

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyön julkaisu 65

IKIHYVÄ PÄIJÄT-HÄME -TUTKIMUS

Perusraportti 2005

Mikael Fogelholm, Ilkka Haapola, Pilvikki Absetz, Heikki Heinonen,
Antti Karisto, Kirsti Kasila, Tiina Mäkelä, Marjaana Seppänen,
Martti Talja, Antti Uutela, Raisa Valve ja Ilkka Väänänen



Lahti 2007

PÄIJÄT-HÄMEEN SOSIAALI- JA TERVEYSYHTYMÄN JULKAISUJA

TIIVISTELMÄ

Tekijät:

Fogelholm Mikael, Haapola Ilkka, Absetz Pilvikki, Heinonen Heikki, Karisto Antti, Kasila Kirsti, Mäkelä Tiina, Seppänen Marjaana, Talja Martti, Uutela Antti, Valve Raisa ja Väänänen Ilkka

Julkaisun nimi:

Ikihyvä Päijät-Häme -tutkimus. Perusraportti 2005

Tiivistelmä

Ikihyvä Päijät-Häme -seurantatutkimus käynnistyi vuonna 2002, ja siinä jäljitetään vuosina 1926–30, 1936–40 ja 1946–50 syntyneiden päijäthämäläisten elämää vuoteen 2012 saakka.

Julkaisussa kuvataan vuonna 2005 toteutetun toisen kyselykierroksen tuloksia terveydestä, hyvinvoinnista ja niihin vaikuttavista tekijöistä. Jonkin verran käsitellään myös kolmen ensimmäisen seurantavuoden (2002–2005) aikana tapahtuneita muutoksia. Vuonna 2005 tutkimukseen osallistui 2476 henkilöä eli 60,4 % kutsutuista. He täyttivät kaksi kyselylomaketta, osallistuivat terveystarkastukseen ja toimintakykytesteihin sekä antoivat verinäytteen.

Alle 70-vuotiaat päijäthämäläiset ovat yleensä terveitä, vireitä ja toimeliaita. Heidän fyysinen aktiivisuutensa on hyvää suomalaista tasoa, eivätkä he eroa lihavuudenkaan suhteen muista suomalaisista. Tutkimukseen osallistuneista tosin joka neljäs on painoindeksillä (BMI) arvioiden lihava. Tämä seikka merkitsee huomattavaa kansanterveyshaastetta myös Päijät-Hämeelle.

Vanhimmassa ikäryhmässä (75–79 v) ikääntymisen vaikutukset alkavat näkyä: arkielämästä selviytyminen on vaikeampaa, koettu terveys heikompi, kipuja enemmän ja tarmokkuus vähäisempää kuin nuoremmilla. Varsinkin tämän ikäryhmän naiset arvioivat avun tarpeen raskaissa kotitöissä selvästi suuremmaksi kuin kolme vuotta aikaisemmin. Fyysisistä vaikeuksista huolimatta psyykinen hyvinvointi ja sosiaalinen toimeliaisuus näyttävät yleensä säilyvän hyvinä. Vaikka täydellinen yksinäisyys on harvinaista, vanhimmassa ikäryhmässä on eniten niitä, jotka ovat harvoin tekemisissä muiden ihmisten kanssa. Tämän ikäryhmän miehissä on myös melkoisesti niitä, joiden mielestä oma elämä on käynyt pitkävetiseksi.

Ikäryhmien ja sukupuolten tuloerot ovat varsin suuria. Suurituloisimpia ovat nuorimman ikäryhmän miehet, pienituloisimpia taas vanhimman ikäryhmän naiset. Pienituloiseksi itsensä luokittelevien osuus on kasvanut lähes 10 prosenttiyksikköä vuoden 2002 kyselyn jälkeen.

Tutkimuksen tulokset osoittavat, että iäkkäille on tärkeätä luoda mahdollisuuksia mielekkääseen tekemiseen. Kunnissa tulee miettiä, miten ylläpidetään ikääntyvän väestön aktiivisuutta ja miten turvataan osallistumismahdollisuudet myös pienituloisille eläkeläisille.

Avainsanat

ikäntyminen, terveys, hyvinvointi, toimintakyky, seurantatutkimus

Sarjan nimi ja numero

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveisyhtymän julkaisuja

ISBN 978-952-5161-64-9

ISSN 1796-5721

Kokonaissivumäärä 173

Jakaja

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveisyhtymä

Kustantaja

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveisyhtymä

ESIPUHE

Ikihyvä Päijät-Häme -hankkeen tavoitteena on ikääntyvän väestön terveyden ja fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistäminen Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän kunnissa. Hanke koostuu kymmenen vuoden seurantatutkimuksesta ja sen ympärille rakentuvista kehittämistoimista. Sen toteutuksesta vastaavat Helsingin yliopiston Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenia, Kansanterveyslaitos, Helsingin yliopiston yhteiskuntapolitiikan laitos, Lahden ammattikorkeakoulun Sosiaali- ja terveysalan laitos sekä Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä yhdessä alueen kuntien kanssa.

Ikääntyvän väestön hyvinvoinnin edistämisessä keskeisessä asemassa ovat kuntien työntekijät ja luottamushenkilöt, kolmannen sektorin toimijat ja yritykset. Ikihyvä-hanke tarjoaa tietoa ja asiantuntija-apua päätöksenteon ja kehittämisen tueksi. Tutkimuksessa kertyvää tietovarantoa voidaan käyttää käytännön toiminnasta syntyviin tietotarpeisiin, löytämään ilmiöiden syy- ja seuraussuhteita sekä uusia ratkaisumalleja kansalaisten hyvinvoinnin lisäämiseksi. Tämä vuoden 2005 kyselyn peruseräraportti on esimerkki toimijoiden käytössä olevasta tiedosta. Siinä kuvataan keskeisiä ikääntymisen mukanaan tuomia muutoksia fyysisessä ja henkisessä toimintakyvyssä. Erityisinä huomiona ovat ikääntymisen vaikutukset elämänlaatuun, terveyskäyttäytymiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Raportissa selvitetään myös alueen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän onnistumista verrattuna kansalaisten odotuksiin.

Kansalaisen omaa vastuuta terveydestään ja hyvinvoinnistaan ei voi olla korostamatta missään elämän vaiheessa. Kansalaiset tarvitsevat kuitenkin muutoksessa ja uusien toimintatapojen omaksumisessa terveydenhuollon ammattilaisten opastusta, ohjausta ja tukea. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut järjestetään tulevaisuudessa entistä enemmän kansalaisen näkökulmasta, mutta samalla kansalaisen rooli terveyden edistämisessä ja kroonisten sairauksien itsehoidossa täsmentyy. Myös muiden kuntasektoreiden – esimerkiksi kaavoituksen ja kaupunkitekniikan – ratkaisut voivat helpottaa kuntalaisia tekemään terveytensä kannalta hyviä valintoja.

Ikihyvän seurantatutkimuksen vuoden 2005 tiedonkeruuseen ovat antaneet merkittävän panoksen Lahden ammattikorkeakoulun Sosiaali- ja terveysalan laitoksen ja Matkailun laitoksen opiskelijat ja heidän opettajansa sekä Päijät-Hämeen keskussairaalan ja kuntien terveyskeskusten laboratoriohenkilökunta. Ilman heidän mukana oloaan näin mittava tiedonkeruu ei olisi ollut mahdollista. Tekijät kiittävät myös henkilöitä, jotka ovat osallistuneet tiedonkeruun organisointiin, tietojen tallentamiseen ja julkaisun viimeistelyyn. Erityiskiitos kuuluu niille 2 476 päijäthämäläiselle, jotka antoivat aikaansa osallistuakseen tähän tutkimukseen.

Lahdessa lokakuussa 2007

Tekijät

SISÄLLYS

Tiivistelmä

Esipuhe

Kirjoittajat ja kirjoittajien välinen työnjako

1 JOHDANTO	9
2 AINEISTO JA MENETELMÄT	12
3 IKÄÄNTYMINEN JA ELÄMÄNLAATU	16
3.1 Terveysten ja ikääntymisen kokeminen.....	16
3.2 Seniori, vanhus vai ikäihminen – mitä nimitystä sopii käyttää?	21
3.3 Terveysteen liittyvä elämänlaatu	24
4 TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN JA TOIMINTAKYKY	30
4.1 Fyysinen aktiivisuus.....	30
4.2 Lihavuus ja siinä tapahtuneet muutokset kolmen vuoden aikana.....	33
4.3 Uni ja nukkuminen	36
4.4 Alkoholit ja tupakointi	39
4.5 Fyysinen toimintakyky.....	40
5 SOSIAALINEN HYVINVOINTI.....	47
5.1 Sosiaaliset suhteet ja avun tarve	47
5.2 Asuminen.....	52
5.3 Toimeentulo	53
5.4 Harrastukset ja mielenkiinnon kohteet.....	56
6 SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUT	61
6.1 Palvelujen käyttö.....	61
6.2 Terveyspalvelujen käyttöä koskevat kokemukset.....	63
7 JOHTOPÄÄTÖKSET	65
KIRJALLISUUS.....	67
LIITTEET	69

Liite 1. Tutkimukseen osallistuneiden suostumuslomake 2005

Liite 2. Kyselylomakkeet (2 kpl)

Liite 3. Taulukot

KIRJOITTAJAT JA KIRJOITTAJIEN VÄLINEN TYÖNJAKO

Pilvikki Absetz, PsT, erikoistutkija, Kansanterveyslaitos (luku 3.3 yhdessä Heikki Heinosen kanssa)

Mikael Fogelholm, ETT, dosentti, yksikön johtaja, Suomen Akatemia, Terveystutkimuksen yksikkö (luvut 1, 4.1, 4.3 ja 7)

Ilkka Haapola, VTT, erikoistutkija, Helsingin yliopisto, Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenia (luvut 5.2, 5.3 ja 6.1 sekä luku 2 yhdessä Kirsti Kasilan kanssa)

Heikki Heinonen, VTT, erikoistutkija, Kansanterveyslaitos (luku 3.3 yhdessä Pilvikki Absetzin kanssa)

Antti Karisto, VTT, sosiaaligerontologian professori, Helsingin yliopisto, Yhteiskuntapolitiikan laitos (luvut 3.1, 3.2 ja 5.4 sekä luku 5.1 yhdessä Marjaana Seppäsen kanssa)

Kirsti Kasila, TtT, tutkija, Helsingin yliopisto, Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenia (luku 4.4 sekä luku 2 yhdessä Ilkka Haapolan kanssa)

Tiina Mäkelä, THM, ESH, kehityspäällikkö, Helsingin yliopisto, Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenia (luku 4.5 yhdessä Ilkka Väänäsen kanssa)

Marjaana Seppänen, VTT, kehittämisjohtaja, Helsingin yliopisto, Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenia (luku 5.1 yhdessä Antti Kariston kanssa)

Martti Talja, LKT, professori, johtaja, Päijät-Hämeen keskussairaala (esipuhe, käsikirjoituksen kommentointi ja muokkaus)

Antti Uutela, VTT, dosentti, laboratorionjohtaja, Kansanterveyslaitos (luku 6.2)

Raisa Valve, FT, erikoistutkija, Helsingin yliopisto, Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenia (luku 4.2)

Ilkka Väänänen, FT, tutkimusjohtaja, Lahden ammattikorkeakoulu (luku 4.5 yhdessä Tiina Mäkelän kanssa)

1 JOHDANTO

Väestön ikärakenteen muutosten tuomat haasteet kuntien taloudelle olivat hyvin tiedossa, kun Ikihyvä Päijät-Häme -tutkimus- ja kehittämishankeen suunnittelu käynnistyi vuonna 2000. Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirissä oli tuolloin havahduttu kahteen asiaan: Ensiksi, monissa sairaanhoitopiirin kunnissa oli jo suurempi määrä eläkeläisiä kun Suomessa keskimäärin, kuntien ikärakenne oli vanhentumassa poikkeuksellisen nopeasti ja samalla ns. demografinen huoltosuhde (työikäisen väestön määrällinen suhde työiän ulkopuolella oleviin) muuttui nopeasti epäedulliseksi. Toiseksi, Päijät-Hämeessä pitkäaikaissairastavuus ja ns. estettävissä oleva kuolleisuus olivat koko maan keskitasoa suuremmat.

Vuosituhanne vaihteessa väestön ikääntyminen ei kuitenkaan ollut lähimainkaan niin vilkkaan keskustelun kohteena kuin nyt. Ikääntymiskysymys ja kuntien kyky tuottaa sosiaali- ja terveyspalveluja olivat esimerkiksi vuoden 2007 eduskuntavaalien tärkeimpiä teemoja.

Palvelurakenteen uudistamista koskevan PARAS-hankkeen terveydenhuollon ja sosiaalitoimen vastuuväestövaatimukset toteutuivat jo Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän perustamisen yhteydessä. Uusi organisaatio aloitti toimintansa 1.1.2007. Mukaan uuteen organisaatioon lähtivät kaikki alueen kunnat Heinolaa lukuun ottamatta. Heinolankin ilmoitti hankkivansa yhtymältä erikoissairaanhoidon palvelut. PARAS-hankkeen kuntarakennemuutoksen suhteen alueen kunnat ovat olleet empiviä ja nopeisiin kuntaliitoksiin ei uskota. Ainoa kuntaliitoshanke on meneillään Itä-Hämeessä Heinolan kaupungin ja Hartolan ja Pertunmaan kuntien yhdistymiseksi.

Sosiaali- ja terveysyhtymän toimintoja kehitetään parhaillaan usean osahankkeen voimin. Yksi niistä on terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseen keskittyvä HYVE-hanke. Siinä luodaan toimintamallia, jolla varmistetaan, että terveyttä ja hyvinvointia edistettäessä keskitytään oikeisiin asioihin, käytetään yhtenäisiä työtapoja ja seurataan niiden vaikutuksia. HYVE-hankkeen ensimmäisen vaiheen painopistealueiksi on valittu valtimosairauksien ehkäisy ja ikääntyneiden toimintakyvyn tukeminen. Ikihyvä tarjoaa hyvän perustan tälle kehitystyölle, ja HYVE-hanketta voidaankin pitää Ikihyvän jalkautuksena alueen toimijoiden keskuuteen.

Viime vuosien vilkkaista sosiaali- ja terveystieteellisistä keskusteluista ja kehittämistoimista huolimatta Ikihyvä on pystynyt noudattamaan alkuperäistä toimintasuunnitelmaansa pienin muutoksin. Toiminnan keskeisiksi muodoiksi oli jo alun perin kaavailtu ikääntyviä päijäthämäläisiä kuvaava seurantatutkimus sekä ikääntyvien terveyden ja toimintakyvyn edistämiseen tähtäävät tutkimus- ja kehittämisinterventiot.

Interventiot ovat vuosien 2002–2005 aikana keskittyneet valtimotautien ja erityisesti tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyyn. Niissä on sovellettu kuntien perusterveydenhuollon käytännön toimintaan Kansanterveyslaitoksen suuren diabeteksen ehkäisy tutkimuksen (Diabetes Prevention Study, DPS) toimintamallia. Tyyppin 2 diabetes on merkittävä kansantauti, joka yleistyy väestön lihomisen, muuntuneiden ruokailutottumusten, liikunnan vähenemisen ja ikärakenteen muutoksen takia. Viimeisen neljän vuoden aikana Ikihyvässä on myös paneuduttu iäkkäiden fyysisen toimintakykyisyyden parantamiseen. Tämä teema pysyy tutkimus- ja kehittämisinterventioiden tärkeänä kohteena lähivuosina.

Vuonna 2002 käynnistynyt seurantatutkimus tarkastelee ikääntymistä terveyden ja hyvinvoinnin näkökulmasta. Kyseessä on tavallaan Kansanterveyslaitoksen väestöseurantojen (esim. Aikuisväestön terveystietäytyminen) tapainen järjestelmä muutettuna alueelliseksi. Erona on kuitenkin se, että Ikihyvä on aito seurantatutkimus, eli siinä seurataan samoja henkilöitä kymmenen vuoden ajan. Otokoko on riittävän iso, jotta ainakin alueen erityyppisiä kuntia voidaan verrata.

Vuoden 2005 tutkimus toteutettiin pääosin samalla tavoin kuin vuonna 2002 (ks. luku 2). Helsingin yliopiston Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenian Lahden yksikkö vastasi tiedonkeruun suunnittelusta, ja se toteutettiin yhteistyössä kuntien perusterveydenhuollon ja Lahden ammattikorkeakoulun kanssa. Osa kysymyksistä oli samoja molemmilla tutkimuskerroilla. Kaikkia vuonna 2002 esitettyjä kysymyksiä ei uusittu, mutta toisaalta myös monia uusia kysymyksiä esitettiin. Ehkä tärkein lisä oli terveystarkastusten yhteydessä tehdyt yksinkertaiset fyysisen toimintakykyisyyden testit.

Tässä raportissa tarkastellaan vuoden 2005 seurannassa kerättyjen tietojen perusteella ikääntyvien päijäthämäläisten terveyttä, hyvinvointia ja niihin vaikuttavia tekijöitä. Jonkin verran käsitellään myös kolmen ensimmäisen seurantavuoden (2002–2005) aikana tapahtuneita muutoksia. Tarkastelu rajataan tällöin niihin tutkittaviin, jotka ovat

osallistuneet molempiin tutkimusvaiheisiin. Tarkastelu perustuu pääosin frekvenssi- ja prosenttijakaumien sekä ristiintaulukointien analyysiin. Tuloksia esitellään sanallisen kuvailun ohella kuvioina. Jokaisen luvun alussa on tietolaatikko, johon on koottu jakson keskeiset havainnot.

Pääosa vuoden 2005 kyselyn perustuloksista julkaistaan tämän raportin liitteen 3 taulukoissa. Tulokset esitellään niissä sukupuolen ja ikäryhmän mukaisesti jaoteltuina kuten ensimmäisen vaiheen peruseräraportissakin (Valve ym. 2003). Taulukot ovat kyselylomakkeiden (liite 2) mukaisessa järjestyksessä, ja niiden otsikossa on mainittu, mihin lomakkeen kysymykseen ne perustuvat (esim. kys. 1/9 viittaa ensimmäisen lomakkeen kysymykseen 9).

Raportin tekstiosuudessa ja liitteen 3 taulukoissa esitettävät tulokset perustuvat painotettuun aineistoon lukuun ottamatta vastaajien lukumäärää koskevia tietoja (yhteensä N), jotka kertovat painottamattomien havaintojen lukumäärän. Painokertoimilla on korjattu otanta-asetelmasta aiheutuva pienten kuntien, vanhimman ikäryhmän ja miesten yliedustus sekä kadon vaikutus niin, että otos on saatu vastaamaan ikä-, sukupuoli- ja kuntajakaumaltaan Päijät-Hämeen samanikäistä väestöä. Aineiston korjauksessa on käytetty samoja painokertoimia kuin vuonna 2002, mikä merkitsee, että vuoden 2002 jälkeen syntyneen kadon vaikutuksia tuloksiin ei ole korjattu. Tällä ei ole kuitenkaan suurta vaikutusta aineiston edustavuuteen, joten tulokset kuvaavat varsin hyvin Päijät-Hämeen vastaavan ikäisen väestön tilannetta.

Kun seuraavissa luvuissa viitataan liitteen 3 taulukkoihin, puhutaan yksinkertaisuuden vuoksi vain taulukoista (ei liitetaulukoista), sillä sekaannuksen vaaraa niiden ja luvussa 2 esitettävien taulukoiden 1–3 välillä ei ole. Ikäryhmistä puhuttaessa nuorimmalla ikäryhmällä tarkoitetaan vuosina 1946–1950 syntyneitä, jotka olivat tutkimushetkellä 55–59 -vuotiaita. Keskimmaisella ikäryhmällä viitataan vastaavasti vuosina 1936–1940 syntyneisiin (65–69 -vuotiaisiin) ja vanhimmallalla ikäryhmällä vuosina 1926–1930 syntyneisiin (75–79 -vuotiaisiin) vastaajiin.

Kirjoittajien välinen työnjako on kuvattu edellä kirjoittajaesittelyn yhteydessä. Mikael Fogelholm on johtanut julkaisun toimitustyötä ja kommentoinut kaikkien kirjoittajien tekstejä. Kirsti Kasila toimi kesään 2007 saakka hankkeen koordinaattorina ja laati liitteen 3 taulukkokoosteen. Ilkka Haapola on työn loppuvaiheessa koonnut julkaisun yhteen vastaten sen viimeistelystä.

2 AINEISTO JA MENETELMÄT

Vuoden 2005 tutkittavat

Kuten Ikihyvä-seurantatutkimuksen ensimmäisen vaiheen perusraportissa (Valve ym. 2003.) on kuvattu, tutkimukseen poimittiin alun perin 4 272 väestörekisteristä satunnaisesti valittua vuosina 1946–50, 1936–40 ja 1926–30 syntynyttä asukasta Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiriin kuuluneiden neljäntoista kunnan alueelta. Jokaisesta ikäryhmästä poimittiin 1 424 henkilöä, joista puolet oli miehiä ja puolet naisia.

Tutkimuksen toista vaihetta, vuoden 2005 tiedonkeruuta varten Väestörekisterikeskuksesta tilattiin marraskuussa 2004 tutkittavien päivitettyt yhteystiedot. Tällöin alkuperäisestä otoksesta jäi pois 276 henkilöä, joista 187 oli ensimmäisen kyselyn jälkeen kuolleet, 71 muuttanut Päijät-Hämeen ulkopuolelle ja 18 henkilöä muuttanut tuntemattomaan osoitteeseen. Vuonna 2005 seurantatutkimukseen tuli mukaan sairaanhoitopiiriin liittynyt Myrskylä, josta poimittiin vielä 102 samoja ikäryhmiä edustavaa asukasta. Näiden korjausten ja täydennysten jälkeen Ikihyvän toiseen vaiheeseen kutsuttiin mukaan yhteensä 4098 henkilöä.

Vuoden 2005 tutkimukseen osallistui kaikkiaan 2 476 henkilöä, mikä on 60,4 prosenttia kutsutuista. Osallistumisaktiivisuus oli hieman pienempi kuin vuonna 2002 (taulukko 1). Kuntakohtaiset osallistumisprosentit vaihtelivat 44:stä 78 prosenttiin. Iitissä osallistumisaktiivisuus jäi selvästi muita kuntia pienemmäksi kuten myös vuonna 2002. Hartolassa ja Sysmässä naiset osallistuivat tutkimukseen poikkeuksellisen aktiivisesti. Se nosti näiden kuntien osallistumisprosentin muita suuremmaksi.

Taulukko 1. Ikihyvä Päijät-Häme -seurantatutkimukseen kutsuttujen ja osallistuneiden lukumäärät sekä osallistumisprosentit vuosina 2002 ja 2005.

Vuosi	2002	2005
Otoskoko (= kutsuttuja henkilöitä)	4272	4098
Osallistuneet yhteensä (osallistumisprosentti)	2815 (66 %)	2476 (60 %)
Miehet (osallistumisprosentti)	1350 (63 %)	1158 (57 %)
Naiset (osallistumisprosentti)	1465 (69 %)	1318 (64 %)

Taulukko 2. Ikihyvä Päijät-Häme -seurantatutkimukseen vuonna 2005 kutsutut, osallistuneet ja osallistumisprosentit kunnittain.

