

# PÄIJÄT-HÄMEEN SAIRAANHOITOPPIIRIN JULKAISUSARJA

## TIIVISTELMÄ

**Tekijät:** Valve Raisa, Absetz Pilvikki, Fogelholm Mikael, Karisto Antti, Katajamäki Erja, Nissinen Aulikki, Talja Martti, Uutela Antti

**Julkaisun nimi:** Ikihyvä Päijät-Häme –tutkimus, perusraportti 2002

### Tiivistelmä

Ikihyvä Päijät-Häme on tutkimus- ja kehittämishanke, jonka tavoitteena on Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin ikääntyvän väestön terveyden ja omatoimisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen selviytymisen edistäminen. Hanke koostuu kymmenen vuoden seurantatutkimuksesta ja sen ympärille rakentuvista kehittämistoimenpiteistä. Hankkeen toteutuksesta vastaavat Helsingin yliopiston Tutkimus- ja koulutuskeskus Palmenia ja sosiaalipolitiikan laitos, Kansanterveyslaitos, UKK-instituutti, Lahden ammattikorkeakoulun Sosiaali- ja terveystieteiden laitos sekä Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri ja sen 14 kuntaa.

Seurantatutkimukseen kutsuttiin yhteensä 4272 satunnaisesti valittua vuosina 1946-50, 1936-40 ja 1926-30 –syntyneitä Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiriin asukasta. Kutsutuista 66% (2815 henkeä) osallistui tutkimukseen vuonna 2002. He täyttivät kaksi mittavaa kyselylomaketta ja osallistuivat terveystarkastukseen (mitattiin paino, pituus, vyötärön ympärysmitta ja verenpaine) ja verikokeisiin (lipidit, glukoosi ja insuliini).

Ikihyvä –kyselyjen mukaan ikääntyvillä päijäthämäläisillä itsearvioitu toimintakyky on koko maan vertailuaineistoa huonompi. Kuitenkin liikuntaa harrastetaan jonkin verran enemmän kuin koko maassa, erityisesti arki- ja hyötyliikuntaa. Lihavuus on yleistä alueella. Joka viides miehistä ja nuorimman ikäryhmän naisista on lihava. Kahdessa vanhimmassa ikäryhmässä joka kolmas naisista on lihava. Kolesterolin-, glukoosin- ja verenpaine- arvot ovat korkeat kaikissa ikäryhmissä. Lihavuuden myötä mm. verenpainetauti ja diabetes yleistyvät. Koettu terveys heikkenee ikääntymisen myötä ja vaikuttaa hieman huonommalta kuin koko maassa erityisesti vanhimmassa ikäryhmässä.

Tässä raportissa esitetään Ikihyvä Päijät-Häme -seurantatutkimuksen ensimmäisen vaiheen perustulokset vuodelta 2002. Koettuun terveyteen, toimintakykyyn, lihavuuteen, terveystietoisuuteen, sosiaalisiin verkostoihin liittyviä asioita kuvataan aluksi hieman tarkemmin. Sen jälkeen kaikista kyselyjen teema-alueista on nostettu esiin joitakin kiinnostavia havaintoja.

**Avainsanat** ikääntyminen, terveys, hyvinvointi, toimintakyky, sosiaaliset verkostot, avuntarve, seurantatutkimus

### Sarjan nimi ja numero

Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin julkaisuja

**ISBN**

**ISSN**

**Kokonaissivumäärä**

**Jakaja**

Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri

**Kustantaja**

Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri

## ESIPUHE

Ikähyvä-Päijät Häme on tutkimus- ja kehittämishanke, jonka tavoitteena on Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin ikääntyvän väestön terveyden ja omatoimisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen selviytymisen edistämisen. Hanke koostuu kymmenen vuoden seuranta tutkimuksesta ja sen ympärille rakentuvista kehittämistoimenpiteistä. Hankkeen toteutuksesta vastaavat Helsingin yliopiston tutkimus- ja koulutuskeskus Palmenia ja sosiaalipolitiikan laitos, Kansanterveyslaitos, UKK-instituutti, Lahden ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden laitos sekä Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri.

Ikääntyvän väestön hyvinvoinnin edistämiseksi varsinaisina toimijoina ovat sairaanhoitopiirin 14 kunnan eri sektorit, kuntien päättäjät ja luottamushenkilöt sekä erilaiset järjestöt, seurakunnat ja yritykset. Hankkeen toteuttajat tarjoavat tietoa ja konsultaatioapua päätöksenteon ja kehittämisen tueksi. Tämä Ikähyvä Päijät-Hämeen vuoden 2002 peruseräraportti on yksi esimerkki kuntien käytettävissä olevasta tiedosta. Raportissa esitetään seuranta tutkimuksen ensimmäisen vaiheen perustulokset. Koettuun terveyteen, toimintakykyyn, lihavuuteen, terveyskäyttäytymiseen ja sosiaalisiin verkostoihin liittyviä tuloksia kuvataan ja pohditaan aluksi tarkemmin. Tämän jälkeen kaikista kyselyyn osista on nostettu esille joitakin tärkeimpiä havaintoja. Liitteenä ovat Ikähyvän kyselyjen vastaukset prosentuaalisina jakaumataulukkoina sukupuolen ja ikäryhmän mukaan jaoteltuna.

Raportin kokoamisesta on päävastuun kantanut erikoistutkija, FT Raisa Valve (HY/Palmenia). Aktiivisina kirjoittajina ovat lisäksi toimineet erikoistutkija, PsT Pilvikki Absetz (KTL) ja johtaja, dosentti Mikael Fogelholm (UKK-instituutti). Yksikönpäällikkö, dosentti Antti Uutela (KTL), professori Antti Karisto, koulutusjohtaja, KL Erja Katajamäki, professori Aulikki Nissinen ja ylilääkäri dosentti Martti Talja (PHSHP) ovat lisäksi olleet mukana huomattavalla panoksella mukana raportin perustana olleiden kyselylomakkeiden suunnittelussa. Tekijät kiittävät lisäksi erikoistutkija, FT Arja R. Aroa, toimistosihteerä Tiina Eveä, tutkija, VTM Heikki Heinosta, lääkäri Markku Kiviluotoa, projektitutkija, YTM Riikka Konttista, tutkija VTM Olli Nummelaa, suunnittelija Arto Ristolaa, yksikön johtaja ja VT Marjaana Seppästä ja Lahden ammattikorkeakoulun Sosiaali- ja terveystieteiden laitoksen vastuuopettajia arvokkaista kommentista tutkimuksen ja sen aineistonkeruun suunnittelussa ja toteuttamisessa.

Tutkimuksen aineiston keruussa keskeinen panos on ollut Lahden ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden laitoksen opiskelijoilla sekä Päijät-Hämeen keskussairaalan ja Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntien terveyskeskusten laboratoriohenkilökunnalla. Erityiskiitos kuuluu niille 2815:lle päijät-hämäläiselle, jotka antoivat aikaansa osallistukseen tähän tutkimukseen.

Lahdessa

Tekijät

## **SISÄLLYS**

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>5</b>
<b>2 IKIHYVÄ PÄIJÄT-HÄME -TUTKIMUKSEN TAVOITTEET</b>	<b>6</b>
<b>3 AINEISTO JA MENETELMÄT</b>	<b>8</b>
3.1 Aineiston keruu	8
3.2 Tutkimuksen eettiset näkökohdat	9
3.3 Osallistuminen	10
3.4 Tulosten esittäminen	11
<b>4 NÄIN VOI IKÄÄNTYVÄ PÄIJÄT-HÄME VUONNA 2002</b>	<b>12</b>
4.1 Koettu terveys ja toimintakyky, <i>Mikael Fogelholm</i>	12
4.2 Lihavuus ja aineenvaihduntasairaudet, <i>Mikael Fogelholm ja Raisa Valve</i>	15
4.3 Terveyskäyttäytyminen ja sen muuttaminen, <i>Mikael Fogelholm</i>	17
4.4 Mieliä, optimistinen suhtautuminen tulevaisuuteen ja sosiaaliset verkostot, <i>Pilvikki Absetz ja Raisa Valve</i>	21
4.4.1 Mieliä	21
4.4.2 Optimismi	22
4.4.3 Sosiaalinen tuki ja sosiaaliset verkostot	24
4.4.4 Tulosten tarkastelua	26
<b>5 POIMINTOJA IKIHYVÄ PÄIJÄT-HÄME -TUTKIMUKSEN VUODEN 2002 TULOKSISTA</b>	<b>28</b>
5.1 Taustamuuttajat	29
5.2 Asuminen	29
5.3 Lapsuuden elinolot	30
5.4 Terveys	30
5.5 Ruokatottumukset	33
5.6 Alkoholinkäyttö ja tupakointi	34
5.7 Liikunta	34
5.8 Palvelujen käyttö	35
5.9 Sosiaaliset verkostot, avuntarve ja muiden auttaminen	37
5.10 Vapaa-aika	38
5.11 Elämän ilot ja surut	39
5.12 Ikääntymisen kokeminen ja turvattomuus	39
5.13 Tulevaisuus	41

<b>6 JOHTOPÄÄTÖKSET</b>	<b>41</b>
<b>Lähdeluettelo</b>	<b>44</b>
<b>LIITTEET</b>	<b>49</b>
Liite 1. Seurantatutkimukseen osallistuneiden suostumuslomake 2002	
Liite 2. Kyselylomakkeet 2 kpl	
Liite 3. Taulukot	

## 1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen STAKES:in selvityksen perusteella Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirissä (PHSHP) kuolleisuus oli ollut vuosina 1990-1995 jonkin verran suurempi kuin maassa keskimäärin. Vuonna 1998 PHSHP käynnisti tarkemman tutkimuksen alueen kuolleisuudesta, sairastavuudesta ja sosioekonomisesta tilanteesta (Blom-Lange 1999). Vertailut tehtiin koko maahan sekä erikseen suomen suurimpiin kaupunkeihin. Ikä- ja sukupuolivakioitu alle 75-vuotiaiden kuolleisuus PHSHP:ssä oli 6 %, Lahdessa 8 % koko maata korkeampi. Ns. estettävissä oleva kuolleisuus oli PHSHP:ssä 4 % ja Lahdessa 12 % koko maata korkeampi. Tärkeimmät ylikuolleisuutta aiheuttavat syyt olivat hermoston sairaudet, verenkierron sairaudet (pl. iskeeminen sydäntauti), epämuodostumat, alkoholisytyt, eräät syöpäsairaudet sekä itsemurhat.

Suomessa syntyvyys oli 2. maailmansodan jälkeen poikkeuksellisen korkea. Tuolloin syntyneet ns. suuret ikäluokat ovat vuosien 2000 ja 2010 välissä tulossa eläkeikään. Tämä näkyy väestön ikärakenteessa siten, että työikäisten (15-64 –vuotiaat) määrä alkaa vuoden 2010 jälkeen voimakkaasti pienentyä (Vanhuuspolitiikka 1999). Vastaavasti yli 75-vuotiaiden määrä kasvaa hitaasti vuoteen 2010 ja kiihtyen sen jälkeen. Juuri eläkeelle siirtyneiden (65-74 –vuotiaat) määrä kasvaa voimakkaasti vuoteen 2020, mutta alkaa sen jälkeen hitaammin pienentyä. Verrattuna muihin EU-maihin on ikääntyminen Suomessa kaikkein nopeinta.

Päijät-Hämeessä v. 1996 oli 50-64 –vuotiaiden osuus 18 % ja sitä vanhempien 17 % väestöstä. Koko maan vastaavat keskiarvot olivat 17 ja 14 %. Ikääntyneen väestön osuus on siis jo nyt Päijät-Hämeessä koko maata korkeampi, eikä tilanne tule lähivuosina muuttumaan. Väestön ikääntyessä terveystalouden tarve ja kuntien sosiaali- ja terveystoimeen kohdistuvat kustannusrasitukset suurenevät. PHSHP:n arvion mukaan pelkästään ikärakenteen muutoksen johdosta Päijät-Hämeessä tarvittaisiin 572 laitospaikkaa vuoteen 2010 mennessä. Tämä olisi alueen sosiaali- ja terveystoimien voimavarojen suuntaamisen kannalta erittäin vaikeasti hallittava kehitys.

Ikääntymiseen liittyy yksilön kannalta sekä myönteisiä että kielteisiä asioita. Myönteisiin asioihin kuuluu iän myötä vahvistunut sosiaalinen selviytyminen sekä vapaus tehdä itselle tärkeitä asioita ilman työpaineita. Fyysisen ja vähitellen myös psyykkisen toimintakyvyn heikkeneminen asettaa kuitenkin selviytymiselle rajoituksia, jotka myös yhteiskunnallisesti voivat tulla kalliiksi. Tärkeää nykyaikaiselle ikääntymispolitiikalle olisikin ikääntymiseen liittyvien voimavarojen painottaminen ennemmin kuin menetysten, rajoitusten ja vaikeuksien korostaminen (Vanhuuspolitiikka 1999).

Päijät-Häme tarjoaa koko Suomea koskevasta ikääntymiskysymyksestä mielenkiintoisen tutkimusalueen, sillä alueen korkeiden sairastavuus- ja kuolleisuuslukujen voi olettaa jopa kärjistyvän ilman ulkopuolisia toimenpiteitä. Erityisen tärkeää on tunnistaa itsenäiseen selviytymiseen, hyvinvointiin ja toimintakykyisyyteen liittyvät asiat sekä käytännössä tukea näitä. Tällaisilla tiedoilla on tärkeä ennakoitimerkitys paitsi PHSHP:n ja alueen kuntien, myös koko Suomen terveystieteiden kannalta. Lisäksi tutkimustieto sinänsä auttaa ymmärtämään ikääntymisen, sosiaalisten taustatekijöiden, terveystietäytymisen ja elinympäristön yhteisvaikutuksia yksilön terveyteen ja hyvinvointiin, mikä lisää aiheen kansainvälistä merkitystä.

## **2 IKIHYVÄ PÄIJÄT-HÄME -TUTKIMUKSEN TAVOITTEET**

Ikihyvä Päijät-Häme on tutkimus- ja kehittämishanke, jonka tavoitteena on parantaa sairaanhoitopiirin kuntien valmiuksia väestön ikääntymisen suhteen. Yksilön näkökulmasta hankkeen tavoitteena on terveyden ja omatoimisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen selviytymisen edistäminen. Hankkeen toteutuksesta vastaavat Helsingin yliopiston Tutkimus- ja koulutuskeskus Palmenia ja sosiaalipolitiikan laitos, Kansanterveyslaitos, UKK-instituutti, Lahden ammattikorkeakoulun Sosiaali- ja terveystieteiden laitos, Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri ja sen 14 kuntaa (Artjärvi, Asikkala, Hartola, Heinola, Hollola, Hämeenkoski, Iitti, Kärkölä, Lahti, Nastola, Orimattila, Padasjoki, Pukkila ja Sysmä).

Hankkeen toteuttaminen perustuu tieteelliseen tutkimukseen, kehittämishankkeisiin ja muuhun kuntien kanssa tapahtuvan yhteistyöhön. Tässä peruseräraportissa kuvataan Ikihyvä Päijät-Häme hankkeen laajimman tutkimusprojektin, Ikihyvä-seurantatutkimuksen tutkimusasetelmaa, menetelmiä ja ensimmäisen vuoden tuloksia.

Ikihyvä-seurantatutkimuksen tavoitteena on:

1) Tutkia vanhenemista kymmenen vuoden aikana kolmessa ikäkohortissa. Tarkasteltavina muuttujina on mm. terveys, terveyskäyttäytyminen, psykososiaaliset tekijät, terveyspalvelujen käyttö sekä asenteet ja ajatukset vanhenemista kohtaan. Tutkimuksessa sekä kuvataan em. asioissa tapahtuvia muutoksia että analysoidaan eri tekijöiden ja niiden muutosten välisiä suhteita.

2) Tarjota perustietoa kuntakohtaisten ja kuntatyypikohtaisten hyvinvointiraporttien laatimiseksi.

3) Tarjota perus- ja seurantatietoa Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirissä suoritettaville kehittämishankkeille.

