

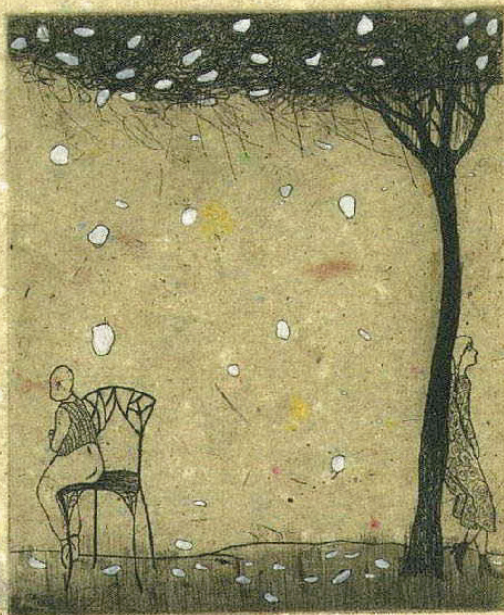
IKÄÄNTYNEIDEN YKSINÄISYYS

P

SYKOSOSIAALISEN RYHMÄKUNTOUTUKSEN VAIKUTTAVUUS

KAISU PITKÄLÄ, PIIRKKO ROUTASALO, HANNU KAUTIAINEN,
NIINA SAVIKKO, REIJO TILVIS

GERIATRISEN KUNTOUTUKSEN TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISHANKE



TUTKIMUSRAPORTTI

11

GERIATRISEN KUNTOUTUKSEN TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISHANKE

*Ikääntyneiden yksinäisyys
Psykososiaalisen ryhmäkuntoutuksen
vaikuttavuus*

TUTKIMUSRAPORTTI



*Kaisu Pitkälä
Pirkko Routasalo
Hannu Kautiainen
Niina Savikko
Reijo Tilvis*

Kannen kuva:
Kadi Kurema

Kannen suunnittelu ja lay-out:
Gua Vainio

© Vanhustyön keskusliitto –
Centralförbundet för de gamlas väl ry.
Malmin kauppatie 26
00700 Helsinki
Puh. (09) 350 8600
Faksi (09) 350 860 10
<http://www.vanhustyonkeskusliitto.fi>

ISBN 951-806-113-0

Gummerus Kirjapaino Oy
Vaajakoski 2005

SISÄLLYSLUETTELO

Tiivistelmä 5

1. Johdanto 7

2. Tutkimuksen tausta 8

Yksinäisyyden käsite 8

Yksinäisyyden kokemuksen yleisyys 8

Yksinäisyyteen assosioituvat tekijät 9

Yksinäisyyden syyt ja seuraukset 10

Voiko yksinäisyyttä ja sen kielteisiä seurauksia lievittää
interventioilla? 11

3. Tutkimuksen tavoite 17

4. Aineisto ja menetelmät 18

Interventiota toteuttavat paikat 18

Tutkittavien rekrytointi 18

Sisäänotto- ja poissulkukriteerit 22

Randomisointi 22

Tutkimusmenetelmät 23

Intervention sisällöt 26

Ryhmänvetäjien koulutus 31

Päätetapahtumat 32

Tilastolliset menetelmät 33

5. Tulokset 33

Osallistujat lähtötilanteessa 33

Intervention vaikutukset 36

Intervention vaikutus sosiaali- ja terveyspalveluiden
käyttöön ja kuolleisuuteen 41

Eri ryhmätoimintojen vaikutukset 44

6. Pohdinta 46

Yksinäisyys ja sosiaalinen isolaatio 47

Psyykinen hyvinvointi 50

Kognitio 50

Terveys 52

Tuloksellisen psykososiaalisen ryhmäkuntoutuksen
edellytykset 54

Miten jatkossa? 57

Erilaisten interventiosisältöjen merkitys 58

7. Johtopäätökset 60

8. Lähteet 61

Liitteet

1. Kirjoittajien esittelyt 69
2. Kirjekysely 1. 70
3. Kirjekysely 2. 81
4. Loppukysely 91

Tiivistelmä

Tausta: Ikääntyneiden yksinäisyys on yleinen ongelma, joka voi johtaa heikentyneeseen elämänlaatuun, dementoitumiseen, lisääntyneeseen terveystalvveluiden ja laitoshoidon tarpeeseen sekä kuolemanvaaraan. Toimivia ja vaikuttavia interventioita ei ole pystytty kehittämään yksinäisyyden lievittämiseksi ja ikääntyneiden sosiaalisesti aktivoimiseksi.

Tavoite: Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, voidaanko yksinäisten ikäihmisten kiinnostusten mukaan räätälöidyllä psykososiaalisella ryhmäkuntoutuksella lievittää heidän yksinäisyyttään, aktivoida heitä sosiaalisesti, parantaa heidän psyykkistä hyvinvointiaan ja elämänlaatuaan sekä vaikuttaa myönteisesti heidän terveyteensä. Halusimme myös selvittää, miten interventio vaikuttaa tutkittavien sosiaali- ja terveystalvveluiden käyttöön.

Aineisto: 235 väestökyselyllä rekrytoitua yksinäisyydestä kärsivää ikäihmistä (>74v), jotka ilmaisivat halukkuutensa osallistua ryhmätoimintaan ja joilla oli kiinnostuksen kohteena joku tarjotuista ryhmäisällöistä. Poissulkukriteereinä olivat keskivaikea tai vaikea dementia, laitoksessa asuminen, sokeus tai kuurous. Lisäksi liikuntaryhmiin osallistuneilta edellytettiin kykyä liikkua itsenäisesti sekä vähintään NYHA 2 tasoista suorituskykyä.

Interventio: Interventio perustui yhdessä ryhmässä kokemiselle ja yksinäisyyden jatkamiselle vertaisten kanssa, jossa ammattilaisvetäjätyöpari katalysoi ryhmäläisten keskinäistä kanssakäymistä, voimaantumista ja omien rajojen ylittämistä. Oleellista oli suljetun ryhmän ryhmädynamiikan hyväksikäyttö sekä ryhmän itsenäisyyden ja kypsymisen tukeminen. Kaikki ammattilaisvetäjät saivat saman yli vuoden kestävän koulutuksen ja työnohjauksen. Ryhmäkuntoutus perustui suljetulle 8 hengen ryhmälle, jossa tutkittavat kävivät kerran viikossa 2-6 tunnin ajan interventiopaikassa yhteensä 12 kertaa eli kolmen kuukauden ajan. Ryhmissä toteutettiin kolmenlaista sisältöä 1. taide- ja viriketoimintaa 2. ryhmäliikuntaa ja -keskustelua sekä 3. ryhmäterapiaa ja terapeutista kirjoittamista. Ryhmien sisällöt räätälöitiin sen mukaan, mihin ryhmään ikääntyneet osoittivat kiinnostustaan ja toisaalta mitä ryhmäläiset toivoivat sisällöiksi.

Asetelma: Satunnaistettu, kontrolloitu tutkimus.

Menetelmät: Tutkittavat tutkittiin kolme kertaa: lähtötilanteessa ennen randomisointia, heti 3 kuukauden intervention jälkeen ja 6 kuukauden kohdalla interventiosta. Lisäksi tutkittavat vastasivat kirjekyselyyn ennen randomisointia sekä vuoden kohdalla tutkimuksen lähtötilanteesta. Kaikkien tutkittavien sosiaali- ja terveystalvveluiden käyttö selvitettiin keskimäärin 1,6 vuoden ajalta, ja niiden keskimääräiset kustannukset laskettiin henkilövuotta kohti.

Tulokset: Tutkittavat olivat iäkkäitä, keski-ikä oli 80 vuotta (vaihteluväli 75-92 vuotta), yli kaksi kolmasosaa oli leskeytyneitä ja noin kolme neljästä naisia. Interventio- ja kontrolliryhmät olivat samankaltaisia lähtötilanteessa. Psykososiaalinen ryhmäkuntoutus vaikutti monella tavalla myönteisesti yksinäisyydestä kärsivien ikääntyneiden elämään. Kuntoutus aktivoi heitä sosiaalisesti: 40 %:lla heistä oli omatoimisia ryhmätapaamisia vielä vuoden kuluttua järjestetyn ryhmätoiminnan loputtua, ja merkitsevästi suurempi osa heistä oli löy-

tänyt uusia ystäviä vuoden aikana kuin kontrolliryhmäläisistä. Interventoryhmäläisistä 72 % oli tavannut ryhmätoiminnan loppumisen jälkeen omia ryhmäläisiään. Ryhmäkuntoutuksen myönteiset vaikutukset näkyivät siihen osallistuneiden psyykkisen hyvinvoinnin paranemisena. Merkitsevästi suurempi osa heistä koki intervention jälkeen tarpeellisuuden tunnetta kuin kontrolliryhmäläisistä. Intervention vaikutuksesta kognitio parani ADAS-COG:lla mitattuna merkitsevästi interventoryhmäläisillä verrattuna vertailuryhmäläisiin. Kognition muutos näkyi myös 15D-terveyden elämänlaatumittarin ”henkisten toimintojen” osion paranemisena interventoryhmässä verrattuna vertailuryhmään. Interventoryhmäläisistä merkitsevästi suurempi osa koki itsensä terveeksi kuin kontrolliryhmäläisistä. Terveystilan paraneminen näkyi interventoryhmässä kontrolliryhmää vähäisempänä terveyspalveluiden käyttönä. Sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannukset olivat merkitsevästi vähäisemmät interventoryhmässä verrattuna kontrolliryhmään.

Päätelmät: Yksinäisyydestä kärsivien ikäihmisten huolellisesti suunniteltu ja toteutettu psykososiaalinen ryhmäkuntoutus voi sosiaalisesti aktivoida ja voimaannuttaa ikääntyneitä. Se paransi siihen osallistuneiden kuntoutettavien psyykkistä hyvinvointia, kognitiota ja terveyttä siten, että paraneminen näkyi kautta linjan useissa toisiaan tukevissa muuttujissa yhtä aikaa. Kuntoutus vähensi sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttökustannuksia.

1. Johdanto

Yksinäisyyden voidaan sanoa olevan yksi gerontologian suurista haasteista. Yksinäisyyden kokemus johtaa ikääntyneillä heikentyneeseen elämänlaatuun, dementoitumiseen, lisääntyneeseen terveyspalveluiden ja laitoshoidon tarpeeseen sekä kuolemanvaaraan. Ikääntyneiden yksinäisyyttä on tutkittu intensiivisesti viimeisen 30 vuoden ajan. Tutkimuksissa on useaan kertaan osoitettu sen moninaiset assosiaatiot erilaisiin ikääntymisen mukanaan tuomiin menetyksiin, mutta suurin osa tutkimuksista on ollut poikkileikkaustutkimusta. Lisää pitkittäistutkimusta tarvittaisiin edelleen yksinäisyyden syy-seuraussuhteista ja sen ennustearvosta erilaisiin päätetapahtumiin. Tutkimusta on niukasti siitä, voidaanko ikääntyneiden yksinäisyyttä ja sen kielteisiä vaikutuksia lievittää interventioilla.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, voidaanko yksinäisten ikäihmis-

ten kiinnostusten mukaan räätälöidyllä psykososiaalisella ryhmäkuntoutuksella lievittää heidän yksinäisyyttään, aktivoida heitä sosiaalisesti, parantaa heidän psyykkistä hyvinvointiaan ja elämänlaatuaan sekä vaikuttaa myönteisesti heidän terveyteensä. Selvitimme psykososiaalisen ryhmäkuntoutuksen vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta satunnaistetulla, kontrolloidulla asetelmalla, johon osallistui 235 väestökyselyllä rekrytoitua yksinäisyydestä kärsivää vapaaehtoista ikäihmistä (> 74 v). Ryhmäkuntoutuksen sisällöiksi räätälöitiin osallistujien toiveiden ja kiinnostusten kohteiden mukaisesti taide- ja viriketoiminnat, ryhmäliikunta ja -keskustelut sekä ryhmäterapia ja terapeuttinen kirjoittaminen. Tässä raportissa kuvataan tutkimuksen tulokset interventioiden vaikuttavuuden näkökulmasta.

2. Tutkimuksen tausta

YKSINÄISYYDEN KÄSITE

Yksinäisyys on määritelty yksilön subjektiiviseksi kokemukseksi siitä, ettei hänellä ole tyydyttäviä ihmissuhteita (Andersson 1998). Yksinäisyydellä tarkoitetaan tässä ihmisen sisäistä kokemusta ja puhumme siten kokemuksellisesta yksinäisyydestä (Casey & Homes 1995, Donaldson & Watson 1996). Yksinäisyyden kokemus on aina suhteessa yksilön omiin odotuksiin, ja siten ihmisten ympäröimänäkin yksilö voi kokea itsensä yksinäiseksi ja ulkopuoliseksi. Yksinäisyyttä käsitteellistettäessä on tuotu esille seuraavia ulottuvuuksia: 1. yksinäisyys on subjektiivinen kokemus, joka ei välttämättä liity objektiiviseen sosiaaliseen eristyneisyyteen, 2. yksinäisyys koetaan yleensä epämiellyttävänä ja 3. yksinäisyyden syynä on yleensä jonkinlainen sosiaalisten suhteiden puute (Marangoni & Ickes 1989).

Yksinäisyys erotetaan sosiaalisesta eristyneisyydestä (social isolation), joka ilmenee usein samanaikaisesti, mutta joka ei ole yhtä kuin koettu yksinäisyys (Wenger ym. 1996, Andersson 1998). Yksilön sosiaalinen verkosto (social networks) on objektiivisesti mitattava asia (koko, tiheys, saavutettavuus, vuorovaikutuksen suunta), kun taas yksinäisyyden kokemuksesta ja tunteesta voi kertoa vain sitä kokeva henkilö itse (Andersson 1998).

Kokemuksellisella yksinäisyydellä on myös läheinen suhde masentuneisuuteen, joskaan kyse ei ole samasta asiasta (Cohen 2000). Näiden kahden korrelaatio eri tutki-

muksissa on vaihdellut väleillä 0.38-0.72 (Mullins & Dugan 1990, Cohen 2000). Van Tilburg ja hänen tutkijakollegansa ovat vielä erottaneet kokemuksellisesta yksinäisyydestä kaksi ulottuvuutta: emotionaalisen ja sosiaalisen (van Tilburg ym. 2004). Emotionaalista yksinäisyyttä ihminen voi kokea, kun häneltä puuttuu erityinen, läheinen ihmissuhde (esimerkiksi puoliso) ja sosiaalista yksinäisyyttä ihminen voi kokea esimerkiksi silloin, kun hän kokee ulkopuolisuutta sosiaalisessa yhteisössä tai kun hänellä ei ole ystäviä.

Yksinäisyyden kokemus voi olla myönteistä tai kielteistä (Tornstam 1990). Se voi olla myönteinen, vapaaehtoinen ja toivottu tila, joka on rakentavaa esimerkiksi luovalle ajattelulle (solitude) (Andersson 1998). Yleensä – ja tässäkin tutkimuksessa – tutkimuskohteena oleva yksinäisyys on luonteeltaan kielteistä ja se on kärsimystä aiheuttava kokemus (loneliness) (Larson ym. 1985, Routasalo & Pitkälä 2003b).

YKSINÄISYYDEN KOKEMUKSEN YLEISYYS

Eri väestötutkimusten mukaan 5-10 % ikääntyneistä henkilöistä kokee jatkuvasti ja 25-30 % toisinaan yksinäisyyttä (Heikkinen ym. 1990, Holmén ym. 1992, Vaarama ym. 1999, Tilvis ym. 2000, Routasalo ym. 2003). Yksinäisyyden kokemus on hyvin paljon kulttuurisesta kontekstista riippuvaista (Walker 1993, Andersson 1998). Jylhän ja Jokelan (1990) tutkimuksessa suomalaiset ikääntyneet kokivat harvemmin

yksinäisyyttä kuin kreikkalaiset. Sosiaalisten suhteiden odotukset, yksinäisyyteen liittyvät häpeän tunteet ja yhteisöjen sosiaalinen integraatio vaikuttavat siihen, miten ikääntynyt henkilö kokee ja myöntää yksinäisyytensä. Aiemmin koetusta yksinäisyyden kokemuksesta on helpompi puhua kuin tutkimushetkellä koetusta yksinäisyydestä (Rokach & Brock 1997). Myös kysymyksen asettelu, kenelle yksinäisyydestä kerrotaan sekä kyselyn luonne (postikysely vs. haastattelu) voivat vaikuttaa siihen, miten halukkaasti ikäihmiset kertovat yksinäisyydestään (Andersson 1998).

Yksinäisyyden kokemus ei ole pysyväisluonteista edes vanhuudessa, vaan pitkäikäistutkimuksissa osa ihmisistä ei enää seurannassa koe yksinäisyyttä ja toiset taas alkavat kokea yksinäisyyttä (Jylhä 2004).

YKSINÄISYYTEEN ASSOSIOITUVAT TEKIJÄT

Yksinäisyyden kokeminen näyttäisi yleistyvän iän myötä, mutta ikä ei sellaisenaan selitä yksinäisyyttä. Ikään liittyvä sosiaalisen integraation heikentyminen ja toimintakyvyn menetys ovat korkeaa ikää merkitsevämpiä selittäjiä yksinäisyyden kokemukselle (Jylhä 2004). Yksinäisyys on assosioitunut monissa tutkimuksissa naisukupuoleen (Holmén ym. 1992, Kivett 1979, Savikko ym. 2005), joskin päinvastaisiakin tuloksia on saatu (Andersson & Stevens 1993). Naisilla on usein miehiä laajempi sosiaalinen verkosto, mutta heillä myös sosiaalisten suhteiden odotukset lienevät vahvemmat. Miehet eivät ehkä myöskään yhtä helposti myönnä yksinäisyyttään kuin naiset. (Routasalo & Pitkälä 2003a.) Pie-nempi osa ikääntyneistä miehistä kuin naisista on leskeytyneitä (Savikko ym. 2005).

Yksinäisyys on yhteydessä muita heikompaan sosiaaliseen asemaan (Ruth ym. 1988, Andersson 1998, Savikko ym. 2005), vähäiseen koulutustasoon (Hector-Taylor & Adams 1996, Chang & Yang 1999, Savikko ym. 2005), palvelutalossa tai laitoshoidossa asumiseen (Ruth ym. 1988, Mullins & Dugan 1990, Tjihuis ym. 1999, Parkkila ym. 2001, Drageset 2002, Rossen & Knaf 2003, Savikko ym. 2005) ja yksin asumiseen (Savikko ym. 2005). Omaishoitajat kokevat usein olevansa yksinäisiä (Findley 2003). Maalla asuminen (Routasalo ym. 2005) ja kulkuvaikeudet omalla asuinseudulla (Findley 2003) liittyvät yksinäisyyteen.

Ystävien ikääntymisen, sairauksien, toimintarajoitteisuuden ja kuolemien kautta ikääntyneen henkilön sosiaalinen verkosto pienenee (Holmén ym. 1992, Holmén ym. 1994, Barretta ym. 1995, Fees ym. 1999, Tjihuis ym. 1999, Vaarama ym. 1999). Tyypillisiä ikääntyneen yksinäisyyden assosiaatioita ovat leskeytyminen (Kivett 1979, Berg ym. 1981, Henderson ym. 1986, Hector-Taylor & Adams 1996, Holmén ym. 1999, Tjihuis ym. 1999, Costello & Kendrick 2000, Savikko ym. 2005) tai muun merkittävän ihmissuhteen päättyminen (Essex & Nam 1987). Kontaktien määrä ja tyydyttävyyden assosioituvat vähäisempään yksinäisyyden kokemukseen (Berg ym. 1981, Mullins & Dugan 1990, Holmén ym. 1992, Bondevik & Skogstad 1996). Näyttäisi kuitenkin siltä, että kontaktien tyydyttävyyden ja odotuksien täyttyminen olisivat merkityksellisempiä yksinäisyyden kokemukselle kuin niiden määrä (Routasalo ym., painossa). Myös runsas sosiaalinen osallistuminen ja yhteydenpito omaan ikäryhmään ehkäisevät yksinäisyyttä (Jylhä & Aro 1989, Dugan & Kivett 1994). Tut-

kimuksissa onkin todettu, että yksinäisyyden lievittämisessä omien ikätoverien merkitys on suurempi kuin lasten tai sukulaisen (Bondevik & Skogstad 1996).

Terveyden ja toimintakyvyn heikentyminen sekä toisten avun tarve ovat yhteydessä yksinäisyyden kokemiseen (Holmén ym. 1992, Holmén ym. 1994, Bondevik & Skogstad 1998, Tijhuis ym. 1999, Kramer ym. 2002, Savikko ym. 2005). Esi-merkiksi näön ja kuulon heikkeneminen (Kivett 1979, Barron ym. 1994, Chen 1994, Dyskra & de Jong Gierveld 1999, Savikko ym. 2005), monet sairaudet, masennus, ahdistuneisuus ja muistin heikkeneminen assosioituvat yksinäisyyden kokemukseen (Berg ym. 1981, Prince ym. 1997, Fees ym. 1999, Rokach 1999, Cohen 2000, Fratiglioni ym. 2004, Savikko ym. 2005).

YKSINÄISYYDEN SYYT JA SEURAUKSET

Vaikka deskriptiivinen tutkimus on tuottanut runsaasti tietoa yksinäisyyden yhteyksistä erilaisiin demografisiin tekijöihin, sairauksiin, elämäntapahtumiin ja sosiaaliseen verkostoon, hyvin oleellisia kysymyksiä on jäänyt avoimiksi esimerkiksi yksinäisyyden kausaalisuhteista. Ikääntyneiden yksinäisyyden tutkimus on varsin vähän pystynyt tarkastelemaan yksinäisyyden syy-seuraus-suhteita, koska pitkittäistutkimuksia on tehty vähän (Jylhä 2004). Ovatko yksinäisyyteen assosioituvat tekijät olleet olemassa jo ennen yksinäisyyttä vai päinvastoin? Vai onko olemassa muita välittäviä tekijöitä, jotka toimivat sekä yksinäisyyden että siihen assosioituvien tekijöiden aiheuttajina?

Yksinäisyys on merkittävä ikääntyneen henkilön terveyteen ja hyvinvointiin

yhteydessä oleva tekijä (Gupta & Korte 1994, Victor ym. 2000). Erityisesti sosiaalisen isolaation terveyttä heikentävä ja kuolleisuutta ennustava merkitys on tunnettu kauan (House ym. 1988). Sekä sosiaalisten kontaktien vähäisyyden (Berkman & Syme 1979, House ym. 1982, Seeman ym. 1987, Hanson ym. 1989, Jylhä & Aro 1989, Olsen ym. 1991, Sugisawa ym. 1994, Yasuda ym. 1997, Kiely ym. 2000) että kokemuksellisen yksinäisyyden eli ihmisen sisäisen tunteen tiedetään ennakoivan kuolleisuutta (Penninx ym. 1997, Herlitz ym. 1998, Tilvis ym. 2000). Samoin sekä sosiaalinen isolaatio että koettu yksinäisyys ovat yhteydessä heikentyneeseen toimintakykyyn (Holmén 1994, Bisschop ym. 2003) sekä koettuun heikkoon terveydentilaan (Tijhuis ym. 1999).

Koetun yksinäisyyden on todettu olevan yhteydessä masennukseen (Prince ym. 1997), itsemurhariskiin (Findley 2003), ennenaikaiseen laitokseen joutumiseen (Russell ym. 1997, Tilvis ym. 2000) sekä lisääntyneeseen terveystalveluiden käyttöön (Ellaway ym. 1999, Geller ym. 1999).

Sosiaalisen isolaation vaikutusta on tutkittu erityisesti sepelvaltimotaudin riskitekijänä (Williams ym. 2002). Sen on todettu nostavan kuolleisuutta kaksin-kolminkertaiseksi. Se on muista sydän- ja verisuonitautien riskitekijöistä riippumaton ja itsenäinen riskitekijä sekä lyhyellä että pitkällä aikavälillä (Mookadam & Arthur 2004) ja sellaisena yhtä vahva kuin perinteiset riskitekijät (House ym. 1988, Cacioppo ym. 2000). Sosiaaliseen isolaatioon liittyy kohonneen verenpaineen riski (Uchino ym. 1996), ja se on itsenäinen riskitekijä myös sepelvaltimoiden kalkkeutumislle (Kop ym. 2005). Vähäinen sosiaalinen

tuki lisää sydäninfarktin jälkeistä kuolleisuutta (Carney ym. 2004, Mookadam & Arthur 2004). Yksinäisyys ennakoi myös ohitusleikkauksen jälkeistä kuolleisuutta (Herlitz ym. 1998).

Sosiaalisen isolaation ja yksinäisyyden yhteys kognition heikkenemiseen ja dementian kehittymiseen on mielenkiintoinen ja kiistelty asia (Fratiglioni ym. 2000). On väitetty, että ihminen eristäytyy, kun hän havaitsee vaikeuksia sosiaalisessa kanssakäymisessään lievän kognitiivisen heikkenemisen seurauksena ja siten sosiaalinen eristyneisyys olisi vain merkki taustalla hitaasti etenevästä dementoivasta prosessista (Jost & Grossberg 1996). Toisaalta alkaa olla yhä pidempiä seurantatutkimuksia, jotka melko yhtäpitävästi osoittavat sosiaalisen isolaation ja kognitiivisen heikkenemisen sekä dementian kehittymisen yhteyden (Fratiglioni ym. 2004). Pisimmät seurannat ovat 10-12 vuoden mittaisia (Bassuk ym. 1999, Tilvis ym. 2000) ja viittaavat siihen, että syy-seuraussuhde on todellinen, ja että vähäinen kognitiivinen ja tunne-elämän stimulaatio voi johtaa ”pään höperöitymiseen”.

VOIKO YKSINÄISYYTTÄ JA SEN KIELTEISIÄ SEURAUKSIA LIEVITTÄÄ INTERVENTIOILLA?

Laajoihin epidemiologisiin kartoituksiin ja aiheen merkitykseen nähden yksinäisyyttä tai sosiaalista isolaatiota on yllättävän vähän tutkittu tieteellisissä interventiotutkimuksissa. Tulokset näissä tutkimuksissa ovat olleet melko vaatimattomia (Findley 2003) ja niissä käytetyissä metodologioissa on ollut ongelmia.