Kunta	Kutsutut	Osallistui	Osallistumisprosentit (%)			
			Yhteensä	Miehet	Naiset	Ikäryhmittäin 1946–50/ 1936–40/ 1926–30
Artjärvi	92	58	63	64	62	70/81/39
Asikkala	161	101	63	58	67	61/63/65
Hartola	94	73	78	62	92	84/82/66
Heinola	399	231	58	53	63	55/63/56
Hollola	376	222	59	57	61	63/64/50
Hämeenkoski	97	63	65	64	66	68/78/48
Iitti	140	62	44	46	43	41/44/39
Kärkölä	91	55	60	52	68	72/58/50
Lahti	1743	1029	59	56	62	58/66/52
Myrskylä	102	61	60	54	65	68/62/50
Nastola	260	159	61	60	63	65/58/60
Orimattila	258	168	65	60	70	63/71/62
Padasjoki	94	60	64	65	63	78/69/43
Pukkila	94	62	66	70	63	64/69/65
Sysmä	97	72	74	61	88	79/78/66
Yhteensä	4098	2476	60	57	64	61/66/54

Taulukossa 3 tarkastellaan, miten alkuperäiseen otokseen kuuluneet henkilöt (4 374 henkilöä, myrskyläläiset mukaan lukien) ovat osallistuneet kahteen ensimmäiseen kyselykierrokseen. Molempiin kierroksiin on osallistunut 2 216 henkilöä eli 56,6 prosenttia kaikista kutsutuista. Vuoden 2005 kyselystä on jäänyt pois 599 ensimmäiseen vaiheeseen osallistunutta, ja heidän tilalleen on vastaavasti tullut mukaan 260 ensikertalaista. Vähintään yhteen kyselykierrokseen on taas osallistunut 70,3 prosenttia (3 075 henkilöä) kaikista alkuperäiseen otokseen kuuluneista.

Kuten edellä on käynyt ilmi, vuoden 2005 kyselystä poisjääneiden joukkoon sisältyy varsinaisten vastaamattomien ohella seurannan aikana kuolleita, Päijät-Hämeen ulkopuolelle muuttaneita ja niitä, joita ei kyetty tavoittamaan puuttuvien osoitetietojen vuoksi. Ensikertalaisiin kuuluu tietenkin myrskyläläisiä (61 henkilöä), jotka kutsuttiin

mukaan ensi kertaa vasta vuonna 2005, mutta kuitenkin pääosin (199 henkilöä) niitä, jotka eivät syystä tai toisesta osallistuneet ensimmäiseen tiedonkeruuvaiheeseen.

Taulukko 3. Ikihyvä Päijät-Häme -seurantatutkimuksen otokseen kuuluvat henkilöt kahteen ensimmäiseen tutkimuskierrrokseen osallistumisen mukaan (lukumäärät ja taulukko prosentit).

Vuosi 2002	Vuosi 2005		Yhteensä
	osallistui	ei osallistunut	
osallistui	2 216 50,7 %	599 13,7 %	2815 (64,4 %)
ei osallistunut	260 5,9 %	1 299 29,7 %	1 559 (35,6 %)
Yhteensä	2 476 (56,6%)	1 898 (43,4 %)	4374 (100,0%)

Huom. Ilman Myrskylää vuoden 2002 (todellinen) osallistumisprosentti on 65,9 % ja molempiin kyselyihin osallistuneiden osuus 51,9 %.

Tiedonkeruu

Tiedonkeruu toteutettiin vuoden 2005 kyselykierröksellä pääosin samalla tavalla kuin ensimmäisessä vaiheessa vuonna 2002. Tutkittavat täyttivät kaksi kyselylomaketta, osallistuivat terveystarkastuksiin ja antoivat verinäytteen. Ensimmäinen lomake lähetettiin yhtä aikaa terveystarkastuskutsun kanssa, ja siinä selvitettiin elämän iloja ja suruja, eläkkeelle jäämistä, asumista, sosiaalisia suhteita, vapaa-aikaa ja ikääntymisen kokemista. Toisen kyselylomakkeen, jossa kysyttiin terveyteen, elintapoihin, nukkumiseen ja palvelujen käyttöön liittyviä asioita, tutkittavat saivat terveystarkastuksen yhteydessä. He täyttivät sen yleensä saman tien, mutta halutessaan he saivat sen palautuskuoren kera mukaansa kotiin täytettäväksi. Terveystarkastuksissa mitattiin pituus, paino, vyötärönympäryys ja verenpaine. Tutkittavat osallistuivat myös fyysistä toimintakykyä mittaaviin testeihin, joita ei tehty vielä vuonna 2002. Lahden ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan laitoksen fysioterapeutti-, sairaanhoitaja- ja sosionomiopiskelijat suorittivat mittaukset ja avustivat toiseen kyselylomakkeeseen vastaamisessa, jos se oli tarpeen. Kyselylomakkeet tallennettiin Helsingin yliopiston Koulutus- ja

kehittämiskeskus Palmenian Lahden yksikössä, joka myös vastannut liitteessä 3 julkaistavien vuoden 2005 perustulosten kokoamisesta.

Verinäytteet muun muassa rasva-arvojen, glukoosin ja insuliinin määrittämisä varten otettiin pääosin kuntien terveyskeskuksissa. Lahtelaiset tutkittavat kävivät verikokeissa Päijät-Hämeen keskussairaalan laboratoriossa. Kaikki verinäytteet analysoitiin Päijät-Hämeen keskussairaalan laboratoriossa. Lisäksi Lahden ammattikorkeakoulun matkailun laitoksen opiskelijat tekivät osalle tutkittavista ruuankäyttöä koskevan haastattelun. Näitä tuloksia ei esitellä tässä raportissa.

Tietojenkeruu toteutettiin Myrskylää lukuun ottamatta keväällä 2005. Laboratoriokokeet suoritettiin helmi- ja toukokuun sekä terveystarkastukset maalisi- ja toukokuun välisenä aikana. Palmenian tiloissa järjestettiin lisäksi kesäkuun alussa yksi ylimääräinen terveystarkastuspäivä niille, jotka eivät ehtineet tutkimukseen aikaisemmin. Tutkittavat saivat henkilökohtaisen palautteen terveystarkastuksen ja laboratoriokokeiden tuloksista syksyllä 2005. Koska päätös Myrskylän mukaan tulosta tutkimukseen tehtiin vasta vuoden 2005 aikana, tietojen keruu (kyselyt, terveystarkastukset ja laboratoriokokeet) toteutettiin myrskyläläisten osalta noin puoli vuotta myöhemmin, marras- ja joulukuun 2005 aikana, ja tutkimukseen osallistuneet saivat henkilökohtaisen palautteen seuraavan vuoden alussa.

Tutkimuksen eettiset näkökohdat

Tutkimuksen toteuttamiselle on Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystieteiden eettisen toimikunnan myönteinen lausunto. Lisäksi tutkittavilta on pyydetty kirjallinen suostumus (liite 1). Tutkittavien tietosuojaa varmistetaan henkilötietolain (523/1999) mukaisesti. Henkilörekisterin pitäjänä on Helsingin yliopiston Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenia. Tutkittaville jaetaan jokaisena aineistonkeruun vuotena tietoa tutkimuksesta. Tämän lisäksi tutkittavilla on mahdollisuus saada suullista tietoa ennen tutkimukseen osallistumista puhelimitse ja varsinaisella tutkimuspaikalla. Tutkimuksessa kerättyjä yksittäistä vastaajaa koskevia tietoja käsitellään luottamuksellisesti vaitiolovelvollisuutta noudattaen. Jokaiseen Ikihyvän lääketieteelliseen osatutkimukseen on myös haettu erillinen eettisen toimikunnan lausunto.

3 IKÄÄNTYMINEN JA ELÄMÄNLAATU

3.1 Terveyden ja ikääntymisen kokeminen

- Sairauksista ja toimintakyvyn vajeista huolimatta terveys koetaan yleensä vähintään keskitasoiseksi. Nuorimmassa ikäryhmässä naiset arvioivat terveytensä hyväksi miehiä useammin, mutta vanhimmassa ikäryhmässä tilanne on päinvastainen.
- Kaksi kolmasosaa pitää terveyttään samanlaisena kuin vuosi sitten, yksi viidesosa heikompana ja vajaa kymmenesosa parempana.
- Vanhimmissa miehissä on melkoisesti niitä, joista elämä tuntuu pitkäveteiseltä, vaikka tämänikäiset miehet tuntevat itsensä energisemmiksi kuin samanikäiset naiset.
- Vanhetessa elämän kokeminen tarkoitukselliseksi käy hieman harvinaisemmaksi, vaikka toisaalta ollaankin tyytyväisiä siihen, mitä on saavutettu.

Itse arvioitu terveys

Ikihyvä-tutkimuksessa kerätään paljon tietoja terveydentilasta, muun muassa yksittäisten tautien ja oireiden esiintyvyydestä. Tässä luvussa keskitytään kuitenkin koettuun terveyteen ja muuhun ikääntymisen kokemiseen. Koettu terveys on monella tavoin hyvä ja käyttökelpoinen osoitin. Se kertoo siitä, mitä ihmiset itse terveydentilastaan ajattelevat, ja lisäksi sen on havaittu olevan ennustekykyinen kuolleisuuden ja sikäli myös lääketieteellisesti määritellyn terveydentilan muutosten suhteen.

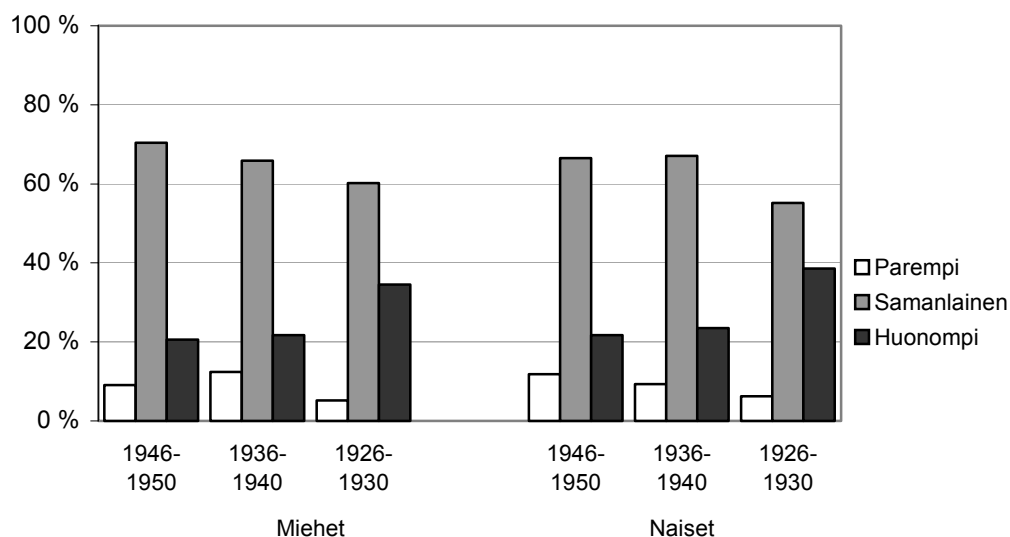
Taulukon 195 mukaan lähes kolme neljäsosaa vastaajista arvioi terveytensä joko melko hyväksi tai keskitasoiseksi. Ennalta arvattavaa on, että terveyden hyväksi (tai melko hyväksi) kokeminen käy ikääntyessä hieman harvinaisemmiksi, mutta iän myötä myös arvioissa oleva sukupuoli kääntyy toisensuuntaiseksi. Nuorimmassa ikäryhmässä naiset arvioivat terveytensä hyväksi miehiä useammin, mutta vanhimmassa ikäryhmässä tilanne on päinvastainen.

Koettu terveys summaa yksilöiden tuntemukset ja tiedot terveydestään. Samalla siihen vaikuttavat myös viiteryhmävertailut. Tärkein vertailuviiteryhmä on luultavasti omanikäiset ihmiset. Taudeista ja vaivoista huolimatta omaa terveyttä voidaan pitää keskitasoisena tai jopa hyvänä, jos tuntuu siltä, että ympärillä olevat samanikäiset ovat itseä

huonommassa kunnossa. Taulukon 228 mukaan vastaajat ovatkin taipuvaisia pitämään itseään ”vähintään yhtä terveenä kuin tuntemiaan ihmisiä”.

Nämä arvioiden taustamekanismit selittävät sitä, että vaikka sairastavuus ja toimintakyvyn ongelmat yleensä lisääntyvät iän myötä, koettu terveys ei välttämättä heikkene. Kun taulukon 195 tietoja verrataan samojen vastaajien vuonna 2002 esittämiin arvioihin, voidaan havaita arvioiden muuttuneen – silloin kuin ne ylipäättään ovat muuttuneet – pikemmin myönteiseen kuin kielteiseen suuntaan. Esimerkiksi niistä, jotka vuonna 2002 pitivät terveyttään keskitasoisena, 45 prosenttia esitti kolme vuotta myöhemmin toisenlaisen arvion. Kolmasosa (32 %) heistä arvioi terveytensä nyt melko hyväksi, yhdeksän prosenttia melko huonoksi tätä suurempien muutosten ollessa harvinaisia (hyväksi arvio oli muuttunut kolmella ja huonoksi yhdellä prosentilla).

Eri ajankohtina tehdyt koetun terveyden arviot eivät kuitenkaan välttämättä ole kovin vertailukelpoisia, sillä ne lienevät pitkälti toisistaan riippumattomia. Siksi koetun terveyden muutoksia pitää tutkia myös toisilla tavoilla, esimerkiksi pyytämällä vastaajia vertaamaan nykyistä terveydentilaansa vaikkapa vuoden takaiseen tilanteeseen. Juuri näin tehtiin kysymyksessä, johon saadut vastaukset on esitetty taulukossa 196 ja siihen perustuvassa kuviossa 1.



Kuvio 1. Oman terveydentilan arvioiminen vuoden takaiseen terveydentilaan verrattuna.

Noin kaksi kolmasosaa kaikista pitää terveyttään samanlaisena kuin vuosi sitten, neljäsosa huonompana ja kymmenesosa parempana. Muutossuunta on selvä, mutta myös se on huomattava, että vanheneminen ei terveydenkään suhteen merkitse väjäämätöntä alamäkeä. Koettu terveys voi myös parantua, ja useimmilla siinä ei ole tapahtunut muutoksia.

Kuvio 1 kertoo sen, että terveydentila on huonontunut useimmin vanhoilla vastaajilla. Keskimmäiseen ikäryhmään kuuluvissa miehissä on kuitenkin eniten niitä, jotka arvioivat terveydentilansa parantuneen. Myös Työterveyslaitoksen tuoreessa seurantatutkimuksessa on saatu tuloksia, joiden mukaan eläkkeelle siirryttäessä terveys ja hyvinvointi voivat parantuakin (Seitsamo 2007).

Riittääkö virtaa?

Lähes kaikki vastaajat – iästä ja sukupuolesta riippumatta – antavat terveydelle suuren, useimmiten erittäin suuren merkityksen hyvinvoinnille (taulukko 168). He tietävät tai tuntevat terveyden olevan resurssi, joka heijastuu muuhunkin hyvinvointiin. Kolmasosa vastaajista on sitä mieltä, että on ”ruumiillisen terveydentilan takia saanut aikaiseksi vähemmän kuin olisi halunnut” (taulukko 213). Tällaiset kokemukset ovat naisilla selvästi yleisempiä kuin miehillä ja ne yleistyvät siirryttäessä nuorimmasta ikäryhmästä vanhimpaan, johon kuuluvista naisista jo kaksi kolmannesta tuntee näin.

Pienempi, mutta silti melkoinen, on niiden osuus, jotka taulukon 214 mukaan ovat saaneet haluamaansa vähemmän aikaan tunne-elämään liittyvien vaikeuksien vuoksi. Joka kolmannella ruumiillinen terveydentila tai tunne-elämän vaikeudet ovat häirinneet myös sosiaalista elämää eli tavanomaista toimintaa perheen, ystävien, naapureiden ja muiden ihmisten parissa, useimmilla onneksi tosin vain hieman (taulukko 215).

Vanheneminen voi tarkoittaa myös sellaista energioiden ehtymistä, johon ei ole selvää terveydellistä syytä. Ei vain saa aikaiseksi, ei tunne olevansa iskussa, ei jaksa. Tällaisia tuntemuksia kartoittaa esimerkiksi taulukko 143. Sen mukaan enemmistö jo nuorimpaan ikäryhmään kuuluvista on törmännyt tilanteisiin, joissa on huomannut, ettei enää jaksa niin kuin ennen. Naisilla tällaiset kokemukset ovat hieman yleisempiä kuin miehillä. Taulukko 218 kertoo siitä, että hieman yli puolet vastaajista tuntee olevansa

”täynnä elinvoimaa” koko ajan tai suurimman osan aikaa, ja vajaat puolet taas tuntee itsensä harvemmin näin energisiksi. Miehisä on enemmän ”superenergisiä” kuin naisissa. Verrattaessa vastauksia samojen vastaajien vuonna 2002 esittämiin arvioihin näyttäisi siltä, että energisyys on jopa hieman lisääntynyt. Yleisimmin arviot ovat tosin samoja molempina ajankohtina, mutta jos muutosta on tapahtunut, se on tapahtunut yleensä hyvään suuntaan. Tämä näkyy vastausjakaumissa esimerkiksi niin, että koko ajan tai suurimmaksi osaksi aikaa itsensä täynnä elinvoimaa tuntevia oli vuonna 2002 vain 42 prosenttia, mutta kolme vuotta myöhemmin 50 prosenttia – kysymykseen molempina vuosina vastanneista. Luultavasti kuitenkin on niin, että ne, joiden energiat olivat jo tutkimusta aloitettaessa ehtyneet, ovat muita todennäköisemmin pudonneet pois Ikihyvä-seurannasta.

Suurin piirtein samaa asiaa tarkastellaan myös taulukossa 222, jossa vastaajat arvioivat sitä, kuinka usein he ovat olleet ”täynnä tarmoa”. Tuloksetkin ovat suurin piirtein samoja, joskin energisten osuudet jäävät näin mitaten kauttaaltaan pienemmiksi kuin kysyttäessä elinvoimaisuutta. Taulukon 223 mukaan alakuloisuuden ja apeuden kokemukset ovat tuttuja puolelle miehistä ja hieman useammalle naisista, joskin vain harvoja ne ovat vaivanneet jatkuvasti. Tällaiset tuntemukset eivät liity niinkään vanheneamiseen vaan ihmiselämään yleensä päätellen siitä, ettei niiden yleisyydessä ole juuri eroja ikäryhmien kesken.

Liikaa vai liian vähän tekemistä

Myös taulukko 125 osoittaa, ettei vanhojen ihmisten kokemusmaailma välttämättä eroa heitä hieman nuoremmista. Eläkkeellä oltaessa on aikaa, mutta silti hyvinkin puolet vanhimpaan ikäryhmään kuuluvista on taipuvaisia ajattelemaan, että ”tekemistä on niin paljon, että aika ei tahdo riittää”. Itse asiassa näin ajattelevia on heidän keskuudessaan enemmän kuin keskimmaisessä, eläkkeelle hiljattain siirtyneessä ryhmässä. Vanhojen ihmisten kiire on kuitenkin luonteeltaan erilaista kuin työssä olevien kiire, positiivisempaa. Se on pikemminkin merkki siitä, että on tekemistä, kuin merkki siitä, että tuo tekeminen käy yli voimien.

Vanhuus voi olla tekemisen ja touhuamisen täyteistä elämää, mutta siihen voi tuki liittyä myös tunne siitä, että tekemisestä on puutetta ja elämä on käynyt pitkävetiseksi.

Taulukon 126 mukaan tällaiset tuntemukset vaivaavat melko usein eläkkeellä olevia miehiä, mutta paljon harvemmin naisia. Myös taulukon 128 mukaan vanhimpaan ikäryhmään kuuluvissa miehissä on melkoisesti niitä, joista elämä tuntuu pitkävetoiseltä, vaikka edellä havaittiin, että vanhat miehet tuntevat itsensä vanhoja naisia energisemmiksi ja elinvoimaisemmiksi. Liekö niin, että he eivät naisten tavoin löydä itselleen mielekästä tekemistä, kohteita joihin purkaa energisyyttään.

Vanhuuteen sopeutuminen, tyytyväisyyden ja tarkoituksellisuuden tunnot

Vanhenemistä ei muutenkaan koeta yhdenmukaisella tavalla. Ikääntyvät ihmiset pikemminkin jakautuvat niihin, jotka sopeutuvat vanhenemiseen ja jopa nauttivat siitä, sekä niihin, joille se on tavalla tai toisella vaikeaa. Tämä näkyy siinä, että moniin vanhenemisen kokemuksiin liittyvissä kysymyksissä vastausjakaumat ovat tasaiset: suunnilleen yhtä paljon on niitä, jotka kokevat ongelmia kuin niitä, jotka eivät koe. Sopeutuminen vanhenemiseen näkyy esimerkiksi taulukossa 135, joka kertoo tyytyväisyydestä ulkonäköön. Vanhetessa ruumis rapistuu, mutta selvä enemmistö on kohtalaisen tyytyväisiä ulkonäkönsä, ja vanhimmassa ikäryhmässä on itse asiassa eniten täysin tätä mieltä olevia. Miehet ovat selvästi naisia tyytyväisempiä ulkonäkönsä, vaikka vanhoilla naisilla vaatimustaso näyttäisi taulukon 167 valossa olevan matala: heistä ulkonäkö ei ole kovinkaan tärkeää hyvinvoinnin kannalta. Valtavan tärkeä se ei ole miestenkään mielestä, mutta eri-ikäisten miesten mielteet eivät tässä suhteessa juuri eroa toisin kuin naisten.

Yleiset tyytyväisyysarviot ovat hieman pulmallisia, sillä tutkimuksissa on havaittu, että noin yhdeksän kymmenestä on jokseenkin tyytyväisiä, olivatpa olosuhteet mitkä tahansa. Niin on Ikihyvä-kyselynkin valossa; vain erittäin tyytyväisten osuus hieman laskee ikäännyttäessä. Toisaalta elämänsä tyytymättömiä on eniten nuorimpaan ikäryhmään kuuluvien miesten keskuudessa (taulukko 1).

Taulukossa 140 on kysytty tyytyväisyyttä elämänaikaisiin saavutuksiin, ja jälleen noin viisi kuudesta ilmaisee tyytyväisyyttä. Mielenkiintoista on kuitenkin se, että vanhimmassa ikäryhmässä on eniten niitä, jotka ovat vankkumattomasti tällä kannalla. Liekö niin, että heillä on ikään kuin vastaus valmiiksi mietittynä, onhan vanhuus aikaa, jolloin tehdään yhteenvetoja ja arvioita elämästä. Toisaalta ikäännyttäessä elämän kokeminen

tarkoitukselliseksi käy harvinaisemmaksi (taulukko 2). Tämä ei tarkoita, että se koettaisiin tarkoituksettomaksi, mutta vanhimpien vastaajien on usein vaikea vastata koko kysymykseen. Ollaan siis tyytyväisiä siihen, mitä elämässä on saavutettu, mutta silti elämä ei tunnu enää tarkoitukselliselta. Olisiko tämä merkki vanhan gerontologisen teorian ennustamasta irtaantumisesta? Tai ehkä se kertoo siitä, että ulkoapäin annetut roolit ja tehtävät eivät enää ole niin tärkeitä. Tarkoituksellisuus tai elämän mielekkyys ei tule ainakaan ”suorittamisesta”. Voidaan myös sanoa, että vanhetessaan ihmiset muuttuvat ”ulkoajautuneista” ”sisältöajautuneiksi”. Tästä kertoo esimerkiksi taulukko 139, jonka mukaan vanhimmassa ikäryhmässä on selvästi eniten niitä, jotka ”elävät sen mukaan kuin hyvältä tuntuu eivätkä välitä paljon siitä mitä muut ajattelevat”.