Alueellisen ikääntymispolitiikan ja muiden käytännön toimenpiteiden kannalta tutkimus nostaa esille selviytymistä ja hyvinvointia auttavia tekijöitä, joita mahdollisesti voidaan alueen hyvinvoinnin edistämiseksi tukea kuntapoliittisilla, koulutuksellisilla tai yritys-toimintaan liittyvillä ratkaisuilla. Vastaava merkitys on tutkimuksen tiedoilla, jotka koskevat hyvinvointipalvelujen käyttöä ja tarvetta. Tutkimuksen pitkäjänteisyys antaa mahdollisuuden myös seurata erilaisten toimenpiteiden välittömiä vaikutuksia. Lisäksi kehittämistoimenpiteet antavat erityistä tietoa terveydenedistämiseen painottuvien aktiivointiohjelmien merkityksistä alueella, jossa syrjäytymis- ja muut sosiaaliset ongelmat ovat keskimääräistä suuremmat.

### 3 AINEISTO JA MENETELMÄT

#### 3.1 Aineiston keruu

Seurantatutkimuksen kohderyhmänä ovat tutkimuksen alussa työelämän loppuvaiheessa olevat suurten ikäluokkien edustajat (syntyneet vuosina 1946-50, tutkimuksen alussa 52-56 –vuotiaita), juuri eläkkeelle siirtymässä olevat tai siirtyneet (syntyneet vuosina 1936-40, tutkimuksen alussa 62-66 –vuotiaita), ja jo pitempään eläkkeellä olleet (syntyneet vuosina 1926-30, tutkimuksen alussa 72-76 –vuotiaita).

Ikihyvän seurantatutkimuksen ensimmäiseen vaiheeseen helmikuussa 2002 kutsuttiin 4272 väestörekisteristä satunnaisesti valittua Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntien asukasta (taulukko 1). Jokaisesta ikäryhmästä kutsuttiin 1424 henkeä, joista puolet miehiä ja puolet naisia.

Taulukko 1. Ikihyvä Päijät-Häme -tutkimuksen kuntakohtaiset otoskoot.

Kunta	1946-50 synt. miehiä/naisia	1936-40 synt. miehiä/naisia	1926-30 synt. miehiä/naisia	Otoskoko
Artjärvi	17/17	17/17	17/17	102
Asikkala	28/28	28/28	28/28	168
Hartola	17/17	17/17	17/17	102
Heinola	69/69	69/69	69/69	414
Hollola	65/65	65/65	65/65	390
Hämeenkoski	17/17	17/17	17/17	102
Iitti	25/25	25/25	25/25	150
Kärkölä	17/17	17/17	17/17	102
Lahti	312/312	312/312	312/312	1872
Nastola	48/48	48/48	48/48	288
Orimattila	46/46	46/46	46/46	276
Padasjoki	17/17	17/17	17/17	102
Pukkila	17/17	17/17	17/17	102
Sysmä	17/17	17/17	17/17	102
<b>YHTEENSÄ</b>	<b>712/712</b>	<b>712/712</b>	<b>712/712</b>	<b>4272</b>

Tutkimukseen valitut saivat kutsun osallistua terveystarkastukseen ja laboratoriokokeisiin sekä ensimmäisen kyselyn täytettäväksi kotona. Terveystarkastukset toteutettiin kuntien osoittamissa tiloissa maaliskuuhun aikana. Terveystarkastuksissa mitattiin pituus, paino, vyötärönympäryys ja verenpaine sekä täytettiin toinen kysely. Lahden ammattikorkeakoulun Sosiaali- ja terveysalan laitoksen fysioterapeutti-, sairaanhoitaja- ja sosionomiopiskelijat suorittivat mittaukset ja avustivat kyselylomakkeiden täyttämässä. Laboratoriokokeet (lipidit, glukoosi, insuliini) otettiin maaliskuuhun aikana kuntien terveyskeskuksissa, poikkeuksena lahtelaiset, jotka kävivät verikokeissa Päijät-Hämeen keskussairaalan laboratoriossa. Ikihyvään liittyvät verinäytteet analysoitiin Päijät-Hämeen keskussairaalan laboratoriossa. Kyselylomakkeet tallennettiin ja peruseräraportin tulokset analysoitiin Helsingin yliopiston Tutkimus- ja koulutuskeskus Palmenia Lahdessa. Tutkittavat saivat henkilökohtaisen palautteen terveystarkastuksen ja verikokeiden tuloksista lokakuussa 2002. Seuraavan kerran samat ihmiset kutsutaan tutkimukseen vuonna 2005.

### 3.2 Tutkimuksen eettiset näkökohdat

Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta on antanut puoltavan lausunnon tutkimussuunnitelmaan (29.8.2001). Tutkittavien tietosuojaa varmistetaan henkilötietolain (523/1999) mukaisesti. Henkilörekisterin pitäjänä on Helsingin yliopiston Tutkimus- ja koulutuskeskus Palmenia Lahdessa. Kutsussaan osallistua tutkimukseen tutkittavat saivat kirjallista tietoa tutkimuksesta. Sen lisäksi heillä oli mahdollisuus saada suullista tietoa ennen tutkimukseen osallistumista puhelimitse ja varsinaisella tutkimuspaikalla. Tutkittavat allekirjoittivat kirjallisen suostumuksen osallistua tutkimukseen (liite 1). Tutkimuksessa kerätty tieto käsitellään luottamuksellisesti tutkijoilta ja terveydenhuoltohenkilökunnalta vaadittavaa salassapitovelvollisuutta sekä muita tietosuojasääntöksiä noudattaen. Jokaisesta Ikihyvän lääketieteellisestä osatutkimuksesta vaaditaan erillinen eettisen toimikunnan puoltava lausunto. Tutkittavien informointi osatutkimuksista käsitellään tutkimuskohtaisesti.

### 3.3 Osallistuminen

Kutsun saaneista kaikkiaan 2815 (66%) osallistui tutkimukseen. Kuntakohtaiset osallistuneiden osuudet on esitetty taulukossa 2. Tutkimukseen osallistui 63 % kutsutuista miehistä ja 69 % kutsutuista naisista. Korkeimmat osallistumisprosentit olivat 1936-40-syntyneillä naisilla ja miehillä. Alhaisin osallistumisprosentti oli miehillä nuorimmassa ikäryhmässä ja naisilla vanhimmassa ikäryhmässä. Kuntakohtaiset osallistumisprosentit vaihtelivat 54 %:n ja 80 %:n välillä. Verrattuna saman ikäisten osallistumiseen Eläkekäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys 2001 (EVTK) (Sulander ym. 2001), Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys 2002 (AVTK) (Helakorpi ym. 2002) tutkimuksiin ja Tampereen terveys- ja sosiaalikyselyyn 2002 (TTSK) (Paronen ja Kuusilinna 2002), Ikihyvän osallistumisaktiivisuus oli hieman alhaisempi erityisesti vanhimmassa ikäryhmässä. Tähän on voinut vaikuttaa se, että em. muut tutkimukset ovat sisältäneet ainoastaan postitse palautettavan kyselyn, kun taas Ikihyvään sisältyi kyselylomakkeiden lisäksi erilliset käynnit terveystarkastuksessa ja verikokeissa.

Taulukko 2. Ikihyvä Päijät-Häme –tutkimuksen vuoden 2002 osallistumisprosentit kunnittain eri ikäryhmissä sukupuolen mukaan.

Kunta	Miehet				Naiset				
	Ikäryhmä/syntymävuosi				Ikäryhmä/syntymävuosi				
	1946-50	1936-40	1926-30	kaikki	1946-50	1936-40	1926-30	kaikki	kaikki
Artjärvi	47	71	65	61	65	77	65	69	65
Asikkala	61	71	46	60	71	75	57	68	64
Hartola	65	59	65	63	88	77	82	82	73
Heinola	62	62	59	61	59	71	59	63	62
Hollola	66	75	52	65	75	74	75	75	70
Hämeenkoski	65	77	65	69	59	82	71	71	70
Iitti	36	60	48	48	60	56	64	60	54
Kärkölä	59	77	47	61	88	59	65	71	66
Lahti	54	70	71	62	65	74	60	66	64
Nastola	71	67	75	71	81	67	56	68	69
Orimattila	59	72	67	66	74	78	57	70	68
Padasjoki	53	88	59	67	88	88	71	82	75
Pukkila	65	88	82	78	77	88	77	80	80
Sysmä	71	77	77	75	88	82	88	86	80
Kunnat yhteensä	58	70	61	63	70	74	63	69	66

Ikihyvä Päijät-Häme -tutkimuksessa ikä- ja sukupuoliryhmittäin jaoteltuna osallistujia oli 413-524. Osallistujamäärät lähinnä vastaavissa ikäryhmissä olivat EVTK:ssa 241-243, AVTK:ssa 317-410 ja TTSK:ssä 120-159. Ikihyvän otoskoko näissä ikäryhmissä on siis selvästi suurempi kuin muissa vastaavissa hankkeissa.

### 3.4 Tulosten esittäminen

Tämä Ikihyvä Päijät-Häme 2002 -perusraportti esittää tulokset kahdella tavalla. Luvussa 4 on nostettu esille eräitä kiinnostavia havaintoja, joiden taustaa ja merkitystä on pohdittu hieman tarkemmin. Seurantatutkimuksen ensimmäisen vaiheen terveystarkastuksen ja laboratoriokokeiden tulokset on esitetty luvussa 4.2 (lihavuus ja aineenvaihduntasairaudet). Pohdinnassa tuloksia on pyritty rinnastamaan EVTK:n (2001), AVTK:n (2002) ja TTSK:n (2002) sekä jyvaskyläläiseen Ikivihreät (Laukkanen ym. 1999) tuloksiin, mikäli suinkin on ollut mahdollista. Näissä vertailuissa on kuitenkin oltava varovainen, sillä mm. ikäryhmät eivät aina ole täysin identtisiä. Lisäksi kysymysten sanallinen muotoilu voi jonkin verran poiketa toisistaan.

Luvussa 5 esitetään seurantatutkimuksen ensimmäisen vaiheen (vuosi 2002) kyselyistä poimittuja tietoja ikäryhmittäin, miehiltä ja naisilta erikseen. Poimitut tiedot esitetään kyselyissä esitettyjen kysymysten mukaisessa järjestyksessä kuitenkin niin, että kaikkia kysymyksiä ei ole kommentoitu. Lähes kaikista kysymyksistä on taulukot tekstiosan liitteenä. Avokysymysten vastauksista valmistuu erillinen raportti.

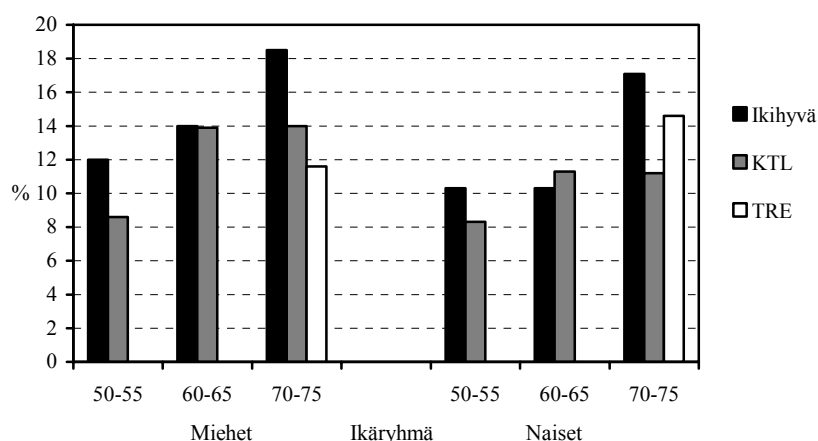
Taulukoissa esitetyt luvut ovat painotettuja prosenttilukuja tai keskiarvoja, jolloin tutkimusaineisto on saatu vastaamaan ikä-, sukupuoli-, ja kuntajakaumaltaan Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntien samanikäistä väestöä. Painokertoimilla on korjattu otanta-asetelmasta aiheutuva pienten kuntien yliedustus ja 52-56 -vuotiaiden aliedustus sekä kadon vaikutus.

## 4 NÄIN VOI IKÄÄNTYVÄ PÄIJÄT-HÄME VUONNA 2002

### 4.1 Koettu terveys ja toimintakyky, Mikael Fogelholm

Yksi ”hyvän vanhenemisen” määritelmistä sisältää toimintakyvyn säilymisen (tai vain vähäisen heikkenemisen), henkilökohtaisen tyytyväisyyden, aktiivisen osallistumisen erilaisiin toimintoihin ja säilyneen henkisen vireyden (Persson ym. 2001). Tässä tarkastelussa oma terveyden kokemus ja toimintakyky ovat keskeisessä asemassa. Toimintakyky sekä keskeisenä väestön ikääntymiseen liittyvänä muuttujana että kansallisena terveystoimintana näkyy myös Valtioneuvoston periaatepäätöksessä Terveys 2015 –kansanterveysohjelmasta (Sosiaali- ja terveysministeriö, julkaisuja 2001:4).

Koettu terveys on muuttuja, jota on käytetty useissa väestön terveyttä ja terveyteen liittyvää elämänlaatua kuvaavissa tutkimuksissa. Kysymys esitetään tavallisimmin viisiportaisella asteikolla. Tulokset ennustavat hyvin lähitulevaisuuden terveyttä. Koettu terveys luonnollisesti heikkenee ikääntymisen myötä, kuten myös Ikihyvässä havaittiin (kuva 1). Naisilla terveytensä huonoksi tai melko huonoksi kokeneiden osuus suureni vasta vanhimmassa ikäryhmässä, miehillä vastaavaa ”porrasta” ei nähty. Verrattuna Kansanterveyslaitoksen (AVTK, EVTK) ja TTSK:n tuloksiin Päijät-Hämeessä koettu terveys on vaikuttaa hieman huonommalta, erityisesti yli 70-vuotiailla.

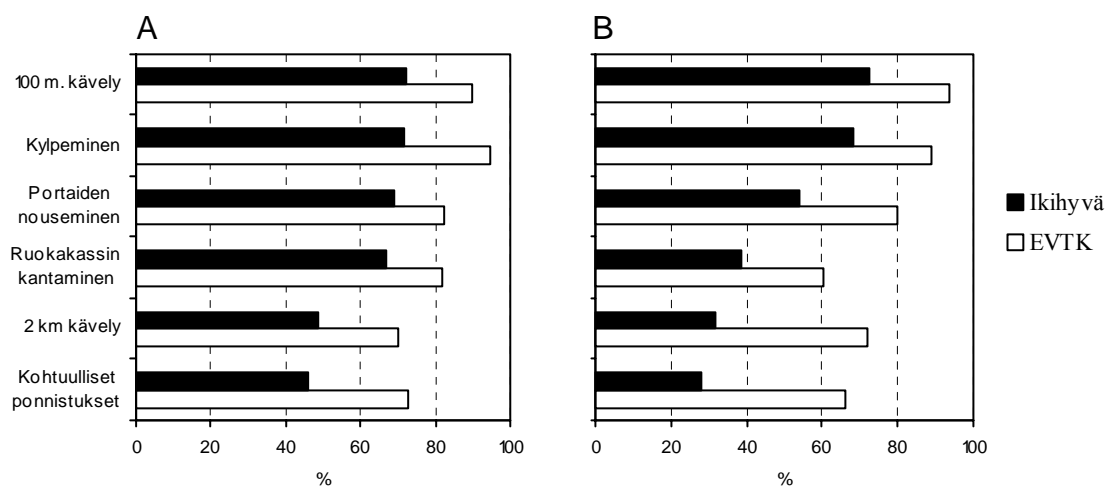


Kuva 1. Niiden miesten ja naisten osuudet, jotka kokevat terveytensä huonoksi tai melko huonoksi (KTL = Kansanterveyslaitoksen väestökyselyt, TRE = Tampereen terveys- ja sosiaalikeskustelut, 2002 (TTSK)).

Fyysistä toimintakykyä tarkasteltiin useiden päivittäisten toimintojen avulla. Ikihyvän kyselyssä käytettiin kysymysmuotoa ”miten paljon terveydentila rajoittaa?” ja vastauksissa vaihtoehtoina ”rajoittaa paljon”, ”rajoittaa hiukan” ja ”ei rajoita lainkaan”.

EVTK:ssa taas kysyttiin ”kyvystä suorittaa erilaisia asioita” ja vastausvaihtoehtoina olivat ”ei edes autettuna”, ”jonkun auttamana”, ”yksin, mutta se on hankalaa” sekä ”ilman vaikeuksia”. AVTK ja TTSK eivät tarjonneet laajaa mahdollisuutta vertailuun, joten seuraava vertailu koskee vain Ikihyvän vanhinta ikäryhmää (n. 70-75-vuotiaat) suhteessa EVTK:n vastaavaan ikäryhmään.

