoitu ristiintaulukoinnilla ja senioritalossa asutut vuodet (jatkuva muuttuja) kahden riippumattoman otoksen t-testillä.

Tilastollisesti merkitsevät ($p < 0.050$) erot sukupuolten välillä tummennettu.

Yhteisöllisyyttä mittaavan SCI-2-mittarin väitteissä esiintyi joitakin eroja naisten ja miesten välillä (taulukko 3). Miehet kokivat pystyvänsä luottamaan yhteisön jäseniin hieman paremmin kuin naiset ($p = 0.034$). Miehet myös kokivat naisia useammin, että yhteisössä on hyviä johtajia ($p = 0.018$). Muiden väitteiden kohdalla vastaukset eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi naisten ja miesten välillä. Huomioitavaa on myös, että joidenkin väitteiden kohdalla frekvenssit olivat melko alhaiset, mikä saattaa heikentää khiin neliötestin tuloksen luotettavuutta.

TAULUKKO 3. Yhteisöllisyyttä mittaavien väitteiden erittely sukupuolen mukaan.

Väite	Ei ollenkaan n (%)		Hieman n (%)		Enimmäkseen n (%)		Täysin n (%)		p-arvo
	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	
Saan minulle tärkeitä tarpeita tyydytetyä, koska kuulun tähän yhteisöön.	5 (6.0)	9 (5.8)	20 (23.8)	47 (30.5)	49 (58.3)	80 (51.9)	10 (11.9)	17 (11.0)	0.761
Yhteisön jäsenet arvostavat samoja asioita kuin minä.	2 (2.4)	7 (4.6)	24 (28.9)	42 (27.5)	56 (67.5)	97 (63.4)	1 (1.2)	7 (4.6)	0.450
Yhteisö on onnistunut vastaamaan jäsentensä tarpeisiin.	2 (2.4)	8 (5.3)	21 (25.6)	39 (25.7)	55 (67.1)	93 (61.2)	4 (4.9)	12 (7.9)	0.573
Tähän yhteisöön kuuluminen tuntuu minusta hyvältä.	3 (3.6)	5 (3.2)	17 (20.5)	26 (16.9)	44 (53.0)	83 (53.9)	19 (22.9)	40 (26.0)	0.892
Silloin, kun minulla on ongelmia, voin puhua niistä yhteisön jäsenten kanssa.	15 (18.1)	24 (15.8)	24 (28.9)	68 (44.7)	38 (45.8)	47 (30.9)	6 (7.2)	13 (8.6)	0.072
Yhteisön jäsenillä on samanlaisia tarpeita ja tavoitteita sekä samanlainen asioiden tärkeysjärjestys.	5 (6.0)	10 (6.5)	27 (32.5)	66 (43.1)	47 (56.6)	70 (45.8)	4 (4.8)	7 (4.6)	0.451
Voin luottaa tämän yhteisön ihmisiin.	2 (2.4)	7 (4.6)	10 (11.9)	32 (20.9)	46 (54.8)	89 (58.2)	26 (31.0)	25 (16.3)	0.034
Tunnistan suurimman osan yhteisön jäsenistä.	5 (6.0)	10 (6.5)	32 (38.1)	48 (31.2)	40 (47.6)	75 (48.7)	7 (8.3)	21 (13.6)	0.549
Suurin osa yhteisön jäsenistä tuntee minut.	6 (7.2)	13 (8.5)	28 (33.7)	56 (36.6)	38 (45.8)	70 (45.8)	11 (13.3)	14 (9.2)	0.780
Tällä yhteisöllä on siihen kuulumiseen liittyviä symboleja ja ilmauksia, jotka ihmiset tunnistavat.	42 (50.0)	73 (48.7)	26 (31.0)	48 (32.0)	14 (16.7)	24 (16.0)	2 (2.4)	5 (3.3)	0.975
Käytän paljon aikaa ja vaivaa siihen, että olen osa tätä yhteisöä.	20 (23.8)	35 (22.9)	47 (56.0)	77 (50.3)	15 (17.9)	37 (24.2)	2 (2.4)	4 (2.6)	0.718
Tähän yhteisöön kuuluminen on osa identiteettiäni.	20 (23.8)	35 (22.9)	34 (40.5)	65 (42.5)	26 (31.0)	43 (28.1)	4 (4.8)	10 (6.5)	0.916