3.2 Seniori, vanhus vai ikäihminen – mitä nimitystä sopii käyttää?

- Vanha- ja vanhussanojen käyttöä vältellään, jotta niillä ei leimattaisi. Uusien kiertoilmaisujen – ikääntyvä, ikääntynyt, ikäihminen, seniori, kolmas ikä – kehittäminen ja käyttö vihjaavat kuitenkin vahvasti myös siihen, että vanhuuteen ja vanhoihin suhtaudutaan kulttuurissamme nurinkurisesti.
- Mitään mainituista nimityksistä ei pidetä yleisesti hyvänä iäkkäistä ihmisistä puhuttaessa. Vielä vähemmän ne tuntuvat luonnehtivan itseä.
- Nuorimpaan ikäryhmään kuuluvat vastaajat mieltävät itsensä useimmiten keski-ikäisiksi, keskimmäiseen ikäryhmään kuuluvat senioreiksi ja vanhimman ikäryhmän vastaajat ikäihmisiksi. Vanhimpaan ikäryhmään kuuluvat naiset kelpuuttavat muita useammin myös vanha- ja vanhussanat.

Mistä uudet ikäilmaisut kertovat?

Nykyisin ei pidetä kohteliaana ja korrektina kutsua iäkkäitä ihmisiä vanhoiksi ja vanhuksiksi. Vanhenemisen tutkijatkin välttelevät näiden ”vee-sanojen” käyttöä, ainakin silloin kun kyse on alle 80- tai 85-vuotiaista. Mieluummin käytetään sellaisia ilmauksia kuin ikäihminen, ikääntyvä, ikääntynyt ja seniori. Eläkeiän alkupäätä tutkijat taas kutsuvat kolmanneksi iäksi.

Nimitykset eivät ole viattomia, ja niistä on syytä käydä keskustelua. Voidaankin kysyä, ovatko ”ii-sanat” sittenkään ”vee-sanoja” vähemmän leimaavia. Kun sanotaan ”ikäntyvä työntekijä” (työvoimahallinnon virallisessa kielenkäytössä sillä tarkoitetaan 45–54 -vuotiasta työntekijää) kiinnitetään työntekijän tärkeimmäksi tuntomerkiksi juuri ikä – ja piiloviesti on, että sitä on epäilyttävän paljon. Ja jos työntekijä on ”ikäntynyt” eli 55 vuotta täyttänyt, niin kuulostaa siltä, että peli on jo pelattu. Eikö ”vanha työntekijä” olisi sittenkin vivahteikkaampi ja myönteisempi ilmaisu?

Vanhuuden tutkijoiden ja vanhustyöntekijöiden suosima ”ikäihminen” kuulostaa kenties leppoisalta, mutta on siinäkin vähättelevä vivahde. Vai pitäisivätkö naiset siitä, että heitä kutsuttaisiin ”naisihmisiksi”?

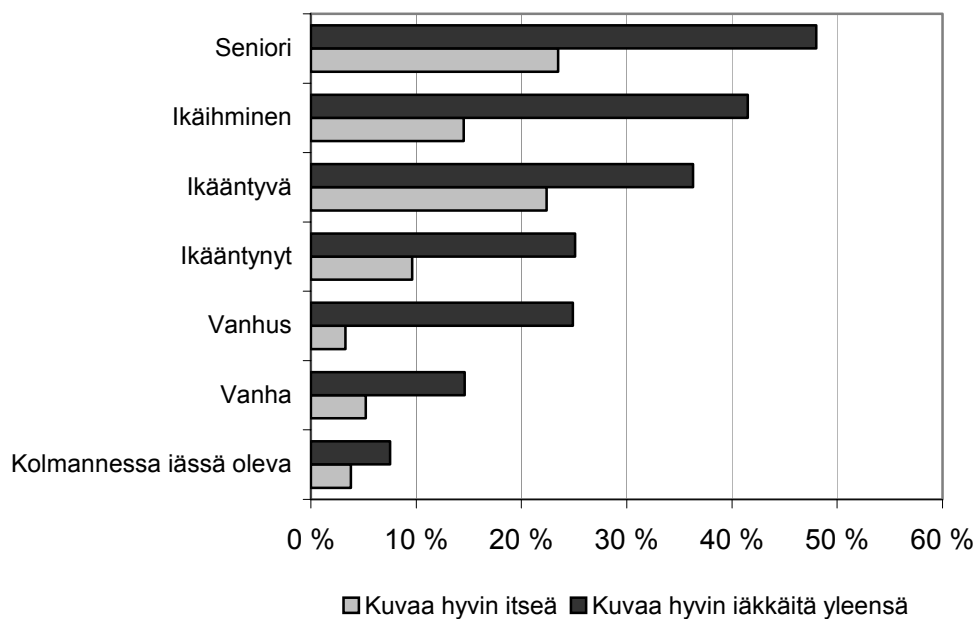
Yksi uudissana on Suomeenkin levinnyt ”seniori”. Se taas saatetaan mieltää maskuliiniseksi ja hieman herraskaiseksi.

Näitä uudissanoja käyttäessämme kuvittelemme siis suojelevamme toisiamme, mutta suojelemmeko sittenkin lähinnä itseämme? Kiertoilmaisujen käyttö perustuu näet tabun torjuntaan: sanaa ei sanota, jos se tuo vaarallisena pidetyn asian – tässä tapauksessa vanhuuden – liian lähelle. Uusien kiertoilmaisujen kehittäminen ja käyttö vihjaa vahvasti siihen, että vanhuudessa ja vanhoissa on sittenkin jotain vikaa. Vanhuuden kuva uhkaa muuttua entistäkin kielteisemmäksi, jos sanat vanha ja vanhus pannaan käyttökieltoon, sillä myös niiden myönteiset sivumerkitykset huuhtoutuvat pois. Kielellisen kikkailun asemesta pitäisikin tehdä tilit selväksi itse ilmiön kanssa ja pohtia sitä, miksi vanhuus on niin torjuttavaa.

Mitä nimityksistä ajatellaan?

Edellä esitettyjä tutkijamielipiteitä tärkeämpää on kuitenkin selvittää, mitä ihmiset itse ajattelevat puheena olleista nimityksistä. Sitä tiedusteltiin Ikihyvä-kyselyissä kahdella tavalla. Ensiksi kysyttiin, ovatko edellä mainitut sanat sopivia yleensä iäkkäistä ihmisistä käytettäväksi (taulukot 144–150). Toiseksi tiedusteltiin, kuinka hyvin ne luonnehtivat vastaajaa itseään (taulukot 151–158). Kuvio 2 tiivistää yhteen kysymysten tuottaman informaation. Sen mukaan mitään sanaa ei pidetä erityisen hyvänä, ei etenkin itsestä puhuttaessa. Eniten kannatusta on seniorilla: sitä pitää sentään puolet vastaa-

jista hyvänä vaihtoehtona silloin, kun sitä käytetään iäkkäistä ihmisistä yleensä. Myös ikäihmistä pidetään melko usein hyvänä, mutta ikääntyvä on sitä mieluisampi itsestä käytettynä. Kaikkein vieraimmalta tuntuu tutkijoiden käyttämä kolmannen iän käsite. Kun kieli on yleensä rikasta alueilla, joita pidetään kulttuurisesti tärkeinä, johtopäätös on hieman surullinen: yhteiskuntamme on täynnä iäkkäitä ihmisiä, mutta heitä kuvaavista sopivista sanoista on yllättävää niukkuutta.



Kuvio 2. Suhtautuminen iäkkäistä ihmisistä käytettyihin nimityksiin.

Kuvio 2 perustuu kaikkien vastaajien antamien vastausten keskiarvoihin, eikä siinä näy iän ja sukupuolen mukainen vaihtelu. Taulukosta 144 selviää, että nuorimpaan ikäryhmään kuuluvista melko moni pitää vanhus-sanaa hyvänä iäkkäistä ihmisistä käytettäväksi, mutta lähempänä tuota ikää olevat eivät sitä samalla lailla hyväksy, eivät etenkin kahteen vanhimpaan ikäryhmään kuuluvat miehet. Heille, erityisesti keskimäiseen, hiljattain eläkkeelle jääneeseen ikäryhmään kuuluville miehille eivät muutkaan nimitykset tahdo kelvata, edes yleisesti iäkkäistä ihmisistä käytettyinä. Vaikka seniori-sana näyttäisi olevan lyömässä itseään läpi, vanhimpaan ikäryhmään kuuluvat miehet eivät taas ole omaksuneet sitä sanavarastoonsa (taulukko 149).

Se, miten vastaajat haluavat itseään nimitettävän, riippuu iästä. Nuorimpaan ikäryhmään kuuluvat vastaajat mieltävät itsensä useimmiten keski-ikäisiksi, keskimmäiseen ikäryhmään kuuluvat senioreiksi ja vanhimman ikäryhmän vastaajat ikäihmisiksi. Vanhimmissa naisissa on selvästi eniten niitä, joiden mielestä vanhus- ja vanha -sanatkin menettelevät tai ovat osuvia heistä itsestään käytettyinä (taulukot 151 ja 152). Itsensä tunteminen ikäihmiseksi tai ikääntyneeksi lisääntyy suoraviivaisesti iän myötä (taulukot 153 ja 155), mutta ikääntyväksi itsensä kokevia on taas suurin piirtein yhtä paljon kahdessa vanhimmassa ikäryhmässä (taulukko 154). Vielä voidaan huomata se, että itsestä käytettynä seniori on selvästi mieluisampi vaihtoehto miehille kuin naisille (taulukko 156).

3.3 Terveysteen liittyvä elämänlaatu

- Kahden nuorimman ikäryhmän jäsenet elävät sangen laadukasta elämää; heillä on hyvä psyykinen hyvinvointi, vähän kivuliaisuutta, vain vähäisiä fyysisiä ja psyykkisiä ongelmia päivittäisistä toimista suoriutumisessa, hyvä sosiaalinen toimintakyky ja kohtalaisen paljon tarmoa.
- Vanhimmassa ikäryhmässä ikääntymisen vaikutukset alkavat näkyä: tehtävistä selviytyminen on vaikeampaa, koettu fyysinen hyvinvointi heikompi, kipuja enemmän ja tarmokkuus vähäisempää kuin nuoremmilla. Siitä huolimatta psyykinen hyvinvointi ja sosiaalinen toimeliaisuus näyttävät säilyvän hyvinä.

Mitä elämänlaadulla tarkoitetaan?

Elämänlaadun käsitteestä puhuttaessa voidaan erottaa toisaalta yleinen elämänlaatu ja johonkin elämän erityiseen osa-alueeseen esimerkiksi terveyteen, työelämään tai avioliittoon viittaava elämänlaatu. Yleisen elämänlaadun määrittelyssä vallitsee yksimielisyys vain siitä, että kyseessä on moniulotteinen käsite, joka sisältää sekä subjektiivisia että objektiivisia osa-alueita. Se voidaan määrittellä yksilön kokonaisvaltaiseksi arvioksi omasta elämästään tietynä ajankohtana. Arvio elämänlaadusta siis vaihtelee yksilökohtaisesti: se on riippuvainen olosuhteista, sidonnainen ikäkauteen ja voi vaihdella jopa hetkittäin. Mitään ”kultaista standardia”, jonka perusteella yksilön yleistä elämänlaatua voisi objektiivisesti mitata, ei ole olemassa.

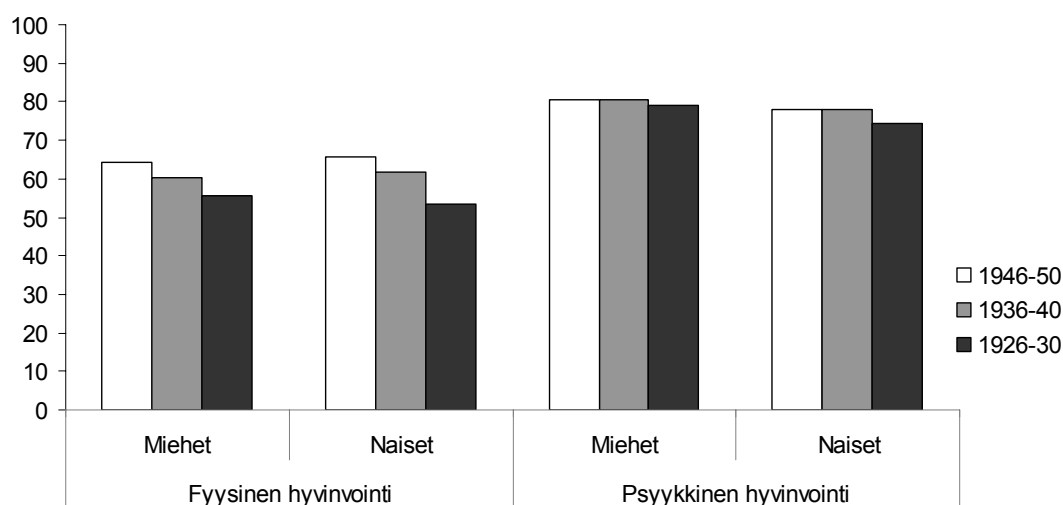
Yksimielisempiä sen sijaan ollaan terveyteen liittyvän elämänlaadun ulottuvuuksista ja määrittelystä. Uutela ja Aro (1993) määrittelevät terveyteen liittyvän elämänlaadun yksilön kokemukseksi omasta terveydentilastaan ja terveyteen liittyvästä hyvinvoinnistaan. Määrittelyn takana ovat terveyden laaja-alaiset määritelmät, joista tunnetumpia on WHO:n määritelmä: ”..terveys ei ole vain sairauden puuttumista, vaan täydellinen psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila” (WHO Chronicle 1947). Terveyteen liittyvässä elämänlaadussa erotetaan WHO:n määritelmän mukaisesti ainakin neljä pääulottuvuutta: *terveys, toimintakyky sekä psyykkinen ja sosiaalinen hyvinvointi*.

Ikihyvä-seurantatutkimuksessa on käytetty kansainvälisesti erästä kaikkein tunnetuinta ja yleisimmin käytettyä terveyteen liittyvän elämänlaadun mittaria, RAND-36 -mittaria (Hays ym. 1993, Aalto ym.1999). WHO:n määritelmään sisältyvien ulottuvuuksien lisäksi siinä mitataan tarmokkuutta, kivuttomuutta sekä fyysisiä ja psyykkisiä roolitoimintoja. Kysymykset on pisteytetty nollan ja sadan välille siten, että korkea pistemäärä tarkoittaa hyvää terveyteen liittyvää elämänlaatua. Nolla edustaa heikointa ja sata parasta mahdollista elämänlaatua kullakin ulottuvuudella.

Seuraavassa kuvataan päijäthämäläisten terveyteen liittyvää elämänlaatua mitattuna RAND-36:lla. Toimintakykyisyyttä käsittelevässä raportin osassa (luvussa 4.5) tarkastellaan RAND-36:n fyysisistä toimintakykyä mittaavia osioita. Tässä erityisen kiinnostuksen kohteena ovat sukupuolen ja iän yhteydet elämänlaadun eri ulottuvuuksiin.

Fyysinen ja psyykkinen hyvinvointi

Fyysinen hyvinvointi RAND-36:lla mitattuna viittaa subjektiiviseen käsitykseen omasta nykyisestä terveydentilasta, oman terveyden kehittymisestä ja alttiudesta sairauksille. Parhaimmillaan käsitys kertoo erinomaisesta terveydentilasta, heikoimmillaan huonosta ja heikentyvästä terveydentilasta. Psyykkistä hyvinvointia kuvaavat positiivinen mieliala ja sen vastakohtina hermostuneisuus ja masentuneisuus. Korkeat arvot kertovat rauhallisesta, onnellisesta mielialasta; heikoimmat taas hermostuneesta ja masentuneesta mielialasta kuluneiden neljän viime viikon aikana.



Kuvio 3. Koettu fyysinen ja psyykkinen hyvinvointi ikäryhmittäin miehillä ja naisilla (RAND-pistemäärät).

lällä on merkittävä vaikutus fyysisen hyvinvoinnin kokemukseen. Siirryttäessä nuorimasta ikäryhmästä vanhimpaan käsitys omasta terveydestä huonontuu ja usko terveyden heikkenemiseen kasvaa. Vanhennuttaessa koetaan myös suurempaa alttiutta sairastua. Nuorin ikäryhmä kokee fyysisen hyvinvointinsa paremmaksi kuin keskimäinen ikäryhmä, joka vuorostaan voi paremmin kuin vanhin ikäryhmä. Tämä on toki luonnollista, sillä iän myötä myös lääkärin toteamien sairauksien määrä lisääntyy. Miesten ja naisten fyysisen hyvinvointi on samanlainen ikäryhmittäin. Myöskään Aalto ym. (1999) eivät löytäneet sukupuolten välisiä eroja koko Suomea kuvaavassa väestöaineistossa.

Psyykkisen hyvinvoinnin osalta kaksi nuorempaa ikäryhmää eivät poikkea toisistaan. Vanhimmassa ikäryhmässä sen sijaan sekä miehet että naiset tuntevat itsensä nuorempiaan merkittävästi useammin mm. alakuloisiksi, ”loppuun kuluneiksi”, ja mielialansa matalaksi ja apeaksi.

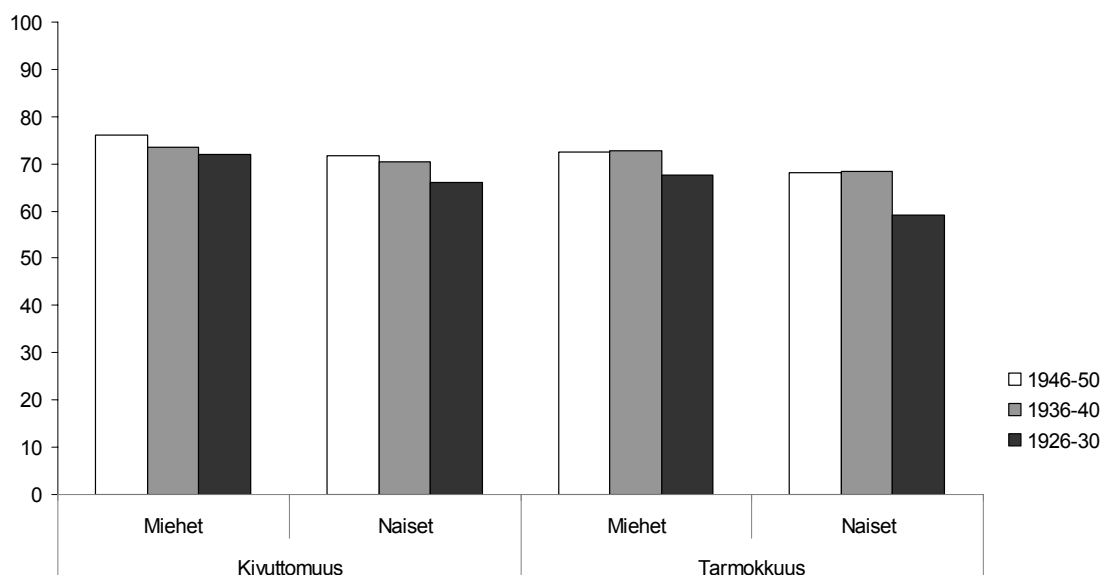
Naisten psyykkinen hyvinvointi on kaikissa ikäryhmissä miehiä huonompaa. Tulokset poikkeavat Aallon ym. (1999) väestöaineiston ja vuoden 2002 peruseräraportin tuloksista, joiden mukaan miesten ja naisten psyykkisessä hyvinvoinnissa ei ollut eroja. Naisten on toisaalla havaittu oireilevan psyykkisesti miehiä enemmän (Aromaa ym. 1989, Piccinelli ja Simon, 1997). Verrattuna koko maan väestöön sekä miesten että naisten

psykykinen hyvinvointi on keskimäärin ottaen parempi kuten vuoden 2002 aineistossa-kin.

Kivut ja tarmokkuus

Kivuttomuuden ulottuvuudessa arvioidaan kipujen olemassaoloa ja niiden häiritsevyyttä. Mitä korkeammat pisteet ovat, sen vähemmän on häiritseviä ja elämänlaatua heikentäviä kipuja. Tarmokkuuden ulottuvuus mittaa vireystilaa ja energiatasoa. Parhaimmillaan henkilö on ollut energinen ja elinvoimainen, heikoimmillaan jatkuvasti väsynyt ja tuntenut itsensä loppuun kuluneeksi.

Kivuttomuuden ja tarmokkuuden vähentyminen kulkevat käsi kädessä. Molemmat vähentyvät iän mukana molemmissa sukupuoliryhmissä. Naisilla kivuttomuuden ja tarmokkuuden vähentyminen on erityisen jyrkkää vanhimmassa ikäryhmässä. Myös vuoden 2002 aineistossa havaittiin voimakas tarmokkuuden väheneminen siirryttäessä keskimmaisesta ikäryhmästä vanhimpaan. Naisilla on keskimääräisesti enemmän kipuja ja he ovat vähemmän tarmokkaita kuin miehet kaikissa ikäryhmissä, eron ollessa suurin vanhimmassa ikäryhmässä.

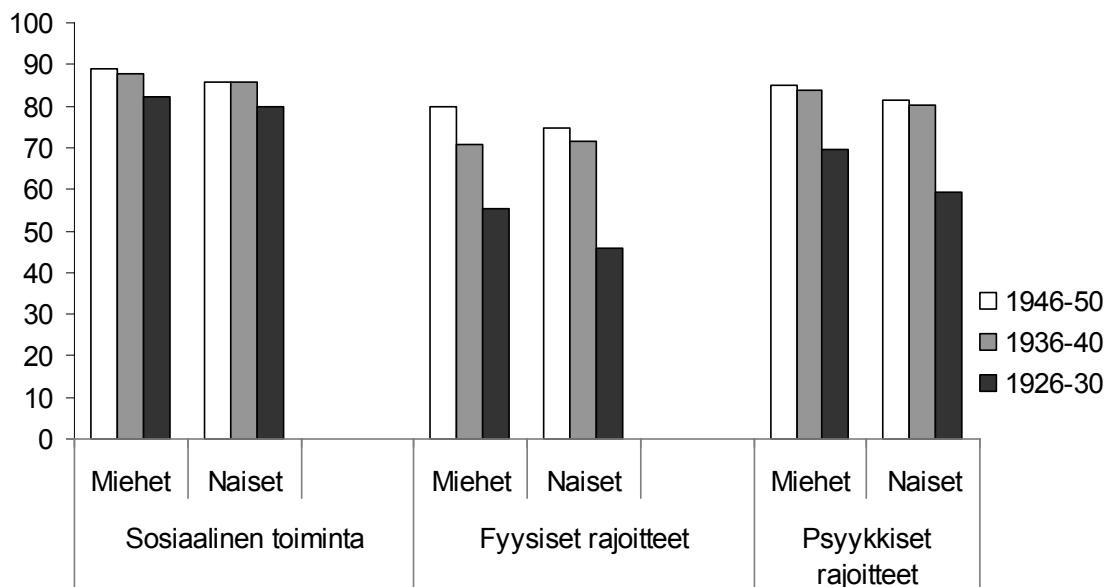


Kuvio 4. Kivuttomuus ja tarmokkuus ikäryhmittäin miehillä ja naisilla (RAND-pistemäärät).