Kuvassa 2 on esitetty niiden henkilöiden osuudet, joilla ei ole toimintakyvyn rajoituksia. Mitä suurempi lukema, sitä parempi on siis tilanne. Tulosten perusteella yli 70-vuotiailla naisilla on jonkin verran enemmän toimintakyvyn rajoituksia kuin miehillä, erityisesti silloin kun tehtävä edellyttää voiman käyttöä (ruokakassin nostaminen, raskaiden esineiden siirtämistä edellyttävät kodin tehtävät). Tulos johtuu todennäköisesti siitä, että miehillä on jo alun perin suurempi lihasmassa, joten sen pieneneminen vanhenemisen yhteydessä ei niin nopeasti näy toimintakyvyn rajoituksina kuin naisilla.



Kuva 2. Niiden 70-75 -vuotiaiden miesten (A) ja naisten (B) osuudet, joilla ei ole toimintakyvyn rajoituksia (EVTK=Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, 2001).

Hätkähdyttävämpi tulos sen sijaan on, että EVTK:een verrattuna Päijät-Hämeessä näyttää olevan selvästi enemmän toimintakyvyn rajoituksia. Tätä tulosta tarkasteltiin myös käänteisesti, ts. niiden osuutena väestöstä, jolla on huomattavia toiminnan rajoituksia tai

jotka kykenevät kyseisiin toimintoihin korkeintaan jonkun muun auttamana. Myös näin arvioituna päijäthämäläisten itse ilmoittama toimintakyky oli selvästi koko maan vertailuaineistoa huonompi.

Ikivihreät -tutkimuksesta oli mahdollista verrata eräitä Ikihyvän toimintakykykysymyksiä vuoden 1988 aineistoon, jolloin jyväskyläläisen aineiston seurattavat olivat 65-74-vuotiaita, sekä vuoden 1996 aineistoon (seurattavat 73-82-vuotiaita). Yleisten kulkuvälineiden käyttöä, peseytymistä ja pukeutumista, raskaiden kotitöiden suorittamista sekä 2 km:n kävelyä koskevien kysymysten perusteella päijäthämäläisten toimintakyky oli huonompi kuin ”Ikivihreiden” 65-74-vuotiaiden. Päijät-Hämeessä raportoitu toimintakyky oli eräiden muuttujien osalta jopa samaa luokkaa kuin keskimäärin 5 vuotta vanhempien jyväskyläläisten. TTSK:stä pystyttiin vertaamaan ainoastaan kysymystä, joka koski kohtuullisia ponnistuksia ja raskaita kotitöitä. Ero ei ollut niin selvä kuin EVTK – kyselyyn verrattaessa, mutta varsinkin miesten osalta Ikihyvän tulokset olivat jälleen huonompia.

Kuten edellä on todettu, kysymysten erilainen muotoilu saattaa johtaa harhaisiin loppupäätelmiin. Niinpä EVTK:n ”ei kykene lainkaan” ja ”kykenee vain avustettuna” on mahdollisesti ankarampi kuin Ikihyvän ”rajoittaa paljon”. Todellista fyysistä toimintakykyä pitäisi kuitenkin näiden tulosten perusteella ehdottomasti tutkia Ikihyvän seuraavalla aineiston hankintakierroksella vuonna 2005. Todellisten suoritettujen testien tuloksia voidaan silloin verrata ainakin vuoden Kansanterveyslaitoksen Terveys 2000- ja UKK-instituutin Kainuun elintavat ja terveys –tutkimuksien tuloksiin.

Kun tarkastelee fyysisen aktiivisuuden toteutumista Päijät-Hämeessä, ei suoranaisesti vaikuta siltä, että huono toimintakyky olisi yhteydessä suureen inaktiivisuuteen (ks. luku 4.2). Toisaalta muihin tutkimuksiin verrattuna kuntoliikunnan harrastus Päijät-Hämeessä näytti hieman vähäisemmältä. Tämän tutkimuksen toimintakykytulosten perusteella pitäisi harkita järjestelmällisempää toimintakyvyn kartoittamista (esimerkiksi perusterveydenhuollon toteuttamana) ja ohjattua lihaskuntoharjoittelua ainakin niille, joiden toimintakyvyssä on selviä rajoituksia. Tämä saattaa olla yksi keskeisimmistä ikääntyvän väestön terveyden edistämisen kehittämistoimenpiteistä, sillä toimintakyvyn

heikkeneminen rajoittaa aktiivista osallistumista ja liikkumista, mikä yleensä vain pahentaa jo ennestään heikkoa toimintakykyä.

#### 4.2 Lihavuus ja aineenvaihduntasairaudet

*Mikael Fogelholm ja Raisa Valve*

Ikähyvän terveystarkastuksessa mitattiin pituus, paino, vyötärönympärys ja verenpaine (taulukko 3). Pituuden ja painon avulla laskettu painoindeksi osoittaa, että lievä lihavuus on yleistä. Miehillä painoindeksin keskiarvo on 27,5 kg/m<sup>2</sup> ja naisilla 27,8 kg/m<sup>2</sup> (painoindeksi 18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup> normaalipaino). Naisilla lihomista tapahtuu vielä ikään-tymisen myötä. Veren kolesteroli-, glukoosi-, ja verenpainearvot ovat korkeita kaikissa ikäryhmissä.

Taulukko 3. Plasma glukoosin, insuliini(seerumi) kokonaiskolesterolin, HDL- ja LDL-kolesterolin, triglyseridin, painoindeksin (BMI), vyötärönympäryksen sekä systolisen ja diastolisen verenpaineen keskiarvot sukupuolen ja iän mukaan.

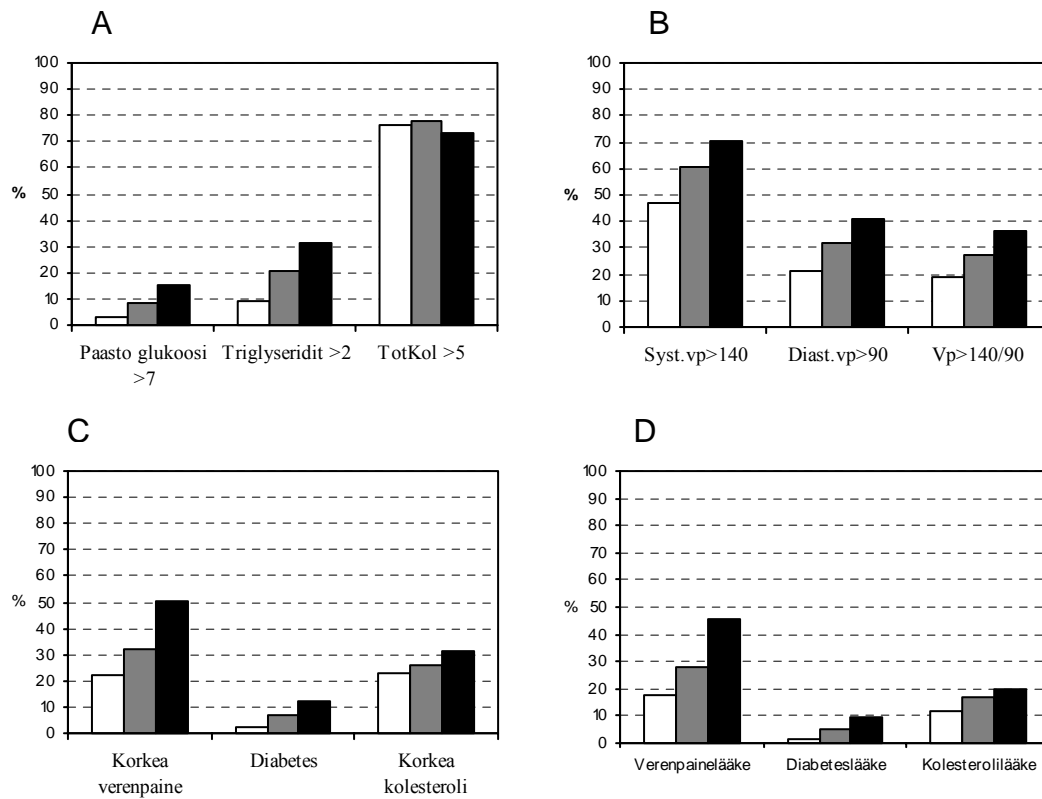
	Miehet				Naiset				
	Ikäryhmä/syntymävuosi				Ikäryhmä/syntymävuosi				
	1946-50	1936-40	1926-30	kaikki	1946-50	1936-40	1926-30	kaikki	kaikki
Glukoosi mmol/l	5,9	6,0	6,1	5,9	5,3	5,7	5,7	5,5	5,7
Insuliini mU/l	10,1	10,9	10,7	10,4	7,9	9,7	12,7	9,7	10,0
Kokonaiskolesteroli mmol/l	6,0	5,6	5,4	5,7	5,9	5,9	5,8	5,9	5,8
HDL-kolesteroli mmol/l	1,4	1,4	1,3	1,4	1,7	1,6	1,6	1,7	1,5
LDL-kolesteroli mmol/l	3,8	3,5	3,4	3,6	3,6	3,6	3,5	3,5	3,6
Triglyseridit mmol/l	1,8	1,6	1,5	1,7	1,4	1,6	1,5	1,5	1,6
Painoindeksi, kg/m <sup>2</sup>	27,3	27,9	27,6	27,5	27,1	28,3	28,6	27,8	27,7
Vyötärönympärys, cm	98,0	100,0	101,0	99,0	89,0	92,0	94,0	91,0	95,0
Systolinen verenpaine, mmHg	142	148	150	146	138	148	152	144	144
Diastolinen verenpaine, mmHg	90	88	84	88	86	86	84	86	86

Painoindeksin ylittäessä  $30 \text{ kg/m}^2$  puhutaan lihavuudesta. Joka viides miehistä ja nuorimman ikäryhmän naisista on tämän määritelmän mukaan lihava (taulukko 4). Kahdessa vanhimmassa ikäryhmässä joka kolmas naisista on lihava. Tulokset ovat yhteneväiset Terveys 2000 –tutkimuksen tulosten kanssa (Aromaa & Koskinen 2002). Vyötärön ympärysmitta on hyvä lihavuuden terveystekijöiden osoitin. Vyötärön ympärysmittan ollessa miehillä yli 100 cm ja naisilla yli 90 cm sairastumisriski lihavuuteen liittyviin sairauksiin on huomattava. Nämä riskirajat ylittyvät 40 prosentilla nuorimpaan ikäryhmään kuuluvista ja ikääntymisen myötä huomattavan riskin omaavien osuudet suurenevat. Kohonnut veren kolesterolipitoisuus ( $\geq 6,5 \text{ mmol/l}$ ) oli nuorimmassa ikäryhmässä 30 prosentilla miehistä ja 27 prosentilla naisista (taulukko 4).

Taulukko 4. Lihavuus ( $\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ), vyötärölihavuus (vyötärön ympärysmitta yli 100 cm miehillä ja 90 cm naisilla) ja kohonnut veren kolesterolipitoisuus (yli  $6,5 \text{ mmol/l}$ ) sukupuolen ja iän mukaan (%).

	Miehet				Naiset				
	Ikäryhmä/syntymävuosi				Ikäryhmä/syntymävuosi				
	1946-50	1936-40	1926-30	kaikki	1946-50	1936-40	1926-30	kaikki	kaikki
BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$	23,5	26,4	22,4	22,6	23,7	32,0	35,4	29,2	26,0
Vyötärön ympärysmitta $\geq 100 \text{ cm}$ miehillä $\geq 90 \text{ cm}$ naisilla	40,6	47,7	51,2	44,7	42,9	52,8	62,1	50,7	47,9
Kolesterolitaso $\geq 6,5 \text{ mmol/l}$	30,1	19,6	17,7	24,7	26,5	29,4	24,6	26,8	25,8

Lihavilla kohonneet veren triglyseridi- ja glukoosipitoisuudet sekä verenpaine ovat yleisempiä kuin normaalipainoisilla (kuvat 3A ja B). Myös lääkärin toteamaa kohonnuttua verenpainetta ja diabetesta sekä niiden hoitoon määrättyjä lääkityksiä on lihavilla enemmän verrattuna normaalipainoisiin (kuvat 3C ja D). Ikihyvän ikäisessä väestössä kohonneet veren kolesterolipitoisuudet ovat tavallisia kehon painoindeksistä riippumatta. Lihavista jonkin verran suuremmalla osuudella lääkäri on todennut kohonneen kolesterolin ja määrännyt siihen lääkityksen verrattuna normaalipainoisiin (kuvat 3C ja D).



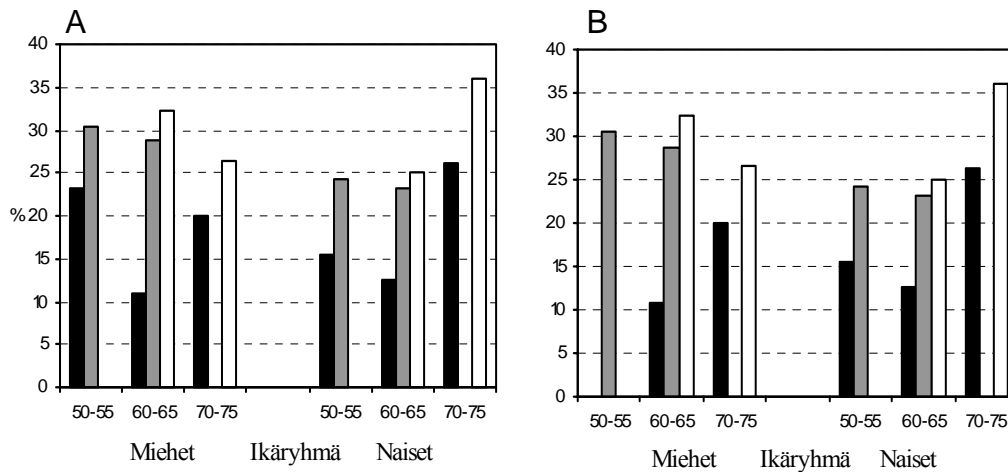
Kuva 3. Painoindeksin ( $\square$  = BMI < 25 kg/m<sup>2</sup>,  $\blacksquare$  = 25 ≤ BMI < 30 kg/m<sup>2</sup>,  $\blacksquare$  = BMI ≥ 30 kg/m<sup>2</sup>) mukaan niiden prosenttiosuudet, joilla A) paasto glukoosi-, triglyseridi ja kokonaiskolesteroliarvot (TotKol) yli viiterajojen, B) kohonnut verenpaine (syst.vp = systolinen verenpaine, diast.vp = diastolinen verenpaine), C) lääkärin toteama kohonnut verenpaine, diabetes ja kohonnut kolesteroli, D) lääkitys em. sairauksiin.