Tähän yhteisöön sopiminen on tärkeää minulle.	12 (14.3)	15 (9.7)	26 (31.0)	50 (32.5)	36 (42.9)	73 (47.4)	10 (11.9)	16 (10.4)	0.716
Tämä yhteisö pystyy vaikuttamaan muihin yhteisöihin.	21 (25.6)	31 (20.1)	36 (43.9)	75 (48.7)	23 (28.0)	38 (24.7)	2 (2.4)	10 (6.5)	0.398
Välitän siitä, mitä muut yhteisön jäsenet minusta ajattelevat.	12 (14.3)	27 (17.5)	30 (35.7)	66 (42.9)	38 (45.2)	55 (35.7)	4 (4.8)	6 (3.9)	0.494
Voin vaikuttaa siihen, millainen tämä yhteisö on.	13 (15.7)	31 (20.1)	41 (49.4)	78 (50.6)	27 (32.5)	43 (27.9)	2 (2.4)	2 (1.3)	0.711
Jos yhteisössä on ongelma, jäsenet pystyvät ratkaisemaan sen.	13 (15.9)	23 (14.9)	30 (36.6)	65 (42.2)	36 (43.9)	58 (37.7)	3 (3.7)	8 (5.2)	0.743
Tässä yhteisössä on hyviä johtajia.	6 (7.3)	19 (12.8)	16 (19.5)	35 (23.5)	51 (62.2)	62 (41.6)	9 (11.0)	33 (22.1)	0.018
Minulle on hyvin tärkeää kuulua tähän yhteisöön.	9 (10.8)	21 (14.0)	25 (30.1)	43 (28.7)	38 (45.8)	61 (40.7)	11 (13.3)	25 (16.7)	0.757
Olen paljon muiden yhteisön jäsenten kanssa ja nautin heidän kanssaan olemisesta.	13 (15.5)	16 (10.4)	38 (45.2)	81 (52.6)	29 (34.5)	45 (29.2)	4 (4.8)	14 (7.8)	0.395
Odotan kuuluvani tähän yhteisöön vielä pitkään.	4 (4.8)	11 (7.2)	22 (26.2)	31 (20.3)	35 (41.7)	73 (47.7)	23 (27.4)	38 (24.8)	0.587
Yhteisön jäsenet ovat jakaneet yhdessä tärkeitä tapahtumia.	15 (17.9)	28 (18.2)	34 (40.5)	62 (40.3)	34 (40.5)	51 (33.1)	1 (1.2)	13 (8.4)	0.128
Olen toiveikas tämän yhteisön tulevaisuuden suhteen.	4 (4.8)	12 (7.8)	23 (27.4)	31 (20.1)	44 (52.4)	85 (55.2)	13 (15.5)	26 (16.9)	0.542
Tämän yhteisön jäsenet välittävät toisistaan.	2 (2.4)	8 (5.2)	19 (22.6)	39 (25.5)	51 (60.7)	84 (54.9)	12 (14.3)	22 (14.4)	0.671

Tilastollisesti merkitsevät ($p < 0.050$) erot sukupuolten välillä tummennettu.

6.2 Kuulovaikeuksien yhteys yhteisöllisyyteen

Senioritalojen asukkaiden kuulovaikeuksien yhteyttä yhteisöllisyyteen tarkasteltiin lineaarisella regressioanalyysillä (taulukko 4). Lisäksi analyysissä tarkasteltiin sukupuolten välisiä eroja jakamalla aineisto miehiin ja naisiin (taulukko 4). Yhteisöllisyydessä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja sukupuolten välillä eikä kuulovaikeuksia kokevien ja normaalikuuloisten välillä ollut merkitseviä eroja kummallakaan sukupuolella.

Analyysit vakioitiin taustamuuttujilla kolmessa eri mallissa. Ensimmäisessä mallissa tarkasteltiin vain kuulovaikeuksia ja yhteisöllisyyttä. Kuulovaikeuksia kokevien miesten yhteisöllisyys oli normaalikuuloisiin verrattuna kolme pistettä heikompi, kun taas naisilla kuulovaikeuksia kokevien yhteisöllisyys oli kolme pistettä parempi kuin normaalikuuloisten. Kummallakaan sukupuolella tulos ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä. Mallissa 2 analyysiin otettiin mukaan ikä, siviilisääty, koulutus sekä taloudellinen tilanne. Miehillä yhteyden merkitsevyys lisääntyi, mutta yhteys ei silti ollut merkitsevä (β -6.41, 95 % LV -12.89, 0.07, $p = 0.052$). Naisilla yhteyttä ei havaittu (β 3.33, 95 % LV -1.63, 8.29, $p = 0.186$) tässä mallissa. Mallissa 3 edellä mainittujen muuttujien lisäksi mukaan otettiin koettu terveys sekä masennusmuuttujan summapistemäärä. Miehillä yhteys kuulovaikeuksien ja yhteisöllisyyden välillä tässä vakioidussa mallissa ei ollut tilastollisesti merkitsevä (β -5.39, 95 % LV -11.85, 1.07, $p = 0.100$). Naisilla yhteys oli samankaltainen (β 3.35, 95 % LV -1.72, 8.42, $p = 0.194$). Kuulovaikeudet eivät siis selittäneet senioritaloasukkaiden kokeman yhteisöllisyyden määrää eikä naisten ja miesten välillä ollut eroa.

TAULUKKO 4. Kuulovaikeuksien yhteys yhteisöllisyyteen.

Muuttuja	Malli 1		Malli 2		Malli 3	
	B (95 % LV)	p-arvo	B (95 % LV)	p-arvo	B (95 % LV)	p-arvo
Kuulovaikeudet						
Miehet						
Ei vaikeutta	1		1		1	
Kuulovaikeus	-3.02 (-8.97 – 2.93)	0.316	-6.41 (-12.89 – 0.07)	0.052	-5.39 (-11.85 – 1.07)	0.100
Naiset						
Ei vaikeutta	1		1		1	
Kuulovaikeus	3.24 (-1.42 – 7.90)	0.172	3.33 (-1.63 – 8.29)	0.186	3.35 (-1.72 – 8.42)	0.194

B = unstandardized Beta, LV = luottamusväli

Viiteryhmä merkitty: 1

Malli 1: sukupuoli ja kuulovaikeus ($R^2 = 0.012$; Adjusted $R^2 = 0.000$)