Sosiaalinen toimintakyky ja suoriutuminen tavanomaisista sosiaalisista rooleista

Sosiaalisen toimintakyvyn osoittimina RAND-36 -mittarissa ovat fyysisen ja psyykkisen terveydentilan tavanomaiselle sosiaaliselle kanssakäymiselle aiheuttamat rajoitukset. Mittari kuvaa suoriutumista, toisin sanoen korkeat pisteet tarkoittavat hyvää suoriutumista.

Tavanomaisista sosiaalisista rooleista suoriutumista arvioidaan RAND-asteikossa kahdella tavalla: fyysisen terveyden ja psyykkisten ongelmien näkökulmista. Pahimmillaan fyysiset terveysongelmat ovat aiheuttaneet vaikeuksia suoriutua tehtävistä, aikaansaannot ovat jääneet vähäisemmiksi ja ponnistukset tehtävien suorittamiseksi ovat kasvaneet. Psyykkinen toimintojen ulottuvuus mittaa psyykkisten ongelmien aiheuttamia vaikeuksia suoriutua päivittäisistä tehtävistä. Negatiivisessa päässä toimeliaisuus ja keskittymiskyky ovat vähentyneet ja saavutukset ovat olleet heikompia kuin aikaisemmin.



Kuvio 5. Sosiaalinen toimintakyky sekä fyysisten ja psyykkisten ongelmien aiheuttamat rajoitukset tavanomaisista rooleista suoriutumisessa ikäryhmittäin miehillä ja naisilla (RAND-pistemäärät).

Vanhimmassa ikäryhmässä sekä miesten että naisten sosiaalinen toiminta on häiriintynyt ja vähentynyt terveyden tai tunne-elämän vaikeuksien vuoksi nuorempiin ikäluokkiin verrattuna. Terveysvaikeuksista huolimatta sosiaalinen toiminta on vanhimmassakin ikäluokassa sangen hyvä. Terveysvaikeuksien aiheuttamissa ongelmissa sosiaalisen toiminnan suhteen miehet ja naiset eivät juuri poikkea toisistaan. Vain nuorimmassa ikäryhmässä naiset kertovat miehiä useammin terveysongelmien aiheuttavan rajoitteita heidän sosiaaliseen toimintaansa.

Suoriutumisen päivittäisistä toimista heikentyy fyysisten ja psyykkisten ongelmien takia dramaattisesti väen ikääntyessä. Vanhimmat kokevat sekä fyysisen että psyykkisen terveytensä aiheuttavan ongelmia heidän arkipäivän toimissaan useammin kuin nuoremmat. Miehillä keskimmaisessä ikäryhmässä terveysongelmat aiheuttavat merkittävästi enemmän ongelmia fyysisissä toimissa kuin nuorimmassa ikäluokassa.

Nuorimmissa ikäryhmissä miesten ja naisten välillä ei ole eroja ruumiillisen terveyden tai tunne-elämän vaikeuksien aiheuttamissa rajoitteissa selviytyä arkipäivän askareista. Vanhimmassa ikäluokassa naisten arkielämän askareita rajoittavat miehiä enemmän sekä ruumiillinen terveydentila että tunne-elämän vaikeudet.

Päijät-Hämeessä eletään siis sangen laadukasta elämää. Vähittäisestä elämänlaadun heikkenemisestä huolimatta nuorimmat ikäluokat voivat psyykkisesti hyvin ja heillä on vain vähän kivuliaisuutta tai fyysisiä tai psyykkisiä ongelmia roolisuorituksissa. Lisäksi ne ovat sosiaalisesti toimintakykyisiä ja tarmokkaita. Vanhimmassa ikäryhmässä eli 75–79 -vuotiailla ikääntyminen alkaa näkyä selkeämmin: tehtävistä selviytyminen alkaa vaikeutua, koettu terveys heikentyy, kivuliaisuus lisääntyy ja tarmokkuus vähentyy. Edellä mainituista vaikeuksista huolimatta psyykinen hyvinvointi ja sosiaalinen toimeliaisuus näyttävät pysyvän hyvinä.

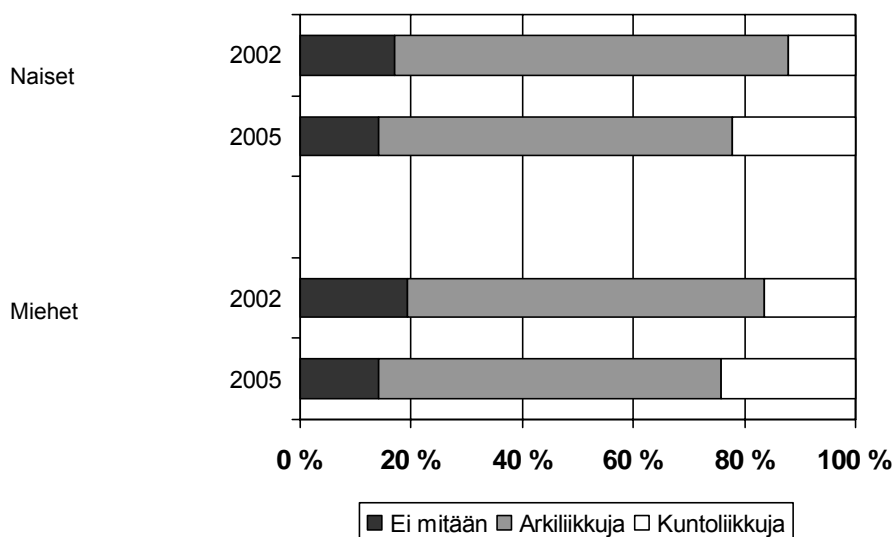
4 TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN JA TOIMINTAKYKY

4.1 Fyysinen aktiivisuus

- Seurantatutkimuksessa mukana olleet ovat lisänneet fyysistä aktiivisuutta vuosien 2002 ja 2005 välillä.
- Naisista 25 % ja miehistä 32 % liikkuu vähemmän kuin mitä aikuisille ja terveille iäkkäille suositellaan.
- Naiset ovat miehiä aktiivisempia sekä arki- että kuntoliikkujina.

Vuonna 2002 ja 2005 käytettiin Ikihyvän seurannassa yleisen fyysisen aktiivisuuden kuvaajana kysymystä, joka on ollut käytössä myös Kansanterveyslaitoksen väestöseurannoissa (ks. Fogelholm ym. 2007). Se sijoittaa vastaajan aktiivisuuden mukaan yhteen neljästä luokasta eli passiivisiin (arkiaskareet eivät ole fyysisesti kuormittavia), arkiliikkujiin (kävelyä, pyöräilyä, puutarhatöitä, tms. vähintään 4 h/vko), kuntoliikkujiin (kuntoliikuntaa vähintään 3 h/vko) ja kilpaliikkujiin (kilpailumielessä harjoittelua useamman kerran viikossa). Kuviossa 6 on esitetty jakaumat sukupuolittain vuosina 2002 ja 2005. Kilpaliikkujat (2,0 % miehistä ja 0,6 % naisista) on yhdistetty kuntoliikkujiin.

Fyysisessä aktiivisuudessa on tapahtunut selvä myönteinen muutos vuosien 2002 ja 2005 välillä: täysin passiivisten osuus on pienentynyt noin 4 prosenttiyksikköä ja vastaavasti kuntoliikkujien osuus on suurentunut noin 9 prosenttiyksikköä. Muutos on myönteisempi kuin mitä esimerkiksi Eläkeikäisen väestön terveystutkimuksen mukaan Suomessa on tapahtunut 2000-luvun alussa (Sulander ym. 2006). Naisilla fyysisesti passiivisten osuus oli molempia tutkimusvuosina suurin vanhimmassa ikäryhmässä, kun taas miehillä ikä ei ollut johdonmukaisesti yhteydessä fyysiseen aktiivisuuteen.



Kuvio 6. Fyysisen aktiivisuuden jakautuminen miehillä ja naisilla vuonna 2002 ja 2005.

Fyysistä aktiivisuutta koskevat tarkemmat kysymykset muutettiin vuoden 2005 tutkimuksessa, koska arki- ja kuntoliikuntaa haluttiin kuvata sekä erikseen että yhdistettynä. Samalla uudet kysymykset antavat mahdollisuuden arvioida terveystieteiden suositusten mukaisesti riittävästi ja riittämättömästi liikkuvien osuuksia. Tätä ei voitu tehdä vuoden 2002 kysymyksistä.

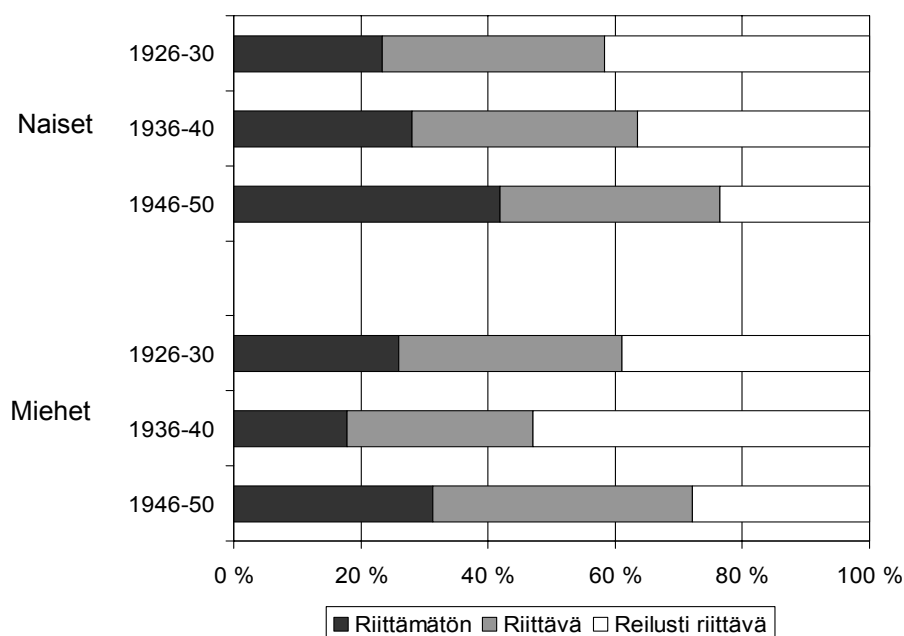
Tätä raporttia varten muodostettiin suositusten mukaan liikunnan riittävyyttä kuvaava mittari yhdistämällä arki- ja kuntoliikuntaa koskevat tiedot. Riittäväksi eli terveystieteiden tai kuntoliikuntasuosituksen vähimmäismäärän ylittäväksi liikunnan määräksi hyväksyttiin jompikumpi seuraavista: (a) työmatka- tai asiointiliikuntaa vähintään 30 minuuttia päivittäin tai lähes päivittäin, tai (b) kuntoliikuntaa vähintään puoli tuntia kerrallaan vähintään kolmesti viikossa. Molempien ehtojen täytyessä luokiteltiin liikunnan määrä ”riittäväksi”.

Tulkinnan takana on se tieto, että jo melko vähäinen mutta säännöllinen ja vähintään kohtuullisesti kuormittava fyysinen aktiivisuus on terveydelle hyväksi. Lisää terveysvaikutuksia saadaan tietysti liikkumalla tätä enemmän.

Eniten riittämättömästi liikkuvia on kummassakin sukupuolella nuorimmassa ikäryhmässä (kuvio 7). Tulos poikkeaa siitä, mikä saatiin käyttämällä yhtä yksinkertaista

kysymystä. Keskimäärin riittämättömästi liikkuvia miehiä on 32 prosenttia, naisia 25 prosenttia. Aikaisempien suomalaisten väestötutkimusten noin 35 prosenttia työikäisiä liikkuu suosituksiin nähden riittämättömästi (Fogelholm ym. 2007). Tarkka arviointi on tosin vaikeaa, sillä arki- ja asiointiliikunnan kuvaaminen on valitettavan harvinaista. Sen sijaan näyttää selvältä, että työikäiset naiset liikkuvat hieman miehiä enemmän nimenomaan suuremman arkiliikunnan ansiosta.

Päijätthämäläisten ja koko maan liikunta-aktiivisuuden välillä on yksi kiinnostava ero: naisten suurempi liikunta-aktiivisuus ei johdu vain arkiaktiivisuuden eroista, sillä naiset ovat myös miehiä selvästi ahkerampia kuntoliikkuja. Riittävästi arkiaktiivisia naisia on 49 prosenttia, kun miehistä yhtä aktiivisia on 44 prosenttia. Vähintään kolmesti viikossa kuntoliikuntaa taas harrastaa 59 prosenttia naisista ja 48 prosenttia miehistä.



Kuvio 7. Liikunnan riittävyys sukupuolittain ja ikäryhmittäin.

4.2 Lihavuus ja siinä tapahtuneet muutokset kolmen vuoden aikana

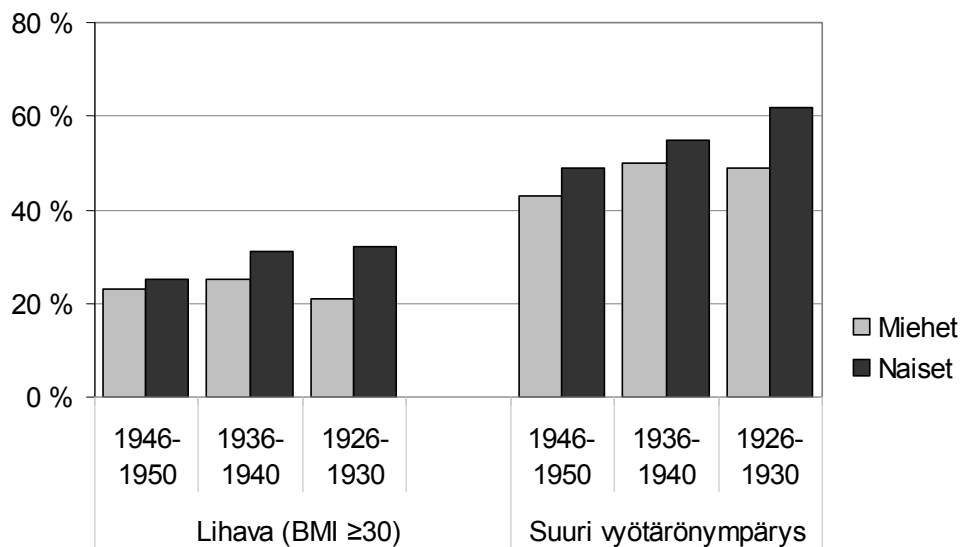
- Nuorimmassa ikäryhmässä on eniten kolmen viime vuoden aikana lihoneita.
- Vanhimman ikäryhmän lihavista runsas kolmannes on fyysisesti passiivisia.
- Vanhimman ikäryhmän naisissa on eniten sekä lihavia että laihtuneita. Laihtuminen voi johtua pikemminkin lihasmassan kuin rasvakudoksen määrän pienenemisestä.

Lihavuuden yleistyminen ja sen kansanterveydellinen uhka ovat Ikihyvän olemassaolon aikana nousseet yleiseen poliittiseen keskusteluun. Aikaisemmin arveltiin, ettei lihavuudesta olisi kovin suurta haittaa iäkkäille tai että lihavuudesta olisi jopa terveydellistä etua. Nykyisin ymmärrys on muuttunut: lihavuuden tiedetään ennustavan myös yli 70-vuotiailla pitkäaikaissairauksien riskiä ja huonoa fyysistä toimintakykyä. Toisaalta laihtuttamisen hyödyt iäkkäillä ovat epävarmat. Niinpä on tärkeää ehkäistä tai vähentää iän mukana usein tapahtuvaa painonnousua. Ylipainoisten iäkkäiden on puolestaan tärkeää kiinnittää huomiota etenkin ruokavalioon ja liikuntaan, sillä terveillä elintavoilla voidaan selvästi vähentää lihavuuteen liittyvää terveysvaaraa.

Ikihyvätutkimuksessa lihavuutta seurataan kahdella yksinkertaisella osoittimella: painon ja pituuden suhdetta käyttävällä painoindeksillä (BMI) ja vyötärön ympärysmitalla. Jälkimmäinen kuvaa etenkin rasvaa joka, sijoittuu vyötärön seudulle. Tällä on ikääntyvien lihavuustutkimuksessa kahdenlainen merkitys. Vyötärörasva on ensinnäkin pitkäaikaissairauksien, kuten sepelvaltimotaudin ja tyypin 2 diabeteksen, kannalta paljon haitallisempaa kuin esimerkiksi raajoissa oleva rasvakudos. Toiseksi vyötärörasvan muutokset kuvaavat suhteellisen hyvin rasvan määrän muutoksia kehossa, kun taas painoindeksin pieneneminen iäkkäillä saattaa kertoa lihasmassan muutoksista, eikä niinkään rasvan määrän pienenemisestä ja terveyden kannalta suotuisasta laihtumisesta.

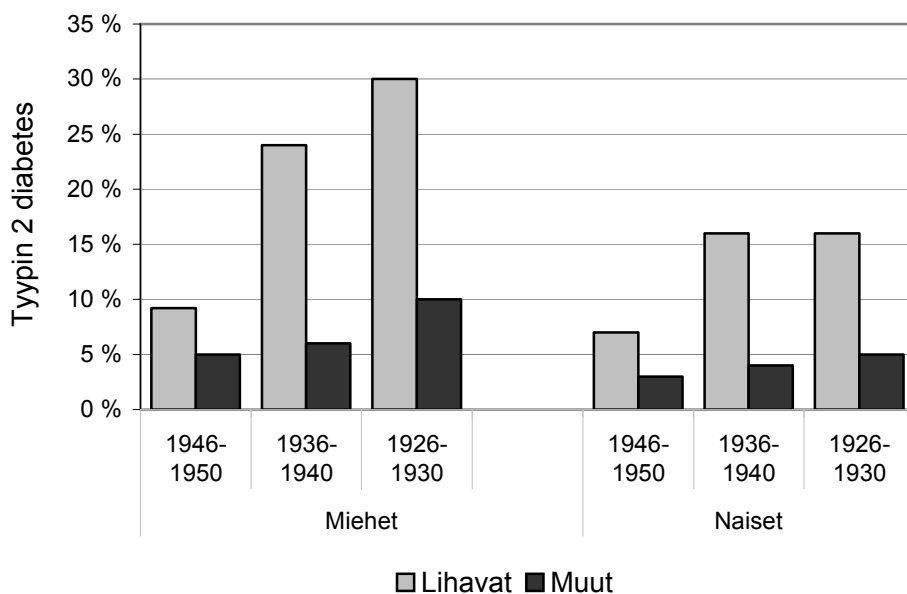
Ikihyvän aineistossa sekä painoindeksillä että vyötärön ympärysmitalla arvioitu lihavuus on yleistä. Painoindeksillä mitaten joka neljäs vastaaja on lihava ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$). Lihavuus on yleisintä kahden vanhimman ikäryhmän naisilla, joista joka kolmannen painoindeksi ylittää arvon 30 (kuvio 8). Suuri vyötärön ympäryys (miehillä $>100 \text{ cm}$, naisilla $>90 \text{ cm}$) on puolella Ikihyvän tutkittavista. Verrattuna Terveys 2000 -tutkimukseen

lihavuus on päijätthämäläisten keskuudessa yhtä yleistä kuin koko maassa keskimäärin (Heliövaara & Rissanen 2007).



Kuvio 8. Merkittävästi lihaviiden ja suuren vyötärön ympäryksen omaavien osuus ikäryhmittäin miehillä ja naisilla.

Lihavuus on merkittävä tyypin 2 diabeteksen riskitekijä. Ikihyvässäkin voidaan osoittaa, että tyypin 2 diabetes on lihavilla selvästi yleisempää kuin ei-lihavilla kaikissa ikäryhmissä (kuviokuva 9). On arveltu, että 90 prosenttia diabeteksestä voitaisiin ehkäistä, jos ihmiset pysyisivät normaalipainoisina. Siksi normaalipainon säilyttäminen ja tarvittaessa kohtuullinen painonlasku on perusteltua ainakin Ikihyvän kahdessa nuorimmassa ikäryhmässä. Vanhimmassa ikäryhmässä (75–79 -vuotiailla) laihduttamisen sijaan huomioita tulee kiinnittää terveisiin elintapoihin yleensä.



Kuvio 9. Tyypin 2 diabetesta sairastavien osuus lihavista ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$) ja ei-lihavista Ikihyvän vastaajista ikäryhmän ja sukupuolen mukaan.

Painonhallintaan suositellaan terveellistä ruokavaliota ja päivittäistä liikuntaa. Myös Ikihyvän aineiston avulla voidaan tarkastella näiden elintapatekijöiden ja lihavuuden välistä yhteyttä. Terveellistä ruokavaliota noudattaviksi voidaan määritellä ne, jotka levittävät leivän päälle kasvirasvaa tai ei mitään, jotka juovat ruokajuomana rasvatonta maitoa tai vettä ja jotka syövät kasviksia tai marjoja päivittäin. Näillä kriteereillä tarkastellen vähiten terveellisesti syöviä on vanhimman ikäryhmän miehissä (16 %) ja eniten nuorimman ikäryhmän naisissa (lähes 50 %). Terveellisen ruokavalion noudattamisella ei ole kuitenkaan yhteyttä lihavuuteen lukuun ottamatta nuorimman ikäryhmän miehiä, joiden keskuudessa terveellisesti syöviä on vähemmän lihaviin joukossa verrattuna muihin (17 vs. 30 %). Kovin selvää yhteyttä ei löydy myöskään lihavuuden ja päivittäisen liikunnan välillä. Ainoastaan vanhimmassa ikäryhmässä lihavat ovat muita useammin fyysisesti passiivisia (miehissä 37 vs. 11 %, naisissa 33 vs. 22 %). Muissa ikäryhmissä vapaa-ajallaan passiivisten osuudet eivät ole erilaisia lihavilla ja muilla.

Painossa tapahtuneet muutokset kolmen vuoden aikana

Ikihyvässä voidaan tarkastella, mitä painolle on tapahtunut kolmen vuoden aikana. Tiedetään, että aikuisväestössä paino nousee keskimäärin puoli kiloa vuodessa (Lahti-Koski 2001). Ikihyvässä joka kolmas on lihonut vähintään 1,5 kg kolmen vuoden aikana. Lihoneita on vähiten vanhimmassa ikäryhmässä (n. 20 %) ja eniten nuorimassa ikäryhmässä (40 %). Nuorimassa ikäryhmässä puolella lihavista paino oli noussut, mutta myös normaalipainoisilla tapahtui painonnousua.

Prosentuaaliset painonmuutokset ovat merkittäviä muun muassa tyyppin 2 diabeteksen kannalta. Tiedetään, että jo viiden prosentin laihtuminen pienentää diabetesriskiä merkittävästi (Tuomilehto ym. 2001). Diabetesriskin kannalta on myönteistä, että suurimmalla osalla paino ei ollut noussut kolmen viime vuoden aikana merkittävästi (5 %). Huolestuttavaa on se, että laihtuminen on tavallisinta vanhimmassa ikäryhmässä (miehistä 14, naisista 24 prosenttia on laihtunut vähintään 5 %), jossa painon säilyttäminen ennallaan on laihtumista tavoiteltavampaa. Nuorimassa ikäryhmässä, jossa ylimääräisten kilojen laihduttaminen olisi erittäin suositeltavaa, on puolestaan eniten lihoneita (miehistä 16, naisista 21 prosenttia lihonut vähintään 5 %).