### 4.3 Terveyskäyttäytyminen ja sen muuttaminen

*Mikael Fogelholm*

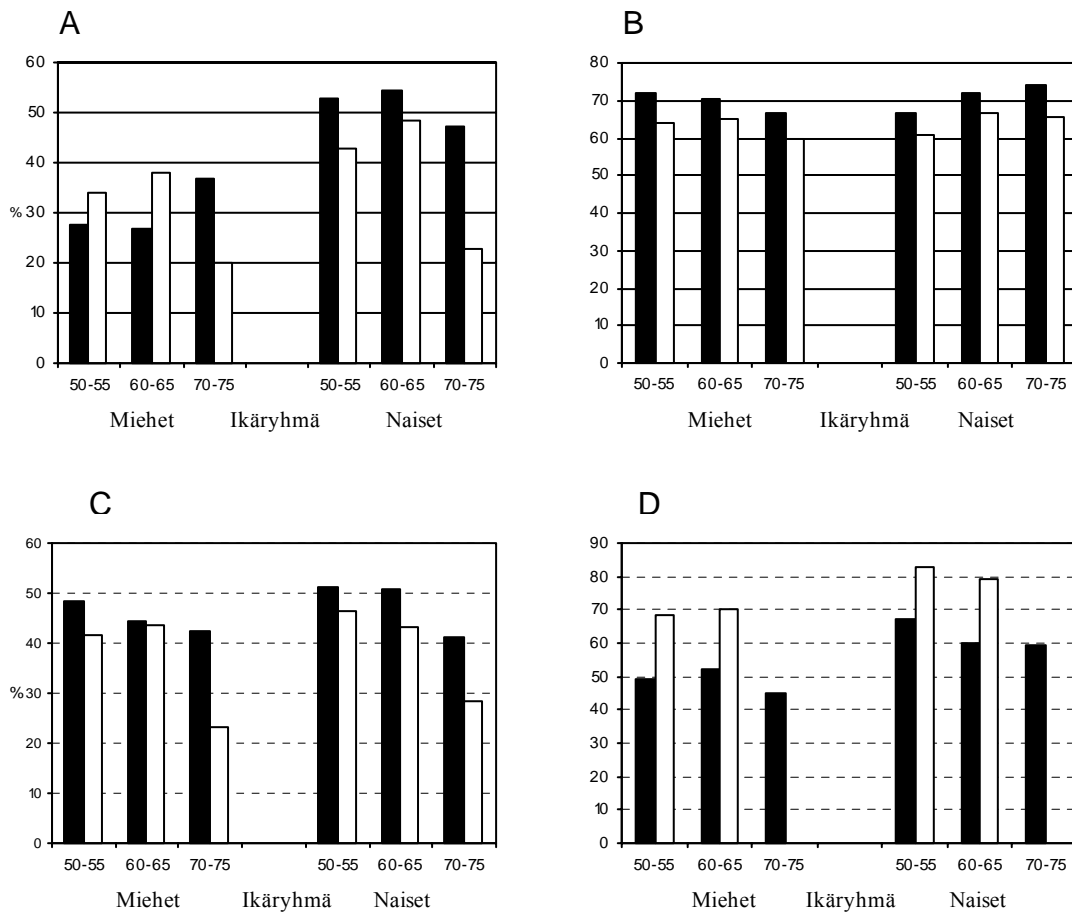
Terveyskäyttäytymisen ja sen muutosaikomusten tutkiminen antaa tärkeää tietoa terveysneuvonnan tarpeesta. Verrattuna Kansanterveyslaitoksen (AVTK, EVTK) sekä TTSK:n tuloksiin, päijätämäläisten inaktiivisuus (ei edes kohtuuraskasta fyysistä aktiivisuutta yli 4 tuntia viikossa) on vähäisempää kuin koko maata koskevassa väestötutunnassa tai Tamperetta edustavassa otoksessa (kuva 4A). Tämä on aineenvaihduntasairauksien ehkäisyn kannalta tärkeää, sillä mitä ilmeisimmin nimenomaan täydellisen inaktiivisuuden (ja hyvin huonon fyysisen kunnon) välttäminen pie-

nentää jo merkittävästi kuolleisuutta (kokonaiskuolleisuus, sydän- ja verisuonitautikuolleisuus) ja sairastuvuutta (mm. sydän- ja verisuonitaudit sekä aikuistyyppin diabetes) (Blair & Brodney 1999). Vähentynyt inaktiivisuus ei kuitenkaan näy lisääntyneenä kuntoliikuntana (kuva 4B), joten Päijät-Hämeessä harrastetaan erityisesti ns. arki- ja hyötyliikuntaa.



Kuva 4. Niiden miesten ja naisten prosenttiosuudet A) jotka ovat fyysisesti inaktiivisia B) jotka harrastavat kuntoliikuntaa vähintään kaksi kertaa viikossa.  
 ■ = Ikihyvä, ■ = Kansanterveyslaitoksen väestökyselyt, □ = Tampereen terveys- ja sosiaalikeskus, 2002.

Ruokatottumuksia on kuvattu eräiden keskeisten osoittimien (lähes päivittäinen vihannesten ja juuresten syöminen, kasvirasvapohjaiset rasvavaihteet leivällä, kasviöljy ruoanvalmistuksessa, ei lisää ruokaan suolaa) avulla (kuva 5). Vertailuna on käytetty AVTK:n ja EVTK:n tuloksia. Päijät-Hämeessä kaikki em. osoittimet viittasivat koko maan aineistoa terveellisimpiin ruokatottumuksiin, lukuun ottamatta vihannesten käyttöä miehillä ja suolan käyttöä kummallakin sukupuolella.

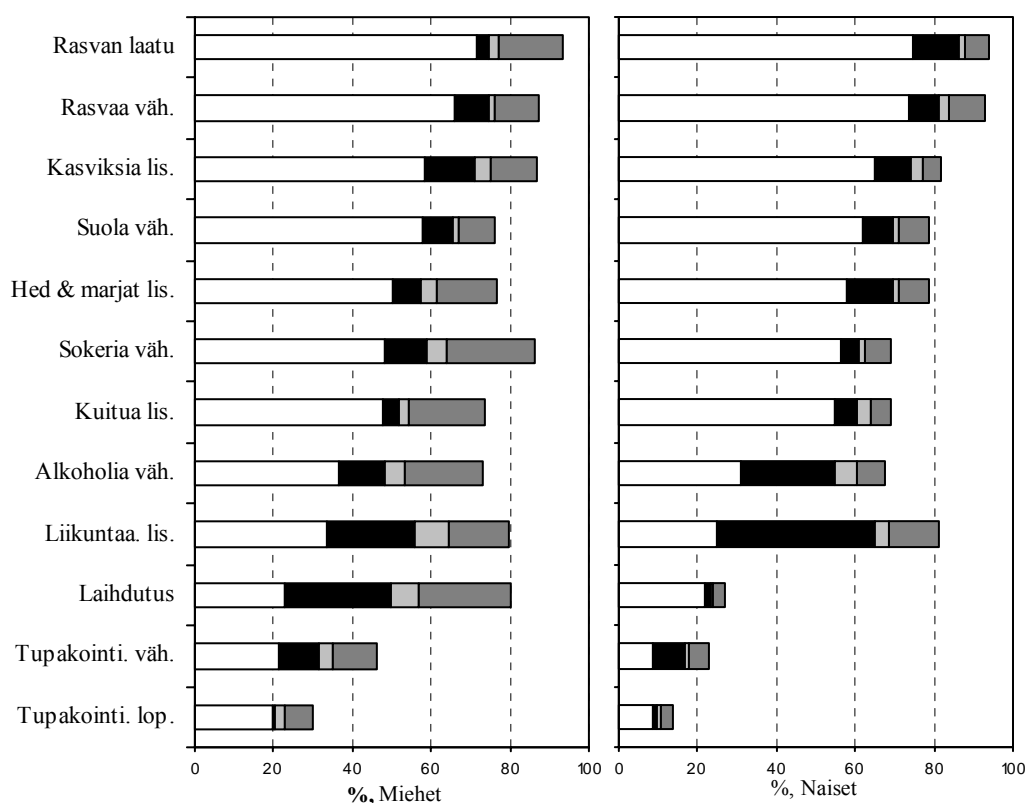


Kuva 5. Niiden miesten ja naisten prosenttiosuudet A) jotka syövät vihanneksia ja juureksia 6-7 päivänä viikossa, B) jotka käyttävät margariinia leivällä, C) jotka käyttävät kasviöljyä ruoanvalmistuksessa, D) jotka eivät koskaan lisää suolaa ruokaan. ■ = Ikihyvä, □ = Kansanterveyslaitoksen väestökyselyt

Kuva 6 kertoo terveystähtäytymisen muutoksen vaiheista. Tämän tarkastelun taustalla on ns. muutoksen vaihemalliteoria (Prochaska & Velicer 1997), jonka mukaan ihminen käy läpi muutosprosessissa erilaisia vaiheita, joiden aikana esimerkiksi neuvonnan ja ohjauksen tarve vaihtelee. Kuvissa on esitetty niiden ihmisten osuudet, jotka (a) jo ovat (oman ilmoituksen mukaan) tehneet muutoksen, (b) ovat yrittäneet, mutta epäonnistuneet, (c) harkitsevat muutosta ja (d) eivät aio muuttaa omia tottumuksiaan.

Suomalaisten ruokatottumukset ovat muuttuneet huomattavasti 1970-luvun lopulta lähtien. Kun tämä muistetaan, on hyvin luonnollista, että suuri osa Ikihyvän vastaajista kertoo muuttaneensa rasvan laatua ja määrää sekä lisänneensä kasvisten käyttöä.

Myös suolan käytössä raportoitiin suuri muutos, vaikka Ikihyvän ja AVTK- ja EVTK-tutkimusten tuloksiin verrattuna päijähämäläisten suolankäyttö vaikutti edelleen suuremmalta. Neuvonnan ja ohjauksen tarpeesta kertovat epäonnistujien ja muutosta harmitsevien osuudet. Kummallakin sukupuolella painonhallinta (laihuttaminen) ja fyysisen aktiivisuuden lisääminen näyttävät keskeisiltä tarpeilta, joihin kaikkien sektorien (kunnallinen terveydenhuolto, järjestösektori, yksityissektori) pitäisi pystyä yhdessä ja koordinoitusti vastaamaan. Miehet näyttivät kaipaavan ohjausta myös kasvisten käytön lisäämiseen ja alkoholinkäytön vähentämiseen.



Kuva 6. A) Terveyskäyttäytymisen muutoksen vaiheet, miehet. B) Terveyskäyttäytymisen muutoksen vaiheet, naiset. □ = On jo tehnyt muutoksen, ■ = Ei ole onnistunut muuttamaan, ◻ = Aikoo tehdä muutoksen lähiaikoina, ◼ = Ei aio tehdä muutoksia (väh.=vähentänyt, lis.=lisännyt, lop.=lopettanut).

#### 4.4 Mieliala, optimistinen suhtautuminen tulevaisuuteen ja sosiaaliset verkostot *Pilvikki Absetz ja Raisa Valve*

Hyvinvoinnin kannalta keskeisiä seikkoja ovat somaattisen terveyden ja toimintakyvyn ohella myös psyykinen hyvinvointi ja sen taustalla kiinnittyminen sosiaaliseen yhteisöön. Kaikki kolme hyvinvoinnin areenaa, fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen, ruokkivat toisiaan sekä hyvässä että pahassa ja muodostavat yhdessä sen, mitä tarkoitetaan puhuttaessa elämänlaadusta.

Tässä jaksossa keskitytään psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia ilmentävien mielialan, tulevaisuuteen suhtautumisen sekä sosiaalisten verkostojen tarkasteluun ikääntyvillä päijäthämäläisillä. Erityisen kiinnostuksen kohteena ovat sukupuolen ja iän yhteydet psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Tavoitteena on nostaa esiin sellaisia väestöryhmiä ja elämänlaadun areenoita, joille tulisi kohdentaa toimenpiteitä ikääntymisen aiheuttamien haittojen vähentämiseksi.

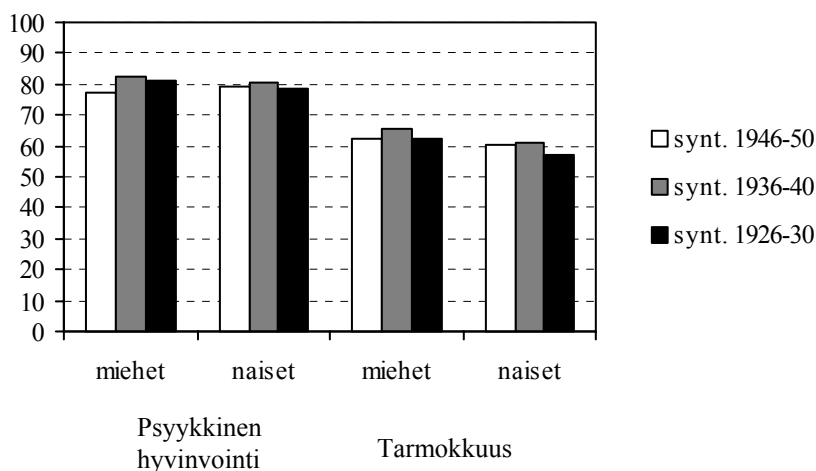
##### 4.4.1 Mieliala

Mielialaa mitattiin Rand-36 elämänlaatumittarin psyykkistä hyvinvointia ja tarmoa kuvaavilla ulottuvuuksilla (Aalto ym. 1999) (Ikihyvän kyselyssä 1, kysymys 45, liite 2). Psyykinen hyvinvointi käsittää toisaalta myönteiset onnellisuuden sekä tyyneyden ja rauhallisuuden kokemukset, toisaalta kielteiset hermostuneisuuden, alakuloisuuden sekä matalan mielialan tunteet. Tarmokkuudessa myönteisiä tunteita edustavat elinvoima ja energisyys, kielteisiä taas väsymys ja loppuunkuluneisuuden tunne. Kummatkin ulottuvuudet pisteytettiin niin, että 0 merkitsi kielteisintä ja 100 myönteisintä mahdollista asiantilaa.

Miesten ja naisten psyykkisessä hyvinvoinnissa ei ollut merkitseviä eroja. Ikäryhmätarkastelussa (1926-30, 1936-40 ja 1946-50 syntyneet) juuri eläkkeelle siirtyneiden tai siirtymässä olevien ryhmä (1936-40 syntyneet) näyttäisi voivan parhaiten (kuva 7). Miesten psyykinen hyvinvointi on matalimmillaan nuorimmassa, vielä työelämässä mukana olevassa ryhmässä, mutta paranee merkitsevästi keskimmäiseen ikäryhmään siirryttäessä. Koko Suomen 18-79-vuotiasta väestöä kuvaavassa tutkimuksessa (Aalto

ym. 1999) ei todettu ikäryhmittäisiä eroja psyykkisessä hyvinvoinnissa (Aalto ym. 1999) ja psyykkisen hyvinvoinnin taso oli samalla mittarilla mitattuna hiukan heikempi kuin Ikihyvä-vastaajilla (keskiarvo 73,6 vs. 79,1).

Ikihyvään vastanneiden naisten tarmokkuusarvot ovat keskimäärin miehiä matalammalla tasolla (59,6 vs. 63,3). Kummallakin sukupuolella on havaittavissa iän suhteen sama trendi: tarmokkuus on korkeimmillaan keskimmaisessä ikäryhmässä, joista valtaosa on jo siirtynyt eläkkeelle (kuva 7). Naisilla tarmon väheneminen keskimmaisesta vanhimpaan ikäryhmään siirryttäessä on tilastollisesti merkitsevä. Koko väestöä kuvaavassa tutkimuksessa (Aalto ym. 1999) tarmokkuus oli jonkin verran yleisempää kuin Ikihyvässä (keskiarvot 63,9 vs. 61,3). Lisäksi tarmo näytti siinä pysyttelevän iästä riippumatta samalla tasolla aina 75-ikävuoteen asti, mutta vähenevän sitten merkitsevästi yli 75-vuotiailla. Kuten Ikihyvässä, myös koko väestössä miehet raportoivat naisia useammin tarmokkuudesta. Ero oli erityisen selvä 55-64-vuotiailla. (Aalto ym. 1999).



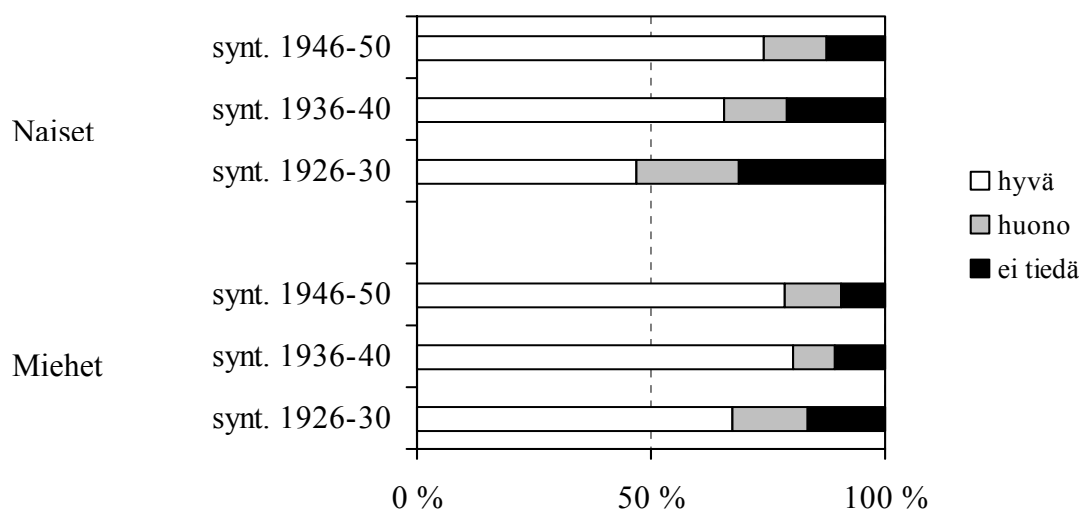
Kuva 7. Psyykinen hyvinvointi ja tarmokkuus Rand36- elämänlaatumittarin mukaan (Ikihyvän kyselyssä 1, kysymys 45, liite 2).