Äskettäin on ilmestynyt systemoitu katsaus erilaisista ikääntyneiden terveyttä edistävästä interventioista, joissa vähintään

yhtenä mitattavana muuttujana on ollut yksinäisyys tai sosiaalinen isolaatio (Cattan ym. 2005). Useimpia näistä ei ole suunniteltu erityisesti yksinäisyyden lievittämiseen tai sosiaalisten kontaktien edistämiseen, vaan ensisijaisena tavoitteena, mitattavana muuttujana ja päätetapahtumana on usein ollut jokin muu kuin yksinäisyys. Cattan tutkijakollegoineen (2005) löysi yhteensä 12 randomoitua, kontrolloitua tutkimusta. Tutkijat ovat kuitenkin luokitelleet randomoiduiksi tutkimuksiksi sellaisiakin tutkimuksia, jotka todellisuudessa on tehty tapaus-verrokkiasetelmalla. Lisäksi katsaukseen on otettu myös useita ennen-jälkeenanalyysyjä sekä joitakin tapausselostuksiksi luokiteltavia artikkeleita. Katsauksen tekijät ovat kuitenkin todella nähneet vaivaa. He ovat esimerkiksi matkustaneet Suomeen ja käyneet käsin läpi Helsingin Terveystieteiden kirjaston Gerontologia lehdet ja Svenska Läkartidningin kaikki vuosikerrat. Cattanin ja hänen tutkijakollegoidensa katsauksesta löytyykin monia tärkeitä tutkimuksia, joita ei aiemmin vastaavissa katsauksissa ole referoitu. Cattan ja hänen tutkijakollegansa päätyvät melko optimistiseen päätelmään: ryhmämuotoisista hoidoista on kohtalaista hyötyä ja niillä voidaan lisätä sosiaalista kanssakäymistä (Cattan ym. 2005). Katsaus ei kuitenkaan ole kovin kriittinen tutkimusten metodologioiden suhteen. Edellisen vastaavan katsauksen teki Findley (2003) ja hän päätyi pessimistisempään näkemykseen: on hyvin vähän näyttöä interventioista, joilla pystyttäisiin lievittämään sosiaalista isolaatiota.

Taulukkoihin 1-3 on koottu kaikki tällä hetkellä tiedossamme olevat kontrolloidulla asetelmalla tehdyt tutkimukset, jotka ovat ainakin yhtenä päätemuuttujana

selvittäneet joko sosiaalista isolaatiota tai yksinäisyyttä.

Edelleen referoiduin, randomoidulla asetelmalla tehty ikääntyneiden yksinäisyyteen kohdistettu interventiotutkimus on Ruotsissa 1980-luvulla toteutettu satunnaistettu kontrolloitu tutkimus. Siinä selvitettiin, voidaanko ikääntyneiden (N = 108) yksinäisyyttä lievittää ryhmätoiminnalla (Andersson 1984, 1985) (taulukko 1). Tutkimuksen ongelmana oli sen eri vaiheissa suuri kieltäytyneiden ja pois pudonneiden määrä. Interventioyhmäläisistä hieman yli puolet osallistui tarjottuun hoitoon ja kontrolliryhmäläisistä 22.5 % kieltäytyi haastattelusta. Lisäksi analyyseistä jätettiin kontrolliryhmäläisistä pois ne, jotka arvelivat, etteivät he olisi osallistuneet tarjottuun ryhmähoitoon (22.5 %). Niillä, jotka osallistuivat hoitoon, yksinäisyyden kokemukset lievittyivät, sosiaalisten kontaktien määrä lisääntyi ja verenpaine aleni. Yksisuuntainen tilastollinen testaus näytti UCLA-mittarin muutoksen merkitsevyydeksi 0.04, mutta kaksisuuntaisesti testattuna 0.08. Kun verrataan muutoksien eroja hoito- ja kontrolliryhmäläisillä, jotka jatkoivat loppuun asti, yksinäisyydessä ei ollut eroja. "Intention-to-treat" -analyysiä todellisten randomoitujen ryhmien välillä ei myöskään esitetty. Tämä luonnollisesti vinouttaa tuloksia ja antaa todellista paremman kuvan hoidon tuloksellisuudesta. Muissa vastaavissa interventiotutkimuksissa on ollut vielä enemmän ongelmia. Erityisesti tapaus-verrokkiasetelmalla ja ei-sokkoutusti tehdyt tutkimukset vinouttavat herkästi tuloksia suosien aktiivihoidon.

Toinen ilmeisesti satunnaistetulla asetelmalla tehty tutkimus on Ruotsissa ryhmien vaikutusta selvittävä tutkimus (Wikström 1993, 2000, 2002). Tässä tutki-

muksessa kokeiltiin taide-elämyksiä ja niihin liittyviä ryhmäkeskusteluja ikääntyneiden yksinäisyyden lievittämiseksi ilmeisen hyvin tuloksin. Tutkimuksessa (N = 40) puolelle tutkittavista tarjottiin kuvataide-elämyksiä ja ryhmäkeskusteluja. Hoitoa saaneiden ryhmässä sosiaalinen kanssakäyminen lisääntyi, mieliala parani ja verenpaine aleni (Wikström 1993, 2000, 2002). Muut yksinäisyyden lievittämiseksi tarkoitetut ryhmäinterventiot on tehty tapaus-kontrolliasetelmalla. Näistä kahdessa kolmesta tulokset ovat olleet lupaavia (Arnetz & Theorell 1983, Stevens & van Tilburg 2000), ja yhdessä ei saatu myönteisiä vaikutuksia (Baumgarten ym. 1988).

Näyttää siltä, että yksinäisyyttä on vaikea lievittää yksilöön kohdistuvilla interventioilla tai pelkkien ammattiauttajien avulla (Heller ym. 1991, Clarke ym. 1992, van Rossum ym. 1993, White ym. 2002) (taulukko 2). Englannissa selvitettiin 1980-luvun puolivälissä, voidaanko yksin asuvien ikääntyneiden yksinäisyyttä lievittää ja sosiaalisten kontaktien määrää lisätä (Clarke ym. 1992). Yhteensä 523 yli 74-vuotiasta satunnaistettiin kahteen ryhmään, joista toiselle tarjottiin yksilöllisesti räätälöity interventio, joka sisälsi pääosin ammattiauttajien kotiapua ja vähäisemmässä määrin päiväkeskuskäyntejä. Kolmen vuoden seurannassa interventioyhmään osallistuneiden subjektiivinen terveydentila parani, mutta yksinäisyyden kokemuksissa, mielialassa, terveyspalveluiden käytössä tai kuolleisuudessa ei tapahtunut muutoksia verrattuna vertailuryhmään. Kotikäyntien (Clarke ym. 1992, van Rossum ym. 1993) ohella puhelinkontaktteja ja internetiä on kokeiltu yksinäisyyden lievittämisessä laihoin tuloksin (Heller ym. 1991, White ym. 2002).

Taulukko 1. Kontrolloituja ryhmämuotoisia interventiotutkimuksia, jotka ovat tavoitelleet ensisijaisesti ikääntyneiden sosiaalisen isolaation tai yksinäisyyden lievittymistä.

Tutkimus	Tutkittavat	Interventio	Tulos	Tutkimuksen vahvuuksia/ ongelmia
Ryhmämuotoiset interventiot				
Andersson 1984, 1985 Ruotsi (RCT ¹)	N = 108 naista. Ikä 60-80 v. Yksinäisiä	4 ryhmätapaamista, keskustelua terveysaiheista	Interventioon osallistuneilla yksinäisyys lieveni yksisuuntaisella tilastollisella testillä mitattuna	Randomoitu asetelma, mutta randomointia ei kuvattu. Ei intention-to-treat analyysiä. 48.5 % hoitoryhmään arvotuista keskeytti ja 45 % kontrollitutkittavista ei analysoitu
Arnetz & Theorell 1983 Ruotsi	N = 60. Ikä 52-91 v. Yksinäisyyttä ei kysytty	Palvelutalossa järjestettiin aktiviteetteja ja rohkaistiin asukkaita ottamaan vastuuta päivittäisistä askareista	Sosiaalinen kanssakäyminen lisääntyi	Ei randomoitu. Kahden eri kerroksen 30 valittua asukasta verrattiin keskenään. Henkilökunta paitsi järjesti aktiviteetteja, myös arvioi itse toimintansa vaikutukset sosiaaliseen aktiivisuuteen.
Baumgarten ym. 1988 Kanada	N = 128; > 64 v. Vanhustentalon asukkaita	Keskinäisen yhteydenpidon rohkaiseminen, 15 kk	Ei eroja ryhmien välillä sosiaalisissa sidoksissa, hoitoryhmässä depressio lisääntyi	Toisen talon asukkaita verrattiin interventio-ryhmään
Stevens & van Tilburg 2000 Alankomaat	N = 64. Ikä 54-80 v. Yksinäisyys lähtötilanteessa?	12 oppituntia ystävydestä, aktiivisia menetelmiä	Yksinäisyys väheni (De Jong Giervald -mittari) enemmän hoito- kuin kontrolliryhmässä	Kaltaistetut verrokki. Useimpien muuttujien suhteen ryhmiä ei verrattu keskenään.
Wikström ym. 1993, 2000, 2002 Ruotsi (RCT ¹)	N = 40. Ikä 70-97 v.	Kuvataide-elämykset ja niistä keskusteleminen ryhmissä	Fyysinen terveydentila parani, verenpaine aleni, sosiaalinen kanssakäyminen lisääntyi	Jakoa hoito- ja kontrolliryhmiin ei kuvata. Mittareiden ja analyysien kuvaukset puutteellisia ja lähinnä laadullisia

¹ Randomisoitu, kontrolloitu tutkimus

Taulukko 2. Kontrolloituja yksilöön kohdistuneita interventiotutkimuksia, jotka ovat tavoitelleet ensisijaisesti ikääntyneiden sosiaalisen isolaation tai yksinäisyyden lievittymistä.

Yksilöön kohdistuvat interventiot				
Tutkimus	Tutkittavat	Interventio	Tulos	Tutkimuksen vahvuuksia/ ongelmia
Banks & Banks 2002 USA (RCT ¹)	N = 45. 2/3 >75 v laitoshoidossa olevia vanhuk- sia	Kotieläinterapia kerran tai kolmasti / vk vs. ei mitään	Yksinäisyys lievittyi hoitoa saaneilla	Puutteellisesti kuvattu lähtö- tilanne, rando- mointi?
Bogat & Jason 1983 USA	N = 39. > 64 v.	Kotikäynnit a. tukua b. sosiaalis- ten verkostojen muodostamisen tuki c. kontrolli	Ei eroja hoito- ryhmien ja kontrolliryhmän välillä	Ei randomoitu tutkimus
Clarke ym. 1992 Englanti (RCT ¹)	N = 523. Yksinasuvia. Ikä >74 v.	Koordinaattori tarjosi kotikäyn- neillä apua	Ei vaikutusta yksinäisyyteen, mielialaan, toi- mintakykyyn ei kuolleisuuteen	Randomoitu, intention-to-treat analyysi
Evans & Jaureguy 1982	N = 126. Keski-ikä 62 v.	Kerran viikossa 1t puhelinsoitto ryhmänä	Sosiaalinen aktiivisuus lisääntyi.	Tapaus-verrokki tutkimus
Heller ym. 1991 USA (RCT ¹)	N = 291. Yksinasuvia. Keski-ikä 74 v.	Puhelinkontak- tien rohkaisemi- nen	Ei eroja ryh- mien välillä koetussa sosiaalisessa tuessa	Randomoitu asetelma
Rook & Sorkin 2003 USA (RCT ¹)	N = 180	52 ikääntynyttä vapaaehtoista toimi sijais- isovanhempina vammaisille lapsille	Interventio-ryh- mässä enemmän sosiaalisia siteitä, mutta ryhmien välillä ei eroa yksinäisyydessä, depressiossa tai itsearvostuksessa	Randomointi?
van Rossum ym. 1993 Alankomaat (RCT ¹)	N = 580. Yksinasuvia. ikä 75-84 v.	Hoitajan koti- käynnit x4/3v, neuvonta	Ei vaikutusta yksinäisyyteen, ei terveysmuut- tajiin	Randomoitu, kontrolloitu asetelma
White ym. 2002 USA (RCT ¹)	N = 100 Vanhain- kodeista ja palvelutaloista. Keski-ikä 71 v.	Internetkoulutus ja -tuki	Ei eroja ryhmien välillä yksinäi- syydessä tai depressiossa	40 % interventio- ryhmistä lopetti kesken; rando- mointi?

¹ Randomisoitu, kontrolloitu tutkimus

Taulukko 3. Kontrolloituja interventiotutkimuksia, jotka ovat tavoitelleet ensisijaisesti muuta kuin ikääntyneiden sosiaalisen isoation tai yksinäisyyden lievittämistä, mutta joissa yhtenä mitattavana muuttujana on ollut sosiaalinen isoatio tai yksinäisyys.

Ryhmämuotoiset interventiot				
Tutkimus	Tutkittavat	Interventio	Tulos	Tutkimuksen vahvuuksia/ ongelmia
Brennan ym. 1995 USA (RCT)	N = 102. Omaishoitajia. Mediaani-ikä 64 v.	Tietokoneen ja netin avulla yhteydenpito vertaisiin x 2 / vk vuoden ajan	Sosiaalinen cristyneisyys ei vähentynyt	Randomoitu. Tavoitteena omaishoitajien sosiaalinen verkostoituminen
Caserta & Lund 1993 USA	N = 295. Leskeytyneitä. Ikä 50-89 v.	Suljetut vertaisururyhmit: 1. kesto 8 viikkoa tai 2. 8 kk+ jatkotapaamisia tai 3. ei tapaamisia	Masentuneisuus (GDS) ja suru vähenivät	Ei mittaa yksinäisyyttä tai sosiaalista aktiivisuutta joskin leskeytyneiden surua voidaan pitää yhtenä yksinäisyyden ilmentymänä
Haley ym. 1987 USA (RCT)	N = 54. Keski-ikä 54 v. Omaishoitajia	Tukiryhmiä, 10 tapaamista	Sosiaalinen toimintakyky tai masentuneisuus eivät parantuneet	Randomointi?
Hopman-Rock & Westhoff 2002 Alankomaat	N = 498. > 65 v.	6 ryhmäkertaa; liikuntaa ja terveystasvatusta	Yksinäisyys väheni, verenpaine aleni, fyysinen aktiivisuus lisääntyi	Vain osa randomoidussa asetelmassa (N = 50) – tämän tulos? Primaaritavoitteena terveyden edistäminen
McAuley ym. 2000 USA (RCT)	N = 174. Keski-ikä 65 v. Vähäinen liikunta-aktiivisuus	Aerobinen liikuntaryhmä vs. venyttelyryhmä. Ryhmiä x 3/ vk yht 6kk	Hyvinvointi ja sosiaaliset suhteet paraniivat vrt. lähtötilanteeseen – ryhmien ero?	Lumevaikutus vai ryhmävaikutus?
Toseland ym. 1989, USA (RCT)	N = 56. Omaishoitajia. Keski-ikä 50 v.	Ammattilaisten vetämät tukiryhmit vs. vertaisryhmit vs. lyhytaikaishoito	Sosiaalisen tukiverkoston koko suureni	Randomoitu, menetelmää ei kuvata. Nuori kohderyhmä, suunniteltu omaishoidon taakan lievittämiseen
Yksilöön kohdistuvat interventiot				
Scharlach 1987 USA	N = 37 tytärtä ja N = 24 leskiäitiä (vm. ikä 69-92 v.)	Tytärille kognitiivis-behavioraalista koulutusta tai tukea	Leskiäitien yksinäisyys lievitettiin	Ryhmien ero? Vaikutus lähtötilanteen ja lopputilanteen välillä. Lumevaikutus?
Tesch-Römer 1997 Saksa	N = 140. heikkokuuloisia. 51-87 v.	Kuulolaitteen sovitut	Ei vaikutuksia sosiaaliseen kanssakäymiseen	Tapaus-verrokkitutkimus

Kotieläinterapiasta taas saattaa olla apua – ainakin niille, jotka ovat elämänsä aikana tottuneet elämiin. Kotieläinterapian avulla pyrittiin lievittämään laitoksissa asuvien ikääntyneiden yksinäisyyttä. Yhteensä 45 pitkäaikaisen laitoshoidon asukasta satunnaistettiin kolmeen ryhmään, joista kahdella ryhmällä oli mahdollisuus viettää aikaa eläinten kanssa ja hoitaa niitä – toisella kerran viikossa, toisella kolmasti viikossa. Mahdollisuus hoitaa kotieläimiä vähensi yksinäisyyden kokemusta erityisesti niillä ikääntyneillä, joilla oli aiemmin ollut jokin kotieläin. (Banks & Banks 2002.) Myös kontrolloimattomissa kotieläinterapiakokeiluissa on saatu lupaavia tuloksia yksinäisyyden lievittymisessä (Harris & Gellin 1990, Jessen ym. 1996).

Oamalla aktiivisella osallistumisella ja tarpeellisuuden tunteella lienee merkitystä hoidon tuloksellisuudessa, sillä sijais-isovanhempana toimiminen lisäsi sosiaalisia siteitä ikääntyneille, joskaan se ei lievittänyt heidän yksinäisyyttään eikä masenustaan (Rook & Sorkin 2003).

Kontrolloidulla asetelmalla on tehty myös muita primaarisia tavoitteita omaavia tutkimuksia, joissa yhtenä selvitettävänä päätetapahtumana on ollut yksinäisyys tai sosiaalinen isolaatio (taulukko 3). Näistä tutkimuksista mielenkiintoisimpia ja lupaavimpia ovat olleet ryhmämuotoiset interventiot, joissa sisältönä on ollut liikunta (McAuley ym. 2000, Hopman-Rock & Westhoff 2002). Myös yksilöön kohdistuvalla kognitiivis-behavioraalisella yksilöterapialla voi olla myönteisiä vaikutuksia ihmissuhteisiin (Scharlach 1987).

Kontrolloimattomilla asetelmilla on saatu lupaavia tuloksia yksinäisyyden lievittymisestä muun muassa leskien sururyhmissä (Theunissen ym. 1994, Stewart

ym. 2001) sekä kognitiivisessa yksilö- (Jones 1982) ja ryhmäpsykoterapiassa (Rosen & Rosen 1982, Ba 1991, Schonfeld ym. 2000). Tutkijat ovat kokeilleet yksinäisyyden "hoitona" myös kotieläimen kaltaisia robotteja (Kanamori ym. 2002).

Kaiken kaikkiaan yksinäisyyden tai sosiaalisen isolaation lievittämiseen tähtävissä satunnaistetuissa, kontrolloiduissa tutkimuksissa (N = 12) on ollut mukana yhteensä 2 253 tutkittavaa (vaihteluväli eri tutkimuksissa 40-580). Kuusi näistä tutkimuksissa on perustunut ryhmäinterventioille ja kuusi yksilöpohjaisille interventioille. Neljä kuudesta ryhmäinterventiosta on osoittautunut vaikuttavuudeltaan lupaaviksi. Niissä intervention sisältönä on ollut taide, liikunta sekä keskinäiset keskustelut, joita ammattilainen on vetänyt, ja jotka ovat sisältäneet vertaistukea. Yksi kuudesta yksilöön kohdistuvista interventioista on osoittautunut hyödylliseksi. Tämä sisälsi kotieläinterapiaa.

Yksinäisyyttä on siis yritetty lievittää sekä ryhmiin että yksilöön kohdistuvien interventioiden, joista viimeksi mainittujen tulokset ovat olleet melko heikkoja (Cattan ym. 2005). Vaikuttavien ryhmäinterventioiden sisällöt ovat olleet varsin heterogeenisiä. Tehokkaimmissa ryhmäinterventioissa osallistujilla on ollut mahdollisuus vaikuttaa intervention sisältöön (Kocken 2001, Cattan ym. 2005).

Yksinäisyyden lievittämiseen tähtävissä hoitotutkimuksissa on ollut paljon ongelmia. Niiden teoreettinen perusta on ollut puutteellinen (van Rossum ym. 1993, Cattan ym. 2005) eikä tutkittavien heikkoa sitoutumista ole osattu ottaa huomioon tutkimusasetelmassa (Andersson 1984, 1985, Hopman-Rock & Westhoff 2002, White ym. 2002). Lisäksi monet tutkimuk-

set on tehty hyvin pienillä tutkittavien määrillä ja niillä on ollut heikko voima osoittaa eroja ryhmien välillä. Mielenkiintoisiksi ja lupaaviksi ryhmäisällöiksi aikaisempien tutkimusten perusteella ovat osoittautuneet taide (Wikström 1993, 2000, 2002), liikunta (McAuley ym. 2000, Hopman-Rock & Weshoff 2002), elämäntilanteen ja voimaantumisen tukeminen (Arnetz & Theorell 1983, Stevens & van Tilburg 2000) sekä vertaistukeen tai ryhmäterapiaan perustuvat keskusteluinterventiot (Rosen & Rosen 1982, Andersson 1984, 1985, Haley ym. 1987, Toseland ym. 1989, Caserta & Lund 1993, Theunissen ym. 1994, Stewart ym. 2001, Schonfeld ym. 2000). Myös kotieläinterapia on osoittautunut yllättävänkin vaikuttavaksi eräillä ikääntyneiden ryhmillä (Banks & Banks 2002). Tutkimusten perusteella näyttää myös siltä, että interventio kannattaa kohdistaa siitä todella hyötyville erityisryhmille: yksinäisiin, leskiin, omaishoitajiin, toi-

minnanvajeista kärsiviin tai mielenterveysongelmaisiin. Tutkimusten perusteella ryhmien optimaalinen koko näyttäisi olevan 7-10, ja osallistujilla tulisi olla mahdollisuus aktiivisesti vaikuttaa ryhmien sisältöön. Ryhmiin sisältyvä koulutuksellisuus näyttäisi parantavan vaikuttavuutta. (Cattan ym. 2005.)

Yksinäisyys on nähty ikääntyneiden ihmisten keskeisenä ongelmana. Yksinäisyys on myös kansainvälisessä gerontologisessa tutkimuksessa pitkään tunnistettu keskeiseksi riskitekijäksi ja tutkimuskohteeksi. Tämän vuoksi halusimme lähteä kehittämään uusia kuntoutusmuotoja yksinäisyydestä kärsiville. Kansainvälisestä kirjallisuudesta löytyi yksinäisyyden lievittämiseen tähtäävälle kuntoutustoiminnalle lupaavia toimintamuotoja, mutta ei valmiita malleja. Lähdimme kehittämään ryhmäkuntoutusta, jossa olisi sisältönä tutkimuksissa lupaavimmiksi osoittautuneet sisällöt: taide, liikunta ja ryhmäterapia.

3. Tutkimuksen tavoite

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, voidaanko yksinäisyydestä kärsivillä ikäihmisillä psykososiaalisen ryhmäkuntoutuksen avulla

- 1) lievittää subjektiivista yksinäisyyden tunnetta?
- 2) voimaannuttaa ja aktivoida sosiaalisesti heitä?
- 3) saada aikaan myönteisiä muutoksia elämäntilanteessa ja psyykkisessä hyvinvoinnissa, mielialassa, ahdistuneisuudessa tai kognitiossa?

- 4) vähentää heidän sosiaali- ja terveyspalveluiden kysyntää (kotipalveluiden käyttö, lääkärisssäkäynnit, sairaala- ja laitoshoidon tarve), eli mikä on intervention kustannus-vaikuttavuus?

Tutkimussuunnitelma on hyväksytty HUS:n Terveiden koehenkilöiden ja perusterveydenhuollon eettisessä toimikunnassa 16.5.2002 ja 10.10.2002.

4. Aineisto ja menetelmät

INTERVENTIOTA TOTEUTTAVAT PAIKAT

Tutkimuksen käytännön vaihe alkoi kesällä 2002 tutustumalla sotainvalidi- ja veteraanikuntoutuslaitoksiin ympäri Suomea. Tavoitteena oli hakea kuntoutuslaitoksia yhteistyökumppaneiksi toteuttamaan yksinäisten ikääntyneiden ryhmäkuntoutusta. Jokainen potentiaalinen yhteistyökumppani sai puolistrukturoidun kirjekyselyn, jossa käytiin läpi laitoksen toimintakirjoa, vahvuuksia, resursseja, tiloja sekä mahdollisuuksia toteuttaa taide-viriketoimintaa tai liikuntaa. Selvitimme laitoksen kehittämismyönteisyyttä, kiinnostusta tarjoamiamme projekteja kohtaan sekä koulutustarvetta. Kyselimme laitoksen mahdollisista ryhmäkuntoutuksesta kiinnostuneista työntekijöistä, sekä heidän koulutustaan ja kokemustaan ryhmien vetämisestä. Kävimme myös käytännössä läpi laitoksen aikataulutoivomukset, kuljetuspalvelumahdollisuudet, ryhmätyöhuoneet, tarjolla olevan kulttuuri- ja luontoympäristön sekä liikunta- ja ruokailumahdollisuudet.

Kyselyiden perusteella kaikissa laitoksissa käytiin haastattelemassa sen johtoa sekä ryhmätyöhön osoitettuja työntekijäpareja. Haastatteluiden perusteella valitsimme 6 sotainvalidien kuntoutuslaitosta (Hämeenlinnan Ilveskoti, Joensuun Kuntohovi, Oulaisten Taukokangas, Porin Diakonialaitos, Oulunkylän kuntoutussairaala Helsingissä sekä Siuntion kuntoutumiskeskus). Kuntoutuslaitokset toteuttivat psykososiaalisen ryhmäkuntoutuksen ”Ryhmälii-

kunta ja -keskustelut” sekä ”Taide- ja viriketoiminta” interventiot.

Näiden lisäksi valittiin Helsingin Senioripysäkki toteuttamaan ryhmäterapian ja terapeutin kirjoittamisen interventio. Päädyimme asiantuntijoiden konsultaatioiden jälkeen siihen, että ryhmäterapiaosuus tulee toteuttaa koulutettujen ryhmäterapeuttien toimesta. Senioripysäkillä oli kertynyt vahvaa ammattitaitoa ja kokemusta vetää ikääntyneiden ryhmäterapiaa. Lisäksi siellä oltiin valmiita kokeilemaan ja integroimaan terapeutista kirjoittamista omaan terapiatyöhön.