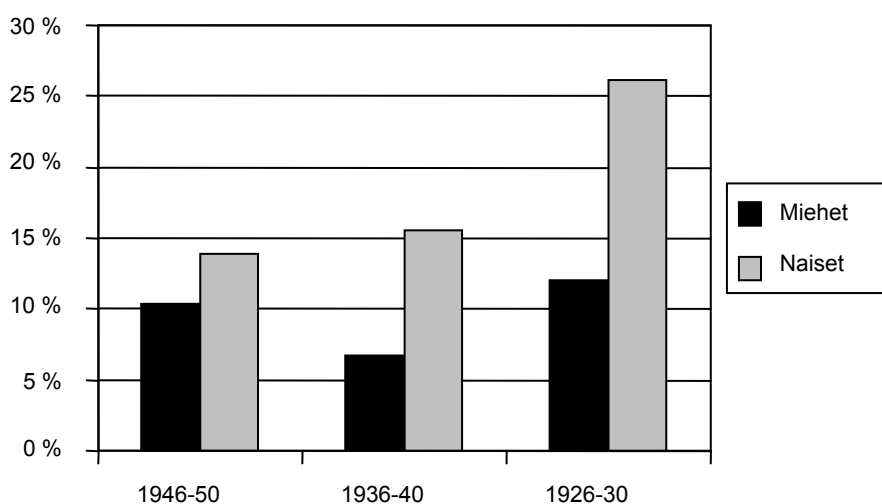
4.3 Uni ja nukkuminen

- Nukahtamisvaikeudet, liian aikainen herääminen ja päiväaikainen väsymys yleistyvät iän mukana.
- Naisilla on miehiä enemmän nukahtamisvaikeuksia.
- Kun unilääkkeiden käyttöä ja nukahtamisvaikeuksia verrataan, on unilääkkeiden käyttö vähäisintä nuorimmalla ikäryhmällä. Tämä saattaa viitata siihen, että vanhemmille määrätään unilääkkeitä herkemmin.

Viime vuosina on alettu keskustella yhä enemmän unen (ts. nukkumisen, tässä ”unella” ei tarkoiteta unen näkemistä) merkityksestä terveydelle ja hyvinvoinnille. Uni nähdään näin osana terveyskäyttäytymistä, eikä vain seurauksena vääristä elintavoista ja esimerkiksi henkisestä epätasapainosta. Riittämättömällä unella on yhteyksiä mm. lihavuuteen, vähäiseen fyysiseen aktiivisuuteen, metaboliseen oireyhtymään ja mielenterveysongelmiin. Näiden syiden takia Ikihyvän seurannan vuoden 2005 kysymyksiin

lisättiin useita kysymyksiä unesta. Samoja kysymyksiä käytettiin lähes samanaikaisesti Tamperelaisen aikuisväestön terveys ja hyvinvointi 2005 -tutkimuksessa (Paronen ym. 2006).

Nukahtamisvaikeudet lisääntyvät iän mukana, mutta ero nuorimpien ja vanhimpien välillä on naisilla selvästi suurempi kuin miehillä (kuvio 10). Niinpä joka neljännellä vanhimman ikäryhmän naisista on nukahtamisvaikeuksia vähintään kolmena päivänä viikossa. Unilääkkeitä käyttää nuorimman ikäryhmän miehistä 4,6 prosenttia, naisista 7,4 prosenttia. Keskimmaisessä ikäryhmässä unilääkkeiden käyttäjien osuudet ovat 6,9 (miehet) ja 13,9 (naiset) prosenttia ja vanhimmassa 13,4 (miehet) ja 23,4 (naiset) prosenttia.

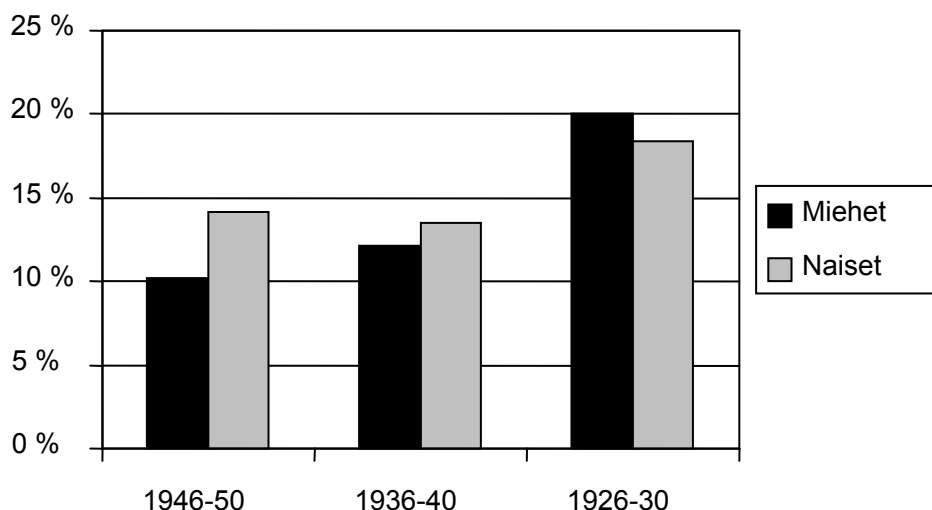


Kuvio 10. Nukahtamisvaikeuksien yleisyys (nukahtamisvaikeuksia vähintään 3 päivänä viikossa kuluneen 3 kk:n aikana).

Unilääkkeitä käyttävien osuus on kahdessa vanhimmassa ikäryhmässä hyvin samankaltainen kuin nukahtamisvaikeuksista kärsivien osuus. Sen sijaan nuorimmassa ikäryhmässä unilääkkeitä käyttävien osuus on puolet nukahtamisvaikeuksista kärsivien osuuteen verrattuna. Tämä saattaa kertoa siitä, että iäkkäämmille määrätään herkemmin unilääkkeitä nukahtamisvaikeuksiin.

Yksi unihäiriöiden oikeista on herääminen aamuyöstä, ilman että sen jälkeen enää pystyy nukahtamaan. Myös tämä unihäiriö yleistyy iän myötä. Miesten ja naisten välillä ei kuitenkaan ole samanlaista selvää eroa kuin nukahtamisvaikeuksissa.

Unen tarve ihmisten välillä vaihtelee. Niinpä lyhytkään yöuni ei ole ongelma, jos henkilö ei tunne itseään päiväsaikaan väsyneeksi tai uupuneeksi. Päiväaikainen uneliaisuus on yleisintä vanhimmalla ikäryhmällä, joista noin joka viides tuntee olevansa väsynyt vähintään kolmena päivänä viikossa (kuvio 11). Sama yhteys ikään havaittiin myös Tampereen sosiaali- ja terveystutkimuksessa. Yleinen väsymyksen esiintyvyys (10–20 %) oli vain hieman pienempi kuin samanikäisillä Tampereen tutkimuksessa (15–25 %).



Kuvio 11. Päiväaikaisen uneliaisuuden yleisyys (uneliaisuutta vähintään kolmena päivänä viikossa kuluneen 3 kuukauden aikana).

Päiväunet eivät ole ongelma. Itse asiassa ne voivat virkistää ja auttaa ihmisiä, joilla jostain syystä on vaikeuksia nukahtaa tai jotka heräävät liian aikaisin. Ikihyvän tulos päijäthämäläisten tottumuksista ottaa nokosia on hyvin johdonmukainen: miehet nukkuvat useammin päiväunia kuin naiset ja molemmilla sukupuolilla nokoset yleistyvät selvästi iän mukana.

4.4 Alkoholi ja tupakointi

- Miehet juovat alkoholia enemmän ja useammin kuin naiset. Alkoholin käyttö on yleisintä nuorimmassa ikäryhmässä.
- Miehistä noin 8 ja naisista 5 prosenttia ylittää kertakäytön suurkulutuksen eli humalahakuisen juomisen rajan. Nuorimmasta ikäryhmästä vastaava luku on 12 prosenttia.

Ikääntyvien alkoholin käyttö on noussut esille yhteiskunnassa käytävän ikääntymiskeskustelun ja palvelujärjestelmässä tehtyjen havaintojen myötä. Vuonna 2005 Ikihyvä-tutkimukseen osallistuneista miehistä neljännes ja naisista kymmenen prosenttia käyttää alkoholia useamman kerran viikossa. Neljännes naisista ja kymmenesosa miehistä ei ole käyttänyt alkoholia koskaan. (Taulukko 273.) Alkoholin käyttökerrat ja kertaannosmäärät pienenevät vanhemmissa ikäryhmissä. Miehillä alkoholin käyttö on yleisempää ja kerta-annosmäärät suurempia kuin naisilla. Puolet vastaajista juo alkoholia tavallisimmin kerralla 1–2 annosta. Reilu neljännes miehistä ja 12 prosenttia naisista juo alkoholia tavallisimmin 3–4 annosta kerralla. (Taulukko 274.)

Miehistä noin kahdeksan prosenttia ylittää suurkulutuksen kertakäytölle asetetun 7 annoksen rajan. Nuorimmassa ikäryhmässä vastaava luku on 12 prosenttia. Naisista kolme prosenttia juo kerralla tavallisimmin vähintään 5 annosta, mikä on naisille laskettu suurkulutuksen kertakäyttöraja. 65 vuotta täyttäneistä alkoholia käyttävistä miehistä reilu kolmannes ja naisista joka kymmenes juo alkoholia yleensä kerralla enemmän kuin kaksi annosta. Reilu 18 prosenttia 65 vuotta täyttäneistä alkoholia käyttävistä vastaajista juo alkoholia vähintään kaksi kertaa viikossa. Näistä vajaa kolmannes juo kerralla enemmän kuin kaksi annosta.

Molempiin mittauksiin (2002 ja 2005) osallistuneiden vastausten tarkastelu osoittaa, että alkoholin käyttötottumuksissa on pysyvyyttä, joskin tänä aikana on tapahtunut pieniä muutoksia molempiin suuntiin. Viikoittaisia alkoholin käyttökertoja on lisännyt noin kuusi prosenttia vastaajista. Vuonna 2002 noin kymmenen prosenttia vastaajista oli yrittänyt muuttaa alkoholin käyttötottumuksia tai aikoi muuttaa tottumuksia lähiaikoina. Näistä reilulla kolmanneksella muutos on onnistunut vuonna 2005. Lääkäri tai terveydenhoitaja on kehottanut vain muutamaa prosenttia tutkimukseen osallistuneista vähentämään alkoholin käyttöä.

Alkoholin riskikäytön määrittely ikääntyneillä on yksilöllistä. Vaikka alkoholin käyttö ei olisi määrällisesti suurta, se voi muodostaa riskin sairauksien, lääkitysten ja toimintakyvyn heikkenemisen yhteydessä. Suuria kertakäyttöannosmääriä käyttävien ryhmä on pieni, mutta päihdehaittojen kannalta se voi olla merkittävä. Pienempiäkin käyttömääriä olisi hyvä tarkastella lääkityksen määräämisen yhteydessä. Alkoholin käytön ja haittojen tunnistaminen sekä ennaltaehkäisy vaativat ikääntyvän henkilön hyvinvoinnin kokonaisvaltaista arviointia.

Nuorimman ikäryhmän miehistä viidennes ja naisista 17 prosenttia tupakoi päivittäin. Reilu kolmannes miehistä ja noin 70 prosenttia naisista ei ole koskaan tupakoinut. (Taulukko 277.) Perheenjäsen on yleisimmin kehottanut säännöllisesti tupakoivaa lopettamaan tupakoinnin. Suurin osa tupakoivista onkin vakavasti yrittänyt lopettaa tupakoinnin. Vuonna 2002 päivittäin tupakoivista 1946–1950 syntyneistä vastaajista 15 prosenttia ei enää tupakoinut vuonna 2005.

4.5 Fyysinen toimintakyky

- Vanhimmassa ikäryhmässä joka kymmenennen fyysinen toimintakyky on suosituksia huonompi.
- Vanhimman ikäryhmän naisista joka neljännellä on vaikeuksia liikkua kodissaan.
- Raskaat arkiaskareet tuottavat eniten ongelmia ikääntyneille.

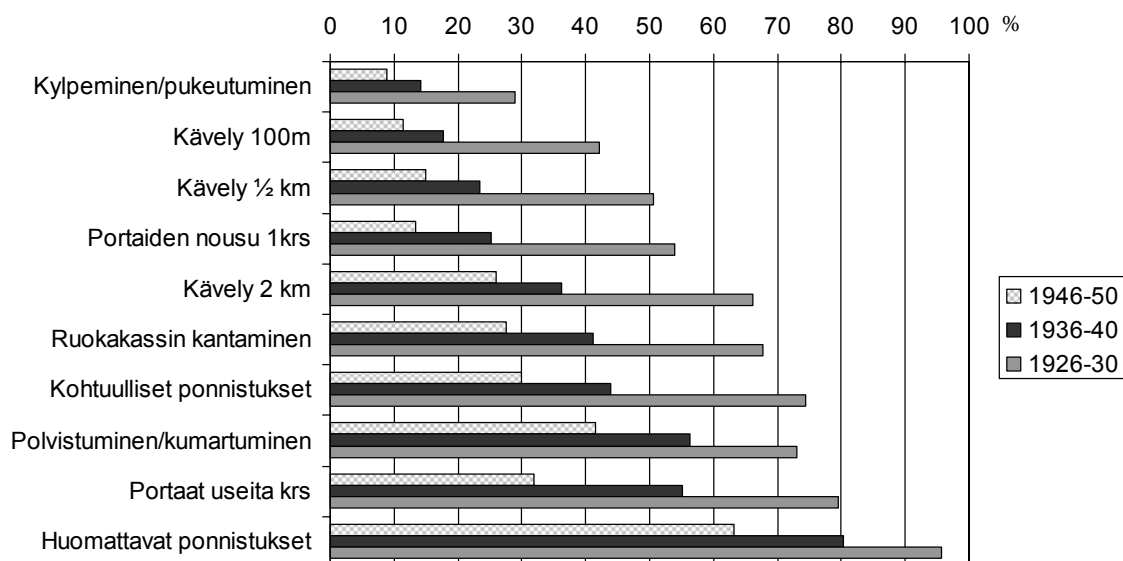
Fyysinen toimintakyky RAND-36 -mittarilla arvioituna

Hyvä toimintakyky on edellytys itsenäiselle omassa kodissa asumiselle. Jotta ikääntyneiden itsenäistä elämää voidaan tukea, on suoriutumiseen liittyvien ongelmien varhainen havaitseminen ja ehkäisevien toimenpiteiden kehittäminen tärkeää. Heikkenevä toimintakyky ennustaa lisääntyvää palvelujen tarvetta, jonka vuoksi ikääntyneiden toimintakyvyn ylläpitäminen on myös keskeinen haaste sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämisessä. Oleellista on löytää kasvavasta ikääntyvien joukosta erityisesti ne, joiden arjessa suoriutuminen on vaarantumassa.

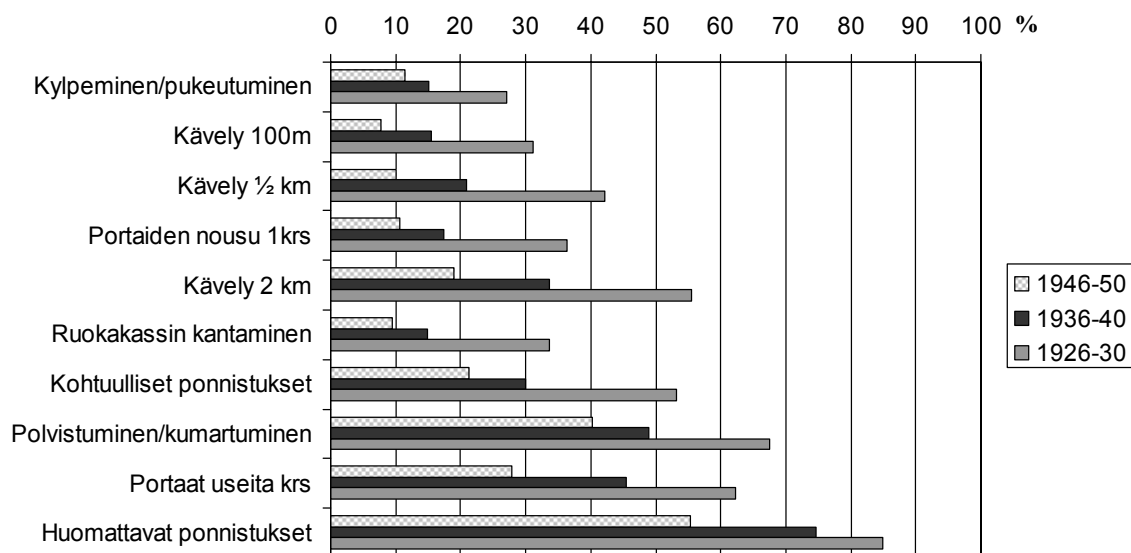
Ikihyvässä fyysistä toimintakykyä on arvioitu RAND-36 -mittarin kuvaamalla selviytymisellä erilaisista päivittäisistä toiminnoista ja kodin askareista. RAND-36:n kysymys kuuluu: ”Rajoittaako terveydentilanne nykyisin suoriutumistanne seuraavista päivittäisistä toiminnoista?” Vastausvaihtoehtoja on kolme (1=rajoittaa paljon, 2=rajoittaa hiukan, 3=ei rajoita lainkaan) ja arvioitavia toimintoja ovat kuvioissa 12–13 luetellut kymmenen toimintoa. (Ks. taulukot 198–207.)

Tulosten perusteella naiset suoriutuvat kaikissa ikäryhmissä miehiä huonommin päivittäistoiminnoista, lukuun ottamatta kylpemistä ja pukeutumista, joissa nuorimmilla ja keskiryhmän miehillä on enemmän vaikeuksia kuin samanikäisillä naisilla. Iän myötä ero sukupuolten välillä näyttää suurenevan useimmissa toiminnoissa. Eniten vaikeuksia vastaajilla on raskaissa päivittäisissä toiminnoissa, kuten lumenluonnissa ja painavien tavaroiden nostelussa, mutta myös kevyemmissä askareissa kuten imuroinnissa ja pöydän siirtämisessä. Nuorimmassakin ikäryhmässä yli puolella vastaajista on ongelmia suoriutua raskaista tehtävistä. Myös portaissa liikkuminen useita kerroksia ja pidempien matkojen kävely ovat vaikeutuneet. Ehkä hieman yllättäen polvistumisen tai kumartumisen kokee vaikeaksi ainakin puolet kahden vanhimman ikäryhmän vastaajista ja vähintään 40 prosenttia nuorimmistakin vastaajista. Itsensä hoitamiseen liittyvistä toiminnoista ja lyhyempien matkojen kävelystä useimmat vastaajat, myös vanhimmassa ikäryhmässä suoriutuvat vielä ilman rajoituksia.

Kaikissa toiminnoissa vaikeudet lisääntyvät iän myötä, ja erityisesti vanhimman ikäryhmän naisilla on huomattavan paljon rajoituksia useimmissa toiminnoissa. Heillä on selvästi samanikäisiä miehiä useammin vaikeuksia lyhyiden matkojen kävelyssä, ruokakassin kantamisessa ja kohtuullisia ponnistuksia vaativissa tehtävissä. Osittain nämä erot voivat kertoa myös siitä, että naiset hoitavat pääosan kotitöistä ja näin myös kohtaavat niihin liittyvät arkiongelmien miehiä useammin. Ruokakassin kantamisessa tilanne on samanlainen myös kahdessa nuoremmassa ikäryhmässä.



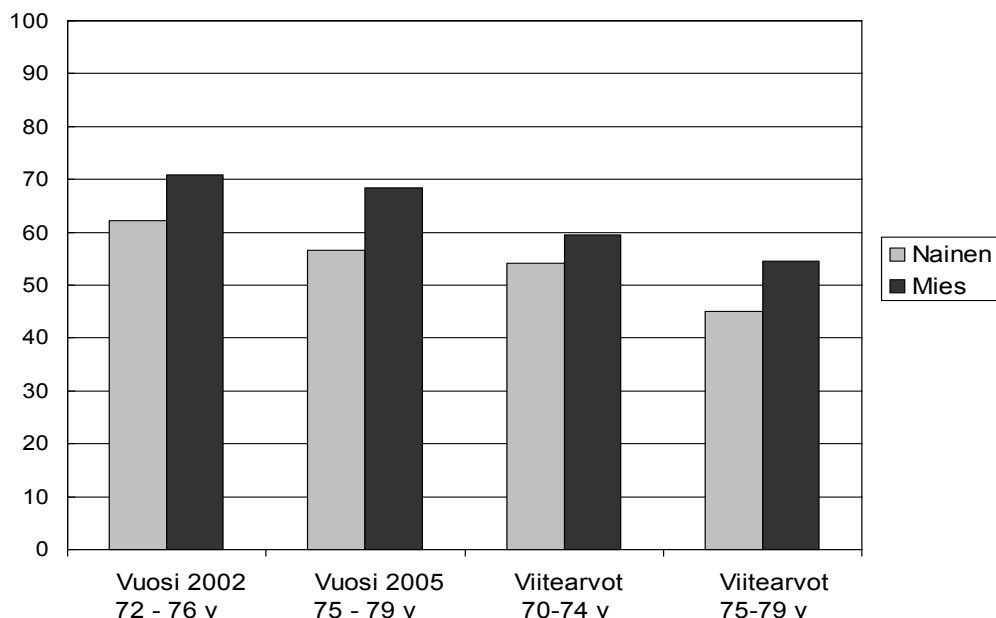
Kuvio 12. Yksittäisistä päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen rajoitukset ikäryhmittäin naisilla.



Kuvio 13. Yksittäisistä päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen rajoitukset ikäryhmittäin miehillä.

Vuoden 2005 kyselyyn lisättiin asunnossa liikkumista, vuoteesta tai tuoilta nousemista ja parin kilon esineen ottamista pään yläpuolelta koskevat kysymykset, joiden ajateltiin tuovan lisätietoa erityisesti vanhimman ikäryhmän toimintakyvystä (taulukot 208–210). Asunnossa liikkuminen on vaikeutunut lähes viidenneksellä vanhimman ikäryhmän miehistä ja neljänneksellä naisista. Vuoteesta ja tuoilta nousemisen kokee hankalaksi nuorimmankin ikäryhmän miehistä joka kuudes ja naisista joka viides. Vanhimmassa ikäryhmässä vaikeuksia on joka kolmannella miehellä ja lähes joka toisella naisella. Esineen ottaminen pään yläpuolelta on tässä ikäryhmässä hankalaa joka kolmannelle miehelle ja yli puolelle naisista.

Vanhimman ikäryhmän toimintakykyä arvioitiin myös siten, että RAND-mittarin kymmenestä päivittäisiä toimintoja kuvaavasta osiosta muodostettiin summamuuttuja, jonka avulla saadaan kokonaiskuva arkitoimista suoriutumisesta. Summamuuttujan kokonaispistemäärä vaihtelee välillä 0–100 siten, että korkea pistemäärä kuvaa hyvää suoriutumista. Kuviossa 14 verrataan miesten ja naisten pistemääriä vuosina 2002 ja 2005, ja siihen on lisätty myös ikäryhmittäiset viitearvot Aallon ym. (1999) tutkimuksesta.



Kuvio 14. Päivittäisistä toiminnoista suoriutumista kuvaava summamuuttuja (RAND-36) Ikihyvän vanhimmassa ikäryhmässä vuosina 2002 ja 2005 sekä muuttujan suomalaiset viitearvot miehillä ja naisilla.