#### 4.4.2 Optimismi

Ikihyvä-vastaajien keskuudessa tarkasteltiin myös optimismia eli yleistä taipumusta suhtautua maailmaan ja tulevaisuuteen myönteisesti. Optimismia pidetään melko pysy-

vänä persoonallisuuden piirteenä, ja sen on osoitettu olevan yhteydessä paitsi parempaan psyykkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin (Scheier & Carver 1985) myös parempaan ja nopeampaan toipumiseen eräistä sairauksista ja hoitotoimenpiteistä (Scheier ym. 1986, Scheier & Carver 1992). Optimismia voidaan siis pitää eräänlaisena henkilökohtaisena voimavarana. Ikihyvä-tutkimuksessa optimismia mitattiin Scheierin ym. (1994) kehittämällä optimismiasteikolla (Life Orientation Test, LOT-R)(Ikihyvän kyselyssä 2, kysymys 20, liite 2).

Kaiken kaikkiaan Ikihyvä-tutkimukseen vastanneet päijäthämäläiset suhtautuvat tulevaisuuteen lievän toiveikkaasti. Kun optimismia kuvaavia väitteitä arvioitiin asteikolla yhdestä (täysin eri mieltä) viiteen (täysin samaa mieltä), sukupuolten ja ikäryhmien keskiarvot sijoittuivat välille 3,6 ja 3,9. Optimismin hienoista vähenemistä iän myötä on nähtävissä varsinkin naisilla, joiden nuorimmassa ikäryhmässä havaitaan kaikkia muita ryhmiä enemmän (3,9) ja vastaavasti vanhimmassa ikäryhmässä kaikkia muita ikäryhmiä vähemmän (3,6) optimismia. Ikihyvä-tutkimuksessa optimismi on samalla tasolla kuin Härkäpään (1995) tutkimuksen keskimäärin 48-vuotiailla suomalaisilla sydäntautoutujilla.



Kuva 8. Itsearvioitu kyky ja mahdollisuus selviytyä yllättävistä ja odottamattomista takaiskuista, jotka vaikeuttaisivat nykyistä elämää.

Suurin osa Ikihyvä-vastaajista arvioi kykynsä ja mahdollisuutensa selviytyä yllättävistä ja odottamattomista takaiskuista vähintään melko hyviksi (kuva 8). Vanhimman ikäryhmän naisissa on eniten (runsas 20 %) niitä, jotka arvioivat kykynsä melko tai erittäin huonoiksi. Epävarmuus omista selviytymiskyvyistä ja -mahdollisuuksista on sitä yleisempää mitä vanhemmasta ikäryhmästä on kyse. Erityisen huomattavaa on epävarmuuden lisääntyminen naisilla; nuorimmassa ikäryhmässä sekä miehistä että naisista kymmenisen prosenttia on epävarma omista kyvyistään selviytyä, mutta keskimmaisessä ikäryhmässä naisista jo 21 prosenttia (miehistä 11 %) ja vanhimmassa ikäryhmässä peräti 31,5 prosenttia (miehistä 16,5 %) tuntee epävarmuutta arvioidessaan kykyjään selviytyä takaiskuista.

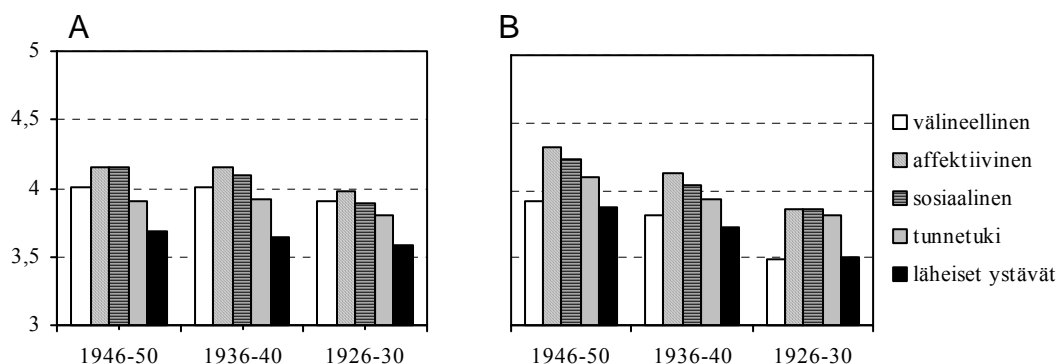
#### 4.4.3 Sosiaalinen tuki ja sosiaaliset verkostot

Sosiaaliset suhteet ja niistä saatava tuki, tai sosiaalinen pääoma, kuten nykyään usein sanotaan, ovat toinen tärkeä voimavara henkilökohtaisten resurssien kuten optimismin ohella. Kummankin tyyppisillä resursseilla on olennainen merkitys terveydelle, ja ne ovat myös yhteydessä toisiinsa - nykynäkemyksen mukaan henkilökohtaiset voimavarat ovat tärkeitä sosiaalisen tuen hankkimisessa.

Sosiaalisten suhteiden terveysvaikutusten tutkimus on antanut viitteitä siitä, että sosiaaliset suhteet vaikuttaisivat niin elintapoihin, riskitekijöihin, sairauksiin kuin kuolleisuuteenkin. Sosiaalisesti hyvin kiinnittyneiden ennenaikainen kuolleisuus on alempi kuin heikosti kiinnittyneiden, ja myös sydän- ja verisuonitautikuolleisuudessa on eroja. Toistaiseksi tutkimukset eivät ole pystyneet vastaamaan täsmällisesti siihen mikä on pääasiallinen vaikutusmekanismi ts. ehkäisevätkö hyvät sosiaaliset suhteet sairauksia, lievittävätkö ne sairausprosessia vai edesauttavatko toipumista. (Uutela 1998, Vahtera & Uutela 1994, Suominen ym. 1996). Sosiaalisen tuen tärkeimpänä piirteenä pidetään nimenomaan ihmisen luottamusta siihen, että tukea on tarvittaessa saatavilla (Sarason ym. 1990). Ikihyvässä vastaajilta on kysytty heidän mahdollisuuksiaan saada tukea tarvitessaan samoin kuin heidän kokemuksiaan saamastaan tuesta ja sen riittävydestä. Tärkeinä osa-alueina ovat sosiaalisen tuen eri muodot, tuen vastavuoroisuus eli mah-

dollisuus paitsi saada myös antaa tukea, sekä sosiaalisten verkostojen laajuus ja moninaisuus (Vahtera & Uutela 1994).

Ikihyvässä sosiaalisen tuen vastaanottoa (MOS-mittari, Sherbourne & Stewart 1991, Aalto ym. 1995) mitattiin viidellä eri areenalla: välineellinen tuki, kiintymyksen vastaanotto, positiivinen vuorovaikutus, tunnetuki (kuunnelluksi tuleminen ja ymmärryksen saaminen) ja läheiset ystävät (Ikihyvän kyselyssä 2, kysymys 14, liite 2). Niin naisilla kuin miehilläkin sosiaalisen tuen saanti on vanhemmissa ikäryhmissä merkitsevästi vähäisempää kaikilla em. ulottuvuuksilla. Naisilla ikäryhmien väliset erot ovat kuitenkin suurempia kuin miehillä. Kun eniten kaikkia tuen muotoja vastaanottavat nuorimman ikäryhmän naiset, niin vähiten niitä saavat vanhimman ikäryhmän naiset (kuva 9).



Kuva 9. Sosiaalisen tuen muodot (MOS-mittari) A) miehet B) naiset (Ikihyvän kyselyssä 2, kysymys 14, liite 2).

Sosiaalisen tuen saannin ikäryhmittäiset erot heijastavat myös lähisukulaisten kanssa tapahtuvan päivittäisen yhteydenpidon määrässä näkyviä eroja: Kariston ym. (2003) mukaan Ikihyvä-tutkimuksen nuorimmassa ikäryhmässä noin puolella vastaajista on päivittäinen yhteys johonkin lähisukulaiseen, vanhimmassa ikäryhmässä enää vain kolmanneksella. Yhteydenpito lähisukulaisiin kuten lapsiin, lapsenlapsiin ja sisaruksiin on yleisempää naisilla kuin miehillä, mutta harvenee molemmilla sukupuolilla iän myötä. Ystävien tapaamisessa naiset säilyvät miehiä aktiivisempina myös ikääntyessään.

Kuten odottaa saattaa, sekä avun tarvitsijoiden että saajien osuus kasvaa nuorimmasta vanhimpaan ikäryhmään siirryttäessä. Avuntarve arkiasioissa on suurin ikääntyneillä

naisilla. Vaikka suurimmalle osalle vastaajista apua ja tukea on tarjolla juuri niin paljon kuin he sitä tarvitsevat, niin vanhimmassa ikäryhmässä noin joka 10. kertoo, että apua ja tukea on tarjolla vähemmän kuin he tarvitsisivat. Toisaalta miehistä saman verran kokee, että apua ja tukea on tarjolla liiaksikin.

Tuen tarjoaminen toisille konkreettisen avun muodossa on yleistä erityisesti naisten keskuudessa. Heistä noin joka viides hoitaa tai auttaa henkilöä, joka on pitkäaikaissairas, vammainen tai vain iäkäs. Vielä vanhimmassakin ikäryhmässä huomattavan moni toimii apuna toisille, vaikka auttaminen väheneekin ikäännyttäessä.

#### 4.4.4 Tulosten tarkastelua

Koko väestöön verrattuna päijät-hämäläisten psyykkisten ja sosiaalisten resurssien tarkastelu ei aiheuta samanlaista huolta kuin aiemmissa luvuissa esitetty somaattisen toimintakyvyn ja kroonisten sairauksien yleisimpien riskitekijöiden tarkastelu. Ikihyvässä mielialaa tutkittiin psyykkisen hyvinvoinnin ja tarmokkuuden kokemuksina. Nämä ulottuvuudet sisältävät myös tärkeimmät masennuksen tunnusmerkit, vaikka varsinaista masennusmittaria Ikihyvään ei oltukaan sisällytetty. Psyykinen hyvinvointi on Päijät-Hämeessä jonkin verran koko väestön keskiarvoa korkeammalla tasolla. Sen sijaan tarmokkuuden kokemukset, jotka ehkä selkeämmin liittyvät edellä tarkasteltuun ja suhteellisesti heikommaksi havaittuun toimintakykyyn, ovat Päijät-Hämeessä harvinaisempia kuin koko maata koskevassa tutkimuksessa.

Ikääntyminen näyttäisi tuovan mukanaan muutosta sekä mielialassa että sosiaalisissa suhteissa. Eläkkeelle siirtyneiden tai siirtymässä olevien keskuudessa sekä psyykinen hyvinvointi että tarmokkuus ovat korkeammalla tasolla kuin työelämässä vielä olevilla tai toisaalta yli 70-vuotiailla. Vakavaa työuupumusta esiintyy noin 7 % Suomen työikäisestä väestöstä, ja lieviä työuupumusoireita on joka toisella miehellä ja naisella. Kyyntistyminen on leimallista miesten työuupumukselle, kun taas väsymystä raportoidaan erityisesti naisvaltaisilla aloilla. (Kalimo & Toppinen 1997). Naisten yleisempää väsymystä pidetään pitkälti työn ja perheen aiheuttaman kaksoiskuormituksen aiheuttamana (Hakanen 1999). *Kaksoiskuormituksesta* puhuminen saattaa kuitenkin monen työelä-

mässä viimeisiä vuosia viettävän naisen kohdalla olla vähättelyä: Ikihyvänkin tulokset viittaavat siihen, että työn velvoitteiden lisäksi he hoitavat usein myös lapsenlapsiaan ja iäkkäitä vanhempiaan.

Vaikka läheisten hoitaminen voi näkyä uupumuksena, se heijastuu varmasti samalla myös sosiaalisten kontaktien rikkautena. Niinpä vaikka naiset toimivat miehiä useammin tuen tarjoajina, nuoremmissa ikäryhmissä he myös vastaanottavat enemmän tukea. Yli 70-vuotiaiden naisten ryhmässä sosiaalisen tuen saanti on sitä vastoin kaikkein vähäisintä, ja tässä ryhmässä on eniten avuntarvetta arkisissa askareissa. Kuitenkin päivittäiset sosiaaliset kontaktit lähisukulaisiin ovat kaikkein vähäisimpiä. Kontaktien vähäisyyttä lisää se, että huomattava osa tähän ryhmään kuuluvista naisista on jo ehtinyt jäädä leskeksi. Tässä ikäryhmässä leskeys on naisilla neljä kertaa yleisempää kuin miehillä (ks. sivu 29). Kun ikääntyneet eivät kykene enää toimimaan merkittävänä tuen tarjoajina lapsilleen ja lapsenlapsilleen, eivätkä nämä toisaalta enää myöskään tarvitse niin paljon tukea, kontaktit vähenevät – huolimatta siitä, että ikääntyneiden oma tarve kontaktien ylläpitämiseen säilyy tai jopa kasvaa.

Tässä vaiheessa ei voida vielä sanoa, heijastavatko Ikihyvän tulokset itse ikääntymisen vaikutusta vai ovatko ne pikemminkin sukupolviroippuvia. Ikihyvän seuranta-tutkimuksista karttuva aineisto antaa kuitenkin jatkossa hyvät edellytykset tarkastella ikääntymisen vaikutusta terveyteen ja hyvinvointiin. Mielialan ja sosiaalisten suhteiden kehitystä, sekä niiden keskinäisiä yhteyksiä ja terveystaikutuksia koskevat tiedot tullevat olemaan valaisevia. Näiden tietojen tulkinnalle ja tietoihin perustuvien interventioiden suunnittelulle antavat lisäpontta aiemmin Suomessa tehdyt havainnot erityisesti masennuksen yleisyydestä ikääntyneiden keskuudessa. Siihen näyttäisi liittyvän ensisijaisesti yksinäisyys, mutta myös läheisen menettämiseen liittyvä suru, huonot asumisolosuhteet ja heikentynyt toimintakyky. (Heikkinen 1997, Heikkinen ym. 2002). Yksinäisyyden merkitys näyttäytyy myös sosiaalisen tuen saannin vaikutuksena elämänlaatuun (Aalto ym. 1995) – erityisesti naisilla sosiaalisen tuen on havaittu olevan yksi hyvän elämänlaadun peruspilareita (Aalto ym. 1995, Hobfoll 1986).

Nyt saadut tulokset perustuvat poikkileikkausaineistoon eivätkä vielä kerro siitä mihin suuntaan ikääntyvien päijäthämäläisten elämä kehittyy. Aiemman tutkimuksen valossa ne viittaavat kuitenkin vahvasti siihen, että yksinäisyyden torjuminen ja sosiaalisen pääoman vahvistaminen tulisi nostaa fyysisen kunnon rinnalla painopistealueiksi ikääntyvien hyvän elämänlaadun ja toimintakyvyn ylläpitämisessä. Omien selviytymismahdollisuuksien suhteen tunnetun epävarmuuden yleisyys jo ikääntyneiden keskuudessa nostaa esiin kysymyksen vaikutusmahdollisuuksista: miten selviytymiskeinoja voidaan parantaa, niin että pärjäämisen tunne ikääntyneiden arkipäivässä lisääntyisi? Muun muassa näillä alueilla Ikihyvä Päijät-Häme –hankkeella on hyvät mahdollisuudet toimia yhteistyössä sekä kunta- että järjestösektorin kanssa päijäthämäläisten hyvän ikääntymisen turvaamiseksi.

## **5 POIMINTOJA IKIHYVÄ PÄIJÄT-HÄME -TUTKIMUKSEN VUODEN 2002 TULOISTA**

Tässä luvussa on poimintoja Ikihyvä Päijät-Häme –tutkimuksen vuonna 2002 tehtyjen kyselyjen tuloksista. Tulokset esitetään sukupuolen mukaan ikäryhmittäin. Alaotsikot noudattelevat Ikihyvä-tutkimuksen kahden kyselylomakkeen väliotsikointia.