Malli 2: vakioitu iän, siviilisäädyn, koulutuksen ja taloudellisen tilanteen mukaan ($R^2 = 0.246$; Adjusted $R^2 = 0.117$)

Malli 3: vakioitu iän, siviilisäädyn, koulutuksen, taloudellisen tilanteen, koetun terveyden ja masennuksen mukaan ($R^2 = 0.351$; Adjusted $R^2 = 0.168$)

7 POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kuulovaikeuksien yhteyttä yhteisöllisyyteen senioritalossa asuvilla ihmisillä. Tutkimuksessa tarkasteltiin, onko kuulovaikeuksien kanssa elävien ja normaalikuuloisten asukkaiden kokemassa yhteisöllisyydessä eroja. Lisäksi tutkittiin, löytyykö sukupuolten välillä eroa kuulovaikeuksien ja yhteisöllisyyden välisessä yhteydessä. Tämän tutkimuksen tuloksena todetaan, ettei kuulovaikeuksilla ollut yhteyttä yhteisöllisyyteen senioritaloasukkailla. Myöskään sukupuolten välillä ei havaittu eroja.

Kuulovaikeuksien vaikutusta yhteisöllisyyteen ei ole juurikaan aiemmin tutkittu. Yhteisöllisyyttä senioritaloissa on tutkittu jonkin verran, mutta tutkimustulosten vertailua hankaloittaa senioriasumisen muotojen moninaisuus. Useat ulkomailla tehdyt tutkimukset keskittyvät seniorikyliin, jotka eivät täysin ole verrattavissa suomalaisiin senioritaloihin. Tutkimustietoa tämän pro gradu -tutkielman aiheesta ei siis ole saatavilla paljoa.

Kuulovaikeuksien on todettu heikentävän sosiaalista hyvinvointia muun muassa lisäämällä riskiä sosiaaliseen eristytymiseen (Shukla ym. 2020) sekä ongelmiin kommunikoinnissa (Viljanen ym. 2009a; Shukla ym. 2020). Sosiaalinen eristytymisen ilmenee esimerkiksi vähäisenä vuorovaikutuksena muiden ihmisten kanssa (Leigh-Hunt ym. 2017), ja vähäisen vuorovaikutuksen voisi ajatella heikentävän myös yhteisöllisyyden kehittymistä. Tästä johtuen voisi olettaa kuulovaikeuksien heikentävän myös niitä kokevien kokemaa yhteisöllisyyttä esimerkiksi sosiaalisen eristytymisen kautta. Tässä tutkimuksessa kuulovaikeuksia kokevien raportoima yhteisöllisyys oli kuitenkin samalla tasolla normaalikuuloisten kanssa.

Tämän tutkimuksen tulos saa pohtimaan yhteisöllisyyden luonnetta: voiko yksilö kokea yhteisöllisyyttä, vaikka ei olisi sosiaalisesti kovin aktiivinen. Yhteisöllisyys perustuu yksilön kokemukseen ja yksilöiden kokemukset saattavat vaihdella paljon. Charlesin ja Carstensenin (2010) mukaan sosiaalisesta eristytymisestä johtuvan yksinäisyyden kokeminen riippuu paljon siitä, uskooko yksilö sen olevan normaalia ja ikävaiheeseen kuuluvaa. Yksilön ajatellessa yksinäisyyden kuuluvan ikääntymiseen, ei hän välttämättä tunne itseään yksinäiseksi (Charles & Carstensen 2010). Yhteisöllisyyden kohdalla saattaa olla samankaltainen ilmiö eli sosiaalisen

hyvinvoinnin heikentyminen ei silti heikennä yksilön kokemusta yhteisöllisyydestä, jos hän ajattelee heikentymisen kuuluvan ikääntymiseen.

Ikäjakaumalla saattaa olla vaikutusta tuloksiin. Tämä tutkimusjoukko oli iältään keskimäärin 82-vuotiaita, ja esimerkiksi alle 70-vuotiaita oli vain 22 prosenttia. Mickin ym. (2014) tutkimuksessa havaittiin, että 60–69-vuotiailla naisilla kuulovaikeudet aiheuttivat sosiaalista eristäytymistä, mutta vanhemmissa ikäluokissa merkitsevää eroa ei enää ollut. Tulos antaa viitteitä siitä, että kuulon heikentyminen ei vaikuta yhtä paljon iäkkäämpien ihmisten sosiaaliseen hyvinvointiin verrattuna alle 70-vuotiaisiin. Tämä ikäryhmissä havaittu ero saattaisi selittää myös sitä, miksi kuulovaikeudet eivät olleet tässä tutkimuksessa yhteydessä yhteisöllisyyteen. Mickin ym. (2014) havaitsemaa eroa ikäryhmissä saattaa selittää se, että kuulovaikeudet yleistyvät ikääntyessä. Suomessa yli 75-vuotiaista suurimmalla osalla kuulo on heikentynyt (Kuuloliitto 2020a), joten ehkä senioritalossa ei tarvitse hävetä kuulovaikeuksiaan, sillä moni kokee samoja haasteita. Tästä johtuen kuulovaikeudet eivät välttämättä vähennä senioritaloasukkaiden sosiaalista aktiivisuutta yhtä paljon kuin muissa ikäluokissa vähentäisi.