TUTKITTAVIEN REKRYTOINTI

Tutkittavien rekrytointi alkoi vuonna 2002 laajalla kirjekyselyllä (ks. kuva 1, tutkimuksen kulkukaavio). Valitsimme edellä mainitut kuusi suomalaista paikkakuntaa. Paikkakuntakohtaisesti tehtiin väestörekisteristä satunnaisotanta 75 vuotta täyttäneistä henkilöistä (Helsinki, N = 2000; Hämeenlinna, N = 1000; Joensuu, N = 1000; Lohja, N = 1000; Oulainen, N = 786 (kaikki 75 vuotta täyttäneet) ja Pori, N = 1000). Haimme kirjekyselyllä vapaaehtoisia yksinäisyydestä kärsiviä ikääntyneitä henkilöitä jatkossa aloitettaviin ryhmäkuntoutuksiin.

Teimme pilottikyselyn ennen varsinaista postikyselyä. Pilottitutkimuksessa kyselylomake lähetettiin 500 ikääntyneelle pääkaupunkiseudulla. Eräitä kysymyksiä

yksinkertaistettiin pilotin jälkeen. Varsinaisen postikyselytutkimuksen kyselylomakkeita postitettiin yhteensä 6 786 kappaletta. Postitusajankohtana paikkakunnilla oli 75 vuotta täyttäneitä henkilöitä yhteensä 48 695. Pysyvässä laitoshoitossa olevien ja kuolleiden osuus kyselyn viiveen vuoksi oli mahdollisista paikkakuntien vastaajista 15.6 %. Lisäksi 26 vastaajan osoite oli muuttunut ja siten tuntematon. Potentiaalisia kotona tai palvelutalossa asuvia vastaajia oli siis 5 722. Lomakkeita palautui 4 113, ja kun potentiaalisten vastaajien määrä otetaan huomioon, saatiin vastausprosentiksi 71.8 %.

Varsinaisessa tutkimuksessa käytetty kyselylomake koostui 63 kysymyksestä (liite 2), jotka kartoittivat ikääntyneen demografisia tekijöitä, asuinolosuhteita, terveyteen ja toimintakykyyn liittyviä tekijöitä sekä elämänasenteita. Yksinäisyyttä kartoitettiin kysymyksellä: ”Kärsittekö yksinäisyydestä?” (1 = harvoin tai en koskaan, 2 = toisinaan ja 3 = usein tai aina). Halusimme selvittää yksinäisyyden kokemusta kysymyksellä, joka vaatii voimakasta kannanottoa ja joka tuo esille yksinäisyyden kielteisen kokemuksellisen puolen. Kysymys on todettu iäkkäille helpoksi ymmärtää, ja sillä on aiemmin todettu olevan selkeää ennustevaliditeettia (Tilvis ym. 2000). Samassa yhteydessä kysyttiin psyykkisen hyvinvoinnin eri ulottuvuuksia selvittäviä kysymyksiä: 1. Oletteko tyytyväinen elämäänne? (kyllä/ei) 2. Tunnetteko itsenne tarpeelliseksi (kyllä/ei) 3. Onko Teillä elämänhalua (kyllä/ei) 4. Onko Teillä tulevaisuudensuunnitelmia (kyllä/ei) ja 5. Oletteko masentunut (harvoin tai ei koskaan/toisinaan/ usein tai aina). Tilastollisessa käsittelyssä masentuneisuutta selvittävä kysymys muutettiin kaksiluokkaiseksi: ma-

sentunut (usein tai aina) – ei masentunut (harvoin tai ei koskaan/toisinaan). Näitä edellä mainittuja kuutta kysymystä on käytetty aiemmin Helsingin vanhustutkimuksessa vuonna 1989 (Valvanne 1992) ja DEBATE-tutkimuksessa 1999 - 2000 (Strandberg ym. 2001). Ne on todettu helpoiksi ymmärtää, niillä on reliabiliteettia ja ennustevaliditeettia (Pitkälä ym. 2004a). Kyselylomakkeessa kysyttiin lisäksi tutkittavien käsitystä omasta onnellisuudestaan (”Kuinka onnelliseksi tai onnettomaksi tunnette itsenne tällä hetkellä? – erittäin onnellinen/ melko onnellinen/ melko onneton/ erittäin onneton/ en osaa sanoa), sekä yleistä elämänasenteestaan (erittäin myönteinen/ melko myönteinen/ melko kielteinen/ erittäin kielteinen/ en osaa sanoa). Tilastollisessa käsittelyssä nämä muutettiin kaksiluokkaiseksi: onnelliset (erittäin ja melko onnellinen) vs. muut (erittäin tai melko onneton tai en osaa sanoa) sekä myönteinen asenne (erittäin tai melko myönteinen) vs. muut (erittäin tai melko kielteinen tai en osaa sanoa). Turvattomuuden tunnetta kysyttiin seuraavasti ”Koetteko elämänne tällä hetkellä turvatomaksi vai turvalliseksi?” (erittäin turvatomaksi/ melko turvatomaksi/ vaikea sanoa/ melko turvalliseksi/ erittäin turvalliseksi). Kysymys jaettiin kahteen luokkaan, joissa vastausvaihtoehdot erittäin turvatomaksi/ melko turvatomaksi muodostivat luokan ”Turvaton” ja muut muodostivat luokan ”Ei turvaton”.

Kyselylomakkeessa tiedusteltiin lisäksi ikääntyneiden sosiaalisia suhteita sekä niihin liittyviä toiveita ja tyydyttävyyttä. Näitä kysymyksiä on käytetty aiemmissa sosiaalisen eristymisen tutkimuksissa, ja niillä on todettu olevan hyvä ennustevaliditeetti (Andersson 1985, Jylhä & Aro 1989,

Yasuda ym. 1997). Kyselylomake sisälsi myös kysymyksiä ikääntyneiden itsensä kokemista yksinäisyyden syistä, vanhempien menettämisestä lapsena sekä vastaajan osallistumista sosiaalisiin tapahtumiin ja muihin aktiviteetteihin. Kysymyksiä sosiaalisesta aktiivisuudesta on kartoitettu aiemmin muun muassa Housen ja tutkijakollegoiden (1982) tutkimuksessa. Kyselylomakkeen lopussa oli tilaa omille mielipiteille kyselystä.

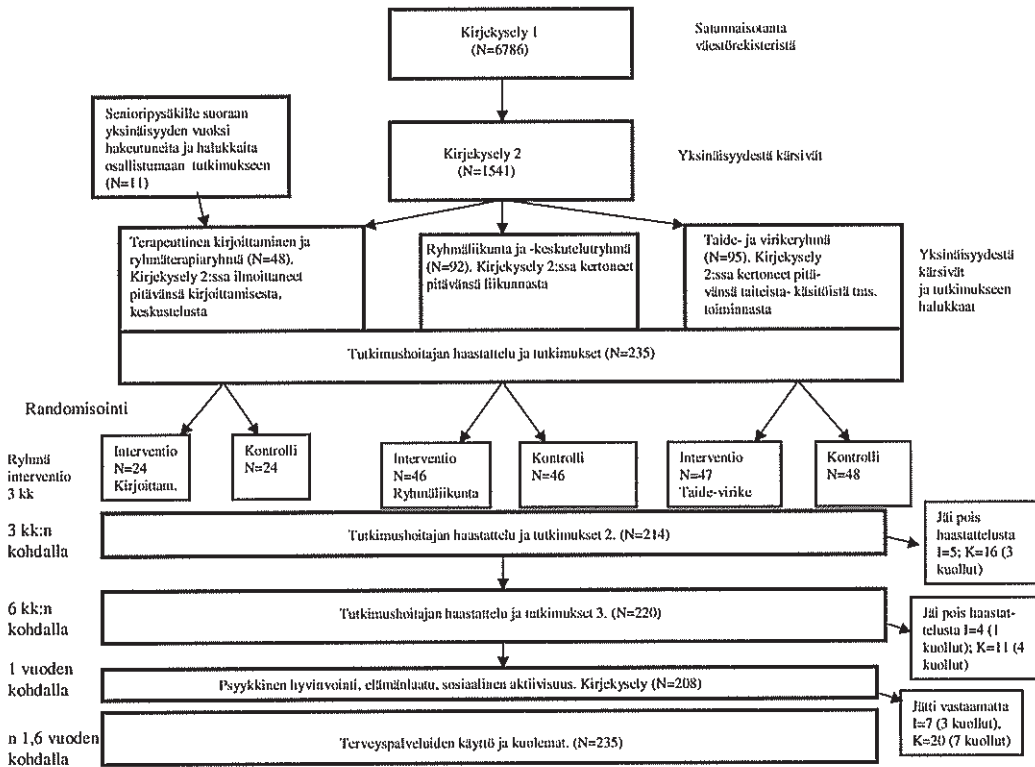
Tutkittavien valintaprosessi interventiotutkimuksiin jatkui toisella kirjekyselyllä (liite 3). Tämän kyselyn tavoitteena oli löytää vapaaehtoisia yksinäisiä uusiin, psykososiaalisiin ryhmäkuntoutuksiin ja toisaalta kartoittaa tutkittavien kiinnostuksen kohteita, jotta interventioiden sisällöt voitaisiin suunnitella mahdollisimman pitkälti osallistujien kiinnostusten mukaisiksi. Tämä toinen kirjekysely lähetettiin niille, jotka ensimmäisessä kirjekyselyssä ilmoittivat kärsivänsä yksinäisyydestä toisinaan, usein tai aina. Kyselyitä lähetettiin 1 541 kappaletta. Tässä kyselyssä kartoitettiin aiempaa tarkemmin yksinäisyydestä kärsivien ikääntyneiden terveydentilaa, harrastuksia ja kiinnostuksen kohteita sekä erityisesti halukkuutta osallistua Vanhustyön keskusliiton järjestämään psykososiaaliseen kuntoutukseen. Kyselyyn liitettiin myös UCLA-yksinäisyysmittarin (University of California Loneliness Scale) 10 kysymystä (Russell 1996), jotta voisimme selvittää potentiaalisten osallistujien yksinäisyyden tunteen voimakkuutta. Tälle kyselylle ei lähetetty uusintakierrosta, sillä tiedossa oli aiempien tutkimusten suuri poispuodonneiden määrä ja halusimme saada kaikkein motivoituneimmat mukaan interventioihin.

Toisen kirjekyselyn perusteella interventioon osallistumiseen halukkaat ikään-

tyneet jaettiin kiinnostustensa ja harrastustensa mukaan kolmeen ryhmään, jotka vastasivat Vanhustyön keskusliiton suunnittelema interventioita. Ryhmät olivat 1) taide- ja viriketoimintaryhmä, 2) ryhmäliikunta ja -keskustelut sekä 3) Senioripysäkin ryhmäterapian ja terapeuttisen kirjoittamisen ryhmä. Viidellä paikkakunnalla oli tarjolla vain yhdenlaista sisältöä edellä mainituista ryhmätoiminnoista (Oulainen ja Pori: ryhmäliikunta ja -keskustelut -ryhmiä; Hämeenlinna, Joensuu ja Siuntio: taide- ja viriketoimintaryhmiä). Helsingissä oli tarjolla sekä ryhmäliikunta ja -keskustelut -ryhmiä (Oulunkylän kuntoutussairaala) että ryhmäterapian ja terapeuttisen kirjoittamisen ryhmiä (Senioripysäkki).

Näillä paikkakunnilla valitsimme kirjekyselyiden perusteella ensisijaisesti niitä henkilöitä, jotka osoittivat kiinnostusta paikkakunnalla tarjolla olevaa toimintaa kohtaan. Ryhmiin valikoitui muutamia henkilöitä, joiden ensisijainen kiinnostuksen kohde ei ollut paikkakunnalla tarjottu aktiviteetti. Heillä oli kuitenkin yleensä ollut joko aikaisempaan harrastuksenaan tai nykyisissä vapaa-ajan aktiviteeteissaan jotain tarjolla olevaan toimintaan liittyvää. Esimerkiksi liikuntaryhmiin valikoitui muutamia henkilöitä, jotka eivät olleet erityisesti toivoneet liikuntaryhmään, mutta heillä kaikilla oli liikunnallinen harrastus. Samoin taideryhmissä oli neljä tutkittavaa, jotka olivat toivoneet johonkin muuhun aktiviteetti-ryhmään. He harrastivat musiikkia ja he suostuivat osallistumaan taide-ryhmään.

Senioripysäkin ryhmään oli kirjekyselystä kaikkein haastavinta löytää halukkaita tutkittavia. Sen vuoksi rekrytoimme tutkittavia myös suoraan Senioripysäkillä haikuteuneista ikäihmisistä. He täyttivät kirje-



Kuva 1. Tutkimuksen kulkukaavio. Tutkittavien terveyspalveluiden käyttötiedot ja kuolleisuus selvitettiin rekistereistä vuoden 2004 lopussa. I = interventoryhmä, K = kontrolliryhmä.

kysely 1:n ja 2:n ennen rekrytointia. Heidän joukossaan oli muutamia henkilöitä, jotka olivat tutkimukseen hakeutuessaan ilmoittaneet kokevansa yksinäisyyttä, mutta kyselyssä vastasivat toisin. Kaksi Senioripysäkin ryhmäterapiaan osallistuneista ilmoitti ensisijaiseksi kiinnostuksen kohteekseen taideryhmätoiminnan, mutta koska Helsingissä sellaista ei ollut tarjolla, he tulivat mukaan Senioripysäkin toimintaa. Taide- ja viriketoimintaryhmään valikoituneita tutkittavia oli yhteensä 95, ryhmäliikunta ja -keskustelut -ryhmään valikoituneita oli 92 ja Senioripysäkin ryhmäterapia ja terapeutin kirjoittamisen -ryhmään valikoituneita oli 48.

Niille, jotka toisessa kirjekyselyssä ilmoittivat halukkuutensa osallistua interventioon ja jotka vaikuttivat kyselyiden perusteella soveltuvilta paikkakunnalla tarjolla olevaan interventioon, soitettiin ja heidät kutsuttiin tutkimushoitajan haastatteluun. Tutkittavia kutsuttiin 16 hengen ryhminä. Jos joku tutkittavista perui vielä tutkimushoitajan haastattelussa tulonsa, otimme listalta seuraavan kriteerit täyttävän. Pyrimme tutkittavien alustavassa valinnassa varmistamaan, että ryhmiin tulee miehiä – siten jokaiseen 16 tutkittavan ryhmään valittiin ainakin neljä miestä.

Puhelimessa varmistettiin kaikilta haastateltavilta heidän motivaationsa, mah-

dollisuutensa osallistua ryhmätoimintaan kolmen kuukauden ajan sekä heidän psyykinen ja fyysinen toimintakykynsä siinä määrin kuin se oli mahdollista. Samalla heille kerrottiin intervention tarkoituksesta ja tavoitteista sekä mahdollisuudesta arpoutua kontrolliryhmään. Tutkimushoitajan haastattelussa vielä varmistettiin, että ikääntyneiden terveydentila oli riittävän hyvä interventioon osallistumiseen.

SISÄÄNOTTO- JA POISSULKUKRITEERIT

Intervention sisäänottokriteereinä olivat vähintään 75 vuoden ikä, subjektiivinen kokemus yksinäisyydestä sekä vapaaehtoinen suostumus osallistua tarjolla olevaan interventioon. Poissulkukriteereitä olivat ikääntyneen keskivaikea tai vaikeatasoinen dementia – Minimental State Examination (MMSE) < 19 pistettä (Folstein ym. 1975) tai Clinical Dementia Rating Scale (CDR) > 1 (Hughes ym. 1982) – sekä laitoksessa asuminen, sokeus tai kuurous. Ryhmistä haluttiin mahdollisimman homogeenisia siten, että ryhmäläiset voisivat osallistua tasavertaisesti ryhmätoimintaan ja löytää ryhmistä vertaisiaan ystäviä. Dementia olisi vaikeuttanut tarkkaavaisuutta, ja sokeus tai kuurous ryhmätoimintaan osallistumista. Liikuntaryhmiin osallistuneiden kriteerinä pidettiin vielä sitä, että tutkittava pystyi kävelemään ja liikkumaan itsenäisesti (keppi tai rollaattori sai olla apuvälineenä). Myös NYHA (New York Heart Association Classification) 3 – 4 -tasoinen sydän- tai keuhkosairaus oli poissulkukriteerinä. Kaikille liikuntaryhmiin rekrytoituille tehtiin tätä varten NYHA luokitus (Fisher 1972) sekä 12 kytkenän sydänfilmi.

RANDOMISOINTI

Randomisointi suoritettiin ns. klustereina (tutkittavien kiinnostus intervention sisältöön) sekä kolmen eri interventiomuodon sisällä vielä ns. stratifioituna randomisointina. Tutkimushoitaja tutki viikon aikana yhdellä paikkakunnalla 16 tiettyyn, tarjolla olevaan interventioon halukasta tutkittavaa. Tutkimushoitajan haastatteluun kutsutut tutkimukseen halukkaat osallistujat oli luokiteltu kirjekysely 1:n ja 2:n perusteella ja kirjattu listalle neljään ryhmään: 1. miehet, 2. ”kaikkein yksinäisimmät”, jotka ilmoittivat usein tai aina kärsivänsä yksinäisyydestä tai saivat kirjekysely 2:n lyhennetyin UCLA-mittarin korkeimmat pisteet (Russell 1996) 3. depressiiviset, jotka ilmoittivat kärsivänsä masennuksesta kirjekysely 1:ssä sekä 4. muut. Tällä ryhmittelyllä eli stratifioinnilla halusimme varmistaa tutkittavien ryhmäkuntoutuksen onnistumiseen keskeisesti vaikuttavien tutkittavien ominaisuuksien tasaisen jakautumisen interventio- ja kontrolliryhmiin. Halusimme lisäksi jokaiseen kuntoutusryhmään vähintään kaksi miestä, jotta miehillä olisi tukea toisistaan muuten naisvaltaisissa ryhmissä ja siten varmistaa heidän sitoutumistaan ryhmiin. Halusimme ryhmistä myös mahdollisimman tasavertaisia, jotta ystävyysuhteiden luominen tutkittavien kesken olisi mahdollista. Mikäli joku tästä 16 hengen listalla olevasta tutkittavasta täytti poissulkukriteerit, otettiin hänen tilalleen toinen vastaava tutkittava alkuperäisistä kirjekyselyistä tutkimusviikon aikana. Tutkimusviikon lopussa tutkimushoitaja soitti erilliseen randomisointikeskukseen henkilölle, joka ei tuntenut tutkittavia eikä heidän ominaisuuksiaan. Tutkimushoitaja luetteli nimet ryhmissä

siinä järjestyksessä kuin ne hänen omassa listassaan olivat. Randomisointikeskukseksi oli etukäteen tietokoneohjelmalla tuotettuihin satunnaislukuihin perustuva randomisointiohjelma, jossa neljälle neljän hengen ryhmälle oli annettu jokaiselle yksilölle nollia ja ykkösiä, joista ykköset vastasivat interventioiryhmiin arpoutumista ja nollat kontrolliryhmiin arpoutumista. Jokainen randomisointitulokset tuli näkyviin ohjelmaan vasta sitten, kun tutkittavan nimi oli kirjoitettu randomisointiohjelmaan ja randomioija oli toimenpiteensä nimikirjaimillaan vahvistanut. Tämä varmisti sen, ettei tutkimushoitaja eikä randomioija voineet vaikuttaa tutkittavan ryhmiin arpoutumiseen.

TUTKIMUSMENETELMÄT

Tutkimushoitaja haastatteli ja testasi kaikki tutkittavat lähtötilanteessa sekä kolmen kuukauden ja kuuden kuukauden kohdalla. Haastattelu kesti noin kaksi tuntia, jonka aikana tutkittavilta kartoitettiin demografiset tiedot, mieliala, ahdistuneisuus, kognitio, terveydentila, lääkkeiden käyttö, toimintakyky, terveyden elämänlaatu, yksinäisyyden voimakkuus ja sosiaaliset suhteet. Heiltä mitattiin myös verenpaine, paino ja pulssi. Liikuntaryhmään rekrytoituille tutkittaville tehtiin lisäksi erilaisia liikuntatestejä, NYHA-luokitus sekä sydänfilmi lähtötilanteessa.

Yksinäisyyden tunnetta kartoitettiin ns. UCLA-mittarilla (University of California Loneliness Scale) (Russell 1996), joka suomennettiin tätä tutkimusta varten ja pilotoitiin 15 ikääntyneellä toisen tutkimuksen yhteydessä hyvissä ajoin ennen tämän tutkimuksen alkua. Pilotoinnin perusteella

kysymyksiä muutettiin helpommin ymmärrettäviksi. UCLA-mittari on Russelin tutkijaryhmän 1970-luvulla kehittämä mittari, jonka on osoitettu mittaavan kokemuksellista yksinäisyyttä. Käytimme mittarin versiota 3. Yksinäisyyden kokemusta mitataan mittarissa kysymällä väittämiä sisäisistä tunteista ja kokemuksista läheisistä ihmisistä, ystäväistä ja ihmissuhteista. (Russell 1996.) Mittari kuvaa kaksiuolotteisesti globaalia yksinäisyyttä, jonka ulottuvuudet ovat myönteinen (ei yksinäinen, 9 kysymystä) ja kielteinen (yksinäinen, 11 kysymystä). Vastausvaihtoehdot ovat 'ei koskaan', 'harvoin', 'toisinaan' tai 'aina'. Mittarin kokonaispistemäärä on 80 pistettä. Yksinäisyyden tunteille ei ole asetettu mitään raja-arvoa, vaan mittaria käytetään lineaarisena. Eri aineistoissa tehdyt mitaukset erottelevat kohtalaisesti erittäin yksinäiset lievästi yksinäisistä. Mittaria on validoitu myös ikääntyneillä. Mittarin on todettu täyttävän rakennevaliditeetin (construct validity) vaateen. Sitä on verrattu muihin aikaisempiin yksinäisyyden mittareihin ja se korreloi niihin hyvin (yhtäaikavaliditeetti, concurrent validity). Se on sisäisesti johdonmukainen (internal consistency) ja täyttää uusintamittauksen (test-retest reliability) luotettavuuden vaatimukset. UCLA erottelee kohtalaisesti yksinäiset masentuneista. Mittarin herkkyydestä muutokselle ei kuitenkaan tiedetä paljoa. UCLA:n etuna verrattuna moniin muihin yksinäisyyden mittareihin on sen käytön nopeus ja helppous. (Russell 1996.) UCLA:a on käytetty myös eräissä aiemmissa ikääntyneiden yksinäisyyden interventiotutkimuksissa (Arnetz & Theorell 1983, Andersson 1985).

Sosiaalisen verkoston määrää sekä saatua ja annettua tukea mitattiin muun

muassa Lubbenin sosiaalisen verkoston mittarilla (Lubben's Social Network Scale) (Lubben 1988). Se sisältää 10 kysymystä, jotka koskevat perhe- ja ystäväverkostoa sekä sosiaalista tukea. Mittarin pisteiden kokonaissumma on 50. Lubbenin (1988) mukaan alle 30 pistettä osoittaa, että henkilö voi olla sosiaalisesti eristäytynyt (Kane & Kane 2000). Mittarin sisäinen johdonmukaisuus ja korrelointi muihin mittareihin on osoitettu. Mittari on kehitetty erityisesti ikääntyneiden sosiaalisen verkoston osoittamiseen. Lisäksi se on lyhyt ja nopea täyttää. Myöskään Lubbenin herkkyydestä muutoksen arviointiin ei ole tietoa.

Tutkittavien mielialaa mitattiin Montgomery-Åsberg-depressiomittarilla (MADRS) (Montgomery & Åsberg 1979) ja ahdistuneisuutta Hamilton Anxiety Scale-mittareilla (Hamilton 1959), joita on psykoterapiatutkimuksissa käytetty hoidon vaikuttavuuden mittauksissa. MADRS-mittarissa on kymmenen kohtaa, jotka arvioiva ulkopuolinen henkilö täyttää haastattelun ja kokonaisvaltaisen arviointinsa perusteella. Näitä osa-alueita ovat tutkittavan ilmentämä ja kertoma masennus, ahdistuneisuus, unettomuus, ruokahalu, keskittymiskyky, aloitekyky, mielihyvän kokeminen, syyllisyyden tunne ja itsetuhoisuus. Kunkin osa-alueen arvioinnissa on neljä vaihtoehtoa, jotka pisteytetään 0, 2, 4 tai 6. Siten maksimissaan mittarilla voi saada 60 pistettä. Lievää masennusta ilmentää 11-19 pistettä, keskivaikeaa 20-28 ja vaikeaa masennusta yli 29 pistettä. MADRS-mittaria ovat pohjoismaiset geriatrician asiantuntijat suosittaneet ikääntyneiden depression mittaamiseen (Lindberg ym. 1998). Pohjoismaissa MADRS on paljon käytetty, selkeä ja helppokäyttöinen testi. Se on varsin luotettava ja muutoksille herkkä (Snaith ym.

1986) ja se erottelee lievän, keskivaikean ja vaikean masennuksen toisistaan (Lepola ym. 2002). Se soveltuu myös somaattisesti sairaille vanhuksille, koska se ei mittaa somaattisia oireita. Se paljastaa lisäksi lievästi dementoituneiden masennuksen (Lindberg ym. 1998).

Hamiltonin ahdistuneisuustesti mittaa ahdistuneisuuden voimakkuutta ja sen mahdollista muutosta hoidon aikana (Hamilton 1959, Lepola ym. 2002). Se muodostuu 14 kohdasta, joista seitsemän mittaa psyykkistä ja seitsemän somaattista ahdistusta. Kysymyksiä arvioi ulkopuolinen henkilö haastattelun pohjalta. Tutkimuksessa arvioidaan tutkittavan edeltävää viikkoa oireiden osalta ja mikä on ollut oireiden vaikutus tutkittavan elämään. Ahdistuneisuutta mitataan seuraavilla ulottuvuuksilla: ahdistuneisuus, jännittyneisyys, pelot, unettomuus, keskittymiskyky, masentunut mieliala, somaattiset oireet, verenkiertoelinten oireet, hengitysoireet, virtsa- ja sukupuolielinten oireet, autonomiset oireet ja käyttäytyminen tutkittaessa. Jokaisessa kysymyksessä on valmis Likert-tyyppinen asteikko, jossa 0 merkitsee ei lainkaan oiretta ja 4 kaikkein vaikeinta oiretta. Siten mittarin tuottamat maksimipisteet ovat 56. Pisteet 6-14 merkitsevät lievästi ahdistuneisuutta ja 15 tai yli huomattavaa ahdistuneisuutta. Hamiltonin ahdistuneisuusmittari ei ole spesifinen ahdistuneisuudelle, vaan se mittaa myös masennusta. (Lepola ym. 2002.)