Kyselylomakkeet ovat liitteessä kaksi. Taulukot, joihin tekstissä viitataan löytyvät liitteestä kolme. Liitteen taulukot ovat kyselylomakkeiden mukaisessa järjestystä ja niiden otsikoissa on mainittu, mitä kysymystä ne vastaavat kyselylomakkeissa (kys.1/9 tarkoittaa ykköskyselyn kysymystä yhdeksän, kys.2/2 tarkoittaa kakkoskyselyn kysymystä kaksi jne.). Taulukoissa vastaajien lukumäärä (yhteensä N) tarkoittaa painottamattomien havaintojen lukumäärää ts. vastaajien todellista lukumäärää, ellei toisin mainita. Puhuttaessa ikäryhmistä nuorimmalla tarkoitetaan vuonna 1946-50 –syntyneitä, keskimmaisella vuonna 1936-40 –syntyneitä ja vanhimmalla vuonna 1926-30 –syntyneitä vastaajia.

## 5.1 Taustamuuttajat

Ikihyvän ensimmäisessä kyselylomakkeessa kysyttiin taustamuuttujina mm. siviilisäätyä, nykyistä työtilannetta ja rahojen riittämistä päivittäisiin menoihin.

Ikihyvään osallistuneista miehistä runsaat 80 prosenttia on naimisissa tai avoliitossa (taulukko 1). Naisilla avio- tai avoliitossa elävien osuus vähenee voimakkaasti ikääntymisen myötä ja leskien osuus puolestaan lisääntyy. Vanhimman ikäryhmän naisista 35 prosenttia on leskiä, kun miehistä leskiä on vain 6 prosenttia. Tulokset ovat yhteneväiset EVTK:n ja AVTK:n tulosten kanssa (Sulander ym. 2001, Helakorpi ym. 2002).

Kokopäivätyössä olevien osuus on noin 60 prosenttia nuorimmassa ikäryhmässä (taulukko 6). Keskimmaisessä ikäryhmässä enää 6 prosenttia miehistä ja 3 prosenttia naisista on kokopäivätyössä. Eläkkeellä olevia tässä ikäryhmässä on peräti 82 prosenttia vastaajista. Nuorimmassa ikäryhmässä työelämässä mukana olevista vain noin 13 prosenttia vastaajista arvioi varmasti selviytyvänsä työssään eläkeikään asti (taulukko 8). Jo lähellä eläkeikää olevista keskimmäisen ikäryhmän vastaajista kolmannes arvioi varmasti selviytyvänsä työelämässä eläkeikään saakka.

Suurelle osalle vastaajista rahat riittävät päivittäisiin menoihin erittäin tai melko hyvin (taulukko 10) Yli 10 prosenttia nuorimman ikäryhmän miehistä on sitä mieltä, että rahat riittävät melko tai erittäin huonosti päivittäisiin menoihin.

## 5.2 Asuminen

Ikihyvän kyselyssä selvitettiin nykyistä asumista ja asumishistoriaa. Vain yhdellä paikkakunnalla asuminen on jonkin verran tavallisempaa miehillä kuin naisilla (taulukot 11 ja 12). Iäkkäimmät ovat ehtineet muuttaa enemmän. Kahdessa vanhimmassa ikäryhmässä on eniten niitä, jotka ovat asuneet vähintään kymmenellä paikkakunnalla (taulukko 13). Puolet kaikista vastaajista asuu omakotitalossa (taulukko 14). Naisilla omakotitalossa asuminen vähenee ikääntymisen myötä. He todennäköisesti leskeksi jäätyään

(puolet vanhimman ikäryhmän naisista asuu yksin) (taulukko 17) muuttavat kaupungin keskustaan kerrostaloon (taulukot 14 ja 15). Vanhimman ikäryhmän naisista 17 prosenttia asuu hissittömässä kerrostalossa (taulukko 14). Heistä kolmannes asuu ensimmäisessä kerroksessa ja loput toisessa tai kolmannessa kerroksessa. Maaseudulla tai haja-asutusalueella asuu eniten vanhimpaan ikäryhmään kuuluvia vastaajia (taulukko 15).

### 5.3 Lapsuuden elinolot

Ikihyvään osallistuneita pyydettiin arvioimaan useita lapsuudenkotiin liittyviä piirteitä (taulukot 21-29). Suurin osa vastaajista muisteli lapsuudenkotiaan enimmäkseen myönteisin piirtein. Vanhimmassa ikäryhmässä oli eniten niitä, joiden mielestä lapsuudenkoti ei ollut lainkaan ankara. Kolmannes vastaajista muisteli lapsuuden kotiaan ainakin jossain määrin riittäisänä. Jonkin verran lapsuudenkotiä muisteltiin sulkeutuneena, epäoikeudenmukaisena ja välinpitämättömänä.

Joka viides vastaajista muisteli perheellään olleen usein pitkäaikaisia taloudellisia vaikeuksia ja kolmannes vastaajista kertoi, että jollakin perheenjäsenellä oli alkoholiongelmia (taulukot 31-33). Kahdessa nuorimmassa ikäryhmässä noin 8 prosenttia naisista kertoi pelänneensä jotakuta perheenjäsentä lapsuudessa.

### 5.4 Terveys

Terveyttä selviteltiin Ikihyvässä useilla kysymyksillä, joista tässä on muutamia poimintoja. Arvio omasta terveydentilasta muuttuu ikääntymisen myötä (taulukko 34). Nuorimman ikäryhmän miehistä 50 prosenttia ja naisista yli 60 prosenttia arvioi terveydentilansa hyväksi tai melko hyväksi. Vanhimmassa ikäryhmässä näin arvioivia on miehistä enää 35 ja naisista 31 prosenttia. Vanhimmassa ikäryhmässä noin 15 prosenttia arvioi terveydentilansa melko huonoksi. Pyydettyäessä vertaamaan terveydentilaansa vuoden takaiseen terveyteen suurin osa vastaajista arvioi terveytensä suunnilleen sa-

manlaiseksi kuin vuosi sitten. Vanhimmassa ikäryhmässä kolmannes naisista ja viidennes miehistä arvioi terveydentilansa huonommaksi kuin vuosi sitten. Nuorimman ikäryhmän miehistä viidennes arvioi terveytensä huonommaksi kuin vuosi sitten. Vain 9 prosenttia kaikista vastaajista arvioi terveytensä paremmaksi.

Ikääntymisen myötä terveydentila rajoittaa useita päivittäisiä toimintoja erityisesti naisilla (taulukot 36-47). Joka viidennelle vanhimman ikäryhmän naisella terveydentila vaikeuttaa esim. ruokakassin nostamista ja kantamista ja kohtuullisia ponnistuksia vaativia toimintoja (esim. pöydän siirtäminen ja imurointi). Vanhimmassa ikäryhmässä vartalon taivuttaminen, polvistuminen ja kumartuminen ovat ongelmallisia sekä miehille että naisille. Huomattavia ponnistuksia vaativat toiminnot (esim. lumen luonti) aiheuttavat ongelmia kolmannekselle keskimmäisen ikäryhmän ja puolelle vanhimman ikäryhmän vastaajista. Vaikka vanhimmassa ikäryhmässä terveydentila rajoittaa monia päivittäisiä toimintoja, kuitenkin se ei yleensä rajoita kylpemistä, pukeutumista, yleisten kulkuvälineiden käyttöä tai asioiden hoitamista.

Kysyttäessä terveellisten elintapojen merkityksestä sairauksien ehkäisyssä tai hoidossa vanhimmassa ikäryhmässä oli eniten niitä, joiden mielestä elintavoilla ei ole merkitystä (taulukot 64-66). Suurella osalla vanhimman ikäryhmän ihmisistä on jo jokin sairaus ja ehkä siksi omien toimien merkitys sairauksien ehkäisyssä ja jopa hoidossa nähdään pieneksi. Nuorimman ikäryhmän miehissä puolestaan oli eniten niitä, joiden on vaikea huomioida terveystarkastukset suunnitellessaan elämäänsä, noudattaa päätöksiä, vastustaa houkutusja ja käydä säännöllisesti terveystarkastuksissa (taulukot 67-73). Terveystarkastusten huomioimatta jättäminen kiireessä ja väsyneenä sekä silloin jos joutuu luopumaan jostain muista tärkeistä asioista tuli esiin nuorimman ikäryhmän vastaajilta. Todennäköisesti nuorimmassa ikäryhmässä kiire ja väsymys ovat todellisuussakin suurempia kuin kahdessa vanhimmassa ikäryhmässä ja siksi korostuvat.

Yleisimmät lääkärin toteamat sairaudet ovat kohonnut verenpaine, kohonnut veren kolesterolipitoisuus ja selän kulumavika tai muu selkäsairaus (taulukko 80). Iän myötä sairaudet yleistyvät. Kuitenkin nuorimmassakin ikäryhmässä jo noin 70 prosentilla

vastaajista on jokin sairaus. Vanhimmassa ikäryhmässä miehillä diabetes ja sepelvaltimotauti ovat yleisimpiä kuin naisilla. Saman ikäryhmän naisilla puolestaan on miehiä enemmän nivelrikkoa, tahatonta virtsankarkailua, harmaakaihia, osteoporoosia ja kaatumisen tai muun vastaavan syyn aiheuttamia murtumia. Nämä vanhimman ikäryhmän naisilla esiintyvät sairaudet voivat rajoittaa liikkumista ja siten itsenäistä selviytymistä kotona.

Lähes 90 prosentilla vastaajista on ollut joitakin oireita viimeksi kuluneen kuukauden aikana (taulukko 81). Yleisimpiä oireita ovat niska- ja hartiavaivat, alaselän särky ja iskias sekä nivelsärky. Myös närästys ja muut ruuansulatusongelmat (ilmavaivat, ripuli) ovat tavallisia. Naisilla yleisiä oireita ovat edellä mainittujen lisäksi päänsärky ja unettomuus. Ikääntymisen myötä muistihäiriöt ja virtsaamiseen liittyvät oireet lisääntyvät. Miehillä iän myötä myös seksuaalitoiminnan häiriöt yleistyvät, naisilla puolestaan turvotus jaloissa. Masentuneisuutta on useammin nuorimpaan ikäryhmään kuuluvilla kuin muilla.

Hampaiden ja suun terveydentilan arvioi huonoksi tai erittäin huonoksi yli 20 prosenttia miehistä ja noin 15 prosenttia naisista (taulukko 83). Miehillä suun terveydentilassa ei ole suuria ikäryhmien välisiä eroja, naisista nuorin ikäryhmä arvioi hampaiden kunnon paremmaksi kuin muut naiset.

Yleisimmin käytettyjä lääkkeitä ovat verenpaine- ja päänsärkylääkkeet sekä muut särkylääkkeet (taulukko 84). Ikäryhmien ja sukupuolien välillä lääkkeiden käyttö eroaa jonkin verran. Verenpaine-, kolesteroli- ja sydänlääkkeiden sekä verenkiertoa parantavien ja rauhoittavien lääkkeiden käyttö yleistyy ikääntymisen myötä. Päänsärkylääkkeiden käyttö on tavallista nuorimman ikäryhmän vastaajilla. Nuorimman ikäryhmän miehissä on eniten niitä, jotka eivät ole käyttäneet mitään lääkkeitä (40%). Nuorimman ikäryhmän naisista puolestaan vain 19 prosenttia ei ollut käyttänyt mitään lääkkeitä.

## 5.5 Ruokatottumukset

Ruokatottumuksia selvitettiin kyselemällä tavanomaisia ruokavalintoja. Tavallisimmin leivän päällä käytetään kasvirasvavevitettä (taulukko 87). Leivällä voita käyttäviä on eniten vanhimmassa ikäryhmässä. Kasvisteroli/stanolimargariinia käyttää noin 10 prosenttia vastaajista. Ruoanvalmistuksessa käytetään tavallisimmin kasviöljyä, erityisesti nuorimmassa ikäryhmässä (taulukko 88). Vanhimmassa ikäryhmässä viidennes käyttää voita ruoanvalmistuksessa. Tavallisimmin juodaan kevytmaitoa ja rasvatonta maitoa (taulukko 89). Naisista useampi juo rasvatonta maitoa verrattuna miehiin. Vanhimmassa ikäryhmässä on jonkin verran enemmän niitä, jotka juovat rasvaisempaa maitoa tai piimää ja vähiten niitä, jotka eivät juo lainkaan maitoa.

Kahdessa vanhimmassa ikäryhmässä yli 90 prosentilla päivän pääateria syödään kotona ja se on itse valmistettu (taulukko 91). Nuorimmassa ikäryhmässäkin suurella osalla pääateria on kotona itse valmistettu, mutta yli 20 prosentilla pääateria on kodin ulkopuolella syöty ateria. Tavanomaisella aterialla on keitettyä tai soseutettua perunaa ja liharuokaa (taulukot 95-118). Puurojen (tai murojen) syöminen päivittäin on tavallista kahdessa vanhimmassa ikäryhmässä. Päivittäin tuoreita vihanneksia ja juureksia syö runsas viidennes miehistä kaikissa ikäryhmissä. Naisilla tuoreita vihanneksia syövien osuus on suurempi kuin miehillä, mutta ikääntymisen myötä päivittäinen kasvisten syönti vähenee. Kypsennettyjä vihanneksia tai juureksia syö päivittäin yli 15 prosenttia naisista, mutta vain noin 5 prosenttia miehistä. Hedelmiä tai marjoja syö päivittäin kolmannes miehistä ja noin puolet naisista. Miehillä hedelmiä ja marjoja päivittäin syövien osuus suurenee ikääntymisen myötä, mutta naisilla puolestaan pienenee. Viidennes kaikista vastaajista juo päivittäin hedelmä- tai marjatäysmehuja.

Suuri osa vastaajista on tehnyt muutoksia ruokavalioonsa terveydellisten näkökohtien perusteella (taulukot 119-123 ja 129-130). Liikuntaa on lisännyt yli 30 prosenttia miehistä ja runsaat 40 prosenttia naisista (taulukko 124). Noin viidennes kaikista vastaajista on yrittänyt lisätä liikuntaa, mutta ei ole siinä onnistunut. Nuorimmassa ikäryhmässä heitä on miehistä lähes 30 prosenttia ja naisista 25 prosenttia. Nuorimman ikäryhmän miehistä 15 prosenttia ei ole yrityksistä huolimatta onnistunut vähentämään alkoholin

käyttöä (taulukko 125). Myös tupakoinnin vähentäminen on epäonnistunut noin 12 prosentilla nuorimman ikäryhmän vastaajista (taulukko 126). Miehistä runsaat 20 prosenttia on laihduttanut ja yli 25 prosenttia on yrittänyt laihduttaa (taulukko 128). Naisista nuorimmassa ikäryhmässä 30 prosenttia ja kahdessa vanhimmassa ikäryhmässä noin 20 prosenttia on laihduttanut. Laihduttamista on yrittänyt 40 prosenttia naisista.

Vitamiini-, kivennäisaine- tai muita ravintoainevalmisteita käyttää yli puolet naisista ja kolmannes miehistä (taulukko 131). Keskimmaisessä ikäryhmässä valmisteiden käyttö on tavallisinta.

### 5.6 Alkoholinkäyttö ja tupakointi

Ikääntymisen myötä alkoholia käytetään harvemmin (taulukko 133). Kerrallaan juodaan tavallisimmin 1-2 annosta alkoholia (taulukko 135). Tosin nuorimman ikäryhmän miehistä kolmannes juo 3-4 annosta ja viidennes juo 5-6 annosta kerrallaan. Viikoittain vähintään kuusi annosta alkoholia juo noin 18 prosenttia nuorimman ikäryhmän miehistä. Suuret kerta-annokset harvinaistuvat ikääntymisen myötä ja ovat naisilla harvinaisempia kuin miehillä.

Nuorimmassa ikäryhmässä nykyisin tupakoivia on kolmannes miehistä ja viidennes naisista (taulukko 136). Tupakointi vähenee iän myötä. Peräti puolet vanhimman ikäryhmän miehistä on joskus tupakoinut, mutta ei tupakoi enää.