Senioritalo asumismuotona saattaa tukea kuulovaikeuksia kokevien mahdollisuuksia yhteisöllisyyteen. Senioritaloissa on kiinnitetty huomiota yhteisöllisyyttä tukeviin tekijöihin (Lahti ym. 2019; Rusinovic ym. 2019) sekä turvallisuuteen ja esteettömyyteen (Özer-Kemppainen 2005). Lisäksi osallistuminen erilaisiin aktiviteetteihin on tehty helpoksi monien tukitoimien ansiosta. Esimerkiksi induktiosilmukan asentaminen yleisiin tiloihin saattaa rohkaista senioritaloasukkaita osallistumaan yhteisiin aktiviteetteihin. Esteettömyys saattaa helpottaa myös kuulovaikeuksista johtuvien fyysisten oireiden, kuten toimintakyvyn laskun (Amieva ym. 2018) tai kaatumisriskin (Viljanen ym. 2009a), kanssa elämistä. Esteetön ympäristö voi ehkä rohkaista olemaan aktiivinen, kun omasta pärjäämisestä ei tarvitse olla huolissaan. Sosiaalinen aktiivisuus senioritalossa ei siis vaadi yksilöltä yhtä paljon kuin monissa muissa ympäristöissä, mikä saattaa selittää sitä, ettei tässä tutkimuksessa löytynyt eroja yhteisöllisyydessä kuulovaikeuksia kokevien ja normaalikuuloisten välillä.

Tutkimusjoukon hyvä taloudellinen tilanne sekä palveluiden läheisyys ovat tekijöitä, jotka saattavat tasoittaa eroja kuulovaikeuksia kokevien ja normaalikuuloisten välillä. Niemanin ym.

(2016) mukaan pääsy terveydenhuoltoon kuulovaikeuksien hoitamiseksi ehkäisee elämänlaadun heikkenemistä. Heidän tutkimuksessaan todettiin, että kuulovaikeuksia kokevilla aikuisilla, jotka pääsivät hoitamaan kuulovaikeuksiaan terveydenhuollon pariin, oli parempi elämänlaatu kuin niillä, kenellä oli huonot mahdollisuudet päästä terveydenhuollon pariin (Nieman ym. 2016). Folkhälsanin senioritaloissa asuvilla saattaa olla paremmat mahdollisuudet saada oikeanlaista hoitoa kuulovaikeuksiinsa, sillä he asuvat lähellä palveluita. Lisäksi heidän hyvä taloudellinen asemansa mahdollistaa apuvälineiden ja palveluiden ostamisen. Toisaalta myös heidän korkean koulutustaustansa ansiosta he saattavat osata hakea herkemmin apua ongelmiin. Senioritalojen asukkaat saama apu kuulovaikeuksiinsa voi olla yksi selittävä tekijä sille, ettei kuulovaikeuksilla ole vaikutusta asukkaiden kokemaan yhteisöllisyyteen.

Senioritaloon muuttamisen yleisin syy oli mukavuudenhaluisuus. Seuraavaksi yleisimmät syyt olivat terveyssyyt, ongelmat liikkumisessa sekä parisuhdesyyt. Tässä tutkimusjoukossa ei siis ilmennyt juurikaan muuttamista yhteisöllisyyden ja sosiaalisten kontaktien perässä, mikä on osittain ristiriidassa aiemman tutkimuskirjallisuuden kanssa (Rusinovic ym. 2019). Kuitenkin suurin osa tutkimuksista tukee sitä, että terveyssyyt ovat yhteisöllisyyttä tärkeämpiä syitä senioritaloon muuttamiselle (Laurinkari ym. 2005; Tyvimaa & Kemp 2011; Lahti ym. 2019). Se, etteivät senioritalojen asukkaat arvota yhteisöllisyyttä tärkeimmäksi tekijäksi voi selittää tässä tutkimuksessa saatuja arvoja yhteisöllisyyttä mittaavassa mittarissa. Mittarin maksimipistemäärä oli 72 pistettä, mutta tässä aineistossa keskimääräinen pistemäärä oli vain 35.9 pistettä. Yhteisöllisyys oli siis keskitasoa.

Tämän tutkimuksen vahvuus on, että se tuottaa tietoa aiheesta, jota ei aiemmin ole juurikaan tutkittu. Kuulovaikeuksien yhteyttä sosiaaliseen hyvinvointiin, kuten sosiaaliseen eristäytymiseen, on tutkittu (Shukla ym. 2020), mutta yhteyttä yhteisöllisyyteen ei. Myös senioritalon valitseminen kontekstiksi tuottaa uutta tietoa, sillä senioritalo on melko uusi asumismuoto. Väestön ikääntyessä on tärkeää kehittää sellaisia asumismuotoja, jotka palvelevat ikääntyneiden henkilöiden tarpeita (Jolanki & Vilkkio 2015; YK 2017). Näin ollen senioritaloasumisen tutkiminen on tärkeää.