Miehet suoriutuivat naisia paremmin sekä vuonna 2002 että vuonna 2005. Seuranta-aikana sekä naisten että miesten toimintakyky on heikentynyt, mutta naisilla muutos näyttää suuremmalta. Aallon ym. tutkimukseen verrattuna sekä naiset että miehet suoriutuvat päivittäisistä toiminnoista Päijät-Hämeessä hieman paremmin kuin samanikäinen väestö Suomessa keskimäärin.

Toimintakykytestit

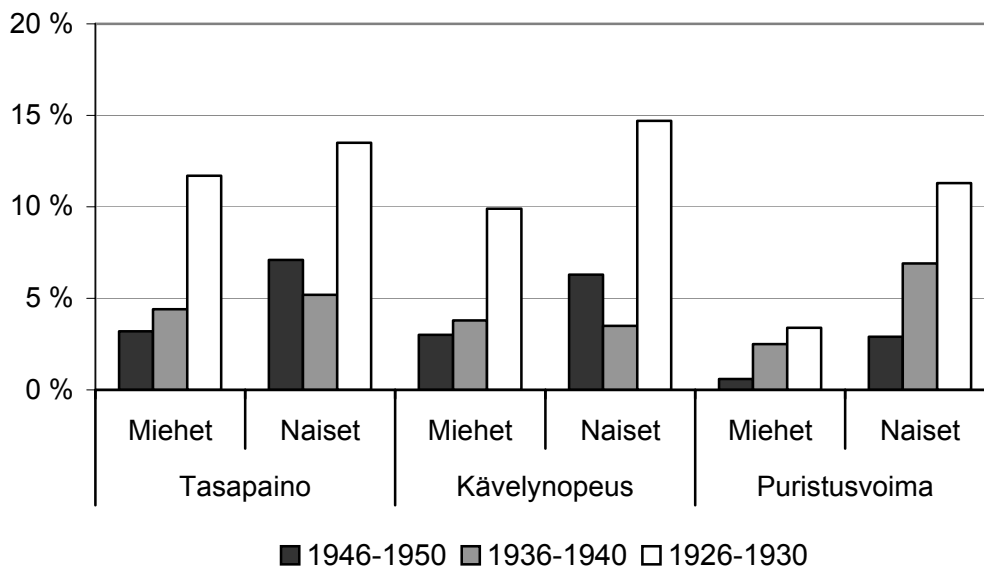
Vuonna 2005 fyysistä toimintakykyä tutkittiin RAND-36:n lisäksi ensimmäistä kertaa myös tasapainoa, liikkumiskykyä, lihasvoimaa ja -kestävyyttä kuvaavilla testeillä. Testien tulokset on esitetty taulukossa 358.

lääkäiden fyysisten toimintakykymittareiden tuloksia tulkitaan usein suhteessa väestönnormeihin. Tällaisessa normiviitearvoihin perustuvassa tulosten tulkinnassa vastaan kysymykseen "Mihin mitattu arvo sijoittuu väestön mitta-arvojen jakaumassa?" Ikihyvässä käytetyt viitearvot perustuvat Kainuun elintavat ja terveys -tutkimuksen 22 vuoden seuranta-aineistoon (Hämäläinen ym. 2006), josta on laadittu prosenttija-kauman mukaisia luokkia, jolloin yksittäisiä arvoja kuvataan kuuluvaksi esimerkiksi alimpaan tai ylimpään kolmannekseen. Näin mittauksille muodostui kolme kuntoluokkaa ("keskimääräistä parempi", "keskimääräinen", ja "keskimääräistä heikompi").

Tasapainon hallintaa arvioitiin kolmella testillä (kahden jalan puoli-tandem- ja tandemseisonta sekä yhden jalan seisonta), joissa seistiin normaalia seisoma-asentoa pienemmällä tukipinnalla. Miehistä 5 ja naisista 8 prosenttia ei pysty seisomaan puoli-tandem -asennossa vähimmäissuosituksen mukaista 10 sekuntia. Viitearvon alapuolelle jäävien prosentuaaliset osuudet on esitetty sukupuoli- ja ikäryhmittäin kuviossa 15.

Yhden jalan seisomistestissä osallistujan tuli nostaa kantapää vastakkaisen jalan polvinivelen paksuimman kohdan korkeudelle niin, että jalkaterä lepäsi säären sisäisivua vasten ja polvi oli kiertyneenä ulospäin. Kädet roikkuivat vapaana sivulla. Testattavan oli seistävä mahdollisimman liikkumatta, ja käsiä sai käyttää tasapainon säilyttämiseen vain tarvittaessa. Mittauksen maksimiaika oli 60 sekuntia. Tämän testin keskiarvot ovat molemmilla sukupuolilla kaikissa ikäryhmissä keskimääräisellä tasolla lukuun ottamatta nuorimman ikäryhmän miehiä, joiden keskiarvo on keskimääräistä huonompi.

Kävelynopeus mitattiin 6,1 metrin matkalta. Osallistujan tuli kävellä matka mahdollisimman nopeasti. Riittävä kävelynopeus on edellytys itsenäiseen selviytymiseen elinympäristössä. Kävelynopeudella 1,2 m/s ehtii kadun ylitse ennen ajoliikenteelle syttyvää vihreää valoa. Vuoden 2005 Ikihyvä aineistossa miesten keskimääräinen kävelynopeus on 1,8 m/s ja naisten 1,7 m/s. Kävelynopeus hidastuu iän mukana. Kävelytestin keskiarvot ovat kaikissa ikäryhmissä keskimääräisellä tasolla lukuun ottamatta nuorimman ikäryhmän naisia, joiden keskiarvo on keskimääräistä parempi. Miehistä 4,4 ja naisista 7,5 prosenttia ei saavuta kävelynopeuden vähimmäisvaatimusta (1,2 m/s). Vähimmäissuosituksista hitaammin kävelevien osuudet on esitetty sukupuoli- ja ikäryhmittäin kuviossa 15.



Kuvio 15. Toimintakykytestien vähimmäissuosituksia saavuttamattomien prosentuaaliset osuudet.

Puristusvoiman heikentyminen rajoittaa selviytymistä päivittäisistä toiminnoista kuten kantamisesta, nostamisesta ja työvälineiden käytöstä. Naisten puristusvoima on eri ikäryhmissä 56–60 prosenttia miesten puristusvoimasta. Vajaat kaksi prosenttia miehistä ja kuusi prosenttia naisista ei saavuta puristusvoimasuosituksia, joka on vähintään 20 prosenttia kehon painosta. Tätä heikommalla puristusvoimalla omaavien osuudet on esitetty sukupuoli- ja ikäryhmittäin kuviossa 15. Puristusvoima heikkenee iän karttuessa.

Molempien käsien puristusvoimatestin keskiarvot ovat kuitenkin kaikissa ikäryhmissä keskimääräisellä tasolla. 1936–1940 syntyneiden naisten vasemman käden puristusvoima on jopa keskimääräistä tasoa parempi.

Alaraajojen toiminnallisen voimantuottokyvyn mittana käytettiin aikaa, joka kului noustaessa tuolilta viisi kertaa peräkkäin. Tuolilta nousuaika on miehillä kaikissa ikäryhmissä ja naisilla nuorimmassa ikäryhmässä keskimääräistä lyhyempi. Kahden vanhimman ikäryhmän naisilla se on keskimääräisellä tasolla.

5 SOSIAALINEN HYVINVOINTI

5.1 Sosiaaliset suhteet ja avun tarve

- Suhteet perheenjäseniin ovat tärkeitä. Merkityksellisimpien ihmissuhteiden osalta tapaamisodotukset tyydyttyvät parhaiten. Miehillä ne tyydyttyvät paremmin kuin naisilla, mikä selittyy pikemmin odotusten kuin todellisten tapaamisten erolla.
- Hiljattain eläkkeelle siirtyneissä miehissä on eniten niitä, joilla ei ole merkityksellisiä sosiaalisia suhteita.
- Täydellinen yksinäisyys on harvinaista, mutta vanhimmassa ikäryhmässä on eniten niitä, jotka ovat harvoin tekemisissä muiden ihmisten kanssa.
- Vanhimpaan ikäryhmään kuuluvien naisten avun tarve on etenkin raskaisissa kotitöissä lisääntynyt merkittävästi kolmessa vuodessa. Julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin kautta saatava apu on harvinaista verrattuna sosiaalisista verkostoista tulevaan epäviralliseen apuun. Sitä saadaan lapsilta ja ystäviltä, harvemmin naapureilta ja muilta sukulaisilta.

Sosiaalisilla suhteilla on suuri merkitys vanhenevan ihmisen hyvinvoinnille. Suhteet perheenjäseniin ovat ikihyvä-vastaajien mielestä kaikkein tärkeimpiä asioita heidän hyvinvointinsa kannalta: yli 90 prosenttia on sitä mieltä, että suhteilla perheenjäseniin on suuri tai erittäin suuri merkitys heidän hyvinvoinnilleen (taulukko 161). Myös sukulaissuhteilla on näin suuri merkitys useammalle kuin joka toiselle vastaajista (taulukko 162). Mainittakoon vertailun vuoksi, että varallisuuden sekä tulojen ja kulutusmahdollisuuksien merkityksen arvioi näin suureksi vain hieman yli kolmasosa vastaajista (taulukot 170 ja 171).

Odotukset ja niiden toteutuminen

Hyvinvointiarviot ovat monessa mielessä suhteellisia. Arvioitaessa sosiaalisten suhteiden laatua taustalla vaikuttavat (usein julkilausumattomat) odotukset. Esimerkiksi yksinäisyyden kokemisessa ei muiden ihmisten tapaamisen tiheydellä ole sinänsä merkitystä vaan yksinäisyyttä selittää pikemmin se, kuinka usein tapaamisia on suhteessa sitä koskeviin odotuksiin.

Ikihyvä-kysely sisältää tietoja myös sosiaalisia suhteita koskevien odotusten toteutumisesta. Taulukoissa 21–25 on kuvattu sitä, ovatko vastaajat tavanneet heille läheisiä ihmisiä niin usein kuin ovat halunneet. Lasten tapaamisten suhteen odotukset täyttyvät useimmilla, joskin kuudesosa niistä vastaajista, joilla on lapsia, ei tavannut heitä niin usein kuin halusi; lisäksi yhdeksän prosenttia kaikista vastaajista on lapsettomia. Vastaavasti joka viidennen vastaajan odotukset eivät täyty lastenlapsien tapaamisen suhteen, ja reilulla neljäsosalla ei ole lastenlapsia. Sisarusten suhteen tapaamisodotukset jäivät täyttymättä yli neljäsosalla niistä, joilla on sisaruksia, ja kolmasosa vastaajista ei tavannut muita lähisukulaisiaan haluamassaan määrin. Näyttää siltä, että merkityksellisimpinä pidettyjen ihmissuhteiden osalta tapaamisodotukset täyttyvät parhaiten. Pikkemminkin odotusten kuin todellisten tapaamisten eroista johtuu se, että miehillä ne täyttyvät kauttaaltaan hieman paremmin kuin naisilla.

Merkityksellisiä sosiaalisia suhteita kartoitettiin myös tiedustelemalla, kuinka usein vastaajat ovat yhteydessä sellaisiin ihmisiin ”joiden kanssa on helppo olla ja joiden kanssa voi puhua tärkeistä asioista” (taulukko 26). Ani harva, joka sadas vastaaja, ei kykene koskaan tällaiseen kanssakäymiseen siitä syystä, että heillä ei ole näin läheisiä ihmisiä. Jos tarkastellaan niiden osuutta, jotka ovat läheisten ihmisten kanssa tekemisissä korkeintaan muutaman kerran vuodessa, heitä on enemmän (16 %) miesten kuin naisten (11 %) keskuudessa. Etenkin miehissä heitä on eniten (20 %) hiljattain eläkkeelle jääneessä keskimmaisessä ikäryhmässä, mikä liittyy siihen, että yhteydenpito entisiin hyviin työtovereihin on jäänyt. Hyvin toimivat sosiaaliset suhteet on sillä vastaajien kolmasosalla, joka on lähes päivittäin yhteydessä läheisiin ihmisiin. Heitä on yhtä paljon naisten ja miesten keskuudessa, mutta selvästi eniten nuorimmassa ikäryhmässä.

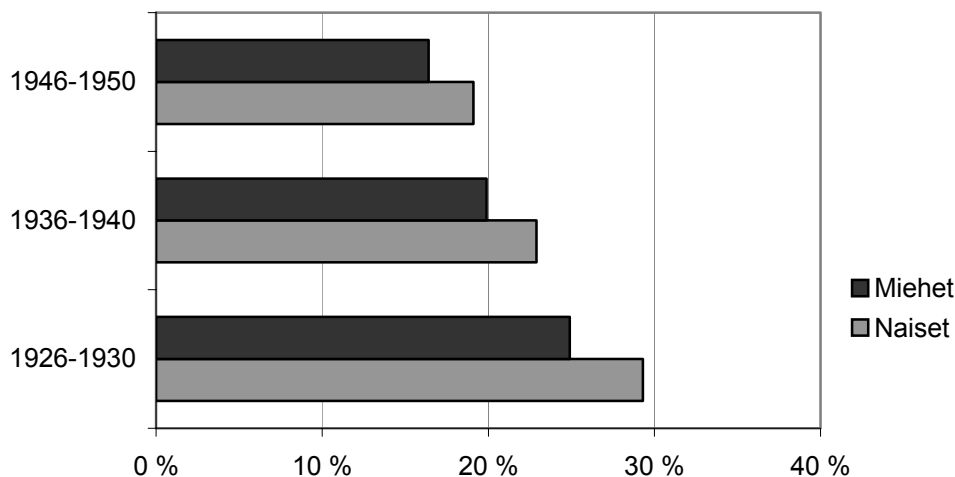
Naapurisuhteille reilu kolmasosa antaa suuren tai erittäin suuren merkityksen hyvinvointinsa kannalta (taulukko 163). Vajaa kymmenesosa viettää lähes päivittäin ja kolmasosa viikoittain vapaa-aikaa naapureiden tai lähellä asuvien tuttavien kanssa (taulukko 75). Vanhimman ikäryhmän naisissa päivittäin naapureiden kanssa tällä tavoin tekemisissä olevia on selvästi eniten. Heistä monet asuvat yksin, ja naapurisuhteilla on heille keskimääräistä suurempi, puuttuvaa parisuhdetta kompensoiva merkitys.

Kyselylomaketta laadittaessa haluttiin selvittää myös sitä, kuinka yleistä on sellainen sosiaalinen umpioituminen, ettei ole edes puheissa toisten ihmisten kanssa. Se on melko harvinaista. Taulukon 76 mukaan kaksi kolmasosaa vastaajista vaihtoi päivittäin

vähintäänkin kuulumisia muiden ihmisten kanssa, ja harvemmin kuin joitakin kertoja viikossa oli tällä tavoin muiden kanssa tekemisissä vain viisi prosenttia vastaajista. Vanhimmassa miesryhmässä heitä oli kuitenkin poikkeuksellisen paljon, 11 prosenttia.

Yksinäisyys

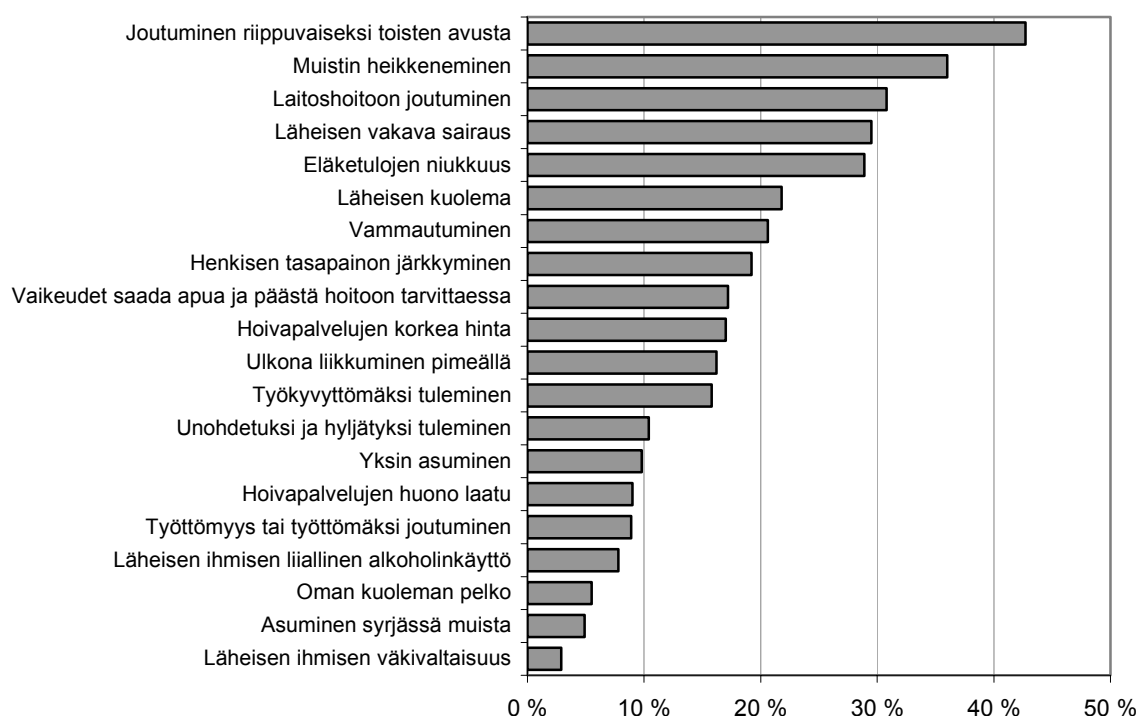
Taulukko 77 kertoo yksinäisyydestä. Usein tai jatkuvasti yksinäiseksi tuntee itsensä kolmisen prosenttia vastaajista. Eri ikäryhmien ja sukupuolten välillä ei ole suuria eroja tällä tavoin määritellyssä yksinäisyydessä, mutta kun yksinäisyyden kriteeriä lievennetään, eroja alkaa esiintyä. Silloin tällöin yksinäiseksi itsensä tuntevia on vajaa viidesosa, ja näin mitatun yksinäisyyden osuus suurenee selvästi iän myötä (kuvio 16). Yksinäisyys on yleisintä vanhimman ikäryhmän naisten parissa.



Kuvio 16. Silloin tällöin, usein tai jatkuvasti itsensä yksinäiseksi tuntevien osuus ikäryhmittäin ja sukupuolittain.

Vastaajilta tiedusteltiin erikseen sitä, onko yksinäisyys heille ongelma. Puolet ilmoitti, ettei yksinäisyys ole koskaan ongelma ja kolmasosalle se on harvoin ongelma. Yksinäisyyden kokee silloin tällöin ongelmaksi hieman yli kymmenesosa, vanhimpaan naisryhmään kuuluvista huomattavasti useampi. Niitä, joille yksinäisyys on ongelma jatkuvasti tai usein, ei ole onneksi paria prosenttia enempää (taulukko 78).

Yksinäisyyteen liittyy usein turvattomuuden tunne. Yleisesti ottaen elämänsä erittäin tai melko turvattomaksi kokee vain viitisen prosenttia vastaajista (taulukko 4), mutta kysyttäessä yksittäisiä turvattomuutta aiheuttavia tekijöitä erikseen, saatiin paljon korkeampia lukuja (taulukko 5). Eniten turvattomuutta aiheuttaa ajatus joutumisesta riippuvaiseksi toisten avusta, seuraavaksi eniten muistin heikkeneminen ja laitoshoitoon joutuminen. Pikemmin kuin ajankohtaisista turvattomuuden aiheista kyse on peloista: pelätään sitä, mitä vanhuus voi tuoda tullessaan. Yksin asuminenkin – todellinen tai mahdollinen – aiheuttaa turvattomuutta, mutta ei läheskään niin paljon kuin edellä mainitut pelon aiheet (kuvio 17).



Kuvio 17. Turvattomuuden kokemukset: niiden osuus, jolle mainitut asiat aiheuttavat turvattomuutta.

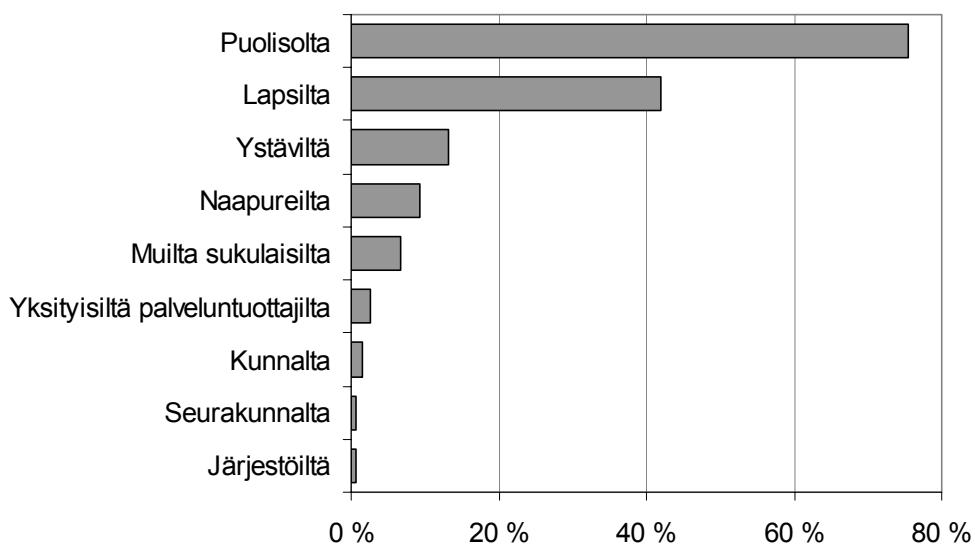
Avun tarve ja saanti

Vaikka vastaajat yleisesti pelkäävät oman toimintakyvyn menettämistä ja toisten avusta riippuvaiseksi tulemistä, on huomattava, että vain pieni osa heistä tarvitsee nykyisin apua päivittäisissä askareissa (taulukko 36). Poikkeuksena ovat sellaiset raskaat kotiaskareet kuten siivous, ikkunoiden pesu ja lumityöt, joissa apua tarvitsee joka viides.

Ilmaistussa avun tarpeessa on suuria eroja ikäryhmien ja sukupuolten välillä. Vanhimman ikäryhmän naisista nimittäin puolet ilmoittaa tarvitsevansa apua raskaissa kotitöissä. Avun tarve on kasvanut merkittävästi, sillä kolme vuotta aikaisemmin 29 prosenttia kertoi tarvitsevansa apua tällaisiin kotitöihin.

Useimmiten apua saadaan puolisolta, näin varsinkin miesten joukossa (taulukko 37). Vanhimman ikäryhmän miehistä kaksi kolmasosaa saa apua puolisolta, mutta samanikäisistä naisista vain neljäsosa. Kyse ei ole niinkään siitä, etteivätkö myös miehet auttaisi vaan vähintään yhtä paljon siitä, että vanhoilla naisilla ei ole (enää) miestä. Vanhimpaan ikäryhmään kuuluvista naisista joka toinen asuu yksin, mutta samanikäisistä miehistä on vain joka viides (taulukko 18).