### 5.7 Liikunta

Vähintään puoli tuntia kävelyä, pyöräilyä tai hiihtoa neljästi viikossa tai useammin harastavien osuudet lisääntyvät ikääntymisen myötä (taulukko 137). Miehistä nuorimmassa ikäryhmässä vain 36 prosenttia ja kahdessa vanhimmassa ikäryhmässä yli puolet ilmoittavat liikkuvansa em. tavalla. Naisista nuorimmassakin ryhmässä yli puolet ja kahdessa vanhimmassa ryhmässä yli 60 prosenttia kävelee tai pyöräilee neljästi tai use-

ammin viikossa. Vanhimmassa ikäryhmässä noin 6 prosenttia ei voi sairauden tai vaman vuoksi lainkaan harrastaa liikuntaa. Muuta liikuntaa kuin kävelyä tai pyöräilyä harrastaa vähintään kerran viikossa noin 40 prosenttia vastaajista (taulukko 138). Kuntoliikuntaa (niin että ainakin lievästi hengästyy ja hikoilee) päivittäin harrastavia on eniten kahdessa vanhimmassa ikäryhmässä (taulukko 139). Kuitenkin suuri osa vastaajista harrastaa kuntoliikuntaa vähintään kerran viikossa. Vapaa-aikanaan vain vähän itseään ruumiillisesti rasittavien osuudet ovat suurimmat nuorimman ikäryhmän miehissä ja vanhimman ikäryhmän naisissa (taulukko 141). Jonkinlaista hyötyliikuntaa harrastavien osuudet ovat myös pienimmät yllä mainituissa ryhmissä. Nuorimman ikäryhmän miehistä kuitenkin 18 prosenttia ilmoittaa harrastavansa kuntoliikuntaa vähintään kolme tuntia viikossa. Miehissä näkyy ikäryhmien välinen ero siinä, että nuorimmassa ikäryhmässä liikuntaa harrastetaan tehokkaasti joitakin tunteja viikossa ja muu aika ”levätään”, kun taas vanhemmissa ikäryhmissä päivittäinen hyötyliikunta on yleisempää.

## 5.8 Palvelujen käyttö

Kunnallisista ja yksityisistä palveluista tavallisimmin on käytetty yleis- tai erikoislääkärin palveluja (taulukot 143 ja 144). Vähiten lääkärin palveluja ovat käyttäneet nuorimman ikäryhmän miehet. Kunnallisia tai yksityisiä fysioterapeutin palveluja on käyttänyt hieman alle 10 prosenttia vastaajista. Hoitajaksot terveyskeskuksissa tai erikoissairaanhoidossa yleistyvät ikääntymisen myötä, samoin kuntoutusjaksot kuntoutuslaitoksissa.

Kunnallisten tai yksityisten palvelukeskusten palveluja on käytetty suhteellisen vähän (taulukot 145-158), osittain siksi, että palvelukeskuksia ei ole kaikissa kunnissa.

Lähinnä kahteen vanhimpaan ikäryhmään kuuluvat ovat käyttäneet näitä palveluja.

Tavallisimmin on osallistuttu hengellisiin tilaisuuksiin, retkiin, ohjattuun liikuntaan ja ohjelmallisiin tilaisuuksiin. Kymmenen prosenttia vanhimman ikäryhmän naisista on käyttänyt ateriointi- ja kahvilapalveluja. Vaikka palvelujen käyttö ei ole yleistä, niistä ollaan kiinnostuneita. Erityisen kiinnostuneita kaikissa ikäryhmissä oltiin ohjatusta

liikunnasta ja terveysterveystieteistä. Myös retket, ohjelmalliset tilaisuudet, elokuvat ja pelit sekä käsi- ja taidetyöpalvelut kiinnostivat. Kahden nuorimman ikäryhmän vastaajista neljännes oli kiinnostunut internetpalveluista ja kahden nuorimman ikäryhmän naisista joka neljäs oli kiinnostunut päivätansseista. Vanhimman ikäryhmän naisista noin 30 prosenttia oli kiinnostunut hengellisistä tilaisuuksista.

Miehistä lähes 90 prosentilla on auto käytettävissä (taulukko 160). Naisilla auton käyttö vähenee ikääntymisen myötä (vanhimmassa ikäryhmässä monelta saattaa puuttua ajokortti). Nuorimman ikäryhmän naisista lähes 70 prosenttia käyttää autoa, kun vanhimmassa ikäryhmässä enää 40 prosenttia käyttää autoa. Puhelinta käyttävät lähes kaikki vastaajat (taulukko 161). Matkapuhelimen käytössä on jonkin verran vaihtelua ikäryhmien ja sukupuolten välillä (taulukko 162). Miehistä kahdessa nuorimmassa ikäryhmässä yli 80 prosenttia käyttää matkapuhelinta, vanhimmassakin ikäryhmässä 65 prosenttia. Naisista nuorimmassa ikäryhmässä matkapuhelin on yli 80 prosentilla vastaajista, mutta enää 40 prosentilla vanhimmassa ikäryhmässä. Yli puolella nuorimman ikäryhmän vastaajista on tietokone käytössään (taulukko 164). Tietokoneen käyttö on harvinaisempaa vanhemmissa ikäryhmissä.

Apuvälineiden käyttö on kaiken kaikkiaan vähäistä. Vanhimmassa ikäryhmässä yleisimmät apuvälineet ovat lääkedosetti, kenkien liukeste ja näkemisen apuväline (ei silmälasit) (taulukko 165). Omaan asumiseen liittyvään turvallisuuteen tai toiminnallisuuteen oli kiinnittänyt huomiota noin 15 prosenttia vastaajista (taulukko 166). Muutokset olivat tavallisimpia vanhimmassa ikäryhmässä. Asuntoa oli lähinnä kunnostettu tarkoituksenmukaisemmaksi tai oli muutettu ikääntyvälle paremmin soveltuvaan asuntoon.

Kuntansa oman ikäisten sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä suurin osa vastaajista antoi tyydyttävän arvosanan (taulukko 167). Ikääntymisen myötä tyytyväisyys oman ikäistensä palvelujen järjestämiseen lisääntyy. Kuitenkin noin viidennes vastaajista oli sitä mieltä, että palvelut oli hoidettu vain välttävästi, erityisesti tyytymättömiä oli nuorimman ikäryhmän miehissä.

## 5.9 Sosiaaliset verkostot, avuntarve ja muiden auttaminen

Ikihyvän toisessa kyselyssä selvitettiin aluksi sosiaalisia verkostoja ja avuntarpeita. Suurella osalla vastaajista ainakin yksi lapsista asuu samassa asunnossa tai talossa tai samalla paikkakunnalla (taulukko 168). Yli 35 prosenttia vastaajista on yhteydessä lapsiinsa päivittäin (taulukko 169). Vanhimmissa ikäryhmissä päivittäinen yhteydenpito on hieman harvinaisempaa, mutta viikoittain pitää yhteyttä reilu kolmannes. Jos lapsenlapsia on, heihin pidetään tavallisimmin yhteyttä muutaman kerran viikossa tai kuukaudessa (taulukko 170). Sisaruksiin ollaan yhteydessä muutaman kerran kuukaudessa (taulukko 171). Sukupuolten välillä yhteydenpidossa on joitakin eroavaisuuksia. Naisissa on paljon niitä, jotka ovat sisaruksiin yhteydessä muutamia kertoja viikossa, mikä on harvinaisempaa miehille, joilla yhteydenpitoa on kolmanneksella vastaajista vain muutaman kerran vuodessa. Omat vanhemmat ovat elossa puolella nuorimman ikäryhmän vastaajista (taulukko 172). Heihin pidetään yhteyttä muutaman kerran viikossa tai kuukaudessa. Lähisukulaisia tavataan muutaman kerran kuukaudessa tai vuodessa (taulukko 173).

Keskimäärin joka viides nainen ja joka kymmenes mies auttaa jotakuta pitkäaikaissairasta, vammaista tai iäkästä henkilöä (taulukko 174). Autettavia ovat yleensä omat vanhemmat, puolison vanhemmat tai puoliso. Itse kotitöihin tai muihin askareisiin apua tarvitsevia on lähinnä vanhimmassa ikäryhmässä, jossa noin 17 prosenttia miehistä ja 22 prosenttia naisista tarvitsee ja saa apua kotitöihin (taulukko 175). Vanhimmassa ikäryhmässä 5 prosenttia naisista ja 3 prosenttia miehistä tarvitsisi apua, mutta ei sitä saa. Kysyttäessä mihin asioihin tarvitsee apua, vanhimmassakin ikäryhmässä miehistä yli 70 prosenttia ja naisista puolet eivät tarvitse apua (taulukko 176). Vanhimman ikäryhmän naiset tarvitsivat eniten apua raskaisiin kotiaskareisiin (esim. siivous) ja kaupassa käyntiin tai asiointiin. Vanhimman ikäryhmän miehetkin tarvitsivat apua raskaisiin kotiaskareisiin, mutta myös jokapäiväisiin kotitöihin kuten ruuanlaittoon. Kotitöissä apua saadaan lähinnä puolisolta ja lapsilta, jonkin verran myös ystäviltä (taulukko 177).

Kunnan tai yksityisten palveluja käytetään vain vähän kotiaskareissa auttamiseen. Nykyistä enemmän apua kaipaavia oli lähinnä vanhimmassa ikäryhmässä ja heillä avuntarpeet liittyivät raskaisiin kotitöihin ja muihin asioihin (esim. ikkunoiden pesu, puutarha-

ja lumityöt) (taulukko 178). Suurelle osalle vastaajista apua ja tukea on tarjolla juuri niin paljon kuin sitä tarvitsee (taulukko 180).

Suurella osalla vastaajista on 2-5 ystävää tai omaista, joiden kanssa voi puhua tärkeistä asioista (taulukko 182). Nuorimman ikäryhmän miehistä noin viidellä prosentilla ei ollut lainkaan läheisiä ystäviä. Muuten sukupuolten ja ikäryhmien välillä ei ollut huomattavia eroja ystävien määrässä. Runsas kolmannes vastaajista on yhteydessä läheisiin ystäviin päivittäin ja suurin osa pitää yhteyttä ystäviinsä ainakin muutaman kerran kuukaudessa.

Omat kyvyt selviytyä arkielämän tavallisista toimista ja yllättävistä takaiskuista arvioidaan yleensä hyviksi (taulukot 184 ja 185). Vanhimman ikäryhmän naisista yli 20 prosenttia arvioi omat kykynsä selviytyä yllättävistä takaiskuista huonoiksi, toisaalta heidän joukossaan kolmannes ei osannut sanoa mielipidettä asiasta. Kyvyt ja mahdollisuudet saada aikaan muutoksia elämässään arvioidaan keskimäärin hyviksi (taulukko 186). Kuitenkin ikääntymisen myötä epävarmuus lisääntyy.

### 5.10 Vapaa-aika

Suurella osalla vastaajista on jokin harrastus (taulukko 187). Ikääntymisen myötä harrastuksista luopuminen yleistyy. Vanhimman ikäryhmän miehistä 34 prosenttia ja naisista 45 prosenttia oli joutunut luopumaan jostain harrastuksestaan (esim. hiihto, käsityöt, metsästys). Televisiota tai radiota ja lehtiä seurataan päivittäin. Miehistä 40 prosenttia seuraa urheilua päivittäin, naisilla puolestaan kirjojen lukeminen ja käsityöt ovat päivittäisiä vapaa-ajantoimintoja erityisesti kahdessa vanhimmassa ikäryhmässä (taulukot 188-201). Noin 40 prosentilla vastaajista on jokin tärkeä ihmisten tapaamispaikka (esim. kahvila, harrastuspiiri, eläkeläiskerho, uimahalli) ja toisaalta paikka, jossa käy yksin (esim. metsä, mökki) (taulukko 202). Matkustaminen on tavallista kaikissa ikäryhmissä (taulukko 203). Kolmannes oli matkustanut vuoden aikana kotimaassa ja puolet ulkomailla. Vanhimmassa ikäryhmässä oli eniten niitä, jotka eivät olleet matkustaneet lainkaan vuoden aikana.

### 5.11 Elämän ilot ja surut

Suurin osa vastaajista on elämäänsä vähintäänkin melko tyytyväinen (taulukko 204). Ikäryhmien välillä ei ole suuria eroja. Nuorimman ikäryhmän vastaajista suurin osa pitää itseään keskituloisena tai hyvin toimeentulevana (taulukko 205). Pienituloisena itseään pitäviä on eniten vanhimmassa ikäryhmässä, mutta nuorimmassakin ikäryhmässä 20 miehistä ja 30 prosenttia naisista pitää itseään pienituloisena. Köyhänä itseään pitäviä on eniten nuorimman ikäryhmän miehissä. Huolta aiheuttavat lähiomaisen sairaus tai menettäminen ja oma terveys (taulukot 206-216). Nuorimmassa ikäryhmässä huolta aiheuttaa myös huono toimeentulo, vanhimmassa ikäryhmässä puolestaan huoli itsenäisestä selviytymisestä. Ilonaiheita ovat lapset, lapsenlapset, ystävät, oma terveys ja asuminen omassa kodissa (taulukot 217-224). Myös arkipäivän pienet asiat (esim. hyvä ruoka ja kaunis ilma) olivat monelle ilonaiheita.

### 5.12 Ikääntymisen kokeminen ja turvattomuus

Kokemukset keski-ikä alkamisesta ja loppumisesta vaihtelevat sukupuolen ja iän mukaan. Noin puolet kaikista vastaajista on sitä mieltä, että keski-ikä alkaa 40-45 –vuotiaana ja loppuu 60-65 –vuotiaana (taulukot 225 ja 226). Miehet ajattelevat keski-ikä alkavan ja loppuvan hieman nuorempana kuin naiset. Vanhimmassa ikäryhmässä puolestaan ajatellaan keski-ikä alkavan ja loppuvan hieman myöhemmin kuin muissa ikäryhmissä. Keskimäärin 60 prosenttia vastaajista on sitä mieltä, että vanhuus alkaa viimeistään 70- vuotiaana (taulukko 227). Vanhimmassa ikäryhmässä vanhuuden koetaan alkavan myöhemmin kuin muissa ikäryhmissä, 11 prosenttia miehistä ja 16 prosenttia naisista kokee vanhuuden alkavana vasta 75 ikävuoden jälkeen. Yli 40 prosenttia vastaajista pitää itseään oman ikäisenään ja oman ikäisekseen itsensä kokevien osuus suurenee ikääntymisen myötä (taulukko 228). Selvästi ikävuosiaan nuorempana itseään pitäviä on puolestaan eniten nuorimmassa ikäryhmässä.

Kaikissa ikäryhmissä vanheneminen koetaan jonkin verran vaikeaksi. Ikääntymisen myötä pelätään muistin heikkenemistä. Erityisesti keskimmaisessä ikäryhmässä nykyi-

sessä iässä koetaan olevan parhaat mahdollisuudet tehdä ja harrastaa sitä mitä itse haluaa, ja tästä ryhmästä suuri osa on nykyisin onnellisempi kuin nuorena. Vanhimmassa ikäryhmässä on toisaalta eniten niitä, jotka kokevat, että he eivät ole nykyisin onnellisempia kuin nuorempana ja joille eläkeikä on yksinäistä aikaa. Kuitenkin eläkeikä nähdään myös parhaana aikana. Henkiset arvot ja luonto tulevat tärkeämmiksi ikääntymisen myötä. Samoin tunne yhteenkuuluvaisuudesta edellisten ja nykyisten sukupolvien kanssa lisääntyy ikääntymisen myötä. Vanhimmassa ikäryhmässä on myös eniten niitä, joille uskonto on tärkeä asia. (taulukot 229-241).

Ikäryhmien näkemykset siitä, mitkä asiat ovat sopivia eläkeläisille poikkeavat jonkin verran toisistaan (taulukot 243-250). Vanhimmassa ikäryhmässä eläkeläisten ravintoiloissa istumista, nuorekasta pukeutumista ja kauneusleikkausten tekemistä ei pidetty sopivana. Vanhimman ikäryhmän miehistä eläkeläisten muuttaminen etelään talviajaksi ja naisista eläkeläisten Alkossa asioiminen ei ollut sopivaa.

Vanhemmiten hyvä hoito ja huolenpito muuttuvat asuinpaikkaa tärkeämmiksi asioiksi. Kuitenkin vanhimman ikäryhmän miehistä 14 prosenttia ei lähtisi kotoaan pois voimienkaan vähennyttyä ja puolelle heistä on tärkeää asua nykyisessä elinympäristössä elämänsä loppuun asti. Vanhimman ikäryhmän naisissa on eniten niitä, joiden mielestä eläkeläisiä ei huomioida kauppapalveluja kehitettäessä. Heillä on myös eniten vaikeuksia löytää sopivia ja tyylikkäitä vaatteita. Eläkeläisten sosiaali- ja terveystalvelujen parantamiseen seuraavan 10 vuoden aikana ei uskota. Myöskään maahanmuuttajia ei nähdä tärkeänä apuna vanhusten hoidossa. Suurin osa vastaajista ajattelee, että ikäihmisten elämä helpottuu uusien teknisten apuvälineiden ansiosta. Toisaalta vanhimmassa ikäryhmässä on eniten niitä, joiden mielestä teknisillä apuvälineillä ei voida tyydyttää vanhojen ihmisten tarpeita. Joka tapauksessa kaikissa ikäryhmissä tietokoneet nähdään hyödyllisinä myös eläkeläisille. (taulukot 251-269)

Turvattomuutta yleisimmin aiheuttavat joutuminen riippuvaiseksi muiden avusta ja muistin heikkeneminen (taulukko 271). Nuorimmassa ikäryhmässä turvattomuutta aiheuttaa myös läheisen vakava sairaus ja työttömyys tai työkyvyttömyys. Keskimmaisessä ikäryhmässä turvattomuutta aiheuttavaksi koettiin väkivaltarikollisuus. Vanhimmassa

ikäryhmässä turvattomuutta aiheuttaviksi tekijöiksi nousivat vammautuminen ja laitoshoidon joutuminen. Vanhimmat naiset olivat huolissaan hoivapalvelujen korkeasta hinnasta.