Kognitiivista toimintakykyä kartoitettiin MMSE (Mini Mental State Examination)-testillä (Folstein ym. 1975) ja Clinical Dementia Rating (CDR)-luokitustestillä (Hughes ym. 1982). Helppokäyttöisenä ja potilaan kannalta yleensä mielekkäänä MMSE on luultavasti maailman käytetyin

kognitiivisen toiminnan testi. CDR on todettu validiksi vanhuksilla seulomaan eri dementiaan vaikeusasteita, ja sillä pystytään melko luotettavaksi poissulkemaan keskivaikea- ja vaikea-asteinen dementia (CDR luokka > 1) (Juva 1994). Näiden testien perusteella haluttiin varmistaa, ettei keskivaikeasti tai vaikeasti dementoituneita rekrytoida tutkimukseen. Keskivaikean dementiaan rajana pidetään MMSE-testissä yleensä 18 pistettä. Suljimme pois alle 19 pistettä MMSE-testissä saaneet tai CDR-luokkiin >1 luokitetut.

Kognitiivisen toimintakyvyn muutoksen arviointiin haluttiin mahdollisimman herkkä testi, koska halusimme selvittää, voiko sosiaalisella aktiivisuudella parantaa kognitiota. Käytimme kognition mittaukseen Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS-Cog)-mittaria (Rosen & Mohs 1984, Mohs & Cohen 1988), jota on käytetty esimerkiksi ikääntyneillä dementia-lääkkeiden vaikutuksen arvioinnissa (Birks ym. 2000, Birks & Harvey 2003, Loy & Schneider 2004). Se on muutosherkkä. Mittari antaa testauksessa tehtyjen virheiden perusteella pisteitä. Siten korkeat pisteet edustavat heikentynyttä kognitiota ja päinvastoin. Dementia-lääkkeet ovat osoittaneet yleensä 1.5-3 pisteen vähenemistä lääkkeen vaikutuksesta. Yleensä neljän pisteen muutosta pidetään kliinisesti merkitseväenä. (Kaduszkiewicz ym. 2005.)

Liikuntaryhmiin osallistuneilla ja vastaavilla kontrolliryhmäläisillä haluttiin lisäksi testata liikunnan vaikutuksia lihasvoimaan, tasapainoon ja ketteryyteen. Tasapainoa ja alaraajojen lihasvoimaa mitattiin Timed Up & Go-testillä (Podsiadlo & Richardson 1991), jossa tutkittavaa pyydetään nousemaan käsinojallisesta tuolista, kävelemään kolme metriä, palaamaan ta-

kaisin ja istuutumaan uudelleen. Tälle suoritukselle otetaan yhden harjoituskerran jälkeen aika. Testi on todettu reliabeliksi (inter-rater ja test-retest), ja se korreloi vahvasti Barthelin toimintakykymittarin, Bergin tasapainomittarin ja kävelynopeuden kanssa. Se ennustaa hyvin ihmisen kykyä kävellä itsenäisesti ulkona. Se myös vaikuttaisi reagoivan muutokselle eli liikuntakyvyn paranemiselle tai heikkenemiselle. (Podsiadlo & Richardson 1991.) Tutkittaville tehtiin Guralnikin työryhmän (1994) luomat alaraajojen fyysisen suorituskäyvyn mittaukset. Nämä sisältävät tasapainotestit, joissa tutkittava seisoo ensin jalat hieman erillään toisistaan, sitten rinnakkain, ns. puolilandemissa ja lopuksi jalkaterät peräkkäin (Guralnik ym. 1994). Jokaiselle osasuoritukselle lasketaan aika, jonka tutkittava pystyy seisomaan ko. asennossa (maksimi 15 sekuntia) ja tämä pisteytetään. Tutkittaville tehtiin myös tuolilta ylösnousutesti reisien lihasvoiman selvittämiseksi, jossa tutkittavaa pyydettiin nousemaan ja istuutumaan mahdollisimman nopeasti tuolilta viisi kertaa (Guralnik ym. 1994). Suoritukselle otettiin aika. Lisäksi tutkittaville tehtiin 10 metrin kävelynopeustesti, joka on Guralnikin testipatteristossa mukana, mutta lyhyempänä matkana. Guralnikin testit on todettu hyvin erottelukykyisiksi ikääntyneessä väestössä. Niiden suoritustaso ennustaa kuolleisuutta ja laitoksiin joutumista sekä korreloi vahvasti itseraportoidun toimintakyvyn kanssa. (Guralnik ym. 1994.) Kaksi viimeksi mainittua testiä on kuvattu ns. TOIMIVA-testissä (http://ffp.uku.fi/cgi-bin/edueditor/presenter.pl?slideshow_id=11&slide_id=78&language_id=1). Kaikki interventio-ryhmään arpoutuneet liikuntaryhmäläiset kävivät lääkärintarkastuksessa ryhmäkun-

toutusta toteuttavan kuntoutuslaitoksen lääkäriellä sen varmistamiseksi, ettei heillä ollut riskejä osallistua liikuntaan. Heille tehtiin lisäksi 12 kytkentäinen sydänfilmi, jonka lääkäri arvioi.

Tutkimushoitaja suoritti kaikki mitaukset kullekin haastateltavalle kolme kertaa tutkimuksen aikana (0 – 3 kk – 6 kk). Tutkimushoitajat olivat kokeneita ja aiemminkin tehneet vastaavia testejä ikääntyneille. He saivat lisäksi huolellisen koulutuksen tehtävänsä sekä mittareiden käyttöön.

Näiden lisäksi selvitimme intervention vaikutusta elämänlaatuun terveyden elämänlaadun 15D-mittarilla (Sintonen 2001). Mittaus suoritettiin tutkittavien itse täyttämänä tutkimuksen alussa sekä vuoden kohdalla tutkimuksen alusta. Psykkisen hyvinvoinnin arviointiin käytimme jo kirjekyselyssä kysytyjä psyykkisen hyvinvoinnin eri ulottuvuuksia selvittäviä kysymyksiä, jotka toistimme vuoden kuluttua lähtötilanteesta (liite 4). Rakensimme näistä kysymyksistä ”Hyvinvointi-scoren”, joka tehtiin seuraavasti: jokaisen kysymyksen: 1. Oletteko tyytyväinen elämäänne? (kyllä/ei), 2. Tunneteko itsenne tarpeelliseksi? (kyllä/ei), 3. Onko Teillä elämänhalua? (kyllä/ei), 4. Onko Teillä tulevaisuudensuunnitelmia? (kyllä/ei) kyllä-vastaus tuotti yhden pisteen ja ei-vastaus 0 pistettä. Kysymyksien 5. Kärsittekö yksinäisyydestä? (harvoin tai en koskaan/toisinaan/ usein tai aina) ja 6. Oletteko masentunut? (harvoin tai ei koskaan/toisinaan/ usein tai aina) ”harvoin tai ei koskaan” -vastaukset antoivat yhden pisteen, ”toisinaan” -vastaukset puoli pistettä ja ”aina” -vastaukset 0 pistettä. Kunkin potilaan kokonaispisteet jaettiin hänen antamiensa vastausten määrällä. Siten saimme mukaan nekin, jotka

eivät olleet vastanneet kaikkiin kysymyksiin. Tämä saatu ”Hyvinvointi-score” antoi sitä suuremman arvon eli läheni lukua yksi, mitä oletettavasti paremmaksi tutkittava koki oman hyvinvointinsa näillä ulottuvuuksilla. Mitä lähempänä nollaa ”Hyvinvointi-score” oli, sitä heikommaksi tutkittava koki psyykkisen hyvinvointinsa.

INTERVENTION SISÄLLÖT

Interventoryhmiin arpoutuneet tapasivat kerran viikossa yhteensä 12 kertaa eli intervention kesto oli kaikissa ryhmissä kolme kuukautta. Taide- ja liikuntaryhmissä päivän kesto oli kuusi tuntia ja se sisälsi aamupalan, lounaan ja päiväkahvin. Ryhmäterapiaryhmät kokoontuivat 2 - 5 tunnin ajan Senioripysäkillä, ja he saivat aamukahvin sekä joillakin kerroilla myös lounaan. Kirjoittaminen tapahtui kotona, joten interventio oli heilläkin ajallisesti pelkkää ryhmäterapiaistuntoa pidempi. Kaikki ryhmiin osallistuneet kuljetettiin ryhmiin tilataksella, jotka hakivat osallistujat aamulla (noin tunnin aikana) kodeistaan ja kuljettivat heidät ryhmätapahtuman jälkeen jälleen kotiin.

Kaikissa ryhmämuotoisissa kuntoutuksissa oli yhteisenä keskeisenä piirteenä tavoitteellinen toiminta, jossa vetäjät pyrkivät edistämään ryhmäläisten keskinäistä kanssakäymistä ja ystävyystymistä sekä tukemaan muodostuvia ystävyysuhteita. Vetäjät käyttivät tietoisesti ryhmädynamiikkaa ja ryhmän luonnollista kypsymistä hyväkseen edistäessään näitä tavoitteita (Pitkälä & Routasalo 2004, Pitkälä ym. 2004b, Palkeinen 2005). Tavoitteita pyrittiin edistämään sekä pienin osatavoittein joka ryhmäkerralla että myös tavoitellen pitkällä

tähtäimellä ryhmän itsenäistymistä ja tapaamisten jatkumista järjestetyn ryhmätoiminnan loputtua. Ryhmissä otettiin tietoisesti käyttöön ryhmää suojaavat turvalliset rakenteet ja säännöt, ja ryhmän keskeinen tehtävä otettiin esille heti ryhmätoiminnan alkuvaiheessa. Ryhmissä pyrittiin osallistamaan tutkittavia sekä voimaannuttamaan ja aktivoimaan heitä. Ryhmädynamiikan hyväksikäyttö oli keskeistä, koska halusimme ryhmäläisten kesken syntyvän aitoa kanssakäymistä: sekä positiivisten että myös negatiivisten tunteiden ilmaisua ja konfliktejakin, jotka parhaimmillaan johtaisivat aitoihin ihmissuhteisiin osallistujien välillä. Vetäjät pyrkivät kaikin tavoin edistämään ryhmäläisten tasavertaisuutta.

Kaikissa ryhmissä otettiin yksinäisyys ja sen henkilökohtaiset merkitykset keskusteluun heti intervention alkuvaiheessa. Tarkoituksena oli löytää oman ikäisten kanssa turvallisia vertaisuuden, yhteenkuuluvuuden ja vuorovaikutuksellisuuden kokemuksia. Tavoitteena oli tukea keskusteluihin tutkittavien oman elämän tarkastelua, heidän aktiivista toimijuuttaan ja elämänhallintaansa. Tutkittavien toivottiin haluavan itse muutosta yksinäiseen elämäänsä, toimivan muutoksensa aktiivisina subjekteina ja siten etsivän uudenlaista sisältöä ja merkityksiä elämälleen. Kaikissa ryhmissä tuettiin osallistujia kokeilemaan ja uskaltamaan uutta, ylittämään omia rajojaan ja rohkaistumaan näkemään omaa itseä uudenlaisessa valossa.

Ryhmien sisällölliset ja menetelmälliset painotukset olivat erilaisia sekä kolmessa pääryhmässään että myös yksilöllisesti jokaisessa ryhmässä. Yksinäisyys-ryhmäkuntoutuksella oli kolme eri pääsisältöä, joihin tutkittavat sijoitettiin omien toiveidensa ja kiinnostusten kohteidensa

mukaisesti. Eri ryhmien sisältö vaihteli kolmen eri pääsisällön lisäksi myös sen mukaan, mitä ryhmäläiset toivoivat itsemien ryhmiensä ohjelmiksi. Seuraavassa tarkastelemme lyhyesti kunkin intervention sisältöä. Tarkemmat kuvaukset jokaisen ryhmätoiminnan sisällöistä ja prosesseista löytyvät kutakin interventiota kuvaavista kirjoista (Pitkälä ym. 2004c, Routasalo ym. 2004, Marjovuo ym. 2005).

Taide- ja virikeryhmä

Taide- ja virikeryhmissä pyrittiin taide-elämysten ja taiteen tekemisen avulla tavoittamaan ja rohkaistumaan tarkastelemaan yksinäisyyden kokemusta ja sen jakamista muiden ryhmäläisten kanssa. Elämyksen jakamisen turvallisessa ryhmässä toisten samaa kokevien kanssa toivottiin tuovan yhteenkuuluvaisuuden ja vuorovaikutuksellisuuden kokemuksia. Taide rohkaisee ylittämään omia rajoja, tarkastelemaan elämää ja maailmaa uudesta näkökulmasta. Omien rajojen ylittäminen tuki intervention tavoitettamme – voimaantumista, itsetunnon kohentumista ja elämänhallinnan kokemusta. Taide valittiin yhdeksi sisällöksi, koska se oli osoittautunut lupaavaksi vastaavassa aiemmassa pienehkössä tutkimuksessa, jossa saatiin ikääntyneillä naisilla tuloksia taide-elämysten yksinäisyyttä lieventävästä vaikutuksesta (Wickström 2002). Taide-elämysten terveyttä ja hyvinvointia parantavien ja yksinäisyyttä lieventävien vaikutuksien teoreettisesta pohjasta olemme tehneet katsaukset aiempaan julkaisuun (Blomqvist 2004a, Blomqvist 2004b, Liikanen 2004).

Tarjottavat taide-elämykset pyrittiin valitsemaan niin, että ne liittyivät yksinäisyyden ja ystävyuden teemoihin sekä mahdollistivat niiden käsittelyn ryhmässä. Li-

säksi taidemuodot olivat sellaisia, että vetäjät pystyivät niiden avulla tukemaan ryhmäläisten yhdessä kokemista ja ystävystymistä. Yksinäisyyden ja yhteenkuuluvuuden ilmenemisestä eri taidemuodoissa keskusteltiin. Katsojan ja kokijan tulkinta antoi sanat yksinäisyyden ja yhteisyyden kokemukselle. Ryhmäläiset tuottivat myös itse kuvallisia ja sanallisia ilmauksia omasta yksinäisyyden kokemuksestaan. Tunteiden ja tunnelmien pukeminen sanoiksi mahdollisti yksinäisyyden käsittelyn monesta eri näkökulmasta.

Taide käsitteenä ymmärrettiin hyvin laajasti (ks. Routasalo & Pitkälä 2004b). Eri taidemuotoja pyrittiin käyttämään monipuolisesti ja yhdistäen. Toiminta koostui vierailevien taiteilijoiden esityksistä, retkistä sekä ryhmäläisten omasta toiminnasta. Ryhmäläiset saivat kosketusta paikallisiin taiteilijoihin näiden vieraillessa ryhmässä, ja he tutustuivat oman paikkakuntansa kulttuuritarjontaan retkillä. He kokeilivat myös itse taiteen tekemistä. Ryhmäläiset saivat pitkälti itse vaikuttaa ryhmäkokoon- tumisten ohjelmaan ja heitä rohkaistiin esittämään toivomuksia. Yksityiskohtaiset ryhmien ohjelmat ja sisällöt löytyvät aiemmasta julkaisustamme (Pitkälä ym. 2004 c).

Ryhmäliikunta ja -keskustelut ryhmä

Ryhmäliikunta ja -keskustelut -ryhmissä pyrittiin saamaan mukavia yhdessäolon kokemuksia ryhmän kanssa liikunnan avulla (Karvinen & Salminen 2004a, Karvinen & Salminen 2004b, Routasalo & Pitkälä 2004a). Ryhmissä rohkaistiin osallistujia kokeilemaan uusia liikuntamuotoja, pitämään huolta itsestään ja kunnostaan sekä ylittämään siten omia rajojaan. Yhdessä liikkumalla pyrittiin tukemaan itsetuntoa sekä luomaan onnistumisen kokemuksia

ja hallinnan tunnetta, jotka rohkaisivat ja voimaannuttaisivat osallistujia aktivoitumaan myös sosiaalisesti. Ryhmäläisiä rohkaistiin käsittelemään yksinäisyyttään keskustelemalla ja jakamalla kokemuksiaan. Liikunnan ja keskusteluiden yhdistelmän toivottiin tuottavan yhdessä koettuja liikunnallisia nautintoja, yhteisyyden ja yhteenkuuluvuuden kokemuksia sekä ryhmän sosiaalista tukea, jotka johtaisivat ryhmäläisten keskinäiseen ystävystymiseen, yksinäisyyden lievittymiseen sekä mahdollisesti ryhmäkokoon- tumisten jatkumiseen. Vaikeus liikkua vaikeuttaa usein myös sosiaalisten kontaktien ylläpitoa. Ryhmissä käydyissä terveystavoitteisissa keskusteluissa käsiteltiin yksinäisyyttä, kontaktien ylläpidon edellytyksiä, arjen toiminnoissa selviytymistä sekä omasta itsestä ja terveydestä huolehtimista. Senioritanssi haluttiin liittää interventioon, koska se toisi mahdollisuuksia koskettamiseen ja vuorovaikutuksellisuuden kokemuksiin (Karvinen & Salminen 2004b). Toissijaisena tavoitteena intervention toivottiin tukevan myös ryhmäläisten liikunnan harrastamista.

Ryhmäliikunnan taustana oli ajatus liikunnan sosiaalistavasta ja psyykkistä hyvinvointia lisäävästä vaikutuksesta (ks. Pitkälä 2004c) sekä näyttö liikunnan vahvoista terveysvaikutuksista (Pitkälä 2004b). Lisäksi yhdessä ryhmäliikuntainterventiossa oli saatu lupaavia tuloksia ryhmäliikunnan sosiaalistavasta vaikutuksesta (McAuley ym. 2000).

Ryhmissä tapahtuva liikunnallinen toiminta oli vaihtelevaa ja siinä noudatettiin paikallisia mahdollisuuksia, ryhmäläisten toiveita sekä otettiin huomioon niiden ryhmän tavoitteita tukeva vaikutus (ks. Routasalo & Pitkälä 2004a). Ryhmäläisten

yhdessä tekeminen, kokeminen ja oleminen olivat tärkein osa ryhmäliikunnan sisältöä. Osaltaan toiminnalla pyrittiin kohottamaan myös osallistujien fyysistä kuntoa ja tukemaan arjen toiminnoissa selviytymistä. Osa toiminnoista kohdistui mielihyvän tuottamiseen ja ryhmäläisten rentoutumiseen. Luova liikunta mahdollisti tunteiden ilmaistamisen liikkeiden avulla ja rohkaisi kokeilemaan omia rajoja. Liikuntamuotoja toteutettiin sekä sisällä että ulkona.

Senioripysäkin ryhmäterapia ja terapeutin kirjoittamisen ryhmä

Ryhmäterapia -ryhmissä pyrittiin turvallisuudessa ilmapiirissä rohkaisemaan osallistujia tarkastelemaan, refleктоimaan ja jakamaan keskustelemalla omaa yksinäisyyttään, elämäänsä ja sen merkityksiä. Muistojen, oivallusten, elämysten ja tunteiden jakamisen vertaisten kanssa haluttiin tuovan yhteisyyden ja vuorovaikutuksellisuuden kokemuksia. Uskallus puhua ja jakaa omia mieltä painavia asioita toivottiin kohentavan itsetuntoa sekä rohkaisevan ylittämään omia rajoja ja tuovan rohkeutta ottaa kontaktia uusiin ihmisiin. Vertaisilta saatu emotionaalinen tuki oli oleellinen osa interventiota. Ymmärryksen omasta elämäntilanteesta haluttiin tukevan voimaantumista ja elämäntilanteen hallintaa.

Ryhmäterapia valittiin interventioiksi, koska siitä ja ylipäätään omasta elämäntilanteesta keskustelemisesta vertaisryhmän kanssa oli olemassa lupaavaa näyttöä ikääntyneiden yksinäisyyden lievittämisessä (Rosen & Rosen 1982, Andersson 1984, 1985, Haley ym. 1987, Toseland ym. 1989, Caserta & Lund 1993, Theunissen ym. 1994, Schonfeld ym. 2000, Stewart ym. 2001). Liitimme terapeutin omasta elämästä kirjoittamisen ryhmäterapiaan, koska halusimme tehostaa ja nopeuttaa interventiota. Terapeutin kirjoittamisesta on viime vuosilta useita satunnaistettuja tutkimuksia, joiden mukaan kirjoittaminen edistää mielenterveyttä, vähentää somaattista oireilua ja terveyspalveluiden käyttöä (Smyth ym. 1999, Klapow ym. 2001, Stanton ym. 2002). Kirjoittaminen parantaa itseymmärrystä, jäsentää kokemuksia, lisää elämäntilanteen hallintaa ja auttaa jakamaan traumaattisia kokemuksia muiden kanssa (Walker 1988, Pennebaker & Seagal 1999).

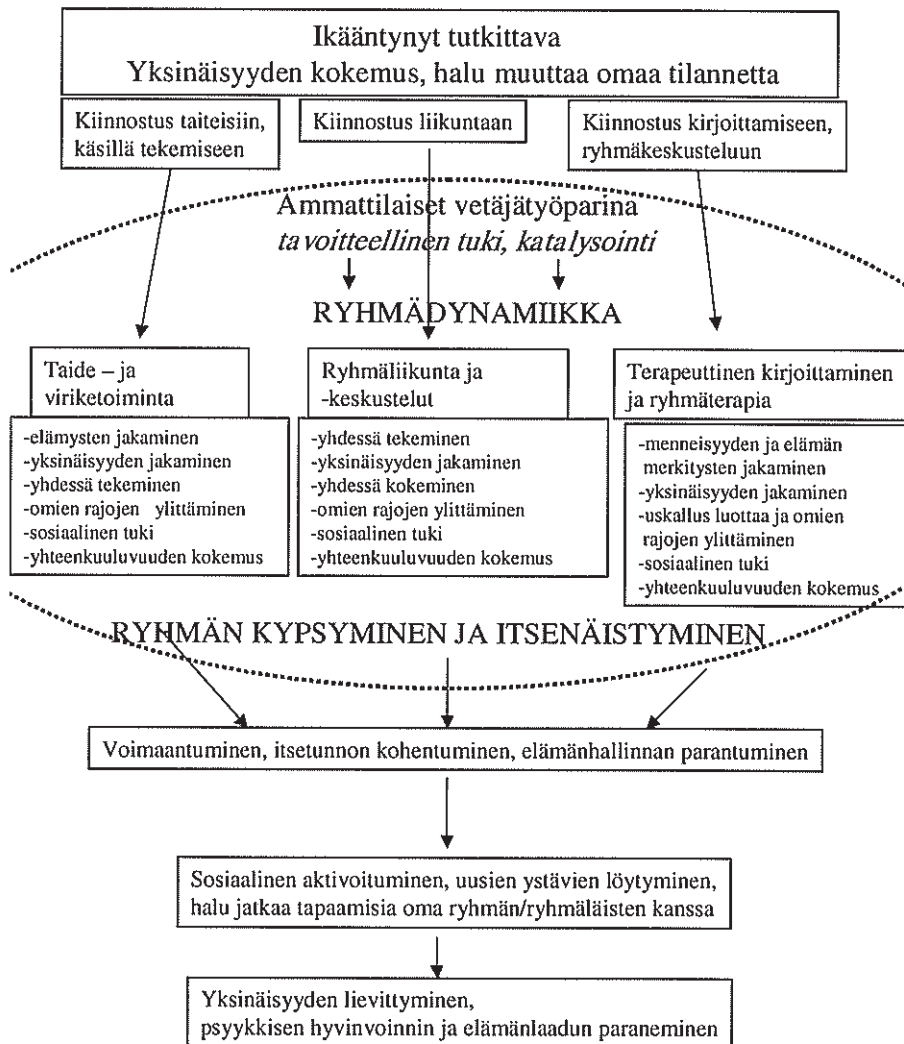
Keskustelunaiheet Senioripysäkin ryhmäterapiassa olivat hyvin monipuolisia kaikissa ryhmissä, ja ne sisälsivät monitasoisesti omien muistojen, elämäntilanteen, ihmissuhteiden ja nykytilanteen pohdintaa. Keskusteluissa käsiteltiin tunteita, yksinäisyyttä ja vaikeutta saada yhteyttä toisiin ihmisiin. Niissä refleктоitiin myös omaa elämäntilanteesta, arvoja, huolia vanhenemisesta, sairautta ja kuolemaa. Tärkeänä osana oli omien tunteiden refleктоinti suhteessa ryhmässä syntyviin kokemuksiin ja tunteisiin. Ryhmissä oli myös kepeyttä ja huumoria. Paitsi terapeutit keskustelut, interventioon kuului yhteisiä lounashetkiä, jokaisella kerralla nautittu aamukahvi sekä yhteiskuljetukset taksilla. Nämä koettiin voimakkaasti yhteenkuuluvuutta lisääviksi. Lisäksi ryhmäläiset viettivät yhteiset juhlat intervention päättyessä.

Interventioiden yhteiset piirteet

Kaikkien kolmen eri intervention yhteisenä, keskeisenä piirteinä voidaan pitää yksinäisyyden jakamista vertaisten kanssa, yhdessä tekemistä, yhdessä kokemista – olivat ne sitten taide-elämyksiä, liikuntaelä-

myksiä tai yhteisen menneisyyden jakamista – sekä omien rajojen ylittämistä, sosiaalisesta tukea ja yhteenkuuluvuuden kokemista. Ammatillaiset vetäjätyöparina suunnittelivat ryhmäläisten toiveiden mukaisesti ryhmätapaamiset. He ymmärsivät ja käyttivät hyödyksi suljetun ryhmän ryhmädynamiikkaa. Ammattitaitoiset vetäjät olivat tietoisia ryhmäintervention tavoitteista, joita he pyrkivät kaikin keinoin ka-

talysoimaan sekä tukemaan ryhmien luonnollista kypsymistä, loppua kohti tapahtuvaa ryhmän itsenäistymistä sekä ryhmäläisten keskinäistä kanssakäymistä. Ryhmäläisten kokemusten toivottiin voimaannuttavan osallistujia, kohentavan heidän itsetuntoaan ja parantavan elämänhallintaa (kuva 2). Oleellista oli kaikkien vetäjätyöparien saama yhteinen yli vuoden kestänyt koulutus interventioihin.