Joka seitsemäs vastaaja saa apua lapsiltaan vähintään muutamia kertoja viikossa. Muiden sukulaisten rooli avun antajana on pienempi, itse asiassa ystävätkin auttavat heitä muita sukulaisia useammin. Ystäväapu on myös yleisempää kuin julkisuudessa usein esillä ollut naapuriapu. Julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin kautta saatava apu on harvinaista verrattuna sosiaalisista verkostoista tulevaan (puolison, lasten, muiden sukulaisten, ystävien ja naapureiden antamaan) epäviralliseen apuun. Vanhimpien naisten ryhmässä kunnan antamaa apua saa viisi prosenttia, muissa ryhmissä vain 1–2 prosenttia vastaajista. (Kuvio 18 ja taulukot 38–45.)



Kuvio 18. Keneltä/mistä saa apua tai palveluja kotitöihin ja muihin arkiaskareisiin vähintään muutamia kertoja kuukaudessa.

Tyydyttämätöntä avun tarvettakin esiintyy. Taulukon 46 mukaan 13 prosenttia vastaajista tarvitsisi nykyistä enemmän apua raskaissa kotiaskareissa kuten siivouksessa. Tyydyttämättömän avun tarpeen suhteen on suuria sukupuolen ja iän mukaisia eroja. Yli kolmasosa vanhimman ikäryhmän naisista kaipaa nykyistä enemmän apua raskaisiin kotitöihin kuten siivoukseen. Samoin kuin ilmaistu avun tarve myös tyydyttämättömän avun tarve on kasvanut vuodesta 2002. Vanhimmissa miehissä on taas jonkin verran niitä, jotka tarvitsisivat lisääpua ruoanlaittoon. Kun kysyttiin mistä lisääpua haettaisiin (taulukko 47), puoliso ja lapset tulivat mainituiksi kunnan kotipalveluja ja muita tahoja useammin.

5.2 Asuminen

- Viidesosa 55–79 -vuotiaista päijäthämäläisistä asuu maaseutukylissä tai haja-asutusalueella.
- Asumisoloihin ollaan pääosin tyytyväisiä.
- Joka kymmenennen vastaajan asuntoon on tehty asumista helpottavia muutoksia kolmen viime vuoden aikana.

Asumisen yleispiirteissä ei ole tapahtunut kovin suuria muutoksia vuoden 2002 tiedonkeruun jälkeen. Joka viides asuu maaseudulla tai haja-asutusalueella. Maaseutuväestön suuri osuus on edelleen otettava huomioon palvelujen järjestämistä ja saavutettavuutta mietittäessä. Kiinnostava havainto on myös se, että siirryttäessä nuorimmasta vanhimpaan ikäryhmään esikaupunkimaisilla alueilla asuvien osuus supistuu jyrkästi, kun taas kaupungin keskustassa asuvien osuus kasvaa. Tämä kertoo osin siitä, että iän karttuessa muutetaan keskustaan palvelujen äärelle. Vähintään yhtä tärkeä selitys löytynee kuitenkin yhdyskuntarakenteen muutoksesta: lähiöiden massiivinen rakentaminen käynnistyi 1970-luvulla eli juuri silloin, kun nuorimmat tutkittavat olivat nuoria aikuisia ja otollisessa muuttoikässä. Sen sijaan vanhimman, 1920-luvulla syntyneen ikäluokan asumiseen lähiörakentaminen ei ehtinyt vaikuttaa yhtä paljon. (Taulukko 17.)

Lähes puolet vastaajista asuu omakotitalossa (taulukko 19). Kerrostalossa heistä asuu kolmannes ja rivi- tai paritalossa joka kuudes. Asumismuodossakin on selviä sukupuolittaisia ja ikäryhmittäisiä eroja siten, että puolet vanhimpaan ikäryhmään kuuluvista

naisista asuu kerrostalossa. Sen sijaan miehillä omakotitalo on tyypillinen asumismuoto kaikissa ikäryhmissä. Viidesosa vanhimman ikäryhmän naisista asuu hissittömässä kerrostalossa. Tosin valtaosa heistä asuu talon ensimmäisessä tai toisessa kerroksessa.

Ikääntymisen vaikutusta asumiseen kuvaa suorimmin taulukko 20, jossa tarkastellaan asumisessa tapahtuneita muutoksia viimeisten kolmen vuoden aikana. Sen mukaan joka kymmenennen vastaajan asuntoon on tehty muutostöitä asumisen helpottamiseksi, noin 6 prosenttia on muuttanut itselle paremmin soveltuvaan asuntoon ja lähes yhtä monen vastaajan asunnon turvallisuutta on parannettu. Asumiseen on tehty muutoksia pääosin sitä yleisemmin, mitä vanhemmasta ikäryhmästä on kyse.

Asunnon ja asuinympäristön eri puolista annettujen kouluarvosanojen valossa Ikihyvä-kyselyn vastaajat ovat pääosin tyytyväisiä asumiseensa (taulukko 194). Vain suhteet perheenjäseniin on hyvinvointitekijä, jonka suhteen ollaan vielä tyytyväisempiä.

5.3 Toimeentulo

- Tutkittavien tulot ovat kasvaneet vuoden 2002 kyselyn jälkeen väestön keskituloja hitaammin.
- Tuloerot sekä eri ikäryhmien että miesten ja naisten välillä ovat varsin suuret. Suurituloisimpia ovat odotetusti nuorimman ikäryhmän miehet, pienituloisimpia taas vanhimman ikäryhmän naiset.
- Enemmistö tutkittavista pitää itseään vähintään keskituloisena ja katsoo rahojen riittävän melko hyvin päivittäisiin menoihin. Pienituloiseksi itsensä luokittelevien osuus on kuitenkin kasvanut lähes 10 prosenttiyksikköä vuoden 2002 kyselyn jälkeen. Joka kolmas on rahojen riittävydestä ainakin hieman epävarma.

Toimeentuloa kuvaa Ikihyvä-tutkimuksessa muutama toisiaan täydentävä kysymys. Toimeentulon objektiivisen mitan tarjoavat vastaajien ilmoittamat käytettävissä olevat kuukausitulot. Elintason subjektiivista ja kokemuksellista puolta taas kuvaavat heidän omat arvionsa taloudellisesta tilanteestaan, rahojen riittävydestä päivittäisiin menoihin ja kyvystään selviytyä yllättävistä menoista samoin kuin varallisuudesta sekä tuloista ja kulutusmahdollisuuksista annetut kouluarvosanat.

Tuloilla ja varallisuudella lienee useimmille lähinnä välineellinen merkitys hyvinvoinnin saavuttamisessa. Tietenkin on niin, että hyvinvointi edellyttää jonkinlaista taloudellisten resurssien minimitasoa, joka tosin vaihtelee ajasta ja paikasta ja jopa yksilöstä toiseen. Kuitenkin taloudellisia resursseja voidaan pitää vain keinona tärkeänä pidettyjen asioiden ja hyvän elämän tavoittelussa, ei päämääränä sinänsä. Taulukoista 170 ja 171 havaitaan, että tuloilla ja varallisuudella on selvän enemmistön mielestä joko kohtalainen tai suuri merkitys heidän hyvinvoinnilleen. Muihin hyvinvoinnin osatekijöihin verrattuna taloudellisten resurssien merkitys arvioidaan keskitasoiseksi. Niitä ei pidetä yhtä tärkeinä kuin luottamuksellisia ihmissuhteita, mutta kuitenkin jopa tärkeämpiä kuin esimerkiksi naapurisuhteita, mahdollisuutta opiskella tai muiden osoittamaa arvostusta.

Vastaajien ilmoittamia käytettävissä olevia kuukausituloja tarkastellaan taulukossa 355 kahdella tavalla: kotitaloutta ja kotitalouden kulutusyksikköä (Tilastokeskus 2007, 44) kohti laskettuina tuloina. Kun tarkastellaan kotitaloutta kohti laskettuja tuloja, miesten tulojen havaitaan olevan jopa 25 prosenttia naisten tuloja suuremmat. Nuorimman ikäryhmän tulot taas ovat sekä naisilla että miehillä puolitoistakertaiset vanhimpaan ikäryhmään verrattuna. Kulutusyksikköä kohti laskettujen tulojen valossa sukupuolten ja ikäryhmien väliset tuloerot ovat hieman pienemmät, kuitenkin edelleen varsin selvät. Niinpä nuorimman ikäryhmän miehet asuvat kotitalouksissa, joilla on käytettävissään 1638 euroa kulutusyksikköä kohti kuukaudessa, kun vanhimman ikäryhmän naiset joutuvat tyytymään 1000 euroon.

Keskitulojen ohella on syytä kiinnittää huomiota tulojakauman ääripäihin, etenkin pienituloisten osuuteen. Tulonjakotilastossa pienituloisiksi määritellään ne henkilöt, joiden kulutusyksikköä kohti lasketut käytettävissä olevat tulot ovat enintään 60 prosenttia väestön mediaanituloista (Tilastokeskus 2007, 27). Tällä mittapuulla katsoen noin viidesosa vastaajista voi pitää pienituloisina. Vanhimmassa ikäryhmässä pienituloisiin lukeutuu kolmasosa miehistä ja peräti puolet naisista.

Ikihyvä-tutkimukseen osallistuneiden tulot ovat vuoden 2002 kyselyn jälkeen kasvaneet noin 10 prosentilla. Väestön keskitulot ovat kuitenkin tulonjakotilaston mukaan kasvaneet vielä nopeammin, joten pienituloisten osuus on molempiin kyselyihin (2002 ja 2005) vastanneiden joukossa kaksinkertaistunut. Toki on muistettava, että kyselyyn perustuvan tutkimuksen tiedot eivät ole täysin vertailukelpoisia tulonjakotilaston

rekisteristä poimituihin tietoihin, joten tämä tarkastelu ei tarjoa valtakunnallisesti vertailukelpoista tietoa pienituloisten tarkasta prosenttiosuudesta tai sen muutoksesta Päijät-Hämeessä. Havainto, että Ikihyvän seurantaan osallistuvien tulot ovat kasvaneet koko väestön tuloja hitaammin, vaikuttaa kuitenkin uskottavalta ja odotetulta, sillä osalla tutkittavista tulot ovat jopa pienentyneet eläkkeelle jäämisen vuoksi. Lisäksi useimpien seurannan alussa eläkkeellä jo olleiden tulokehitys on sidottu eläkeindeksiin, joka noudattaa pääosin yleisen hintatason muutosta.

Taulukon 3 mukaan joka viides vastaaja pitää itseänsä hyvin toimeen tulevana tai varakkaana. Kaksi vastaajaa viidestä katsoo olevansa keskituloinen, ja yhtä moni pitää itseään pienituloisena. Vain harva (2,5 %) ilmoittaa olevansa köyhä. Vuoden 2002 kyselyyn verrattuna pienituloiseksi itsensä luokittelevien osuus on kasvanut noin 8 prosenttiyksiköllä, eli varsin moni arvioi tilanteensa huonommaksi kuin kolme vuotta aikaisemmin.

Kaksi kolmasosaa vastaajista arvioi rahojensa riittävän päivittäisiin menoihin melko tai erittäin hyvin. Joka neljäs on rahojen riittävyydestä ainakin hieman epävarma ("siinä ja siinä riittävätkö") ja lähes joka kymmenes katsoo niiden riittävän melko ja erittäin huonosti. Joka viides vastaaja arvioi taloutensa kestävän yllättäviä yli 500 euron menoja erittäin tai melko huonosti. Heidän taloudellinen pelivaransa on siis verraten pieni eli ylimääräisiä säästöjä ei juuri ole. (Taulukot 356 ja 357.)

Naiset ja miehet arvioivat taloudellista tilannettaan ja rahojen riittävyyttä jokseenkin samalla tavalla. Sen sijaan ikäryhmien väliset erot ovat huomattavasti suurempia: hyvin toimeentulevien osuus pienenee ja pienituloisten osuus kasvaa siirryttäessä nuorimasta vanhimpaan ikäryhmään.

Varallisuudelleen vastaajat antavat kouluarvosanan 7,2. Tulot ja kulutusmahdollisuudet taas arvioidaan 7,1 pisteen arvoiseksi. Ikäryhmien väliset erot ovat samansuuntaisia kuin edellä: parhaan arvosanan näille elintason osatekijöille antavat nuorimpaan ikäryhmään kuuluvat, huonoimman puolestaan vanhimman ikäryhmän edustajat. (Taulukko 194.)

5.4 Harrastukset ja mielenkiinnon kohteet

- Naiset ovat miehiä parempia löytämään itselleen harrastuksia ja uusia mielenkiinnon kohteita eläkkeelle jäämisen kynnyksellä ja myöhemminkin.
- Myös miehet tekevät eläkkeelle siirtyessään uusia asioita (esim. sauvakävelevät, osallistuvat ostosretkille ja käyvät teatterissa), mutta ilmeisesti ”vain” vaimojensa kanssa mieltämättä sitä harrastamiseksi.
- Kesämökki on tärkeä etenkin ikääntyville miehille.
- Lähestyttäessä 80:tä ikävuotta harrastuksista luovutaan jo enemmän kuin niitä omaksutaan.
- Naiset ovat kulttuurin harrastajina miehiä aktiivisempia.
- Ikääntyessä erilainen tekeminen vähenee, mutta ei romahda.

Aktiivisuuden merkitys

Aktiivisen tai tuottavan ikääntymisen iskusanaja on viime vuosina levitetty ikäpoliittiseen keskusteluun tavalla, joka on saanut aikaan myös vastustusta. Kritiikin mukaan vanhuutta koskevat normatiiviset odotukset kiristyvät: vanhatkin ihmiset vedetään työn ja touhun yhteiskunnalle tyypillisen tehokkuuden ja yksin pärjäämisen ihanteiden sekä uusliberalistisen arvomaailman piiriin.

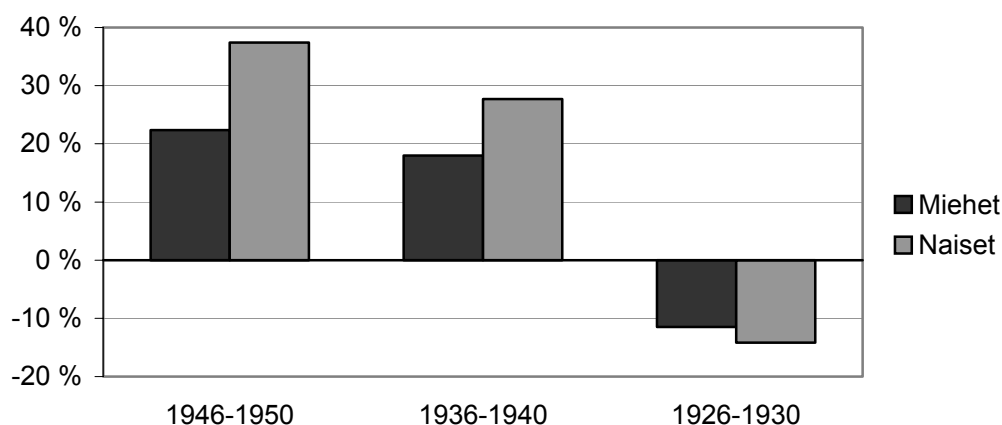
Aktiivisuus ei varmastikaan ole hyvän vanhenemisen ainoa ominaisuus, mutta mielekkäänä pidetyn toiminnan täyttämä elämä on useimmiten hyvää elämää. Harrastukset ja kiinnostuksen kohteet pitävät kiinni yhteiskunnassa ja yhteisöissä. On toissijaista mitä harrastukset ja mielenkiinnon kohteet ovat, kunhan niitä on. Kyse on ”tekemiseksi” (doing) kutsutusta hyvinvoinnin osa-alueesta, joka on vastavuoroisessa yhteydessä toisiin hyvinvoinnin osa-alueisiin. Esimerkiksi hyvä terveys tekee mahdolliseksi tekemisen, ja toisaalta tekeminen – erimuotoinen toiminta ja osallistuminen – tukee terveyttä.

Uuden löytäminen ja vanhasta luopuminen

Taulukko 80 osoittaa, että naiset ovat miehiä paljon parempia löytämään itselleen harrastuksia ja uusia mielenkiinnon kohteita eläkkeelle jäännin kynnyksellä ja vielä myöhemminkin. Myös vuonna 2002 tehdystä Ikihyvä-kyselystä tiedetään, että miehet

pitäytyvät usein harrastuksissa, jotka on omaksuttu jo nuorempana. Vanhimmissa ikäryhmässä uusien harrastusten löytäminen on sekä miehillä että naisilla selvästi harvinaisempaa kuin kahdessa nuoremmassa ryhmässä.

Ikääntyminen pakottaa myös luopumaan vanhoista tärkeistä harrastuksista ja mielenkiinnon kohteista. Taulukon 81 mukaan tämäkin on yleisintä vanhimmissa ikäryhmässä. Kuviossa 19 taulukoiden 80 ja 81 tiedot on tiivistetty yhdeksi tunnusluvuksi, joka kuvaa tekemisen piirissä tapahtuneita muutoksia. Nollan yläpuolella oleva tunnusluku tarkoittaa sitä, että uuden harrastuksen tai mielenkiinnon kohteen löytäneitä on asianomaisessa ryhmässä enemmän kuin jostakin tärkeästä harrastuksesta tai mielenkiinnon kohteesta luopuneita. Jos tunnusluku taas on negatiivinen, luopuneita on enemmän kuin löytäneitä. Näyttää siltä, että näin mitattu tekemisen piiri alkaa kaventua lähestyttäessä 80:tä ikävuotta. Vanhimmissa ikäryhmässä on enemmän niitä, jotka ovat luopuneet jostakin itselleen tärkeästä kuin niitä, jotka ovat löytäneet elämäänsä jotakin uutta. Taulukoista 80 ja 81 nähdään, että naiset löytävät itselleen miehiä enemmän uusia harrastuksia, mutta myös luopuvat useammin jostakin vanhasta. Naisten tekemisen piiri tai harrastusmaisema siis uusiutuu enemmän.



Kuvio 19. Tekemisen piirissä tapahtuneet muutokset viimeisten kolmen vuoden aikana: uuden harrastuksen löytäneiden ja vanhasta harrastuksesta luopuneiden prosenttiosuuksien erotus.

Miesten ja naisten tekeminen

Taulukoissa 80 ja 81 ovat esillä viimeisten kolmen vuoden aikana tapahtuneet muutokset. Moniosainen taulukko 82 puolestaan kertoo puolestaan siitä, mitä kaikkea on viimeisen vuoden aikana tehty. Moniin toimintoihin osallistuneiden osuudet ovat korkeita. Marjastamassa tai sienestämässä on käynyt peräti kolme neljästä. Seurakunnallisiin tilaisuuksiin on osallistunut kaksi kolmesta. Maallistuneessa yhteiskunnassa laivaristeilyllä käyminen on tosin lähes yhtä yleistä. Suurin piirtein samalle 60 prosentin tasolle kohoaa myös kalastamassa käyneiden ja talkoo- tai vapaaehtoistyötä tehneiden miesten osuus sekä sauvakävelyä harrastaneiden ja kirjastossa käyneiden naisten osuus. Kalastamisen ja vapaaehtoistyön tekemisen (ks. myös taulukko 116) ohella myös metsästys ja urheilukilpailuihin osallistuminen on miesten keskuudessa selvästi yleisempää, samoin pubissa istuminen ja hienokseltaan tanssiminenkin. Naiset taas ovat aktiivisempia miltei kaikissa kulttuuriharrastuksissa, samoin seurakunnallisissa tilaisuuksissa, kylpylässä ja uimahallissa kävijöinä, sauvakävelijöinä sekä päiväkirjan pitäjinä ja kirjeiden kirjoittajina.

Edellä kävi ilmi, että naiset ovat miehiä parempia löytämään uusia harrastuksia itselleen, mutta kyllä miehetkin tekevät eläkkeelle siirtyessään uusia asioita, sellaista joka ei aikaisemmin ole yhtä lailla kuulunut heidän maailmaansa – ehkäpä kuitenkin määrätteleättä sitä uudeksi harrastukseksi. Sauvakävely, kylpylässä käyminen, ostosretkille osallistuminen, teatterissa ja hienokseltaan myös konsertissa käyminen sekä päiväkirjan pitäminen ovat yleisempiä keskimmaisessä kuin nuorimmassa miesikäryhmässä; naisilla vain kylpylässä käyminen ja päiväkirjan pitäminen lisääntyy vastaavalla tavalla. Päiväkirjan pitämistä lukuun ottamatta kyse on luultavasti siitä, että miehet tekevät näitä asioita vaimojensa kanssa.

Yleensä aktiivisuus kuitenkin vähenee iän myötä. Jotkut tekemiset harvinaistuvat tasaisesti siirryttäessä nuorimmasta ikäryhmästä vanhimpaan, mutta monessa tapauksessa eroa on vain vanhimman ja kahden muun ikäryhmän välillä. Mistään tekemisen romahamisesta ei kuitenkaan voi puhua vanhimmassakaan ikäryhmässä. Vain avantouinti, tanssiminen, pubissa ja karaokessa käyminen ja videoiden vuokraaminen käyvät huomattavasti harvinaisemmiksi. Tanssijoita vanhimmassakin ikäryhmässä vielä riittää, mutta muut mainitut tekemiset eivät enää kuulu kahdeksankymmppisten tai tuota ikää lähestyvien maailmaan.

Vuoden 2002 aineistossa yllätti se, miten ahkerasti matkustellaan. Neljä kymmenestä vanhimpaankin ikäryhmään kuuluvasta oli käynyt vuoden aikana ulkomailla (Karisto & Konttinen 2004). Nytkin kysyttiin matkustamisesta (taulukko 102). Kolme lisäikävuotta oli hieman hillinnyt matkustelua, mutta nytkin neljä kymmenestä – vanhimmassakin ikäryhmässä vielä kolme kymmenestä – on vuoden aikana käynyt ulkomailla. Kotimaassa matkustelu on hieman tätä yleisempää ja eri ikäryhmissä jokseenkin tasaista.

Nykyisin voidaan liikkua myös virtuaalisesti, tietokoneen avulla. Taulukon 120 mukaan nuorimpaan ikäryhmään kuuluvista on tietokoneen käyttäjiä kaksi kolmasosaa sukupuoleen katsomatta. Keskimmaisessä ikäryhmässä osuus on miehillä 40 prosenttia ja naisilla 25 prosenttia, ja vanhimmassa ikäryhmässä miehillä vain 14 prosenttia ja naisilla yhdeksän prosenttia. Vaikuttaa siltä, että niissä ikäryhmissä, joissa terveystalvokäyttö on yleistä, ei ole suuriakaan valmiuksia esimerkiksi sähköiseen asiointiin. Tässä lienee kuitenkin kyse pikemmin sukupolvi- kuin ikäeroista. Ne kohortit, jotka ovat työssään ottaneet tuntumaa tietokoneisiin, kiinnittyvät tietokoneisiin ja tietoyhteiskuntaan edeltäjiään lujemmin myös eläkkeellä ollessaan.

Taulukoissa 105–115 on tarkasteltu osallistumista erilaisten yhdistysten tilaisuuksiin ja toimintaan. Urheiluseuroissa ja ammattiyhdistyksissä miehet toimivat aktiivisemmin, mutta kaikkien muiden yhdistysten ja yhteisöjen toimintaan naiset osallistuvat enemmän, jopa veteraaniyhdistysten. Paljon miehiä ahkerammin naiset osallistuvat eläkeläisyhdistysten, potilasyhdistysten, työväen ja kansanopistojen, seurakunnan ja palvelukeskusten toimintaan; sen sijaan kyläyhdistysten osalta osallistumisessa ei ole sukupuolen mukaista eroa. Eläkeläisyhdistysten, potilasyhdistysten, seurakunnan ja palvelukeskusten toimintaan osallistuvia on eniten vanhimmassa ikäryhmässä.