Tutkimuksen heikkoutena on, ettei tutkimusjoukko ole koko väestöön yleistettävä. Tutkimusjoukko koostui suurimmaksi osaksi korkeakoulutetuista naisista, joiden taloudellinen tilanne oli pääasiassa hyvä tai kohtalainen. Myös miehet olivat suurimmaksi osaksi korkeakoulutettuja, ja taloudellisesti hyvin toimeentulevia. Lisäksi tämän tutkimuksen aineisto kerättiin Etelä- ja Länsi-Suomessa sijaitsevilla senioritaloissa. Näillä alueilla asuvilla ihmisillä on tutkimusten mukaan yleisesti parempi terveys kuin Pohjois- tai Itä-Suomessa asuvilla (THL 2019), mikä saattaa myös vaikuttaa tuloksiin.

Tutkimusmenetelmänä tässä tutkimuksessa käytettiin kyselyä, joka perustui itseraportointiin. Tutkimusjoukkona oli ikääntyneet ihmiset, ja heillä saattaa esiintyä heikentymistä kognitiivisessa toimintakyvyssä (Park ym. 2003). Näin ollen he eivät välttämättä kykene vastaamaan täysin totuudenmukaisesti kysymyksiin, mikä voi luoda mahdollisia virhelähteitä tutkimustuloksiin. Toisaalta BoAktiv 2020 -tutkimuksessa oli tiedonkeruussa otettu huomioon mahdolliset kognitiiviset heikentymät, ja vastaamiseen sai tarvittaessa apua tutkimushenkilökunnalta (Lahti ym. 2019). Lisäksi yhteisöllisyys on yksilön kokema tunne yhteisönsä toiminnasta, joten kyselytutkimus sopii tämän subjektiivisen kysymyksen tutkimiseen hyvin. Kyselylomakkeen käyttäminen oli siis tämän tutkimuksen kohdalla hyvin perusteltua.

Tämän pro gradu -tutkielman tekemisessä on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä. Aineisto on säilytetty huolellisesti, ja siitä on poistettu tutkittavien tunnistetiedot eli yksittäistä osallistujaa ei voi tunnistaa aineistosta. Tuloksia ei ole raportoitu harhaanjohtavasti eikä niitä ole yritetty manipuloida. Lisäksi tutkittavilta on kysytty tietoon perustuva suostumus heidän osallistuessa BoAktiv-tutkimukseen. Osallistuminen BoAktiv-tutkimukseen on ollut vapaaehtoista.

Yhteenvetona voidaan todeta senioritalon olevan ehkä kuulovaikeuksien kanssa elämistä tukeva asumismuoto. Senioritalossa on otettu luultavasti paremmin huomioon kuulovaikeudet mm. induktiosilmukoiden asentamisella kuin monissa muissa asumismuodoissa. Kuulovaikeudet huomioonottamalla sekä niitä oikein hoitamalla voidaan ehkäistä niistä aiheutuvia haittoja (Nieman ym. 2016; Amieva ym. 2018). Kuulovaikeuksia kokevien huomioiminen saattaa selittää sitä, miksi kuulovaikeuksien ja yhteisöllisyyden yhteys ei eronnut kuulovaikeuksia kokevien ja normaalikuuloisten välillä. Toisaalta senioritaloon muuttaneet eivät maininneet

yhteisöllisyyttä tärkeäksi syyksi muuttamiselleen, mikä voi viitata siihen, etteivät asukkaat kiinnitä yhteisöllisyyteen niin paljon huomiota tai pidä sitä tärkeänä. Tämä voi myös selittää sitä, miksi eroja ei löytynyt.

Tulevaisuudessa olisi tärkeää tutkia lisää kuulovaikeuksien ja yhteisöllisyyden yhteyttä, ja tutkia tätä yhteyttä eri ympäristöissä asuvilla henkilöillä. Lisäksi olisi hyvä tutkia tekijöitä, jotka vaikuttavat kuulovaikeuksia kokevien kokemaan yhteisöllisyyteen. Tarkempi tieto näistä tekijöistä auttaisi huomioimaan kuulovaikeuksia kokevien tarpeet paremmin sekä toisi hyödyllistä tietoa siitä, miten kuulovaikeuksia kokevien hyvinvointia ja kokemaa yhteisöllisyyttä voidaan tukea. Lisäksi olisi hyvä tutkia lisää sitä, miten yhteisöllisyys koetaan senioritaloissa, koska aihetta on tutkittu vasta vähän.