Kuva 2. Interventioryhmien yhteiset piirteet, joihin intervention hypoteettinen yksinäisyyttä lievittävä vaikuttavuus perustuu.

Ryhmäkokemusten toivottiin johtavan uskallukseen aktivoitua sosiaalisesti, rohkaistumiseen luoda uusia ystävyyssuhteita ja haluun jatkaa tapaamisia oman ryhmän kanssa järjestetyn ryhmätoiminnan loputtua.

Interventioiden sisällöt olivat erilaisia, koska ne haluttiin räätälöidä tutkittavien kiinnostusten mukaisiksi. Tämän omaa kiinnostusta vastaavan sisällön toivottiin sitouttavan tutkittavia ryhmiin paremmin kuin aiemmissa interventioissa on tapahtunut (Andersson 1984, 1985, White ym. 2002). Toisaalta ryhmäterapien ja terapeutin kirjoittamisen ryhmä erosi myös toisella tasolla liikunta- ja taideryhmistä.

Ryhmäterapia-ryhmässä painopiste oli tutkittavien itsereflektiossa, oman menneisyyden tarkastelussa sekä sen jäsentämisessä ja ymmärryksen lisäämisessä. Taide- ja liikuntaryhmät painottivat nykyisyyden elämyksellisyyttä sekä tulevaisuuden toivon ja muutoksen halun herättämistä. Myös taide- ja liikuntaryhmässä keskusteltiin menneisyydestä, surullisista asioista, leskeytymisestä ja yksinäisyydestä. Vetäjät saivat myös koulutusta leskeytyksen ja surutyön käsittelemiseen. Taide- ja liikuntaryhmässä ei kuitenkaan erityisesti pyritty terapiatyypin interventioon, joskaan näitä keskustelunaiheita ei myöskään välitetty, jos ryhmäläiset halusivat puhua niistä. Toisaalta myös ryhmäterapia-ryhmässä tavoitteena oli herättää ryhmäläisten halu muuttaa omaa elämää sosiaalisesti aikaisempaa aktiivisempaan suuntaan.

Kontrolliryhmä

Kontrolliryhmään arpoutuneet hoidettiin, kuten heitä olisi hoidettu muutenkin, eli normaalisti sosiaali- ja terveydenhuollossa. He pääsivät tutkimushoitajien seuran-

takäyntien yhteydessä lämpöhoitoon ja hierontaan.

RYHMÄNVETÄJIEN KOULUTUS

Kuntoutusryhmien vetäjiä oli yhteensä 14, kuusi taideryhmässä, kuusi liikuntaryhmässä ja kaksi ryhmäterapia-ryhmässä. Ryhmänvetäjät toimivat pareittain ryhmänvetäjinä siten, että jokainen työpari veti kahden interventioyhmän koko ryhmäkuntoutuksen. Senioripysäkin vetäjäpari kuitenkin veti kolmen ryhmän ryhmäkuntoutuksen. Kaikki ryhmänvetäjät saivat samanlaisen huolellisen koulutuksen sekä prosessin aikaisen työnohjauksen (Pitkälä 2004a). Koulutus oli osittain ryhmille yhteinen ja osittain taideryhmien, liikuntaryhmien ja terapiaryhmien vetäjille omansa.

Vetäjien yhteisissä koulutuksissa käytiin läpi ryhmädynamiikkaa, suljetun ryhmän ohjaustaitoja ja haastavien ryhmäläisten ohjaamista. Ryhmien tavoitteellisuus ja tavoitteiden edistäminen kuului olennaisena osana koulutukseen. Ikääntyneiden yksinäisyyden erityispiirteitä ja yksinäisyyden käsittelyä tulevassa ryhmässä käytiin läpi kokemuksellisen oppimisen keinoin. Lisäksi vetäjiä koulutettiin tunnistamaan heikon ryhmään sitoutumisen merkkejä ja miten he voivat tukea ryhmäläisten sitoutumista. Kaikki vetäjät saivat yleiskuvan siitä, mitä muiden interventioiden sisällöt tulivat olemaan. Koulutus perustui konstruktivistiseen oppimisenäkemykseen. Se sisälsi aktivoivia ja kokemuksellisia menetelmiä sekä jatkuvia itsereflektion ja palautteen syklejä. (Pitkälä 2004a.)

Eriytyyissä sisällön koulutuksissaan vetäjät loivat omat ohjelmarungot ryhmiinsä ja keskustelua jatkettiin siitä, miten ta-

voitteita edistettäisiin kunkin sisällön avulla. Näitä oman interventioryhmän koulutuksia oli neljä, ja niissä käsiteltiin paljon ryhmädynamiikkaa ja yksittäisten ryhmien haasteita. Vetäjät kirjoittivat päiväkirjaa ryhmien prosessien koko ajalta. Päiväkirjat kuvasivat osaksi ryhmien tapahtumia ja osaksi ne olivat vetäjien reflektiota tapahtumista. Päiväkirjoja käytettiin hyväksi koulutuksissa sekä työnohjauksissa, joita kukin vetäjäpari sai kaksi – neljä kertaa vuoden aikana. Koulutus kesti kaikkiaan yhden vuoden ja kolme kuukautta. Se päättyi yhteiseen päätösseminaariin, jossa interventioryhmien ja koulutuksen arvioinnin lisäksi annettiin ryhmien vetäjille kouluttaja-koulutus. (Pitkälä 2004a.)

PÄÄTETAHTUMAT

Päätetapahtumia oli useita. Ensisijaisena päätetapahtumana tarkasteltiin yksinäisyyden lieventymistä, jota mitattiin UCLA-mittarin (Russell 1996) muutosten avulla. Tämän ohella päätetapahtumina tarkasteltiin sosiaalista aktivoitumista: miten ryhmäläiset olivat löytäneet uusia ystäviä ja miten ryhmien itsenäistyminen oli onnistunut – tapasivatko ryhmäläiset toisiaan järjestetyn intervention loputtua? Vertasimme myös Lubbenin sosiaalisen verkoston mittarissa (Lubben 1988) tapahtuneita muutoksia.

Vertasimme interventio- ja kontrolliryhmien välistä psyykkistä hyvinvointia eli elämään tyytyväisyyttä, elämänhalua, tarpeellisuuden tunnetta, masentuneisuutta, tulevaisuuden suunnitelmia, yksinäisyyttä, onnellisuutta, turvattomuutta ja yleisen elämänasenteen myönteisyyttä. Lisäksi tarkastelimme sosiaalisten suhteiden määrää, laatua ja tyydyttävyyttä. Vertasimme raken-

tamaamme ”Hyvinvointi-scoren” muutosta ryhmien välillä.

Vertasimme kognition muutosten eroa interventio- ja kontrolliryhmien välillä ADAS-Cogin (Mohs & Cochen 1988) muutoksilla, muutosta masentuneisuudessa MADRS:n (Montgomery & Åsberg 1979) muutoksilla, ahdistuneisuuden muutoksia Hamiltonin ahdistuneisuus-mittarin (Hamilton 1959) muutoksilla ja terveyden elämälaadun muutoksia 15D-mittarissa (Sintonen 2001) tapahtuvilla muutoksilla. Lisäksi tutkimuksessa kartoitettiin osallistuneiden sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöä siitä lähtien, kun tutkimushoitaja haastatteli tutkittavat ensimmäisen kerran aina vuoden 2004 loppuun. Tutkittavan saama kotipalvelu, ateriapalvelu, kotisairaanhoido, päiväkeskuskäynnit ja kuntoutusjaksot sekä yksityislääkärikäynnit selvitettiin tutkittavilta itseltään ensimmäisen puolen vuoden ajalta. Lääkärisäkäynnit terveyskeskuksissa, sairaaloiden poliklinikoilla, sairaalajaksot terveyskeskussairaloissa ja erikoissairaanhoidossa selvitettiin tutkittavilta itseltään ja tiedot varmistettiin alueen sairaaloista ja terveyskeskuksista. Terveyspalveluiden käytön kustannukset laskettiin vuoden 2001 terveydenhuollon yksikkökustannusten mukaisesti (Hujanen 2003). Näissä käytettiin erikoissairaanhoidon sairaalapäivähintana ja poliklinikkahintana aluesairaalan keskimääräisiä hoitohintoja. Kustannusarvionne on siten konservatiivinen eikä se ota huomioon vuosina 2001–2004 tapahtuneita hinnannousuja eikä myöskään yliopistosairaaloiden korkeampaa hintatasoa. Sosiaalipalveluiden hinnat laskettiin Kumpulaisen (2004) antamien viiden suurimman kaupungin sosiaalipalveluiden keskimääräisinä hintoina vuonna 2003 (Kumpulainen

2004). Kuolleisuus selvitettiin keskusrekistereistä. Veteraanikuntoutuksen hinnaksi oletettiin 170 euroa/vrk, joka on tyypillinen veteraanikuntoutuslaitoksen tarjous-hinta.

TILASTOLLISET MENETELMÄT

Tutkimukseen tarvittava otoskoko arvioitiin voimalaskelmilla UCLA-pisteiden oletettuihin muutoksiin perustuen. Tuloksia kuvattaessa keskilukuina käytettiin keskiarvoa ja mediaania. Hajontalukuina käytettiin keskihajontaa (SD), interkvartiiliväliä (IQR) ja vaihteluväliä. Luokitteluasteikollisissa muuttujissa jakaumat kuvattiin suhteellisina osuuksina. Tilastollisina testeinä käytettiin jatkuvien ja normaalisti jakautuneiden muuttujien osalta t-testiä, varianssi- ja kovarianssianalyysiä. Järjestys-

asteikollisten ja ei testioletuksia täyttävien jatkuvien jakaumien tilastollisessa testauksessa käytettiin Mann-Whitney-U testiä, permutaatio testiä, ja mediaani regressioanalyysiä. Luokitteluasteikollisten muuttujien testaukseen käytettiin X^2 -testiä, Fisherin eksaktia testiä tai Fisher-Freeman-Halton testiä. Kuolleisuutta kuvattiin käyttäen Kaplan-Meier -menetelmää, ja elossaolokäyrien ikä- ja sukupuolivakioitua tilastollista eroavuuden merkitsevyyttä testattiin käyttäen Coxin regressiomallia.

Tärkeimmässä tulosmuuttujissa käytimme testauksen lisäksi luottamusvälien estimointia (95 % CI).

Koska terveyspalveluiden kustannusten jakaumat olivat erittäin vinoja, luottamusvälit estimoitiin käyttäen bootstrap-menetelmää (bias corrected and accelerated bootstrapping).

5. Tulokset

OSALLISTUJAT LÄHTÖTILANTEESSA

Noin kolme neljästä sekä interventio- että kontrolliryhmäläisistä oli naisia. Osallistuneiden keski-ikä molemmissa ryhmissä oli noin 80 vuotta. Suurin osa oli leskiä (interventio 68 %, kontrolli 69 %), matalan koulutustason omaavia (interventio 54 %, kontrolli 49 %) ja heillä oli joko kohtuullinen tai heikko toimeentulo (interventio 82 %, kontrolli 86 %).

Suurin osa molempien ryhmien tut-

kittavista asui kotona tai pysyvästi kodin-omaisissa olosuhteissa (interventio 96 %, kontrolli 96 %) ja neljä viidestä asui yksin (interventio 81 %, kontrolli 79 %). Ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja demografisissa taustatekijöissä lähtötilanteessa (taulukko 4).

Sekä interventio- että kontrolliryhmään kuuluneista noin kaksi kolmesta arvioi itsensä joko terveeksi tai melko terveeksi. Toimintakykynsä huonoksi tai melko huonoksi arvioi 15 % interventioryhmä-

Taulukko 4. Osallistujien demografiset taustatekijät lähtötilanteessa prosentteina.

Taustatekijä	Interventoryhmä N=117	Kontrolliryhmä N=118	p-arvo
Naisten osuus, %	74.4	72.9	0.80
Ikä, keskiarvo (SD) (vaihteluväli)	79.8 (3.46) (75-92)	80.3 (3.80) (75-90)	0.38
Siviilisääty, %			0.64
- naimisissa	16.4	19.5	
- naimaton, asumuserossa tai eronnut	15.5	11.9	
- leski	68.1	68.6	
Koulutus, %			0.73
- kansakoulu tai vähemmän	54.0	48.7	
- ammattikoulu, keskikoulu, lukio	27.4	30.4	
- opistoasteen ammattikoulutus, korkeakoulu	18.6	20.9	
Asuminen, %			1.00
- kotona, pysyvästi kodinomaisissa olosuhteissa	95.7	95.7	
- palvelutalossa	4.3	4.3	
Asumismuoto, %			0.88
- yksin	81.1	78.8	
- puolison kanssa	13.5	15.9	
- jonkun muun kanssa	5.4	5.3	
Taloudellinen toimeentulo, %			0.49
- hyvä	17.6	14.2	
- kohtuullinen, heikko	82.4	85.8	

läisistä ja 18 % kontrolliryhmäläisistä. Interventoryhmäläisistä 90 % kävi päivittäin ulkona ja 12 % tarvitsi päivittäin toisen apua. Vastaavat luvut kontrolliryhmäläisillä olivat 93 % ja 17 %. Monet sekä interventio- että kontrolliryhmiin kuuluneet ikääntyneet sairastivat useita sairauksia. Yleisimmät sairaudet molemmissa ryhmissä olivat verenpainetauti (interventio 50 %, kontrolli 44 %) ja vaikeat nivelkulumat (interventio 44 %, kontrolli 55 %). Myös sepelvaltimo-

tauti oli melko yleinen (interventio 32 %, kontrolli 34 %). Interventio- ja kontrolliryhmäläisten välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja subjektiivisen terveydentilan, toimintakyvyn, sairauksien tai koettujen oireiden suhteen (taulukko 5).

Interventio- ja kontrolliryhmäläiset olivat lähtötilanteessa hyvin samankaltaisia myös psyykkisen hyvinvoinnin suhteen. Interventoryhmäläisistä 81 % ja kontrolliryhmäläisistä 84 % oli tyytyväisiä

Taulukko 5. Osallistujien terveydentila ja toimintakyky lähtötilanteessa prosentteina

Muuttuja, %	Interventoryhmä N = 117	Kontrolliryhmä N = 118	p-arvo
Kokee itsensä melko terveeksi tai terveeksi	66.1	63.4	0.68
Kokee toimintakykynsä huonoksi tai erittäin huonoksi	14.9	17.7	0.57
Käy päivittäin ulkona	89.6	93.0	0.36
Tarvitsee päivittäin toisen apua	11.8	17.0	0.28
Verenpainetauti	49.6	43.6	0.39
Sepelvaltimotauti	32.4	34.3	0.77
Sokeritauti	10.8	16.5	0.23
Sydämen vajaatoiminta	28.8	30.8	0.76
Aivohalvaus	15.7	16.5	0.87
Vaikeat nivelkulumat	44.2	54.8	0.13
Kipua selässä päivittäin	23.3	26.5	0.60
Kipua nivelissä päivittäin	32.3	30.2	0.75
Hengenahdistusta päivittäin	14.7	11.2	0.47
Huimausta päivittäin	11.1	9.7	0.75

elämäänsä. Tarpeelliseksi itsensä koki 60 % interventio- ja 63 % kontrolliryhmäläisistä. Interventoryhmäläisistä 27 %:lla oli tulevaisuuden suunnitelmia, 82 %:lla elämänhalua ja 10 % koki itsensä usein tai aina masentuneeksi. Vastaavat luvut kontrolliryhmäläisille oli 19 %, 74 % ja 12 %. Yhtä suuri osuus interventoryhmäläisistä (97 %) kuin kontrolliryhmäläisistäkin (98 %) kärsi yksinäisyydestä toisinaan, usein tai aina. Interventoryhmästä 70 %:lla oli oman arvionsa mukaan myönteinen elämänasenne ja onnelliseksi elämänsä koki 56 %. Turvattomuutta koki 16 % interventoryhmäläisistä. Vastaavat luvut kontrolliryhmäläisille olivat 70 %, 58 % ja 17 %. Ryhmäläiset eivät eronneet toisistaan tilastollisesti merkitsevästi lähtötilanteen psyyk-

kisen hyvinvoinnin suhteen (taulukko 6).

Interventio- ja kontrolliryhmäläisistä suurimmalla osalla läheisin ihminen oli joko lapsi tai lapsenlapsi (interventio 66 %, kontrolli 62 %). Interventio ryhmäläisistä 89 %:lla ja kontrolliryhmäläisistä 86 %:lla oli lapsia. Interventio- ja kontrolliryhmäläiset olivat yhtä tyytyväisiä läheisiin ihmissuhteisiinsa (interventio 76 %, kontrolli 72 %). Lähes yhdeksällä kymmenestä oli ystäviä. Noin puolet koki, että he tapaavat ystäviään riittävän usein (taulukko 7).

Interventio- ja kontrolliryhmät eivät eronneet toisistaan myöskään lähtötilanteessa UCLA-mittarin, Lubbenin mittarin, ADAS-Cog -mittarin, MADRS:n depressio-mittarin tai Hamiltonin ahdistuneisuusmittarin pisteiden suhteen (taulukko 8).

Taulukko 6. Osallistujien psyykkinen hyvinvointi lähtötilanteessa prosentteina

Psyykkisen hyvinvoinnin ulottuvuus, %	Interventoryhmä N = 117	Kontrolliryhmä N = 118	p-arvo
Tyytyväinen elämään	80.8	84.0	0.55
Tuntee itsensä tarpeelliseksi	59.8	62.9	0.66
Tulevaisuudensuunnitelmia	26.5	18.9	0.21
Elämänhalua	81.6	74.3	0.21
Masentunut usein tai aina	9.6	12.1	0.54
Kärsii yksinäisyydestä toisinaan, usein tai aina	97.4	97.5	1.00
Onnellinen	55.7	58.4	0.67
Myönteinen elämänasenne	70.2	70.2	1.00
Kokee elämänsä turvattomaksi	15.5	17.1	0.75

Taulukko 7. Osallistujien sosiaalinen verkostoja niiden tyydyttävyys lähtötilanteessa

Taustatekijä	Interventoryhmä N = 117	Kontrolliryhmä N = 118	p-arvo
Kuka läheisin ihminen			0.47
- puoliso	13.6	11.1	
- lapsi tai lapset	66.4	62.0	
- jokin muu henkilö	20.0	26.9	
On lapsia	89.3	86.1	0.46
Tapaa lapsia tarpeeksi usein	49.5	46.4	0.66
On ystäviä	89.8	86.5	0.45
Tapaa ystäviä tarpeeksi usein	53.0	54.1	0.88
Tyytyväinen läheisiin ihmisiin	75.9	72.3	0.54

INTERVENTION VAIKUTUKSET

Interventoryhmistä 40 % jatkoi itsenäisesti kokoontumisiaan vielä vuoden kohdalla eli yhdeksän kuukautta järjestetyn ryhmätoiminnan loputtua. Interventoryhmäläisistä 71.5 % oli tavannut ryhmätoiminnan loppumisen jälkeen omia ryhmäläisiään. He olivat tavanneet heistä keskimäärin 4

henkilöä vuoden aikana (vaihteluväli 0-8) ja keskimäärin 4 kertaa. Interventoryhmäläiset olivat saaneet vuoden aikana merkittävästi useammin uusia ystäviä kuin kontrolliryhmäläiset (45 % vs. 32 %, $p = 0.048$). Interventoryhmästä 81 % oli tyytyväinen läheisiin ihmissuhteisiin, kun vastaava osuus kontrolliryhmässä oli 77 % (N.S.). Ryhmätoiminnan jälkeen kysyttäessä 95 %

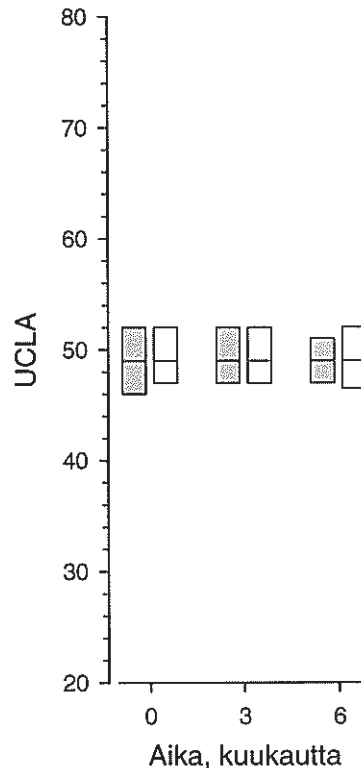
Taulukko 8. Osallistujien mittaripisteet lähtötilanteessa

Mittari	Interventoryhmä N = 117	Kontrolliryhmä N = 118	p-arvo
UCLA yksinäisyys mittari; keskiarvo (SD) (vaihteluväli)	49.7 (4.5) (40...72)	49.7 (4.5) (39...64)	0.94
Lubbenin sosiaalisen verkoston mittari; keskiarvo (SD) (vaihteluväli)	26.1 (8.6) (4...43)	24.6 (8.2) (0...41)	0.10
MADRS depressiomittari; keskiarvo (SD) (vaihteluväli)	9.0 (6.9) (0...28)	10.0 (7.0) (0...34)	0.23
Hamiltonin ahdistuneisuusmittari; keskiarvo (SD) (vaihteluväli)	15.1 (7.0) (0...28)	16.4 (6.9) (0...34)	0.22
ADAS-Cog kognitiotestin virhepisteet; keskiarvo (SD) (vaihteluväli)	9.5 (6.0) (1.67 ...38.0)	9.2 (5.3) (0.67 ...27.0)	0.36

interventoryhmäläisistä arvioi yksinäisyytensä lievittyneen ryhmäkuntoutuksen aikana. Kuitenkaan UCLA-mittarissa ei tapahtunut mitään muutoksia kummassakaan ryhmässä vuoden aikana (kuva 3), eikä ryhmien välillä ollut mitään eroja.

Ryhmiä välillä oli merkitsevä ero "Hyvinvointi-scoren" muutoksessa vuoden kohdalla. Interventoryhmän psyykinen hyvinvointi parani merkitsevästi verrattuna kontrolliryhmään (taulukko 9).

Kuva 3. UCLA-yksinäisyysmittarin mediaanit interventio- (harmaa) ja kontrolliryhmillä (valkoinen) sekä niiden 25 %:n ja 75 %:n kvartiilit lähtötilanteessa, kolmen ja kuuden kuukauden kohdalla.



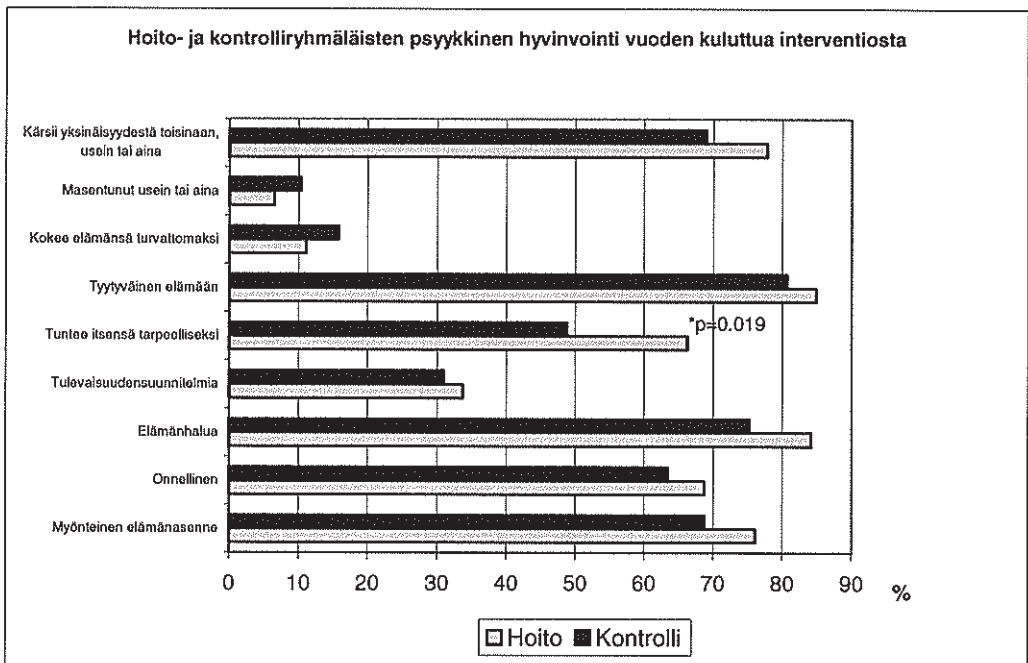
Taulukko 9. ”Psykkisen hyvinvoinnin arvon” muutokset 95%:n luottamusväleineen sekä muutoksien välinen ero.

	Alkutilanne		Muutos 1vuosi – lähtötilanne (95 % CI)		p arvo
	Interventio-ryhmä	Kontrolli-ryhmä	Interventio-ryhmä	Kontrolli-ryhmä	
	Mediaani (IQR)	Mediaani (IQR)	Mediaani (95 % CI)	Mediaani (95 % CI)	
Hyvinvointi-score	0.56 (0.29 , 0.67)	0.56 (0.33 , 0.67)	0.11 (0.04 , 0.13)	0.00 (-0.05 , 0.07)	0.045

Kaikki psykkisen hyvinvoinnin osa-alueet osoittivat samansuuntaisesti siten, että interventoryhmällä (N = 108) oli parempi psykkinen hyvinvointi vuoden kohdalla kuin kontrolliryhmällä (N = 92) (kuva 4). Tilastollisesti merkitsevä ero tuli ryhmien välille tarpeellisuuden tunteessa. Interventoryhmässä merkitsevästi useampi koki tarpeellisuuden tunnetta vuoden

kohdalla verrattuna kontrolliryhmään (p = 0.019). Yksinäisyyttä kokevien määrässä ryhmien välinen ero oli kuitenkin sen suuntainen, että pikemminkin interventoryhmässä oli yksinäisyyttä kokevia enemmän kuin kontrolliryhmässä.