Yhdistykset ja järjestöt ovat tärkeitä ikääntyville ihmisille, niin myös kesämökki oman toiminnan tai olemisen tilana. Kesämökki tai vastaava vapaa-ajan asunto on käytössä joka toisella vastaajalla, vanhimmilla naisilla hieman muita harvemmin (taulukko 99). Mökillä vietettyjen päivien määrä kasvaa eläkkeelle siirryttäessä ja miehillä se pysyy korkealla vanhimmassakin ikäryhmässä (taulukko 100). Kesämökki on tärkeä asia nopeasti kaupungistuneessa ja modernisoituneessa maassa, sillä se muodostaa eräänlaisen sillan siihen, millaista oli ennen. Vanhimmille miehille se on erityisen tärkeä esimerkiksi näyttämönä, jossa voi toteuttaa mielitekojaan (taulukko 101).

Kaiken kaikkiaan tekemistä riittää, ja useimmiten se koetaan ilmeisesti myös mielekkääksi. Väittämään ”minulla ei ole tarpeeksi mielekästä tekemistä” reagoi nimittäin viisi kuudesta vastaajasta kieltävästi. Täysin tätä mieltä olevia on vain vajaa neljä prosenttia. Osittain tätä mieltä olevia on kuitenkin melkoisesti, etenkin vanhemmissa ikäryhmissä. Miesten keskuudessa heitä on eniten (20 %) keskimmaisessä, vasta eläkkeelle jääneessä ikäryhmässä (taulukko 129). Tämä sopii hyvin yhteen sen kanssa, että miesten elämän tiedetään olevan työkeskeisempää kuin naisten. Eläkkeelle jäätyään miehillä on suurempi riski pudota eräänlaiseen roolityhjiöön, kun työroolin tilalle ei löydy muita mielekkäitä rooleja. Osallistuminen IKEA:n ostosretkelle vaimon kanssa ei tätä mielekkyydevajetta täytä.

6 SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUT

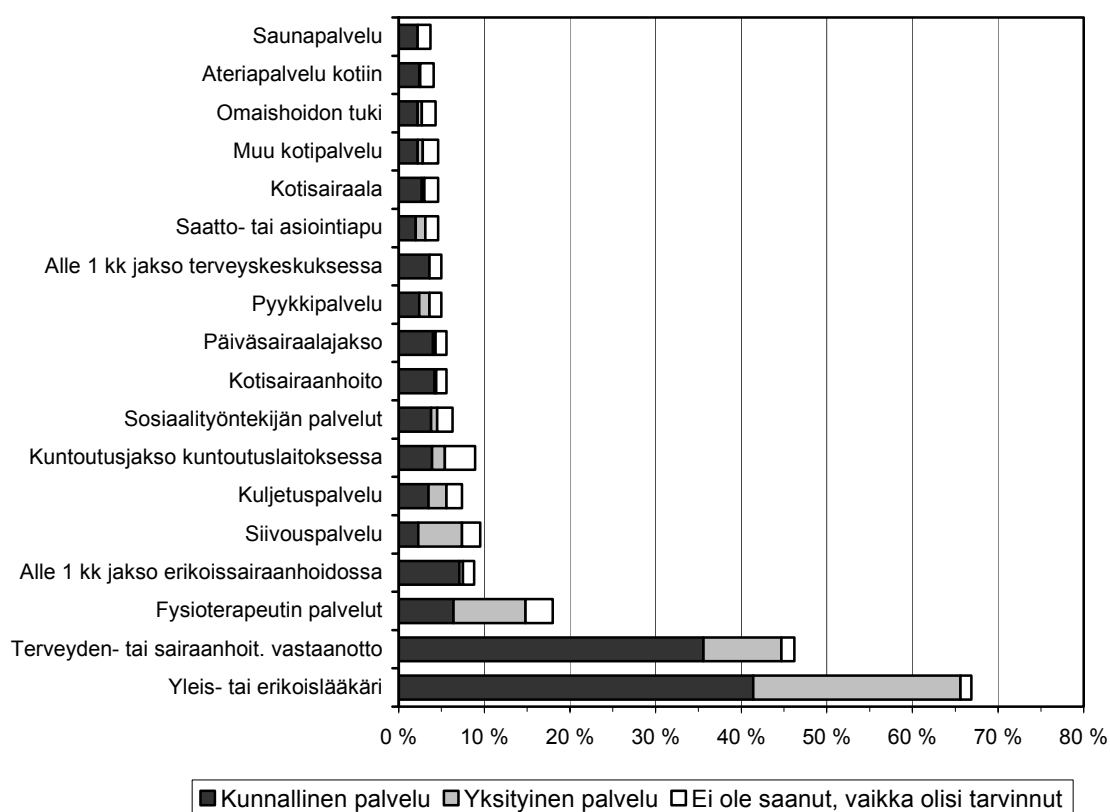
6.1 Palvelujen käyttö

- Fysioterapia, lyhytaikaishoito erikoissairaanhoidossa ja siivouspalvelut ovat yleisimmin käytettyjä palveluja lääkärin ja terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanoton ohella.
- Iän karttuessa varsinkin siivous- ja kuljetuspalveluja käyttäneiden osuus kasvaa. Siivouspalvelujen lisääntynyt käyttö suuntautuu yksityiselle sektorille. Tämä kertonee siitä, että kunnallista palvelua on vaikea saada.

Taulukoissa 292–311 kuvataan eräiden kunnallisten tai yksityisten sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä viimeisen vuoden aikana. Niiden keskeinen sanoma on koottu kuvioon 20. Kaksi kolmasosaa vastaajista on käyttänyt yleis- tai erikoislääkärin palveluja, ja lähes joka toinen on käynyt terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla. Seuraavaksi eniten mainintoja saa fysioterapia (15 %). Kohtalaisen yleisiä (n. 7,5 %) ovat myös lyhytaikaisjakso erikoissairaanhoidossa ja siivouspalvelut. Sitä vastoin muiden palvelujen käyttö on jo melko harvinaista, noin 3–5 prosentin luokkaa.

Yksityisen sektorin osuus on merkittävä lähinnä kolmen palvelun kohdalla: siivous-, fysioterapia- ja lääkäripalveluissa. Kaksi kolmasosaa siivouspalveluja käyttäneistä ilmoittaa hankkineensa niitä pääosin yksityiseltä puolelta. Fysioterapiassa tilanne on samansuuntainen. Lääkärin palveluissakin noin kolmasosa käytöstä on suuntautunut yksityiselle sektorille.

Iän karttuessa kotona selviytymistä tukevien palvelujen, varsinkin siivous- ja kuljetuspalvelujen tarve, lisääntyy. Siivouspalveluja on hankkinut 18 prosenttia ja kuljetuspalveluja 12 prosenttia vanhimpaan ikäryhmään kuuluvista (taulukot 292 ja 294). Siivouspalveluissa lisääntynyt käyttö suuntautuu lähes kokonaisuudessaan yksityiselle puolelle. Tämä kertonee siitä, että kunnallisia siivouspalveluja on vaikea saada. Sen sijaan lääkäripalveluissa ja terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanottokäynneissä tilanne on päinvastainen: iän myötä yksityisten palvelujen käyttö vähenee ja kunnallisten palvelujen käyttö lisääntyy.



Kuvio 20. Muutamien sosiaali- ja terveysten palvelujen käyttö viimeisen vuoden (12 kk) aikana.

Naiset ovat turvautuneet yksityisiin palveluihin miehiä useammin (ks. myös taulukko 312). Sen sijaan kunnallisten palvelujen käytössä miesten ja naisten välillä ei ole merkittäviä eroja.

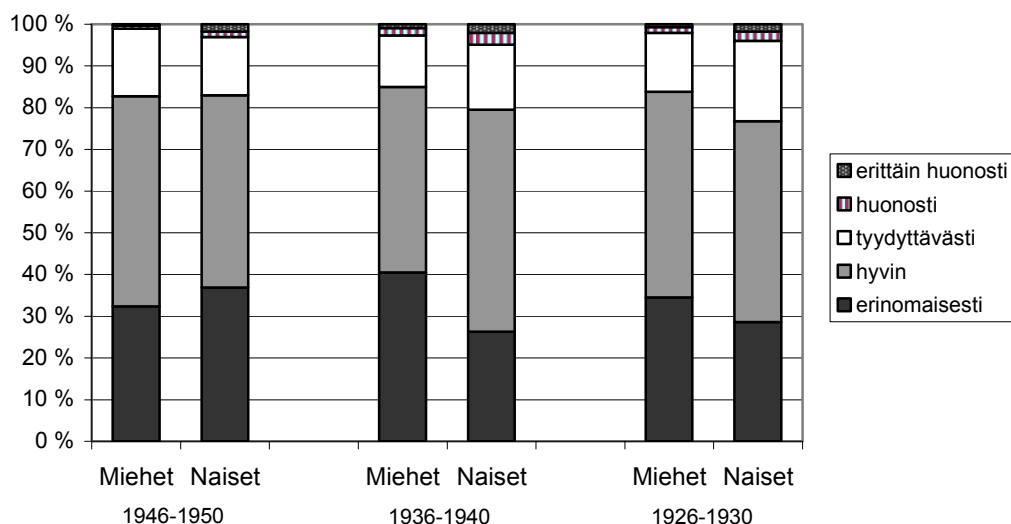
Tyydyttämätön palvelutarve on taulukoissa 292–311 tarkasteltujen kysymysten valossa varsin vähäistä. Jonkin verran muista palveluista erottuvat vain kuntoutusjakso kuntoutuslaitoksissa ja fysioterapeutin palvelut. Noin 3–3,5 prosenttia vastaajista katsoo, että he eivät ole saaneet näitä palveluja vaikka olisivat niitä tarvinneet. Kuntoutuslaitosjaksoa kaipaavat erityisesti 75–79 -vuotiaat miehet.

6.2 Terveyspalvelujen käyttöä koskevat kokemukset

- Runsas puolet saa tarvitsemansa vastaanottoajan kolmen vuorokauden sisällä.
- 82 prosenttia katsoo viimeisen terveystarkastuksensa sujuneen hyvin. 3 prosenttia taas katsoo sen sujuneen huonosti.
- 81 prosenttia pitää luotettavaa ja turvallista hoitoa erittäin tärkeänä.

Lääkärin vastaanotolle on samana päivänä päässyt neljännes vastaajista ja kolmen päivän aikana runsas puolet. Miehet ovat saaneet vastaanottoaikansa hieman naisia nopeammin, mutta erot eivät ole suuret. Ikäryhmäerot sukupuolten sisällä ovat sen sijaan huomattavia: vuosina 1946–1950 syntyneistä joka kolmas on päässyt vastaanotolle samana päivänä, mutta vanhemmista ikäryhmistä enää joka viides. (Taulukko 341.)

Viimeisin terveystarkastus on sujunut niin miesten kuin naistenkin mielestä yleensä joko erinomaisesti tai hyvin (kuvio 21 ja taulukko 342). Vain 3 prosenttia vastaajista katsoo käynnin sujuneen huonosti. Miehet ovat hieman naisia tyytyväisempiä käyntinsä. Ikäryhmien välillä ei sen sijaan ole selkeitä eroja.



Kuvio 21. Miten viimeisin käynti terveystieteessä on sujunut. Vastaukset ikäryhmän ja sukupuolen mukaan.

Lähes kaikki vastaajat pitävät tärkeänä sitä, että hoitava lääkäri on alansa erikoislääkäri. Naisille tämä on tärkeämpää kuin miehille. Vielä tärkeämpänä vastaajat kuitenkin pitävät sitä, että lääkärillä on ”aikaa keskustella”. Naisista 72 prosenttia ja miehistäkin 58 prosenttia katsoo keskusteluaajan riittävyuden olevan erittäin tärkeää. Myös samana pysyvää lääkäriä ja kaikkien palveluiden saatavuutta saman katon alta arvostetaan. 71 prosenttia naisista ja 54 prosenttia miehistä pitää samana pysyvää lääkäriä erittäin tärkeänä. Nuorimpia miehiä lukuun ottamatta – he eivät yhtä usein arvosta saman lääkärin luona asioimista – ikäryhmien erot ovat pieniä. 58 prosenttia naisista ja 45 prosenttia miehistä pitää erittäin tärkeänä sitä, että ”kaikki palvelut voi saada yhdestä paikasta”. Tämä laatuominaisuus on tärkeä erityisesti ikääntyneille vastaajille. (Taulukot 343–346.)

Erityisesti naiset, mutta myös miehet arvostavat suuresti hoitohenkilökunnan ystävällisyyttä. Erittäin tärkeänä tätä pitää 71 prosenttia naisista ja 56 prosenttia miehistä. Tässäkin nuorimman ikäryhmän miehet poikkeavat muista: he ilmaisevat pitävänsä muita harvemmin ystävällisyyttä erittäin tärkeänä. Ystävällisyyttäkin tärkeämpänä pidetään luotettavaa ja turvallista hoitoa. Naisista 87 prosenttia ja miehistä 74 prosenttia pitää tätä laatuominaisuutta erittäin tärkeänä, ja kaikille muillekin se on melko tärkeä. (Taulukko 347.)

Yleisesti ottaen Päijät-Hämeen ikääntyneet antavat positiivisen kuvan saamistaan palveluista. Tähän liittyy se, että he katsovat saavansa hyvin vastaanottoaikoja, odottavat saavansa erikoislääkärin palveluita ja saavatkin niitä sekä ovat saamaansa kohteluun tyytyväisiä. Tulokset herättävät myös kysymyksiä. Miesten ilmoitusten mukaan he saavat palveluita jossain määrin naisia nopeammin. Onko tässä kysymys miesten suosimisesta vai siitä, että heidän ongelmansa ovat akuutimpia? Entä palvellaanko miehiä naisia paremmin? Näinkin voisi jossain määrin ajatella vastausten perusteella. Toinen mahdollinen selitys on, että miehet tyytyvät naisia vähempään.

Lähes kaikissa ikäryhmissä miehet ja naiset antavat kotikunnalleen tyydyttävän (7–7,1) kouluarvosanan siitä tavasta, jolla heidän ikäistensä sosiaali- ja terveyspalvelut on järjestetty. Poikkeuksen tekevät vain vanhimman ikäryhmän naiset, joiden antamien arvosanojen keskiarvo jää vain 6,5:een. Kun otetaan huomioon vanhojen naisten lisääntynyt selviytymistään koskeva huoli (Sulander ym. 2006), on tulos otettava vakavasti.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Viime vuosina on alettu yhä enemmän painottaa tiedolla johtamista ja hyvinvointiosaimista. Ikihyvän osatutkimuksissa kerätään sellaista tietoa, jota kuntien eri sektorit ja päätöksentekijät tarvitsevat strategioita ja toimintasuunnitelmia varten. Tällaisen tietomäärän kerääminen alueellisesti on ollut järkevää, sillä kuntakohtaiseen tiedonkeruuseen ei ainakaan pienimmillä kunnilla ole mahdollisuuksia. Tässä raportissa on kuvattu vuoden 2005 seurannan ensimmäiset tulokset. Raportin yksi tärkeimpiä tavoitteita on tarjota ajankohtaista tietoa kuntapäätäjille yli 55-vuotiaiden päijäthämäläisten terveydestä ja hyvinvoinnista.

Ikihyvä Päijät-Häme -seurantatutkimuksen monipuoliset kysymykset ja mittaukset auttavat ymmärtämään vanhenemista fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen terveyden ja hyvinvoinnin kautta. Tutkituista ikäryhmistä kaksi nuorinta on vielä alle 70-vuotiaita ja keskimäärin terveitä, vireitä ja toimeliaita. Joillakin miehillä tuntuu olevan vaikeuksia löytää mielekästä tekemistä työuran loppumisen jälkeen, mutta pääsääntöisesti ongelmia on vain vähän. Fyysinen aktiivisuus on hyvää suomalaista tasoa, eivätkä päijäthämäläiset ole sen lihavampia kuin muuallakaan Suomessa. Yksi selkeä haaste on nuorimmassa miesten ikäryhmässä esiintyvä humalahakuinen juominen.

Vanhimmassa ikäryhmässä (75–79 -vuotiaat) ikääntymisen vaikutukset alkavat näkyä: tehtävistä selviytyminen on vaikeampaa, koettu fyysinen hyvinvointi heikompi, kipuja enemmän ja tarmokkuus vähäisempää kuin nuoremmilla. Nuorimmassa ikäryhmässä naiset arvioivat terveytensä hyväksi miehiä useammin, mutta vanhimmassa ikäryhmässä tilanne on päinvastainen. Tämä johtuu ainakin osittain huonokuntoisten ja sairaiden miesten ennenaikaisista kuolemista – vanhimpaan ikäryhmään jää tavallista enemmän terveitä ”tervaskantoja”.

Vanhimmassa ikäryhmässä joka kymmenennen fyysinen toimintakyky on huono ja joka neljännellä naisella on vaikeuksia liikkua kodissaan. Niinpä tämän ikäryhmän naisten avun tarve etenkin raskaissa kotitöissä on lisääntynyt selvästi kolmessa vuodessa. Julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin kautta saatava apu on harvinaista verrattuna lapsilta ja ystäviltä saatavaan apuun. Onneksi täydellinen yksinäisyys on harvinaista, mutta vanhimmassa ikäryhmässä on kuitenkin eniten niitä, jotka ovat harvoin

tekemisissä muiden ihmisten kanssa. Heille esimerkiksi kunnallisen avun järjestäminen on erittäin tärkeää.

Fyysisistä vaikeuksista huolimatta psyykkinen hyvinvointi ja sosiaalinen toimeliaisuus näyttävät säilyvän hyvinä vanhimmallakin ikäryhmällä. Vanhimmissa miehissä on kuitenkin melkoisesti niitä, joiden mielestä oma elämä on muuttunut pitkävetoiseksi. Nämä tulokset puhuvat sen puolesta, että iäkkäille on tärkeää järjestää monipuolista tekemistä. Henkinen aktivointi on todennäköisesti edellytys myös fyysiselle toimeliaisuudelle, mikä taas auttaa toimintakyvyn säilyttämisessä. Parhaimmillaan mielekkäässä tekemisessä yhdistyvät fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen terveyden edistäminen.

Taloudellinen hyvinvointi on yksi tärkeimmistä terveyden ja terveyskäyttäytymisen rakenteellisista edellytyksistä. Vuonna 2005 kysyttiin aikaisempaa tarkemmin tulotasosta ja itse koetusta taloudellisesta tilanteesta. Tuloerot sekä eri ikäryhmien että miesten ja naisten välillä ovat varsin suuret. Suurituloisimpia ovat nuorimman ikäryhmän miehet, pienituloisimpia taas vanhimman ikäryhmän naiset. Enemmistö tutkittavista pitää itseään vähintään keskituloisena ja katsoo rahojen riittävän melko hyvin päivittäisiin menoihin. Pienituloiseksi itsensä luokittelevien osuus on kuitenkin kasvanut lähes 10 prosenttiyksikköä vuoden 2002 kyselyn jälkeen. Joka kolmas on rahojen riittävydestä ainakin hieman epävarma.

Suurten ikäluokkien siirtyessä eläkkeelle on paljon puhuttu kulutuskykyisistä senioreista. Tämän puheen rinnalla on kuitenkin muistettava, että etenkin iäkkäiden naisten joukossa on monia, joilla on vaikeuksia selviytyä taloudellisesti. Eläkejärjestelmän ja verotuksen muuttaminen on valtionhallinnon tehtävä. Kunta voi kuitenkin omissa ratkaisuissaan huolehtia pienituloisten eläkeläisten hyvinvoinnista varmistamalla muun muassa liikkumis- ja harrastamismahdollisuuksien säilymisen edullisina tai jopa maksuttomina.

Tutkimukseen osallistuneet pitävät terveyspalveluissa tärkeimpänä luotettavaa ja turvallista hoitoa. Tärkeänä pidetään myös sitä, että lääkäriellä on aikaa keskustella ja hoitohenkilöstö on ystävällistä, sekä asiointia aina samalla lääkäriellä. Vastaajat ovat pääosin tyytyväisiä terveyskeskuskäyntien sujuvuuteen. Enemmistö heistä on saanut vastaanottoajan kolmen vuorokauden sisällä. Kaikesta huolimatta oman kunnan sosiaali- ja terveyspalveluille annetaan korkeintaan tyydyttävä arvosana.

KIRJALLISUUS

- Aalto, A-M., Aro, AR. & Teperi, J. 1999. RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina. Mittarin luotettavuus ja suomalaiset väestöarvot. Stakes. Tutkimuksia 101. Helsinki.
- Aromaa, A. , Heliövaara, M., Impivaara, O., ym. 1989. Terveys, toimintakyky ja hoidontarve Suomessa. Kansaneläkelaitos. Helsinki.
- Fogelholm, M. 2007. Liikunta ja fyysinen aktiivisuus. Teoksessa Prättälä, R. & Paalanen, L. (toim.) Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 2/2007. Helsinki.
- Fogelholm, M., Paronen, O. & Miettinen, M. 2007. Liikunta – hyvinvointipoliittinen mahdollisuus. Suomalaisen terveystuotteen tila ja kehittyminen 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:1. Helsinki.
- Hays, RD., Sherbourne, CD. & Mazel, RM. 1993. The RAND 36-Item Health Survey 1.0. Health Economics 2, 217–227.
- Heliövaara M, Rissanen A. 2007. Lihavuus ja painonhallinta. kirjassa: Prättälä R, Paalanen L. (toim.). Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B2/2007. Helsinki, 53–60.
- Hämäläinen HP, Suni JH, Pasanen ME, Malmberg JJ, Miilunpalo SI. 2006. Predictive value of health-related fitness tests for self-reported mobility difficulties among high-functioning elderly men and women. Aging Clin Exp Res. 18 (3):218–226.
- Karisto, A. & Konttinen, R. 2004. Kotiruokaa, kotikatua, kaukomatkailua. Tutkimus ikääntyvien elämäntyyleistä. Helsinki: Palmenia-kustannus.
- Lahti-Koski M. 2001. Secular trends in body mass index by birth cohort in Eastern Finland from 1972 to 1997. International Journal of Obesity 25, 727–761.
- Paronen, O., Fogelholm, M. & Luoto, R. 2006. Tamperealaisen aikuisväestön terveys ja hyvinvointi 2007. Tampereen terveys- ja sosiaalikeskustelun päätulokset. Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoimi. Julkaisuja 1/2006. Tampere.
- Piccinelli, M., & Simon, G. 1997. Gender and cross-cultural differences in somatic symptoms associated with emotional distress. An international study in primary care. Psychological Medicine 27, 433–444.
- Seitsamo, J. 2007. Retirement Transition and Well-being. A 16-year Longitudinal Study. Doctoral dissertation. Department of Social Policy. University of Helsinki and Finnish Institute of Occupational Health. Helsinki.

Sulander, T., Helakorpi, S., Nissinen, A. & Uutela, A. 2006. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2005 ja niiden muutokset 1993–2005. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 1/2006. Helsinki.

Tilastokeskus 2007. Tulonjakotilasto 2005. Helsinki.

Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG, Valle TT, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, Keinänen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Rastas M, Salminen V, Uusitupa M. 2001. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *New England Journal of Medicine* 344, 1343–1350.

Uutela, A. & Aro, AR. 1993. Koettu ja havaittu elämänlaatu. Toisiaan täydentävät näkökulmat. *Duodecim* 109, 1507–1511.

WHO (World Health Organization) 1947. The chronicle of the WHO. Vol. 1. Geneva.