### 5.13 Tulevaisuus

Suurin osa vastaajista ennustaa asuvansa viiden vuoden kuluttua samassa asunnossa kuin nyt (taulukko 272). Noin kymmenen prosenttia nuorimman ikäryhmän miehistä ja kahden nuorimman ikäryhmän naisista miettivät muuttamista (taulukko 273). Nykyinen elämä verrattuna viiden vuoden takaiseen nähdään suunnilleen samanlaisena erityisesti vanhimman ikäryhmässä (taulukko 274). Kahdessa nuorimmassa ikäryhmässä kolmannes kokee olevansa tyytyväisempi nykyiseen elämäänsä. Nuorimman ikäryhmän miehisissä on eniten niitä, jotka kokevat olevansa tyytymättömämpiä kuin viisi vuotta sitten. Suurin osa vastaajista ajattelee olevansa yhtä tyytyväinen elämäänsä nyt kuin viiden vuoden kuluttua. Niitä jotka kuvittelevat elämänsä muuttuvan parempaan suuntaan on enemmän kuin niitä, jotka odottavan muutoksen kulkevan huonompaan suuntaan.

Vanhimmassa ikäryhmässä on eniten niitä, jotka ajattelevat, että he eivät enää selviydy arkiaskareista viiden vuoden kuluttua ilman ulkopuolista apua (taulukko 276). Joka neljännellä vastaajista on jokin unelma tai elämänmuutos, jonka aikoo toteuttaa eläkkeellä ollessaan (esim. muutto etelään tai matkustaminen yleensä) (taulukko 277). Niiden osuus, joilla on jokin unelma pienenee ikääntymisen myötä. Ehkä unelman on ehtinyt jo toteuttaa tai sitten vastaaja on jo luopunut toivosta toteuttaa haaveitaan ja on tyytyväinen siihen mitä on tähän asti saanut.

## 6 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä raportissa esitetyt tutkimustulokset ikääntyvien päijäthämäläisten terveydestä ja hyvinvoinnista valottavat tilannetta, jossa Ikihyvä Päijät-Häme tutkimus- ja kehityshanke on lähtenyt liikkeelle. Kymmenvuotisen tutkimusjakson aikana tullaan terveyden ja hyvinvoinnin kehittymistä seuraamaan ja tuloksia käyttämään kehityshankkeiden perustana.

Tällä hetkellä ikääntyvien päijäthämäläisten itsearvioitu toimintakyky näyttäisi olevan koko maan samanikäistä väestöä edustavaa vertailuaineistoa huonompi. Tuloksen varmentamiseksi Ikihyvässä tullaan jatkossa mittaamaan myös fyysistä toimintakykyä. Kuitenkin jo tämän tuloksen pohjalta on perusteltua kiinnittää toimintakykyyn ja sen säännölliseen arviointiin huomiota sekä ryhtyä suunnittelemaan kehityshankkeita päijäthämäläisen ikääntyvän väestön toimintakyvyn ylläpitämiseksi.

Päijäthämäläiset liikkuvat melko aktiivisesti, mutta hyötyliikunta on merkittävämmässä asemassa kuin kuntoliikunta. Moni on yrittänyt lisätä liikuntaa siinä onnistumatta. Kunnan tarjoamista palveluista erityisesti ohjattu liikunta ja terveysneuvonta kiinnostavat. Kiinnostusta ja halua tuntuisi siis löytyvän, mutta keinot vielä puuttuvat. Liikunnallista aktiivisuutta tulee tukea, sillä hyvä fyysinen kunto edistää toimintakyvyn säilymistä ja sitä kautta omatoimista selviytymistä kotona. Tässä työssä tarvitaan kuntien eri toimintasektorien, järjestöjen ja yritysten yhteistyötä.

Psyykinen hyvinvointi näyttäisi lisääntyvän työelämästä siirtymisen vaiheilla. Kuitenkin hyvinvointia ylläpitävä sosiaalinen kanssakäyminen vähenee erityisesti kaikkein vanhimpien keskuudessa. Yksinäisyyden torjuminen ja sosiaalisen pääoman vahvistaminen tulisi nostaa fyysisen kunnon rinnalla painopistealueiksi ikääntyvien hyvän elämänlaadun ja toimintakyvyn ylläpitämisessä. Lisäksi erityisesti vanhin ikäryhmä tuntee epävarmuutta omista kyvyistä selviytyä yllättävistä tilanteista. Ikäihmisillä tulisi olla varmuus siitä, että apua on tarvittaessa saatavilla. Heitä voisi myös opastaa ennakoimaan ikääntymisen tuomia uusia haasteita ja miettimään selviytymiskeinoja etukäteen. Varmuutta arkipäivään ja sitä kautta itsenäisyyttä tuo myös osaamisen ja pystyvyyden

tunteen ylläpitäminen ja kehittäminen muuttuvassa ja teknistyvässä ympäristössä. Tähän voidaan pyrkiä paitsi harjoittelemalla käytännössä uusia asioita myös luomalla toimintakulttuureja, joissa ikääntyvillä olevaa tietotaitoa pidetään arvossa ja hyödynnetään.

Ikihyvän tärkeä tehtävä on osoittaa terveyden ja hyvinvoinnin ongelma-alueita, ennakoida tulevia ongelmia sekä auttaa kohdistamaan toimenpiteitä niiden ehkäisemiseksi. Yhteistyössä kunta- ja järjestösektorin kanssa Ikihyvä tarjoaa erinomaiset mahdollisuudet edistää terveyttä ja hyvää vanhenemista Päijät-Hämeessä.

## Lähdeluettelo

Aalto AM, Ohinmaa A, Aro AR. Social support and quality of life in Finnish general population. Teoksessa: Rodriguez-Marin J. (toim.) Health psychology and quality of life research. Proceedings Book of the 8<sup>th</sup> Conference of the European Health Psychology Society in July 1994. Volume II. 1995:620-626.

Aalto A-M, Aro AR, Teperi J. RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina. Mittarin luotettavuus ja suomalaiset väestöarvot. STAKES-tutkimuksia 101. Helsinki, 1999.

Aro AR, Aalto A-M, Mähönen M. Elämänlaadun mittaaminen eri sairauksissa. Duodecim 1993;109:1512-1519.

Aromaa A, Koskinen S.(toim.) Terveys ja toimintakyky Suomessa, Terveys 2000 –tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002, Helsinki 2002.

Bentham G, Eimermann J, Haynes R, Lovett A, Brainard J. Limiting long-term illness and its associations with mortality and indicators of social deprivation. J Epidemiol Community Health 1995;49:S57-S64.

Blair SN, Brodney S. Effects of physical inactivity and obesity on morbidity and mortality: current evidence and research issues. Med Sci Sports Exerc 1999;31:S646-662.

Blom-Lange M. Kuolleisuus, sairastavuus ja sosioekonomiset tekijät Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin kunnissa, Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirissä ka suurissa kaupungeissa. Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin julkaisuja A4/1999. Lahti, 1999.

Hakanen J. Ketkä uupuvat? Miesten ja naisten työuupumus tutkimusten valossa. Työterveiset Special Issue 1999; 2:16-18.

Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Aro AR, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen, kevät 2002. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B12/2002. Helsinki, 2002.

Heikkinen RL. Depressed mood among the elderly in Jyväskylä. A five-year follow-up. Scandinavian Journal of Social Medicine Supplement 1997; 53:66-78.

Heikkinen RL, Berg S, Avlund K, Timo T. Depressed mood: changes during a five-year follow-up in 75-year-old men and women in three Nordic localities. Aging Clin Exp Res 2002;14 (3 Suppl):16-28.

Hobfoll SE. (Toim.). Stress, social support, and women. Washington: Hemisphere Publishing Corporation, 1986.

Härkäpää K. Optimismi, kompetenssi ja selviytymiskeinot. Käsitteiden ja empirian tarkastelua kuntoutuksen näkökulmasta. Kuntoutussäätiö, Työselosteita 11/1995.

Kafatos A, Manios Y, Markatji I, ym. Regional, demographic, and national influences on attitudes and beliefs with regard to physical activity, body weight and health in a nationally representative sample in the European Union.

<http://nutrition.cabweb.org/PHN/html/march99/phn02087.htm> (10.5.1999)

Kalimo R, Hakanen J. Työuupumus tutkimusten valossa – ihmisen voimavarat työhön. Työterveyslaitos. Helsinki, 1998.

Kalimo R, Toppinen S. Työuupumus suomen työikäisellä väestöllä. Työterveyslaitos, Helsinki 1997.

Karisto A, Nummela O, Konttinen R, Haapola I, Valve R, Uutela A, Heikkilä K. Ikääntyvä Päijät-Häme. Kuntien hyvinvointiraportti. Helsingin yliopiston Tutkimus- ja koulutuskeskus Palmenia. Raportteja ja selvityksiä 41/2003.

Laukkanen P, Leinonen R, Sakari-Rantala R ym. Terveystila ja päivittäisistä toiminnoista selviytyminen 65-69 –vuotiailla jyvaskyläläisillä vuosina 1988 ja 1996. Teoksessa: Kohorttieroit 65-69 –vuotiaiden henkilöiden toimintakyvyssä, terveydessä ja harrastustoiminnoissa, s. 47-66. Toim. Heikkinen E, Lampinen P, Suutama T. Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 47, Helsinki 1999.

Moilanen J. Työolojen vaikutuksen ikääntyvän henkilöstön työkykyyn ja niiden taloudellinen merkitys. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1999:13. Helsinki, 1999.

Morgan CL, Currie CJ, Peters JR. Hospital utilization as a function of social deprivation: diabetes vs. non-diabetes. *Diabet Med* 1997;14:589-594.

Persson G, Boström G, Allebeck P, Andersson L, Berg S, Johansson L, Thille A. Elderly people's health – 65 and after. *Scand J Publ Health* 2001;suppl. 58:117-131.

Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behaviour change. *Am J Health Promot* 1997;12:38-48.

Robinson N, Lloyd CE, Stevens LK. Social deprivation and mortality in adults with diabetes mellitus. *Diabet Med* 1998;15:205-212.

Roos E. Social patterning of food behaviour among Finnish men and women. Publications of the National Health Institute A6/1998. Helsinki, 1998.

Roos G, Prättälä R. Disparities in food habits. Review of research in 15 European Countries. Publications of the National Public Health Institute B24/1999. Helsinki, 1999.

Rosmond R, Bjorntorp P. The hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity as a predictor of cardiovascular disease, type 2 disease and stroke. *J intern Med* 2000;247:188-197.

Rosmond R, Nilsson A, Bjorntorp P. Psychiatric ill health and distribution of body fat mass among female immigrants in Sweden. *Public Health* 2000;114:45-51.

Sarason BR, Sarason IG, Pierce GR (toim.). Social support. An interactional view. New York: John Wiley & Sons, 1990.

Scheier MF, Carver CS. Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 1985;4:219-247.

Scheier MF, Carver CS. Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy & Research*, 1992;16: 201-228.

Scheier MF, Carver CS, Bridges MW. Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery and self-esteem): A re-evaluation of the life orientation test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1994;67:1063-1078.

Scheier MF, Weintraub JK, Carver CS. Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1986;51:1257-1264.

Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, 1991;32:705-714.

Struthers AD, Anderson G, Donnan PT, MacDonald T. Social deprivation increases cardiac hospitalisations in chronic heart failure independent of disease severity and diuretic non-adherence. *Heart* 2000;83:12-16.

Sulander T, Helakorpi S, Nissinen A, Uutela A. Eläkeikäisen väestön terveystyytyminen keväällä 2001 ja sen muutokset 1993-2001. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B17/2001. Helsinki, 2001.

Suominen S, Vahtera J, Uutela A. Elintaso, koherenssin tunne vai ihmissuhteet: mikä ylläpitää tyytyväisyyttä ja terveyttä? Teoksessa: K. Ahlqvist & A. Ahola (toim.): Elä-

män riskit ja valinnat – Hyvinvointia lama-Suomessa? Helsinki: Edita, Tilastokeskus, 1996.

Teronen A. Ikääntyvien sairauspoissaolot, työkyky ja osaamisen tehokas hyödyntäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1999:24. Helsinki, 1999.

Townsend P, Davidson N. The Black report. Kirjassa: Inequalities in Health, toim. Townsend P, Davidson N, Whitehead M. Harmondsworth: Penguin book, 1992.

Uutela A, Aro AR. Koettu ja havaittu elämänlaatu – toisiaan täydentävät näkökulmat. Duodecim 1993;109:1507-1511.

Uutela A: Sosiaalinen tuki ja terveys. Teoksessa Lahikainen A-R, Pirttilä-Backman A-M (toim): Sosiaalinen vuorovaikutus, 208-221. Otava, Keuruu 1998.

Vahtera J ja Uutela A: Sosiaaliset verkostot ja sosiaalinen tuki terveysresurssina. Duodecim, 1994;110:1054-1060.

**IKIHYVÄ PÄIJÄT-HÄME -tutkimus**

Liite 1

**TUTKITTAVAN KIRJALLINEN SUOSTUMUS**

Olen lukenut saamaani kutsukirjeen ja tutustunut siinä olevaan selvitykseen tutkimuksen tarkoituksesta. Lisäksi olen saanut suullista tietoa tutkimuksesta sekä riittävän vastauksen tutkimusta koskeviin kysymyksiin.

Olen saanut tietää, että kerättyjä tietoja käytetään tutkimuksissa ja kehittämishankkeissa, joiden tavoitteena on parantaa ikääntyvän väestön hyvinvointia Päijät-Hämeessä. Tutkimusaineistosta vastaa Helsingin yliopiston Tutkimus- ja koulutuskeskus Palmenia, joka säilyttää ja käsittelee tietoja luottamuksellisina eikä henkilötietoja luovuteta ulkopuolisille tutkimuksen missään vaiheessa.

Ymmärrän, että tässä tutkimuksessa kerätään tietoa pitkäaikaista tutkimustyötä varten. Annan suostumukseni siihen, että kerättävään aiheistoon yhdistetään terveystietäni ja taustatekijöitäni koskevia tietoja eri viranomaisten ja terveydenhuollon yksiköiden ylläpitämistä rekistereistä, kuten Tilastokeskuksesta, Sosiaali- ja Terveydenhuollon tutkimus- ja kehittämiskeskuksesta (STAKES) ja Kansaneläkelaitoksesta.

Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta ilman, että se vaikuttaa mahdollisuuksiini saada sosiaali- ja terveydenhuollonpalveluja.

Allekirjoituksellani annan suostumukseni siihen, että tutkimuslomakkeella antamaani tietoa, terveystarkastuksen tuloksia, kerättyjä näytteitä sekä rekisteritietoa saadaan käyttää Ikihyvä Päijät-Häme -tutkimuksessa. Suostumukseni ehtona on, että kerätty tieto käsitellään luottamuksellisesti, tutkijoilta ja terveydenhuoltohenkilökunnalta vaadittavaa salassapito-velvollisuutta sekä muita tietosuojasäännöksiä, tutkittavien asemaa koskevia velvoitteita ja tutkimusta koskevia määräyksiä ja ohjeita noudattaen.

Paikka ja aika \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ 2002

Tutkittavan allekirjoitus \_\_\_\_\_  
ja nimenselvennys

Tutkittavan syntymäaika \_\_\_\_\_

Tutkittavan osoite \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Suostumuksen vastaanottaja \_\_\_\_\_  
nimenselvennys

Tutkimuksesta vastaa dosentti Mikael Fogelholm, puh. (03) 2829 201.

Asiakirjasta jää toinen kappale suostumuksen antajalle