Ahdistuneisuus väheni Hamiltonin ahdistuneisuusmittarilla mitattuna kummassakin ryhmässä kolmen kuukauden



Kuva 4. Psykkisen hyvinvoinnin osa-alueet vuoden kohdalla. Eri ulottuvuuksia kokevien osuus interventio- ja kontrolliryhmissä.

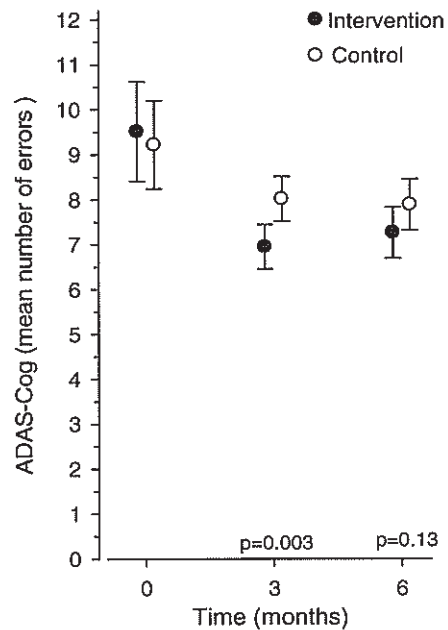
Taulukko 10. Ahdistuneisuudessa (Hamilton), sosiaalisen verkostossa (Lubben) ja depressiossa (MADRS) tapahtuneet muutokset ja niiden väliset erot kolmen kuukauden kohdalla verrattuna lähtötilanteeseen interventio- ja kontrolliryhmien välillä.

	Alkutilanne		Muutos 0-3 (95 % CI)		p arvo
	Interventoryhmä	Kontrolliryhmä	Interventoryhmä	Kontrolliryhmä	
	Keskiarvo (SD)	Keskiarvo (SD)	Keskiarvo (95 % CI)	Keskiarvo (95 % CI)	
Hamilton	15.1 (7.0)	16.4 (6.9)	-2.2 (-3.4, -1.0)	-1.4 (-2.6, -0.3)	0.10
Lubben	26.1 (8.6)	24.6 (8.2)	-0.3 (-1.7, 1.1)	-0.3 (-1.6, 0.9)	0.50
MADRS	9.0 (6.9)	10.0 (7.0)	-2.1 (-3.1, -1.1)	-1.7 (-2.9, -0.5)	0.21

kohdalla verrattuna lähtötilanteeseen (taulukko 10). Ryhmien muutoksissa ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja, joskin trendi osoitti interventoryhmän muutoksen olevan suurempi ($p = 0.10$). Myös MADRS:n depressiopisteissä kummassakin ryhmässä masentuneisuus väheni kolmen kuukauden intervention aikana. Ryhmien muutoksissa ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa. Lubbenin sosiaalisen verkoston mittarin muutoksissa ei ollut eroja interventio- ja kontrolliryhmien välillä.

ADAS-Cog mittarin mukaan interventoryhmän kognitio parani merkitsevästi verrattuna kontrolliryhmään ($p = 0.003$). Muutos interventoryhmässä oli 2.5 virhepisteen vähenemä (taulukko 11). Tämä muutosten ero laimeni kuuden kuukauden kohdalla ryhmien välillä (kuva 5).

Myös interventoryhmäläiset itse kokivat henkisen toimintansa parantuneen



Kuva 5. ADAS-Cog:n keskiarvot ja niiden 95 % luottamusvälit lähtötilanteessa, kolmen kuukauden ja kuuden kuukauden kohdalla.

Taulukko 11. Kognitiossa tapahtuneet muutokset ja niiden erot kolmen kuukauden kohdalla verrattuna lähtötilanteeseen interventio- ja kontrolliryhmien välillä.

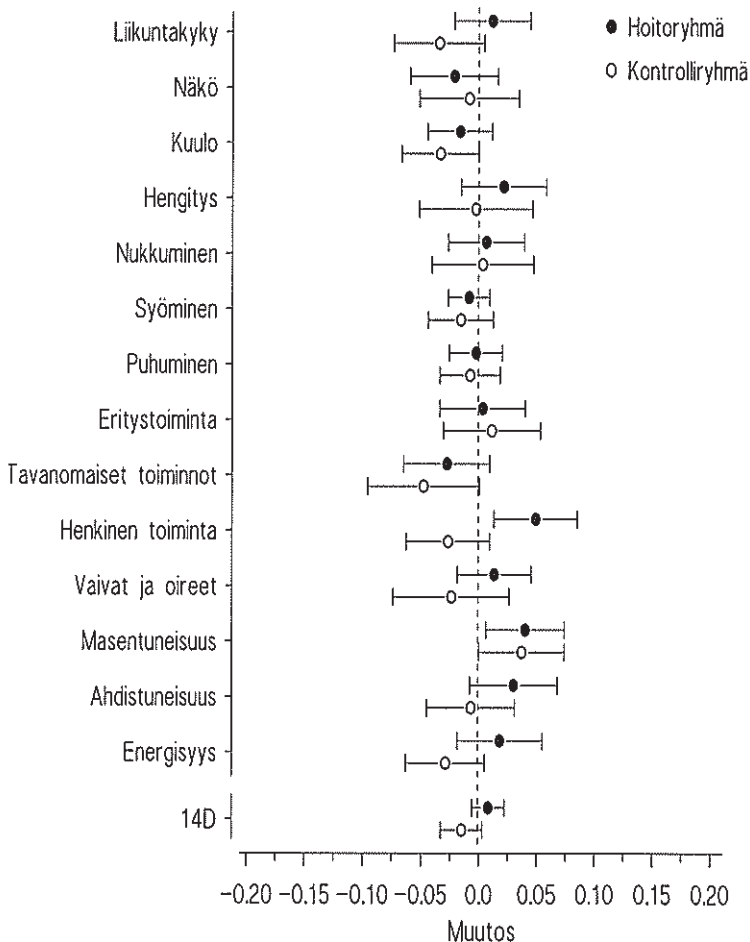
	Alkutilanne		Muutos 3 kk - lähtötilanne (95 % CI)		p arvo
	Interventoryhmä	Kontrolliryhmä	Interventoryhmä	Kontrolliryhmä	
	Keskiarvo (SD)	Keskiarvo (SD)	Keskiarvo (95 % CI)	Keskiarvo (95 % CI)	
Adas-Cog	9.5 (6.0)	9.2 (5.3)	-2.5 (-3.2, -1.8)	-1.3 (-1.9, -0.7)	0.003

merkitsevästi enemmän kuin kontrolliryhmäläiset, kun sitä tarkasteltiin 15D terveyden elämänlaatumittarin ”henkiset toiminat” osa-alueena (kuva 6).

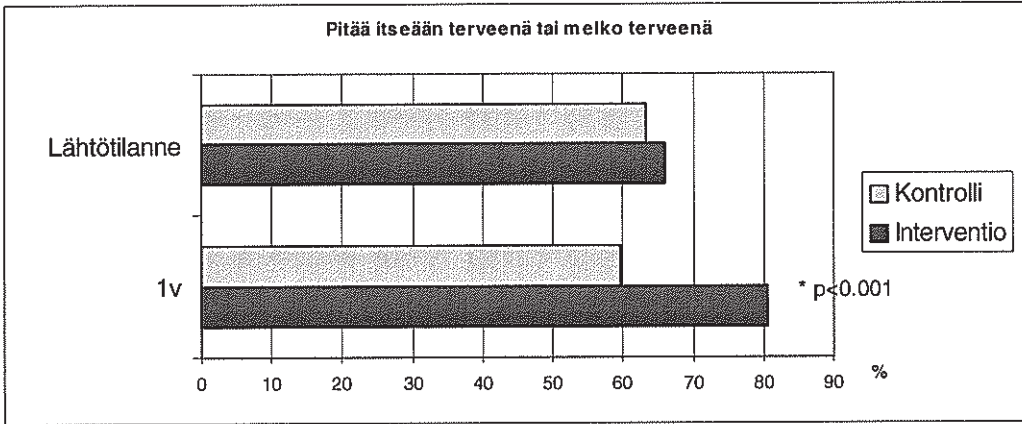
Terveyden elämänlaatu osoitti useiden osa-alueiden suhteen trendiä (liikuntakyky, hengitys, vaivat ja oireet, ahdistuneisuus, energisyys, kokonaispisteet) hoitoryhmän hyväksi, vaikka tilastollista merkitsevyyttä ei saavutettu. Seksuaalisuus-kysymykseen oli erityisesti naisten kohdalla niin vähän vastaajia, että laskimme 15D:n sijasta 14D:n kokonaispisteet.

Interventoryhmäläisistä suurempi osa koki itsensä vuoden kohdalla terveeksi tai melko terveeksi verrattuna kontrolliryhmään ($p < 0.001$) (kuva 7).

Liikuntainterventoryhmiin osallistuneet ryhmäläiset paransivat kuntoutuksen aikana suoritustaan kolmessa liikuntatestissä (kävelynopeus, Up & Go -testi, tuolista nousu) kun testitulokset kontrolliryhmäläisillä samanaikaisesti heikkenivät (taulukko 12). Tuolista nousu -testissä ryhmien välisien muutoksien ero on tilastollisesti merkitsevä ($p = 0.02$).



Kuva 6. 15D terveyden elämänlaatumittarin eri osa-alueiden ryhmien pisteissä tapahtuneet muutokset ja niiden erot ryhmien välillä. Kokonaisarvo on laskettu 14D:nä, koska suuri osa naisista ei vastannut seksuaalisuutta koskevaan kysymykseen.



Kuva 7. Subjekttiivinen terveydentila (terve tai melko terve) lähtötilanteessa ja vuoden kohdalla interventio- ja kontrolliryhmissä.

Taulukko 12. Liikuntaryhmien alkutilanteen ja kolmen kuukauden välillä tehtyjen liikuntatestien tuloksissa tapahtuneet muutokset ja niiden väliset erot interventio- ja kontrolliryhmien välillä.

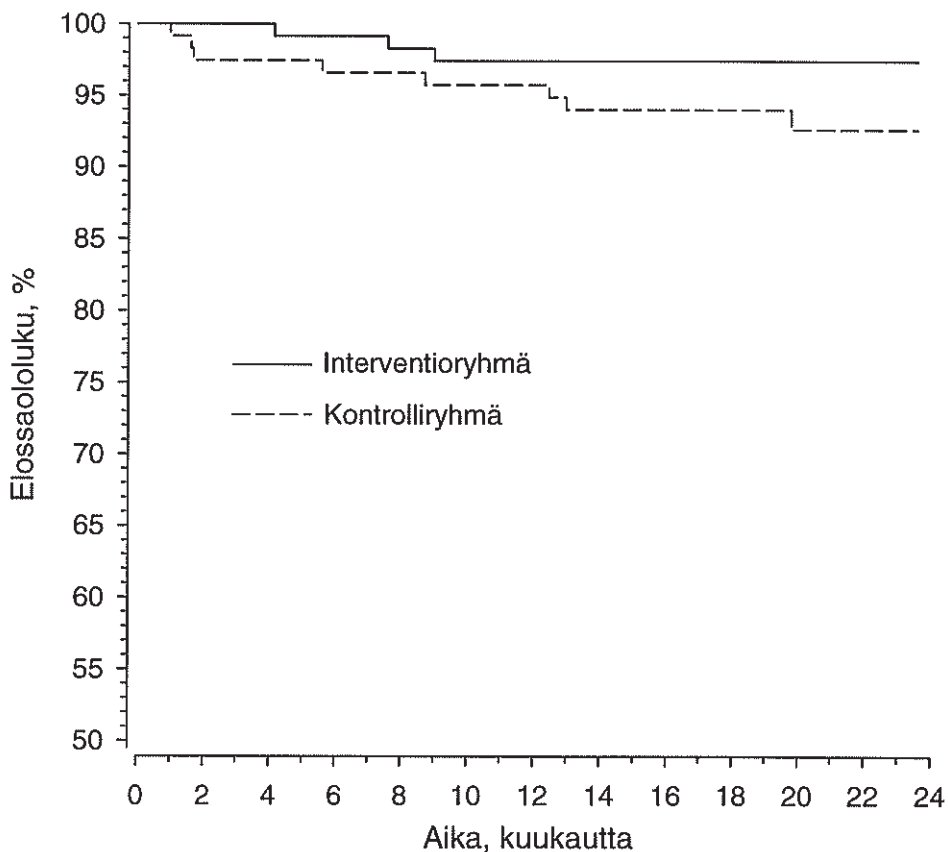
	Alkutilanne		Muutos 3 kk – lähtötilanne (95 % CI)		p arvo
	Interventio-ryhmä (N=45)	Kontrolliryhmä (N=46)	Interventio-ryhmä	Kontrolliryhmä	
	Keskiarvo (SD)	Keskiarvo (SD)	Keskiarvo (95 % CI)	Keskiarvo (95 % CI)	
Kävelynopeus, sek	10.97 (3.78)	10.82 (3.99)	-0.91 (-1.91 , 0.10)	0.24 (-0.85 , 1.33)	0.16
UpGo testi, sek	12.71 (4.36)	12.20 (5.41)	-0.02 (-1.13 , 1.08)	0.56 (-0.88 , 1.99)	0.51
Tuolista nousu; sek	11.17 (3.07)	10.94 (3.44)	-0.51 (-1.55 , 0.53)	1.12 (0.13 , 2.11)	0.02
Tasapainotesti, pisteitä	11.0 (1.9)	10.6 (2.5)	0.3 (-0.1 , 0.8)	0.6 (-0.2 , 1.4)	0.59

INTERVENTION VAIKUTUS SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUIDEN KÄYTTÖÖN JA KUOLLEISUUTEEN

Tutkittavien elossa oloa ja terveyspalveluiden käyttöä seurattiin kunkin tutkittavan haastatteluhetkestä vuoden 2004 loppuun saakka. Keskimääräinen seuranta-aika oli 1.6 vuotta (interventoryhmässä 597 päivää ja kontrolliryhmässä 578 seurantapäivää). Interventoryhmässä 2 vuoden elossaololuku oli 97 % (95 % CI: 92 , 99) ja

kontrolliryhmässä 93 % (95 % CI: 86 , 96). Ikä- ja sukupuolivakioitu HR oli 2.48 (95 % CI: 0.65 , 9.43), p = 0.18 (kuva 8).

Taulukoissa 13 ja 14 on kuvattuna interventio- ja kontrolliryhmäläisten terveys- ja sosiaalipalveluiden käyttö ja niiden yksikköhinnat seuranta-aikana. Kontrolliryhmäläiset näyttävät käyttäneen nimenomaan perussairaanhoidon palveluita enemmän kuin interventoryhmäläiset. Taulukon 14 sosiaalipalveluiden käyttö ja



Kuva 8. Interventoryhmän ja kontrolliryhmän elossaolo seurannan aikana.

Taulukko 13. Terveyspalveluiden kokonaiskäyttö interventio- ja kontrolliryhmässä seuranta-aikana.

Palvelut	Yksikkökustannus ¹ euroa	Käyttömäärät	
		Interventoryhmä (N = 117)	Kontrolliryhmä (N = 118)
Terveyskeskussairaalahoito vuorokaudet yhteensä	176.90	196	823
Erikoissairaalahoito vuorokaudet yhteensä	285.00	415	444
Lääkärikäynnit terveys- keskuksessa, kpl	97.30	856	915
Lääkärikäynnit erikoissairaan- hoidon poliklinikoilla, kpl	147.30	183	151

¹ Hintalähde: Hujanen 2003

Taulukko 14. Sosiaalipalveluiden ja kotipalveluiden kokonaiskäyttö interventio- ja kontrolliryhmässä seuranta-aikana.

Palvelut	Yksikkökustannus ¹ euroa	Käyttömäärät	
		Interventio-ryhmä (N = 117)	Kontrolliryhmä (N = 118)
Kotipalvelukäynnit, kpl	40.00	585	811
Kotisairaanhoidon käynnit, kpl	46.00	91	599
Ateriapalveluateriat, kpl	7.00	988	965
Päivätoimintakäynnit, kpl	54.00	824	552
Ympäri vuorokautinen kuntoutus, vrk	170.00	86	225

¹ Hintalähde: Kumpulainen 2004

kuntoutuksen vuorokaudet perustuvat tutkittavien itse raportoimaan tietoon ensimmäisen puolen vuoden ajalta.

Terveyspalveluiden käytössä oli tilastollisesti merkitsevä ero interventio-ryhmän hyväksi, kun hinta lasketaan seurantavuotta kohti. Interventio-ryhmä käytti keskimäärin 1 522 (95 % CI: 1 144 , 2 191) euroa terveyspalveluihin kun vastaava summa kontrolliryhmässä oli 2 465 (95 % CI: 1 826 , 3 372). Ero ryhmien välillä oli tilastollisesti merkitsevä -943 (95 % CI -1 955 , -127) (p = 0.039). Sosiaalipalveluiden kustannukset olivat ensimmäisen puolen vuoden aikana interventio-ryhmäläisillä 800 euroa / henkilö / 0.5 vuotta (95 % CI: 555 , 1 162), kun vastaava summa kontrolliryhmäläisillä oli 1 184 euroa / henkilö / 0.5 vuotta (95 % CI: 784 , 1 798). Ero ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevä -383 (95 % CI: -1 022 , 124) (p = 0.19). Kun kaikki kustannukset estimoitii seurantavuotta kohti olivat interventio-ryhmäläisten kustannukset 3 122 (95 % CI: 2392 , 3970) euroa ja kontrolliryhmäläisten 4 752 (95 %

CI: 2 392 , 6 137). Ero ryhmien välillä oli tilastollisesti merkitsevä -1 630 (95 % CI -3 194 , -333) (p = 0.022).

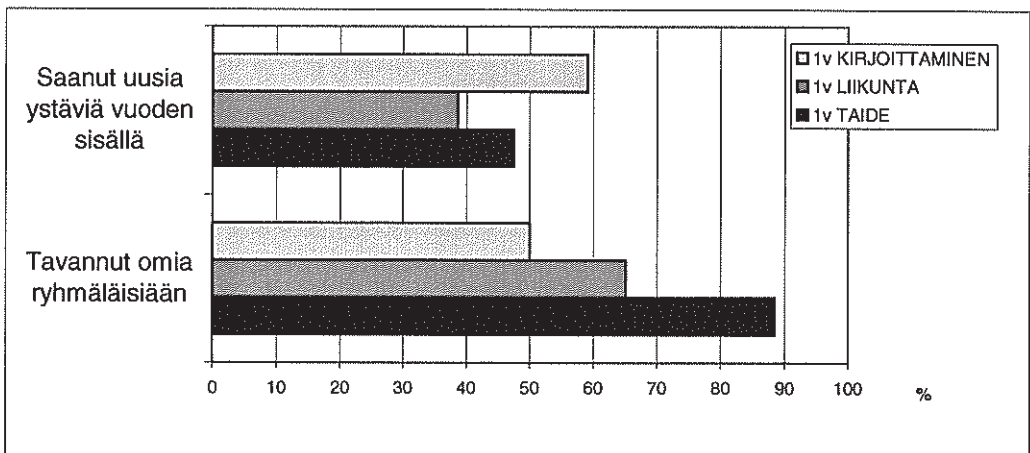
Ryhmäkuntoutuksen hoitovuorokauden hinta vaihteli eri paikkakunnilla 50–87 euron välillä. Vertailun vuoksi mainittakoon, että kunnallisen päiväsairaalahoiton kustannukset hoitopäivältä ovat 54 euroa. Tässä mielessä ryhmäkuntoutuksesta maksettavat korvaukset yhteistyökumppaneille ovat vertailukelpoisia ja vastaavat hoitoa kunnallisella sektorilla. Koko kuntoutusinterventio-ryhmän kustannukset 117:ltä kuntoutettavalta olivat yhteensä 90 480 euroa. Yhden kuntoutusjakson kuntoutujahinta oli keskimäärin 773 euroa. Tähän kuuluivat ryhmäläisten kuntoutuspäivien ohjelman lisäksi kuljetukset tilatakseilla, ateriat ja retket kuntoutuspäivien aikana. Taiteilijoiden vierailuista taideryhmissä maksettiin näiden lisäksi noin 600 euroa koko yhden ryhmän kuntoutusjaksolla (kuusi taideryhmää = 3 600 euroa eli yhtä kuntoutettavaa kohti 31 euroa). Ammattilaisten koulutukseen ja työnohjauksiin käytettiin yhteensä

noin 36 000 euroa. Tämä hinta sisältää matkat, majoituksen ja ruoat koulutuksissa, kouluttajien palkkiot ja työhöjäuspalkkiot. Tällä rahalla koulutettavat ammattilaiset saivat myös kouluttajakoulutuksen. Puolet heistä on ollut käytettävissä jatkossa vastaavien ryhmänohjaajien kouluttajina. Koulutuksen hyöty jakaantuu siten usealle vuodelle ja myös jatkossa toimiville ryhmille. Tässä olemme laskeneet koulutuksen hyödyn neljälle vuodelle eli tutkimuksen interventioryhmien hyödyksi 25 % koulutushinnasta eli 9 000 euroa (77 euroa kuntoutettavaa kohti). Siten yhden ryhmäläisen kuntoutuksen hinnaksi tulee (773 + 31 + 77) 881 euroa kuntoutusjaksoa kohti. Näin ollen, vaikka ryhmäkuntoutuksen hintakin laskettaisiin sosiaali- ja terveystalveluiden kokonaiskustannuksiin mukaan, tulee interventioryhmän kokonaishinta vielä kontrolliryhmää edullisemmaksi (inter-

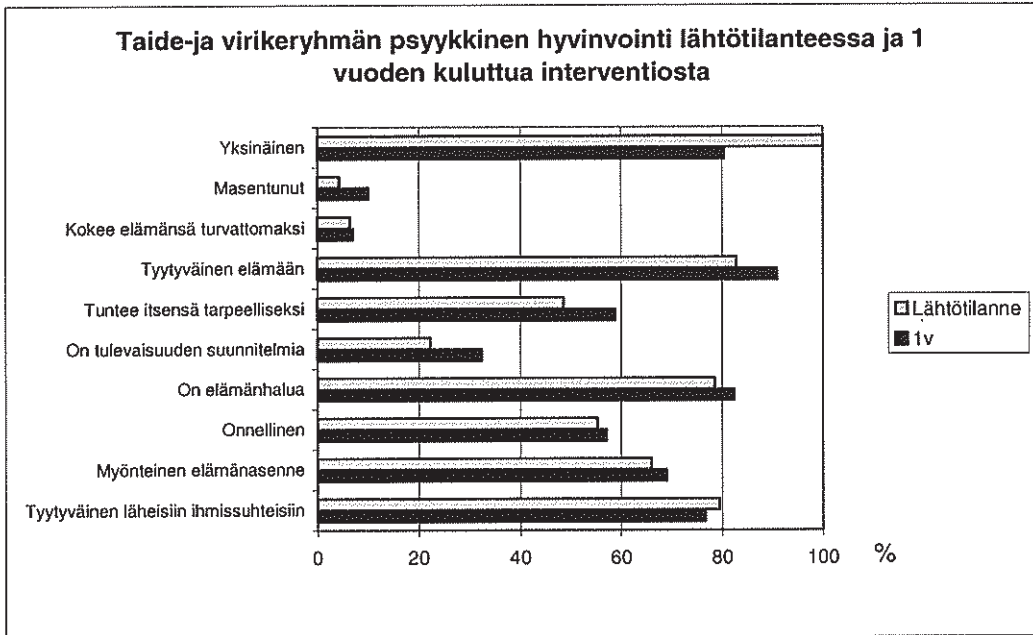
ventioryhmäläinen 3 122 + 881 = 4 003 vs. kontrolliryhmäläinen 4 752 euroa).

ERI RYHMÄTOIMINTOJEN VAIKUTUKSET

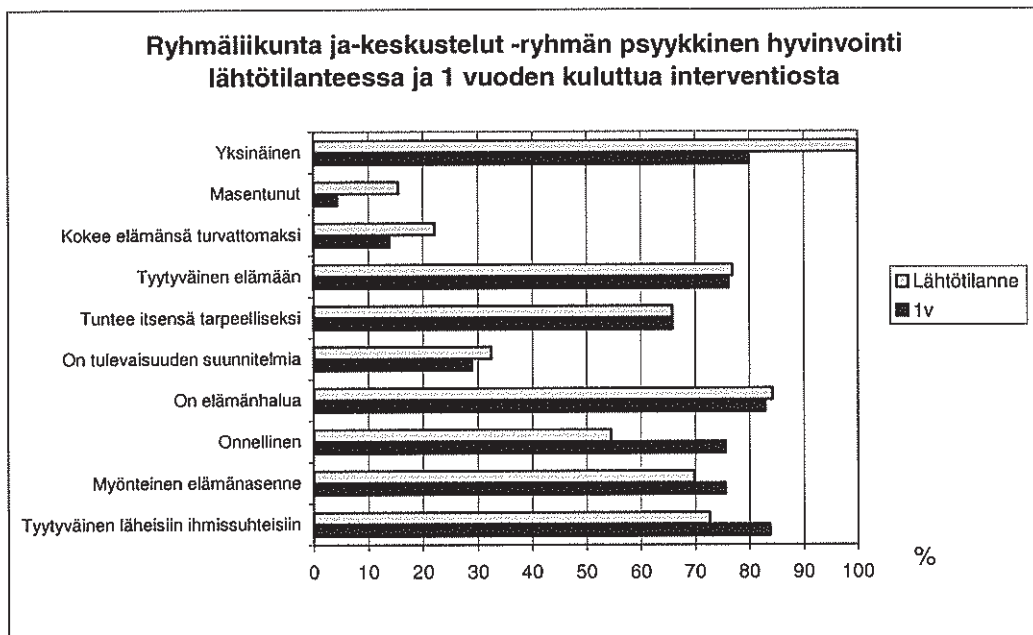
Teimme alaryhmäanalyyskejä taide-, liikunta- ja ryhmäterapiaan osallistuneiden kesken siitä, miten eri ryhmissä psyykkinen hyvinvointi ja tyytyväisyys ihmisuhteisiin muuttuivat vuoden aikana. Kuvat 9–12 näyttävät, että kaikissa ryhmissä on tapahtunut myönteisiä muutoksia eivätkä muutokset ole keskittyneitä mihinkään yhteen ryhmäinterventiomuotoon. Taideryhmäläiset tapaavat eniten omia ryhmäläisiään ($p = 0.003$), mutta ryhmäterapiaryhmäläiset ovat saaneet eniten uusia ystäviä (kuva 9). Kaikissa ryhmissä on tapahtunut psyykkisen hyvinvoinnin muutoksia myönteiseen suuntaan.