LÄHTEET

- Allen, P. D., & Eddins, D. A. 2010. Presbycusis phenotypes form a heterogeneous continuum when ordered by degree and configuration of hearing loss. *Hearing research*, 264(1-2), 10–20. doi: 10.1016/j.heares.2010.02.001
- Amieva, H., Ouvrard, C., Meillon, C., Rullier, L. & Dartigues, J-F. 2018. Death, Depression, Disability, and Dementia Associated With Self-reported Hearing Problems: A 25-Year Study. *Journals of Gerontology: Medical Sciences*, 73(10), 1383-1389. doi: 10.1093/gerona/glx250
- Autio, T. 2011. CES-D, The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale. TOIMIAMittarit. Viitattu 3.2.2021. <https://www.terveysportti.fi/dtk/tmi/koti>
- Barker, A. B., Leighton, P., & Ferguson, M. A. 2017. Coping together with hearing loss: a qualitative meta-synthesis of the psychosocial experiences of people with hearing loss and their communication partners. *International Journal of Audiology*, 56(5), 297-305. doi: 10.1080/14992027.2017.1286695
- Blomgren, K. 2021. Ikäkuulo. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 5.10.2021. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00840>
- Brodie, A., Smith, B. & Ray, J. 2018. The impact of rehabilitation on quality of life after hearing loss: a systematic review. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology* 275, 2435-2440. doi: 10.1007/s00405-018-5100-7
- Carlsson, P. I., Hjaldaahl, J., Magnuson, A., Ternevall, E., Edén, M., Skagerstrand, Å., & Jönsson, R. 2015. Severe to profound hearing impairment: quality of life, psychosocial consequences and audiological rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 37(20), 1849-1856. doi: 10.3109/09638288.2014.982833
- Charles, S. T., & Carstensen, L. L. 2010. Social and emotional aging. *Annual review of psychology*, 61(1), 383-409. doi: 10.1146/annurev.psych.093008.100448
- Cunningham, L. L., & Tucci, D. L. 2017. Hearing loss in adults. *New England Journal of Medicine*, 377(25), 2465-2473. doi: 10.1056/NEJMra1616601
- Fonad, E., Wahlin, T.B. R., Heikkilä, K. & Emami, A. 2006. Moving to and Living in a Retirement Home. *Journal of Housing of the Elderly* 20(3), 45-60. doi: 10.1300/J081v20n03_04

- Fänge, A., & Ivanoff, S. D. 2009. The home is the hub of health in very old age: Findings from the ENABLE-AGE Project. *Archives of gerontology and geriatrics*, 48(3), 340-345. doi: 10.1016/j.archger.2008.02.015
- Haringsma, R., Engels, G. I., Beekman, A. T. F. & Spinhoven, Ph. 2004. The criterion validity of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES_D) in a sample of self-referred elders with depressive symptomatology. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 19(6), 558-563. doi: <https://doi.org/10.1002/gps.1130>
- Hietanen, A., Era, P., Henrichsen, J., Rosenhall, U., Sorri, M., & Heikkinen, E. 2005. Hearing among 75-year-old people in three Nordic localities: a comparative study. *International journal of audiology*, 44(9), 500-508. doi: 10.1080/14992020500189112
- Jolanki, O. & Vilkkö, A. 2015. The Meaning of a "Sense of Community" in a Finnish Senior Co-Housing Community. *Journal of Housing for the Elderly* 29, 111-125. doi: 10.1080/02763893.2015.989767
- Jolanki, O., Leinonen, E., Rajaniemi, J., Rappe, E., Räsänen, T., Teittinen, O. & Topo, P. 2017. Asumisen yhteisöllisyys ja hyvä vanhuus. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 47/2017. Valtioneuvoston kanslia.
- Jolanki, O. 2017. Johdanto. Teoksessa Jolanki, O., Leinonen, E., Rajaniemi, J., Rappe, E., Räsänen, T., Teittinen, O. & Topo, P. 2017. Asumisen yhteisöllisyys ja hyvä vanhuus. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 47/2017. Valtioneuvoston kanslia.
- Kim, J. S. & Kim, C. H. 2014. A Review of Assistive Listening Device and Digital Wireless Technology for Hearing Instruments. *Korean Journal of Audiology* 18(3), 105-111. doi: 10.7874/kja.2014.18.3.105
- Kuuloliitto. 2020a. Kuulo. Viitattu 10.11.2020. <https://www.kuuloliitto.fi/kuulo/>
- Kuuloliitto. 2020b. Kuulokojeet ja apuvälineet. Viitattu 21.11.2020. <https://www.kuuloliitto.fi/kuulo/kuulokojeet-ja-apuvälineet/>
- Lahti, A.-M., Simonsen, N., Seppänen, M., Finne, M., Sarvimäki, A. & von Bonsdorff, M. 2019. Folkhälsans seniorboende och aktivt åldrande – BoAktiv-studien. *Gerontologia* 33(2), 74-85. doi: 10.23989/gerontologia.78039
- Laurinkari, J., Poutanen, V.-M., Saarinen, A. & Laukkanen, T. 2005. Senioritalo ikääntyneen asumisvaihtoehtona. Kysely- ja haastattelututkimus Joensuussa, Kuopiossa ja

- Tampereella vuonna 2005. Suomen ympäristö 815. Ympäristöministeriö.
<http://www.ymparisto.fi/palvelut/julkaisu>
- Lawrence, B. J., Jayakody, D. M., Bennett, R. J., Eikelboom, R. H., Gasson, N., & Friedland, P. L. 2020. Hearing loss and depression in older adults: a systematic review and meta-analysis. *The Gerontologist*, 60(3), e137-e154. doi: 10.1093/geront/gnz009
- Li, C. M., Zhang, X., Hoffman, H. J., Cotch, M. F., Themann, C. L., & Wilson, M. R. 2014. Hearing impairment associated with depression in US adults, National Health and Nutrition Examination Survey 2005-2010. *JAMA otolaryngology–head & neck surgery*, 140(4), 293-302. doi: 10.1001/jamaoto.2014.42
- Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N., & Caan, W. 2017. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*, 152, 157-171. doi: 10.1016/j.puhe.2017.07.035
- Lin, F. R., Metter, E. J., O'Brien, R. J., Resnick, S. M., Zonderman, A. B., & Ferrucci, L. 2011. Hearing loss and incident dementia. *Archives of neurology*, 68(2), 214-220.
- Lopez, D., McCaul, K. A., Hankey, G. J., Norman, P. E., Almeida, O. P., Dobson, A. J., Byles, J. E., Yeap, B. B. & Flicker, L. 2011. Falls, injuries from falls, health related quality of life and mortality in older adults with vision and hearing impairment—is there a gender difference?. *Maturitas*, 69(4), 359-364. doi: 10.1016/j.maturitas.2011.05.006
- Loughrey, D. G., Kelly, M. E., Kelley, G. A., Brennan, S., & Lawlor, B. A. (2018). Association of age-related hearing loss with cognitive function, cognitive impairment, and dementia: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Otolaryngology Head & Neck Surgery*, 144(2), 115-126. doi: 10.1001/jamaoto.2017.2513
- Manrique-Huarte, R., Calavia, D., Huarte Irujo, A., Girón, L. & Manrique-Rodríguez, M. 2016. Treatment for Hearing Loss among the Elderly: Auditory Outcomes and Impact on Quality of Life. *Audiology & Neurology* 21(1), 29-35. doi: 10.1159/000448352
- McKee, M. M., Stransky, M. L., & Reichard, A. 2018. Hearing loss and associated medical conditions among individuals 65 years and older. *Disability and Health Journal*, 11(1), 122-125. doi: 10.1016/j.dhjo.2017.05.007
- McMillan, D. W., & Chavis, D. M. 1986. Sense of community: A definition and theory. *Journal of community psychology*, 14(1), 6-23.
- Mick, P., Kawachi, I., & Lin, F. R. 2014. The association between hearing loss and social isolation in older adults. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 150(3), 378-384.

- Mild, K. H., Friberg, S., Frankel, J. & Wilén, J. 2017. Exposure to the magnetic field from an induction loop pad for a hearing aid system. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics* 23(1), 143-145. doi: 10.1080/10803548.2016.1226597
- Nieman, C. L., Marrone, N., Szanton, S. L., Thorpe Jr, R. J., & Lin, F. R. 2016. Racial/ethnic and socioeconomic disparities in hearing health care among older Americans. *Journal of aging and health*, 28(1), 68-9. doi:10.1177/0898264315585505
- Nordvik, Ø., Laugen Heggdal, P. O., Brännström, J., Vassbotn, F., Aarstad, A. K. & Aarstad H. J. 2018. Generic quality of life in persons with hearing loss: a systematic literature review. *BMC Ear, Nose and Throat Disorders* 18(1). doi: 10.1186/s12901-018-0051-6
- Park, H. L., O'Connell, J. E., & Thomson, R. G. 2003. A systematic review of cognitive decline in the general elderly population. *International journal of geriatric psychiatry*, 18(12), 1121-1134. doi: 10.1002/gps.1023
- Peelle, J. E., Troiani, V., Grossman, M., & Wingfield, A. 2011. Hearing loss in older adults affects neural systems supporting speech comprehension. *Journal of neuroscience*, 31(35), 12638-12643. doi: 10.1523/JNEUROSCI.2559-11.2011
- Radloff, L. S. 1977. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied psychological measurement*, 1(3), 385-401. doi: 10.1177/014662167700100306
- Roth, T. N., Hanebuth, D., & Probst, R. 2011. Prevalence of age-related hearing loss in Europe: a review. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 268(8), 1101-1107. doi: 10.1007/s00405-011-1597-8
- Rusinovic, K., van Bochove, M. & van de Sande, J. 2019. Senior Co-Housing in the Netherlands: Benefits and Drawbacks for Its Residents. *International Journal of Environment Research and Public Health* 16(19), 3776. doi: 10.3390/ijerph16193776
- Räsänen, T., Jolanki, O. & Teittinen, O. 2017. Yhteisöllinen asuminen ja asukkaiden elämäntila ja hyvinvointi. Teoksessa Jolanki, O., Leinonen, E., Rajaniemi, J., Rappe, E., Räsänen, T., Teittinen, O. & Topo, P. 2017. Asumisen yhteisöllisyys ja hyvä vanhuus. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 47/2017. Valtioneuvoston kanslia.
- 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. doi:10.1016/j.archger.2005.03.002