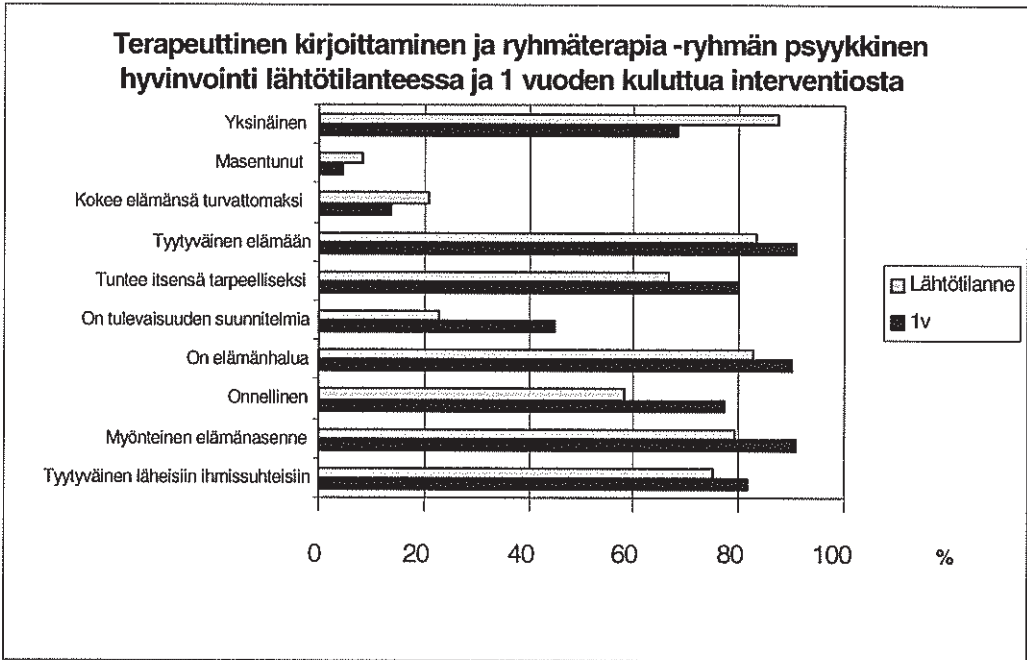
Kuva 9. Vuoden kohdalla eri interventioihin osallistuneiden raportoimana niiden osuus, jotka ovat saaneet uusia ystäviä tai jotka ovat tavanneet oman kuntoutusryhmänsä jäseniä.



Kuva 10. Taideryhmään osallistuneiden psyykkisen hyvinvoinnin ulottuvuuksia lähtötilanteessa ja vuoden kuluttua.



Kuva 11. Liikuntaryhmään osallistuneiden psyykkisen hyvinvoinnin ulottuvuuksia lähtötilanteessa ja vuoden kuluttua.



Kuva 12. Ryhmäterapia ja terapeuttisen kirjoittamisen ryhmään osallistuneiden psyykkisen hyvinvoinnin ulottuvuuksia lähtötilanteessa ja vuoden kuluttua.

6. Pohdinta

Psykososiaalinen ryhmäkuntoutus vaikutti monella tavalla myönteisesti yksinäisyydestä kärsivien ikääntyneiden elämään. Kuntoutus aktivoi heitä sosiaalisesti: 40 %:lla heistä oli omatoimisia ryhmätapaamisia vielä vuoden kuluttua järjestetyn ryhmätöinnin loputtua ja merkittävästi suurempi osa heistä oli löytänyt uusia ystäviä vuoden aikana kuin kontrolliryhmäläisistä. Tämä näkyi ryhmäkuntoutukseen osallistuneiden psyykkisen hyvinvoinnin ja kognitiivisten toimintojen paranemisena. Interventioryh-

mäläisistä merkittävästi suurempi osa koki itsensä terveeksi kuin kontrolliryhmäläisistä. Terveystilan paraneminen näkyi vähäisempänä terveyspalveluiden käyttönä. Tulokset ovat loogisessa linjassa toistensa kanssa ja siten todellisia. Psyykkisen hyvinvoinnin, kognition ja terveyden paraneminen näkyivät useissa toisiaan tukevissa muuttujissa yhtä aikaa.

YKSINÄISYYS JA SOSIAALINEN ISOLAATIO

Lähes kaikki ryhmätoimintaan osallistuneet arvioivat yksinäisyytensä lievittyneen ryhmäkuntoutuksen aikana, mutta kokemuksellinen yksinäisyys ei näyttänyt lievittyvän interventoryhmässä, kun sitä tarkasteltiin UCLA-mittarin muutoksilla tai niiden osuudella, jotka vuoden kohdalla intervention alusta kokivat yksinäisyyttä verrattuna kontrolliryhmäläisiin. Mistä tämä voi johtua? Ensinnäkin vaikuttaa siltä, että UCLA-mittari olisi hyvin epäherkkä muutoksille: mediaanit ja niiden kvartiilit ovat lähes identtisiä sekä interventio- että kontrolliryhmäläisillä kaikissa mittauspisteissä. UCLA-mittaria on käytetty aiemmin useissa ikääntyneiden yksinäisyyden muutosta mittaavissa interventiotutkimuksissa (esim. Evans & Jaureguy 1982, Arnetz & Theorell 1983, Andersson 1985, McAuley ym. 2000, Tesch-Römer 1997, White ym. 2002). Yhdessäkään näistä tutkimuksista ei ole tullut esille eroja UCLA:n *muutoksissa* interventio- ja kontrolliryhmien välille. Anderssonin (1985) tutkimuksessa käytettiin UCLA:n normaalia lyhyempää versiota. Ryhmien välisiä keskiarvoja ja mittarin maksimipisteitä ei raportissa kuvattu. Muutos interventoryhmässä oli 0.30 pisteen vähenemä ja kontrolleilla 0.15 pisteen vähenemä. Ero muutosten välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Mittari ei siis ollut kovin herkkä muutoksille näiden tutkimusten mukaan. Vain harvoissa tutkimuksissa on kuvattu UCLA-mittarin keskiarvoja tutkittavilla. Tesch-Römer'n (1997) tutkimuksessa tutkittavien UCLA-pisteiden keskiarvo oli 30 pistettä, eikä se muuttunut intervention vaikutuksesta. Evansin ja Jaureguy'n (1982) tutkimuksessa kontrolliryhmän keskiarvo lähtötilanteessa oli 43 pistettä, kun se in-

terventoryhmässä intervention jälkeen oli 32 pistettä (pisteet ilmoitettiin keskiarvoprosentteina maksimipisteistä). Tutkimuksessa UCLA:n intervention jälkeisten pisteiden ero ryhmien välillä on viitteellinen ($p = 0.10$). Ryhmien välisten muutoksien eroa ei testattu eikä interventoryhmän lähtötilanteen UCLA-pisteitä raportoitu. Meidän tutkimuksessamme keskiarvot olivat lähes 50 pistettä, joten kyseessä ei ollut ainakaan lattiaefekti – yksinäisyyspisteissä oli "lievittymisen" varaa. Toinen ongelma UCLA-mittarissa ikääntyneitä tutkittaessa on siinä esiintyvät sekä negatiiviset että positiiviset väittämät. Kielteisen väittämän kieltäminen voi olla joillekin ikääntyneille vaikea hahmottaa.

Tutkittavamme voivat selvästi paremmin kuin kontrolliryhmäläiset intervention jälkeen, ja heidän sosiaalinen eristäytymisensäkin lievittyi, mutta mitä tapahtui heidän kokemukselliselle yksinäisyydelleen? Yhtä suuri osa interventio- ja kontrolliryhmistä kärsi yksinäisyydestä intervention jälkeen, kun sitä kysyttiin yksinkertaisella kysymyksellä "Kärsittekö yksinäisyydestä?". Tähän saattaa olla useita syitä. Ensinnäkin yksinäisyys voi olla hävettävä asia myöntää. Tämä näkyi ryhmissämme, kun useimmissa ryhmissä jotkut tutkittavat ilmoittivat ryhmäprosessin alussa, etteivät he ole yksinäisiä eivätkä he tarvitse tällaista ryhmäkuntoutusta. He kuitenkin ottivat asian omakseen ryhmäprosessin aikana ja keskustelivat ryhmässä myöhemmin luontevasti omista yksinäisyyden kokemuksistaan. Interventoryhmäläiset keskustelivat yksinäisyydestään ja sen eri puolista kolmen kuukauden ajan ja tulivat siten tutuksi asian kanssa. Koko yksinäisyyden kokemuksen merkitykset ovat saattaneet muuttua ryhmäprosessin aikana. Ainakin yksi-

näisyys on muuttunut käsitteenä helpommin lähestyttäväksi ja myönnettäväksi, koska yksinäisyyden kokemusta oli jaka-massa kohtalotovereita. Vertaistuen voi-daan sanoa "normalisoineen" yksinäisyy-den kokemuksen. Tätä kokemusta kontrolliryhmäläisillä ei ollut. Pikemminkin heillä saattoi olla toiseen suuntaan tarvetta osoittaa vähäisempää yksinäisyyttä, koska tutkimus leimasi heidät yksinäisyyden lei-malla.

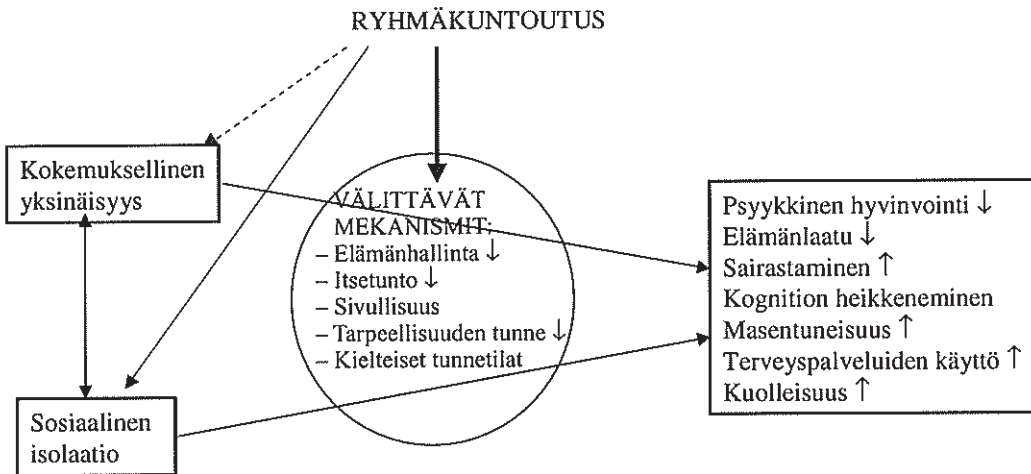
Yksinäisyyden kokemuksellisuus on ilmeisesti osin häilyvä käsite, joka vaihtelee ajallisesti (Jylhä 2004), riippuu kontekstista, ja siitä kuka sitä kysyy (Anderson 1998). Sen intensiteettiä on ilmeisesti hyvin vaikea mitata. Mielenkiintoista on tässä yhteydessä kokemuksellisen yksinäisyyden jaottelu emotionaaliseen ja sosiaaliseen yksinäisyyteen (van Tilburg ym. 2004). Emotionaalista yksinäisyyttä ihminen kokee van Tilburgin ja hänen tutkijakollegoidensa (2004) mukaan, kun häneltä puuttuu erityinen, läheinen ihmissuhde ja sosiaalista yksinäisyyttä ihminen voi kokea, kun hän tuntee ulkopuolisuutta sosiaalisessa yhteisössään tai kun hänellä ei ole ystäviä. Voisi olettaa, että ryhmäkuntoutuksemme vaikuttaisi nimenomaan tähän koettuun sosiaaliseen yksinäisyyteen, ja että sosiaalisen integraation tunne lisääntyisi kuntoutuksen seurauksena. UCLA-mittarin on väitetty mittaavan juuri tätä sosiaalisen integraation kokemuksellisuutta ennemminkin kuin kokemusta intiimistä ihmissuhteesta (van Tilburg ym. 2004). UCLA-mittarissa ei kuitenkaan näkynyt mitään muutosta intervention seurauksena.

On huomattava, että tutkittavamme olivat kohderyhmänä sekä hyvin yksinäisiä UCLA-mittarin pisteiden perusteella, että myös sosiaalisesti isoituneita. Lubbe-

nin sosiaalisen isolaation rajana pidetyn 30 pistettä alitti 66 % tutkittavistamme. Lievimmekö sitten sosiaalista eristäytyneisyyttä? Lubbenin sosiaalisen isolaation mittari ei näyttänyt mitään eroja muutoksissa ryhmien välillä. Lubbenin mittarin muutosherkkyydestä emme tiedäneet mitään ennen tutkimuksen alkua. Lubbenin kysymyksistä viisi kymmenestä koskee sukulaissuhteita, avunsaamista tai -antamista sekä yksinasumista. Siten ainoastaan puolet kysymyksistä olisi ollut potentiaalisesti herkkiä intervention aikaansaamille muutoksille. Lubbenin on epäilty olevan ikääntyneille vaikeasti ymmärrettävä.

Sosiaalinen isolaatio näyttäisi kuitenkin lievittyneen, sillä interventioryhmäläiset aktivoituivat sosiaalisesti. Suurempi osa interventioryhmäläisistä sai uusia ystäviä kuin kontrolliryhmäläisistä ja 40 % interventioryhmäläisistä jatkoi ryhmänsä kanssa kokoontumisiaan epävirallisissa merkeissä vuoden kuluttua tutkimuksen alusta. Ehkä tärkein muutos interventioon osallistuneiden elämässä tässä valossa oli sosiaalinen aktivoituminen, lisääntynyt halu elämänmuutoksille, aktiivisen toimijuuden ja elämänhallinnan lisääntyminen sekä voimaantuminen. Ryhmäkokoontumisten jatkojärjestelyt vaativat aloitteellisuutta, vastoinkäymisten voittamista ja todellista motivaatiota. Ryhmäläiset siirtyivät passiivisista yhteydenottojen odottelusta aktiiviseen ihmissuhteiden edistämiseen. Ryhmätoiminnan tuloksista voidaan siis epäsuorasti päätellä kuntoutuksen tavoitteiden toteutuneen.

Ensisijainen interventiokohteemme oli alunperin kokemuksellinen yksinäisyys, jonka – samoin kuin sosiaalisen isolaation – tiedetään johtavan moniin haitallisiin päätapahtumiin (kuva 13). Tähän



Kuva 13. Ryhmäkuntoutuksen vaikutusten hypoteettiset mekanismit. Kokemuksellinen yksinäisyys ja sosiaalinen isolaatio heikentävät psyykkistä hyvinvointia ja elämänlaatua sekä lisäävät sairastamista, terveyspalveluiden käyttöä ja kuolleisuutta heikentyneen itsetunnon ja elämännhallinnan, passiivisena sivullisena olemisen ja kielteisten tunnetilojen kautta. Ryhmäkuntoutus vaikutti enemmän näihin välittäviin mekanismeihin ja sosiaaliseen isolaatioon kuin yksinäisyyden sisäiseen kokemukseen.

kokemuksellisen yksinäisyyden intensiteettiin pystyimme ehkä vaikuttamaan hie-man, koska interventoryhmäläiset kokivat yksinäisyytensä lievittyneen. Todennäköisesti vaikutimme kuitenkin enemmän sosiaaliseen isolaatioon ja ennen kaikkea niihin psyykkisiin tekijöihin, joiden välityksellä yksinäisyys ja sosiaalinen isolaatio heikentävät psyykkistä hyvinvointia ja elämänlaatua sekä lisäävät sairastamista, masentuneisuutta, terveyspalveluiden käyttöä ja kuolleisuutta (kuva 13).

Mielenkiintoista on, että merkittävästi suurempi osa interventoryhmäläisistä kuin kontrolliryhmäläisistä koki tarpeellisuuden tunnetta vuoden kuluttua tutkimuksen alusta. Tämä tarpeellisuuden tunne on hyvin läheisessä yhteydessä rakastamisen ja välittämisen kokemukseen sekä läheissuhteiden velvoittaviin tunteisiin. Intiimit, tärkeät ihmissuhteet saavat aikaan

tarpeellisuuden tunnetta. Esimerkiksi omaishoitajista 92 % kokee tarpeellisuuden tunnetta (julkaisematon havainto Vanhustyön keskusliiton omaishoitotutkimuksesta). Tarpeellisuuden tunne osoittautui aiemmassa tutkimuksessamme psyykkisen hyvinvoinnin kysymyksistämme kaikkein vahvimaksi 10 vuoden eloonjäämistä se-littäväksi tekijäksi ikääntyneessä väestössä (Pitkälä ym. 2004a). Ovatko intiimit merkitykselliset ihmissuhteet sitten lisääntyneet interventoryhmässä? Tämä jää arvailujen varaan, vaikka tiedossamme onkin joitakin interventoryhmissä syntyneitä parisuhteita (Pitkälä & Routasalo 2004). Tällä tarpeellisuuden tunteen psyykkisen hyvinvoinnin ulottuvuudella lienee joka tapauksessa suuri merkitys interventoryhmän elämänlaadulle ja terveydelle.

PSYKKINEN HYVINVOINTI

Rakensimme psyykkisen hyvinvoinnin ulottuvuuksia mittaavista kysymyksistämme ”Hyvinvointi-scoren”, jonka muutos osoitti eroa interventoryhmän hyväksi vuoden kohdalla tutkimuksen alusta. Kaikki ulottuvuudet yksinäisyyden kokemusta lukuun ottamatta osoittivat trendiä siihen suuntaan, että interventoryhmäläisillä oli tapahtunut muutosta myönteiseen suuntaan verrattuna kontrolliryhmäläisiin, joskin vain tarpeellisuuden tunteessa tuli esille tilastollisesti merkitsevä ero. On huomattava, että vuoden kohdalla kontrolliryhmäläisistä oli kuollut seitsemän henkilöä ja interventoryhmästä kolme henkilöä. Lisäksi neljä muuta henkilöä interventoryhmästä ja 13 henkilöä kontrolleista jätti vastaamatta loppukyselyynne. Soitettaessa nämä henkilöt olivat kertomansa tai omaistensa kertoman mukaan niin heikossa kunnossa, etteivät he pystyneet tai halunneet vastata. Siten tutkimuksemme tulos ryhmien välillä on todennäköisesti pikemminkin ali- kuin yliarvio ryhmien välisestä todellisesta hyvinvoinnin ja elämänlaadun eroista.

Psyykkisen hyvinvoinnin paranemista tukevat ryhmissä tapahtuneet myönteiset muutokset ahdistuneisuudessa ja masentuneisuudessa hoidon jälkeen.

KOGNITIO

Tämä on tietääksemme ensimmäinen kerta, kun on pystytty osoittamaan, että sosiaalisen aktiivisuuden avulla on mahdollista parantaa kognitiota. Äskettäin ilmestyneen katsauksen mukaan satunnaistettuja, kontrolloituja interventiotutkimuksia tästä ky-

symyksestä ei ole (Fratiglioni ym. 2004). Kognition paraneminen oli interventoryhmässä keskimäärin 2.5 pisteen luokkaa. Se on lähes saman verran kuin dementiaan käytetyillä asetyylikoliiniesteraasi inhibiittori -lääkkeillä (AKE) on osoitettu kognition paranevan (Kaduszkiewicz ym. 2005). On huomattava, että tutkittaviemme kognition lähtötaso oli korkea. Vertailun vuoksi mainittakoon, että keskimääräiset MMSE-pisteet lähtötilanteessa olivat interventoryhmässä 26.9 (vaihteluväli 19–30) ja kontrolliryhmässä 26.6 pistettä (vaihteluväli 19–30). Voidaan arvioida, että kognition paranemisen suhteen erittäin hyvän kognitiivisen perustason omaava interventoryhmämme saavuttaa herkästi kattoefektin. Siten esiin tullut kognition paraneminen sosiaalisen aktiivisuuden avulla on sitäkin merkityksellisempi. Kognition paranemista tukee se, että 15D-mittarissa interventoryhmäläiset arvioivat henkisten toimintojensa muuttuneen merkittävästi enemmän myönteiseen suuntaan kuin kontrolliryhmäläiset.

Fratiglioniin ja tutkijakollegoiden katsauksen (2004) mukaan viidessä ikääntyneitä vuosia seuranneessa tutkimuksessa on osoitettu kognition heikkenemisen olevan yhteydessä sosiaaliseen isolaatioon ja alhaiseen sosiaaliseen aktiivisuuteen. Näiden lisäksi kuusi seurantatutkimusta ovat osoittaneet sosiaalisen isolaation lisäävän dementiaan riskiä. Tutkimuksissa sosiaalista isolaatiota on määritetty eri tavoin. Eräät tutkimukset määrittävät sosiaalisen isolaation puolison puuttumisena, vähäisenä ihmissuhteiden määränä tai ihmiskontaktien vähäisyytenä (Bickel & Cooper 1994, Basuk ym. 1999, Helmer ym. 1999, Fratiglioni ym. 2000, Zunzunegui ym. 2003). Toiset taas ovat tutkineet sosiaalista aktiivisuutta

harrastamisella ja aktiivisella yhteisöön osallistumisella (Fabrigoule ym. 1995, Scarneas ym. 2001, Bosma ym. 2002, Wang ym. 2002, Menec 2003). Harvemmin on tutkittu ihmissuhteiden tyydyttävyyden ja kokemuksellisen yksinäisyyden vaikutusta kognitioon (Seeman ym. 2001, Fratiglioni ym. 2000, Tilvis ym. 2000). Tutkimuksissa on vaihtelevasti kontrolloitu erilaisia kognitioon vaikuttavia muita tekijöitä, kuten ikää, sukupuolta, koulutusta, tulotasoa, verisuonisairauksia, muita kroonisia sairauksia, toimintakykyä, masentuneisuutta, alkoholin käyttöä, tupakointia, liikunnallista aktiivisuutta tai lääkkeiden käyttöä.

Sosiaalisen isolaation ja yksinäisyyden haitalliset vaikutukset kognitioon on siten melko yhtäpitävästi osoitettu eri tutkimuksissa. Mielenkiintoinen kysymys on, onko sosiaalinen isolaatio kognitiivisen heikkenemisen syy vaiko vain merkki jo alkaneesta dementoivasta prosessista tai välivaihe jollekin muulle kognitiota heikentävälle tekijälle. Meidän tutkimuksemme mukaan sosiaalisen isolaation vaikutus saattaa olla itsenäinen, koska sosiaalisella aktivoinnilla on mahdollista parantaa kognitiivista toimintaa. Kyseessä ei ole oppimisvaikutus, sillä ryhmätoiminnan sisälöissä ei ollut muistitehtäviä tai ongelmanratkaisua opettavia toimintoja.

Miksi sitten sosiaalinen aktiivisuus, sosiaalinen integraatio ja yksinäisyyden kokemukset vaikuttaisivat kognitioon? Useita hypoteeseja on esitetty. Fratiglioni ja hänen tutkijakollegansa (2004) ehdottavat kolmea erilaista mekanismia. Ensimmäinen on kognitiivisen reservin hypoteesi. Tämä perustuu siihen, että ympäristön runsaat virikkeet vähentävät eläinkokeissa kognitiivista heikkenemistä. Lisäksi viime-

aikaiset aivojen plastisiteetti-tutkimukset viittaavat siihen, että aivojen plastisiteetin kehittyminen ja ylläpito vaativat ulkoisia stimuluksia. Jopa aikuisten aivoissa tapahtuu angiogeneesiä (verisuonien kehittymistä), synaptogeneesiä (hermojen välisten yhteyksien kehittymistä) ja neurogeneesiä (hermosolujen kehittymistä). Eräissä tutkimuksissa on osoitettu, että mielen stimulaatio saa aikaan synaptogeneesiä (Churchill ym. 2002). Toisissa tutkimuksissa on myös viitettä siitä, että aikuisen aivot voivat kasvattaa uusia hermosoluja ja tämä kyky säilyy vanhalle iälle saakka (Fratiglioni ym. 2004). Edelleen henkilöt, joilla on korkeammat reservit (esim. korkea koulutus), sietävät muita enemmän aivopatologiaa ennen kuin kognitio heikkenee.

Toinen selitys perustuu vaskulaariseen hypoteesiin. Verisuonitautien riskitekijät ovat tunnettuja riskitekijöitä dementian kehittymiselle. Myös Alzheimerin taudin kehittymiseen vaikuttavat korkea verenpaine, elämänaikainen korkea kolesteroli ja diabetes (Kivipelto ym. 2001, Forette ym. 2002, Logroscino ym. 2004). Verisuonitautien riskitekijöiden kautta tapahtuva dementian kehittyminen voisi selittää sen, miksi liikuntaa harrastavilla kognitio säilyy paremmin kuin vähemmän liikkuvilla (Yaffe ym. 2001, Abbott ym. 2004). Verisuonitautien riskitekijöiden vähenemisen kautta tapahtuva kognition paraneminen vaatisi kuitenkin pidemmän ajan kuin mitä tutkimuksemme seuranta-aika oli.

Kolmas hypoteesi eli stressiteoria voi osin selittää sen, miksi kognitio voi parantua lyhyelläkin aikavälillä sosiaalisen aktivaation kautta. Sosiaalisesti aktiivisilla henkilöillä tapahtuu ihmiskontaktien välityksellä tunnetiloissa myönteisiä muutoksia. Ahdistuneisuuden ja masennuksen tunteet

vähenevät, itsetunto paranee ja siten stressi vähenee. Stressi ja stressihormonit vaikuttavat aivojen muistialueisiin (Sapolsky 2000). Erityisesti lähimuistin kannalta tärkeä aivoalue hippokampus on haavoittuvainen stressihormoneille (McEwen 2002). Stressin väheneminen liittyneenä aivojen plastisiteettiin saattaa parantaa muistitoimintoja lyhyelläkin aikavälillä.