- Shukla, A., Harper, M., Pedersen, E., Goman, A., Suen, J. J., Price, C., Applebaum, J., Hoyer, M., Lin, F. R. & Reed, N. S. 2020. Hearing Loss, Loneliness, and Social Isolation: A Systematic Review. *Otolaryngology – Head and Neck Surgery* 162(5), 622-633. doi: 10.1177/0194599820910377
- Stones, D. & Gullifer, J. 2014. 'At home it's just so much easier to be yourself: older adults' perceptions of ageing in place. *Ageing & Society*, 1-33. doi: 10.1017/S0144686X14001214
- THL. Terveiden ja hyvinvoinnin tutkimuslaitos. 2019. Sairastavuusindeksi: Kuntien väliset erot sairastavuudessa kärjistyvät. Viitattu 24.4.2021. <https://thl.fi/fi/-/sairastavuusindeksi-kuntien-valiset-erot-sairastavuudessa-karjistyvat>
- Tilastokeskus. 2019. Väestöennuste 2019–2070. Suomen virallinen tilasto (SVT). Viitattu 26.10.2021. <http://www.stat.fi>
- Thomson, R. S., Auduong, P., Miller, A. T. & Gurgel, R. K. 2017. Hearing Loss as a Risk Factor for Dementia: A Systematic Review. *Laryngoscope Investigative Otolaryngology* 2(2), 69-79. doi: 10.1002/lio2.65
- Tyvimaa, T. & Kemp, C. L. 2011. Finnish Seniors' Move to a Senior House: Examining the Push and Pull Factors. *Journal of Housing For the Elderly* 25(1), 50-71. doi: 10.1080/02763893.2011.545742
- Uy, J., & Forcica, M. A. 2013. Hearing loss. *Annals of internal medicine*, 158(7), ITC4-1. doi:10.7326/0003-4819-158-7-201304020-01004
- Viljanen, A., Kaprio, J., Pyykkö, I., Sorri, M., Pajala, S., Kauppinen, M., Koskenvuo, M. & Rantanen, T. 2009a. Hearing as a Predictor of Falls and Postural Balance in Older Female Twins. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*, 64(2), 312-317. doi: 10.1093/gerona/gln015
- Viljanen, A., Kaprio, J., Pyykkö, I., Sorri, M., Koskenvuo, M. & Rantanen, T. 2009b. Hearing Acuity as a Predictor of Walking Difficulties in Older Women. *Journal of American Geriatrics Society*, 57(12), 2282-2286. doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02553.x
- WHO. World Health Organization. 2020a. Deafness prevention: Estimates. Viitattu 21.11.2020. <https://www.who.int/deafness/estimates/en/>
- WHO. World Health Organization. 2020b. Deafness and hearing loss. Viitattu 21.11.2020. https://www.who.int/health-topics/hearing-loss#tab=tab_1
- WHO. World Health Organization. 2021. Deafness and hearing loss. Viitattu 26.10.2021 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>

- Yang, H. & Stark, S. L. 2010. The Role of Environmental Features in Social Engagement Among Residents Living in Assisted Living Facilities. *Journal of Housing For the Elderly*, 24(1), 28-43. doi: 10.1080/027638909035470
- YK. Yhdistyneet kansakunnat. 2017. World population Ageing 2017 – Highlights. Department of Economic and Social Affairs, Population Division.
- Özer-Kemppainen, Ö. 2005. Senioriasumisen nykytila, kehitystarpeet ja mahdollisuudet. Oulun yliopiston Arkkitehtuurin osaston julkaisu A32. Oulun yliopisto.

LIITTEET

LIITE 1. ”Miten seuraavat väitteet kuvaavat sitä, millaiseksi koet tämän yhteisön?” Kyselylomake mukailleen BoAktiv 2020 -tutkimuksen lomaketta.

Väitteet	Ei ollenkaan	Hieman	Enimmäkseen	Täysin
1. Saan minulle tärkeitä tarpeita tyydytettyä, koska kuulun tähän yhteisöön.	1	2	3	4
2. Yhteisön jäsenet arvostavat samoja asioita kuin minä.	1	2	3	4
3. Yhteisö on onnistunut vastaamaan jäsentensä tarpeisiin.	1	2	3	4
4. Tähän yhteisöön kuuluminen tuntuu minusta hyvältä.	1	2	3	4
5. Silloin, kun minulla on ongelmia, voin puhua niistä yhteisön jäsenten kanssa.	1	2	3	4
6. Yhteisön jäsenillä on samanlaisia tarpeita ja tavoitteita sekä samanlainen asioiden tärkeysjärjestys.	1	2	3	4
7. Voin luottaa tämän yhteisön ihmisiin.	1	2	3	4
8. Tunnistan suurimman osan yhteisön jäsenistä.	1	2	3	4
9. Suurin osa yhteisön jäsenistä tuntee minut.	1	2	3	4
10. Tällä yhteisöllä on siihen kuulumiseen liittyviä symboleja ja ilmauksia, jotka ihmiset tunnistavat.	1	2	3	4
11. Käytän paljon aikaa ja vaivaa siihen, että olen osa tätä yhteisöä.	1	2	3	4
12. Tähän yhteisöön kuuluminen on osa identiteettiäni.	1	2	3	4
13. Tähän yhteisöön sopiminen on tärkeää minulle.	1	2	3	4
14. Tämä yhteisö pystyy vaikuttamaan muihin yhteisöihin.	1	2	3	4
15. Välitän siitä, mitä muut yhteisön jäsenet minusta ajattelevat.	1	2	3	4
16. Voin vaikuttaa siihen, millainen tämä yhteisö on.	1	2	3	4
17. Jos yhteisössä on ongelma, jäsenet pystyvät ratkaisemaan sen.	1	2	3	4
18. Tässä yhteisössä on hyviä johtajia.	1	2	3	4

19. Minulle on hyvin tärkeää kuulua tähän yhteisöön.	1	2	3	4
20. Olen paljon muiden yhteisön jäsenten kanssa ja nautin heidän kanssaan olemisesta.	1	2	3	4
21. Odotan kuuluvani tähän yhteisöön vielä pitkään.	1	2	3	4
22. Yhteisön jäsenet ovat jakaneet yhdessä tärkeitä tapahtumia.	1	2	3	4
23. Olen toiveikas tämän yhteisön tulevaisuuden suhteen.	1	2	3	4
24. Tämän yhteisön jäsenet välittävät toisistaan.	1	2	3	4