Tutkimuksemme on tavallaan ns. selittävä ("explanatory trial") tutkimus. Se on tehty ideaalisissa olosuhteissa terveillä vapaaehtoisilla, jotka ovat hoitomyöntyväisiä. Tutkimuksemme kertoo sen, että kognition myönteinen muutos sosiaalisen aktivaation kautta on mahdollista (efficacy), mutta ei kerro vielä sitä, voiko sosiaalisella aktivaatiolla "oikeassa elämässä" heterogeenisessä ihmisjoukossa toistaa saman tuloksen (effectiveness). Kognition myönteinen muutos laimeni intervention päättymisen jälkeen seurannassa, mutta se osoitti trendiä interventior ryhmän hyväksi vielä kuuden kuukauden kohdalla.

TERVEYS

Tuloksista voidaan epäsuorasti päätellä, että interventior ryhmän terveydentila parani intervention vaikutuksesta verrattuna kontrolliryhmään. Subjektiiivinen terveydentila oli intervention jälkeen parempi interventior ryhmäläisillä. Terveyteen liittyvän elämänlaadun muutos osoitti trendiä useilla osa-alueilla interventior ryhmän hyväksi. Ennen kaikkea terveystalveluiden käyttö oli merkittävästi vähäisempää interventior ryhmässä kuin kontrolliryhmässä. Samoin kuolleisuus oli yli kaksi ja puolikertainen kontrolliryhmässä verrattuna interventior ryhmään, joskaan tutkimuksen

pienen voiman vuoksi ei saavutettu tilastollista merkittävyttä.

Subjektiiivista terveydentilaa on paljon käytetty ikääntyneiden epidemiologisissa tutkimuksissa. Se on ennustanut kymmenissä pitkittäistutkimuksissa yhtäpitävästi kuolleisuutta (Idler & Benyamini 1997), toimintakyvyn heikkenemistä ja sairastumista (Idler & Kasl 1995). Subjektiiivisuudesta huolimatta sillä on ilmeinen biologinen perusta siten, että se assosioituu erilaisiin sairauksiin ja oireisiin (Molarius & Janson 2002). Subjektiiivinen terveydentila on yleensä kokonaisvaltaisempi terveyden mittari kuin yksittäiset sairaudet tai muut terveyttä mittaavat muuttujat. Subjektiiivisen terveydentilan huomattava paraneminen intervention seurauksena on todennäköisesti hyvin merkityksellinen ja osoittaa todellista terveyden parantumista vuoden seurannassa. Jälleen kannattaa muistaa, että heikoimmassa kunnossa olevat eivät vastanneet vuoden seurantakyselyyn ja kontrolliryhmäläisistä jätti interventior ryhmäläisiä suurempi osa vastaamatta. Tästä syystä ryhmien ero on todennäköisesti pikemminkin ali- kuin yliarvio todellisesta erosta.

15D:n osoittamat trendit terveyden elämänlaadun muutoksissa ovat merkityksellisiä. Yleensä 0.02–0.03 muutosta pidetään kliinisesti merkittävänä (Sintonen & Asinen 1997, Sintonen 2001). Tämän tason muutos näkyi interventior ryhmässä ahdistuneisuudessa, masentuneisuudessa, henkisessä toiminnassa, energisyydessä ja hengityksessä.

Tutkimuksemme merkittävin löydös on psykososiaalisen ryhmäkuntoutuksen vaikutus sosiaali- ja terveystalveluiden käyttöön. Interventiorimme vähensi tilastollisesti merkittävästi keskimäärin 1.6 vuo-

den seuranta-aikana sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannuksia interventoryhmissä verrattuna kontrolliryhmään. Tar kastelimme kustannuksia henkilövuotta kohden. Kustannusanalyysimme on konservatiivinen. Kustannukset on laskettu terveyspalveluiden osalta vuoden 2001 hinnoilla, jotka ovat alhaisempia kuin seurantavuosien 2003–2004 kustannukset. Tämän lisäksi olemme laskeneet yksikkökustannukset matalimman tason mukaan. Emme ota huomioon yliopistotasoisien sairaalan muita korkeampia kustannuksia, emmekä paikkakuntien hintavaihteluita. Todelliset kustannuserot ryhmien välillä voivat olla tässäkin esitettyä suuremmat.

Kustannusten ero interventio- ja kontrolliryhmien välillä kompensoi ryhmäkuntoutuksen hinnan. Tutkimuksemme mukaan näyttää siis siltä, että kuntouttamalla kehittämällämme mallilla yksinäisiä ikäihmisiä yhteiskunta voisi säästää tämän ikääntyneiden väestönosan hoidon kokonaiskustannuksissa. Kustannussäästöt tulivat ennen kaikkea perusterveydenhuollon sairaalapäivien, kotisairaanhoidon ja laitostuntoutuspäivien säästöinä.

Mistä kuntoutuksen terveysvaikutukset voivat johtua? Yksinäisyyden ja sosiaalisen isolaation terveyttä heikentävien vaikutusten mekanismeja on pohdittu jonkin verran tieteellisessä kirjallisuudessa. Cacioppo ja Hawkley (2003) ovat esittäneet yksinäisyyden haitallisista terveysvaikutuksista neljä teoriaa, joita he kutsuvat nimillä ”viehätysvoima”, ”terveyskäyttäytyminen”, ”stressi” sekä ”korjaus ja ylläpito”-teorioiksi.

”Viehätysvoima” teorian perusajatukseksi on se, että sosiaalisesti aktiiviset ihmiset olisivat fyysisesti terveempiä ja älykkäämpiä ja siten viehätysvoimaisempia

kuin sosiaalisesti isoituneet henkilöt (Cacioppo & Hawkley 2003). Matala koulutustaso liittyy sekä terveysriskeihin että sosiaaliseen isolaatioon. Voisiko sosiaalinen isolaatio olla vain välittävä tekijä ja vain merkki jo olemassa olevasta heikommasta terveydestä, terveyskäyttäytymisestä sekä esimerkiksi sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöiden olemassaolosta (esim. lihavuus, sokeritauti)? Tähän ei ole saatu tukeaa työikäisillä tehdyistä tutkimuksista (Cacioppo ym. 2000). Tämä mekanismi ei myöskään voi selittää meidän tutkimuksemme nopeasti esiin tulleita terveysvaikutuksia.

Toinen teoria ”terveyskäyttäytyminen” perustuu siihen, että runsaat sosiaaliset kontaktit luovat mahdollisuuksia saada tietoa oikeanlaisesta terveyskäyttäytymisestä ja terveysriskien välttämisestä. Terveyskäyttäytyminen ei kuitenkaan selitä eroja sosiaalisen isoituneiden ja aktiivisten välisessä kuolleisuudessa tai muissa sairauksiin liittyvissä haitallisissa päätapahtumissa, sillä yleensä näitä tekijöitä on tutkimuksissa kontrolloitu (Berkman & Syme 1979, Seeman 2000, Cacioppo & Hawkley 2003). Ikääntyneiden yksinäisyyden intensiteettiä tutkittaessa UCLA:lla, eriasteista yksinäisyyttä kokevilla ei todettu eroja painoindeksissä, tupakoinnissa, alkoholin käytössä tai liikunnassa (Cacioppo ym. 2002).

Kolmannen teorian ”stressin” mukaan (Cacioppo & Hawkley 2003) sosiaalisesti isoituneet ja yksinäiset henkilöt elävät suuremman stressin alaisena kuin sosiaalisesti aktiiviset henkilöt. Sosiaalinen isolaatio aiheuttaa kielteisiä tunnetiloja kuten ahdistusta, masennusta, epäluottamusta, vihamielisyyttä ja pettymyksiä, jotka puolestaan vaikuttavat haitallisesti koko

elimistöön neuroendokrinologisen järjestelmän kautta (Cacioppo ym. 2002). Sosiaalisesti aktiiviset ihmiset saavat myös enemmän tukea ja lohdutusta elämän vaikeissa tilanteissa ("stress buffering model") (Uchino ym. 1996). Näyttää myös siltä, että yksinäisyyttä kokevien henkilöiden välitön reaktio stressitilanteissa on voimakkaampi kuin niillä, jotka eivät koe yksinäisyyttä (Hawkley ym. 2003). Tämän teorian mukaan yksinäisyyden haitallinen vaikutus terveyteen voisi tapahtua verrattain nopeastikin ja välittyä hallinnan ("coping") kautta (Cacioppo ym. 2000). Ikääntyneillä yksinäisillä henkilöillä on todettu useammin kohonnutta verenpainetta kuin ei-yksinäisillä henkilöillä (Cacioppo ym. 2002) ja verenpaine myös reagoi heillä herkemmin kohoamalla stressitilanteissa (Uchino ym. 1996). Ikääntyneillä sydän ja verenkiertoelimistö ovat nuorempia haavoittuvampia ja siten vaikutukset niiden kautta voivat lyhyelläkin aikavälillä olla haitallisia terveydelle. Tätä mekanismia tukee myös se, että muutamissa yksinäisyyttä lievittäneissä interventiotutkimuksissa ovat yksinäisyyden lievittymisen myötä myös verenpaineet laskeneet merkitsevästi (Andersson 1985, Wikström 1993). Stressi voi vaikuttaa myös immunologian kautta. Ihmisen vanhetessa elimistön puolustuskyky heikkenee. Sekä soluvälitteinen että humoraalinen immunitetti heikkenee (Valtonen 2001). Tämän altistaa infektiolle, autoimmuunitaudeille ja jopa syöväille. Stressi saattaa muovata ja heikentää näitä immunologisia reaktioita ja siten altistaa sairastamiselle (Hawkley & Cacioppo 2004).

Neljännens eli "korjaus ja ylläpito" teorian mukaan yksinäisyys voi haitata elimistön korjaavia anabolisia prosesseja, jot-

ka auttavat elimistöä toipumaan stressistä ja korjaavat fysiologisia toimintoja (Cacioppo & Hawkley 2003). On esimerkiksi todettu, että yksinäisyys ja stressi hidastavat haavan paranemista (Marucha ym. 1998). Uni palvelee elimistöä korjaamalla ja ylläpitämällä fysiologisia toimintoja. Unidepriivaatiolla on haitallisia vaikutuksia mm. sokeriaineenvaihduntaan ja neurohormonaalisiin toimintoihin (Spiegel ym. 1999). Yksinäisyydestä kärsivillä on useammin uniongelmia ja uni on heillä heikkolaatuisempaa (Cacioppo ym. 2002).

Tutkimuksessamme voidaan myös spekuloida, lisääkö yksinäisyys terveyspalveluiden käyttöä siihen liittyvän turvattomuuden takia. Hakeutuvatko yksinäiset ihmiset lievittämään yksinäisyyttään ja turvattomuuttaan virallisen sosiaali- ja terveydenhuollon piiriin? Näin voi toki osa kontrolliryhmän ylimääräisestä terveyspalveluiden käytöstä selittyä, mutta toisaalta nimenomaan terveyskeskussairaalahoitopäivät vähenivät interventioyryhmässä. Sairaalahoitoa tuskin kuitenkaan käytetään pelkästään yksinäisyyden takia – takana täytyy olla todellinen sairastaminen.

TULOKSELLISEN PSYKOSOSIAALISEN RYHMÄKUNTOUTUKSEN EDellyTYKSET

Miksi ryhmäkuntoutuksemme auttoi yksinäisiä ikäihmisiä? Mikä teki mallistamme vaikuttavamman ja kustannustehokkaamman kuin aiemmista vastaavista kokeiluista? Keskeiset elementit olivat tavoitteellinen ryhmäläisten voimaantuminen ja ryhmän itsenäistymisen tukeminen, jossa ryhmäläiset saivat kokemuksen itse vaikuttaa ryhmän toimintaan (Cattan ym. 2005), ryhmädynamiikan tietoinen hyväksikäyttö

tässä suhteessa, ryhmäläisten huolellinen valinta, vetäjien koulutus sekä ryhmäläisten tukeminen sitoutumaan toimintaan. Ryhmissämme keskeytti ainoastaan 2,5 % ryhmäläisistä, mikä on poikkeuksellisen vähän verrattuna aiempiin tutkimuksiin (Andersson 1985, White ym. 2002). Oman ryhmäprosessin tutkimuksemme valossa ryhmäläisten keskeyttämisellä saattaakin olla traumatisoiva vaikutus muihin ryhmäläisiin (Pitkälä ym. 2004b), ja siten keskeyttämiset voivat laimentaa ryhmän muuten suotuisia vaikutuksia. Varautuessamme tutkimuksessamme tukemaan sitoutumista ryhmiin, paransimme myös kuntoutuksen vaikuttavuutta.

Olemme jo aiemmin kuvanneet syitä kuntoutuksen onnistumiseen ryhmäkuntoutuksen koulutusta ja prosessia kuvaavissa raporteissamme (Pitkälä 2004a, Pitkälä ym. 2004c, Routasalo ym. 2004, Marjovuori ym. 2005). Ryhmänvetäjien huolellinen koulutus sisälsi ryhmän kannalta oleellisen osaamisen kuten ryhmädynamiikan ja ikääntyneiden ryhmien erityispiirteiden tuntemuksen, ryhmien tavoitteiden reflektoinnin, ikääntyneiden yksinäisyyden syiden tuntemisen sekä koulutusta siitä, miten ikääntyneiden sitoutumista ryhmiin voi tukea. Ryhmänvetäjillä oli koko prosessin ajan työnohjausta, koska he vetivät tämän tyyppisiä ryhmiä ensimmäistä kertaa. Työparityöskentely oli oleellista ryhmien vetämisen asiantuntemuksen kannalta. Parit saattoivat antaa palautetta toisilleen ja havainnoida ryhmissä erilaisia asioita.

Mallimme perustuu ikäihmisten voimaantumiseen, heidän sosiaalisen aktivoitumisen kautta tapahtuvaan elämänhallinnan lisäämiseensä ja heidän oman toimijuutensa edistämiseen heidän omassa elämässään. On vaikea uskoa, että tämä mal-

li toimisi henkilöillä, jotka eivät suhtaudu myönteisesti ryhmässä tapahtuvaan kuntoutukseen ja halua muutosta omassa elämässään. Ihmistä ei voi väkisin voimaannuttaa ja sisäistä yksinäisyyden kokemusta ei voi lievittää, ellei ihminen ole siihen itse valmis. Kuntoutujan sitoutuminen kuntoutuksen tavoitteisiin on edellytys sen toimivuudelle.

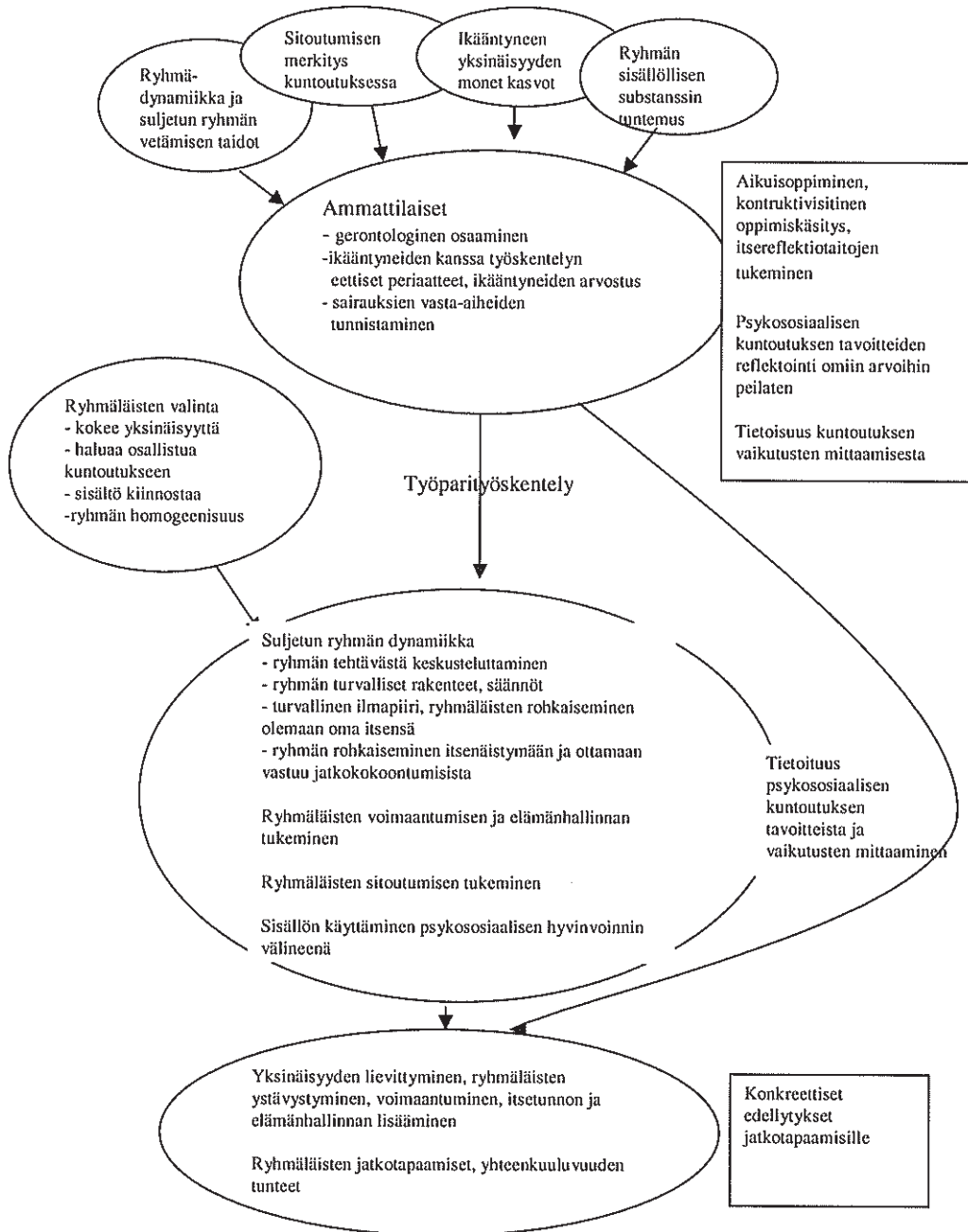
Toinen ryhmäläisten voimaantumisen tunteen ja siten ryhmien vaikuttavuuden edellytys oli ryhmäläisten mahdollisuus vaikuttaa ryhmien sisältöön ja tavoitteisiin. Heidän toiveitaan otettiin ryhmissä huomioon ja heitä tuettiin ottamaan vastuuta ryhmästä. Ryhmissä tuotiin vahvasti esille ikääntyneiden arvostus ja heidän tasavertaisuutensa sekä vetäjien kanssa että keskenään.

Ryhmiin osallistuvat valittiin huolellisesti kiinnittäen huomiota ryhmien homogeneisuuteen, jotta ryhmäläisillä olisi mahdollisuus luoda tasavertaisia ystävyysuhteita. Tämän vuoksi keskivaikeasti ja vaikeasti dementoituneet, aistivajeiset ja liikuntakyvyttömät suljettiin näistä ryhmistä pois. Jatkossa voidaan koota ryhmiä, joissa toisenlainen vertaisuus tulee esille. Jatkossa kannattaisikin kokeilla kuntoutusmallin toimivuutta tietyissä ikääntyneiden ryhmissä kuten leskeytyneillä, dementiaa sairastavilla tai nivelrikosta kärsivillä yksinäisillä henkilöillä.

Ryhmäkuntoutuksen vaikuttavuus perustui viime kädessä sen ryhmämuotoisuuteen, ryhmädynamiikan hyväksikäyttöön ja ryhmän luonnolliseen kypsymiseen. Tärkeintä oli ryhmäläisten keskinäinen kanssakäyminen, halu tutustua oman ikäisiin ja samassa tilanteessa oleviin ryhmäläisiin sekä mahdollisuus reflektoida omaa elämäntilannetta ja muutosvalmiutta.

Yhteenvedona voi sanoa, että ryhmäkuntoutuksen vaikuttavuus ja kustannustehokkuus perustuivat melko monimutkai-

selle toimintamallille, joka edellyttää useiden palasten lokahtamista kohdalleen (kuva 14). Siten kuntoutuksestamme ei voi



Kuva 14. Vaikuttavan ja kustannustehokkaan psykososiaalisen ryhmäkuntoutuksen edellytykset.

vetää johtopäätöstä, että ryhmien sisältösinänsä riittäisi niiden vaikuttavuuden taakeksi. Ikääntyneiden liikuntaryhmät, taideryhmät tai ryhmäterapia eivät välttämättä ole vaikuttavia ellei niihin liity toimintamallimme muita elementtejä. Pelkkä vertaisryhmätoiminta ilman ammattimaista ryhmänohjausta, tietoisuutta tavoitteista ja ryhmäläisten mukaanottamista ryhmien toiminnan edistämiseen ei todennäköisesti auta yksinään kuten on lukuisista aiemmista ryhmämuotoisista kokeiluista todettu (Findley 2203). Toisaalta ryhmäkuntoutuksemme on huolellisesti kuvattu (Pitkälä ym. 2004c, Routasalo ym. 2004, Marjovuo ym. 2005), koulutusmallimme on toteutettavissa melko vähäisin panoksien (Pitkälä 2004a) ja yksinäisyys on niin yleinen ongelma ikääntyneillä, että kuntoutettavia riittää (Routasalo ym. 2003). Mallimme on siten implementoitavissa muissa konteksteissa.

MITEN JATKOSSA?

Tämä tutkimus oli ns. selittävä tutkimus. Sen tehtiin vapaaehtoisilla, "ideaalisissa" olosuhteissa, ja siten se kertoo, että kehittämämme ryhmäkuntoutus voi olla vaikuttavaa ja kustannustehokasta tietyssä kohderyhmässä – heillä, jotka ilmoittavat kärsivänsä yksinäisyydestä. Voiko mallia siirtää "oikeaan elämään"? Miten auttaa kaikkia yksinäisyydestä kärsiviä ikäihmisiä? Tähän ei tutkimuksemme pysty vastaamaan, vaan tarvitaan lisää tutkimusta ja mallin testausta uusissa kohderyhmissä.

Rekrytoimme tutkittavamme monimutkaisella tavalla suuren väestökyselyn avulla, jossa kuntoutettavien määrä oli vain 235, kun alunperin kysely lähetettiin

6 786:lle. Tällaista keinoa ei voi jatkossa käyttää yksinäisyydestä kärsivien kuntoutettavien löytämiseksi. Senioripysäkki on löytänyt toimivia keinoja yksinäisten rekrytoimiseksi ja näitä voisi jatkossa käyttää kun uusia kuntoutettavia haetaan ryhmäkuntoutuksiin (Marjovuo & Routasalo 2005). Yksinäiset ja masentuneet ikäihmiset ovat välinputoajia sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmässämme. He eivät saa apua mielenterveyspalveluiden puolelta, siihen he ovat liian terveitä. Toisaalta perusterveydenhuollollakaan ei ole sellaisia keinoja, joita tämä kohderyhmä tarvitsisi tullakseen autetuksi. Senioripysäkki on kampanjoinut sosiaali- ja terveydenhuollon kautta löytääkseen potentiaalisia yksinäisiä ja masentuneita ryhmäterapiaansa. Terveyskeskuslääkärit, kotiaavustajat ja sosiaalityöntekijät ovat tärkeitä yhteistyökumppaneita tässä suhteessa. Lisäksi Senioripysäkki on käyttänyt hyväksi mediaa. Tämä on toiminut erittäin hyvin ja asiakkaita ei heiltä ole puuttunut. Senioripysäkillä vetäjät haastattelevat jokaisen ryhmään tulijan ja kokoavat ryhmät siten, että ryhmäläisten voidaan katsoa sopivan ryhmäksi, ja että he voivat tuntea tasavertaisuutta keskenään.

Psykososiaalinen kuntoutuksemme on malli, jonka soveltaminen kuuluu luontevasti kolmannelle sektorille. Kolmas sektori voi näin täydentää kunnallisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita sekä tuottaa terveyttä ja hyvinvointia väestönosalle, jonka hoito ei välttämättä istu kunnalliselle sektorille. Toisaalta malliamme voisi koella kunnallisen sektorin päiväkeskukissa tai päiväsairaaloissa, mutta toiminnan toteuttaminen vaatii ohjaajien koulutusta sekä arvojen ja tavoitteiden reflektointia, sillä terveydenhuollossa terveyden tuotta-

misen tavoitteet ohittavat helposti psykososiaaliset tavoitteet (Pitkälä ym. 2004d). Toiminnan toteuttaminen olemassa olevissa järjestelmissä vaatii myös organisaatiolta joustavuutta.

Olemme jo jatkaneet ryhmäkuntoutusmallimme soveltamista ”Yhdessä elämyksiä arkeen” -projektissa, jossa ryhmäkuntoutusmalliamme on viety suomalaisiin kolmannen sektorin palvelutaloihin kouluttamalla siellä olevia ammattilaisia ryhmien vetäjiksi. Tässä projektissa on koulutettu jo 63 vetäjää palvelutaloihin eri puolille Suomea, ja heidän vetämiinsä ryhmiin on osallistunut 230 ikäihmistä. Ryhmiä on jo arvioitu ja toiminta on ollut hyödyllistä. Ikääntyneet palvelutalon asukkaat ovat aktivoituneet sosiaalisesti ja he ovat kokeneet yksinäisyytensä lievittyneen.

Jatkossa tulisi etsiä uusia kohderyhmiä, joissa ryhmäkuntoutusmallejamme voi kokeilla ja soveltaa. Näitä voisivat olla esimerkiksi äskettäin leskeytyneet, omaishoitajat tai tiettyä sosiaalista isolaatiota aiheuttavaa sairautta sairastavat (esim. nivelrikko, dementia). Eräs mielenkiintoinen ryhmä voisi olla lievistä kognitiivisesta heikentymisestä (”mild cognitive impairment”, MCI) kärsivät ikäihmiset, joilla sosiaalinen isolaatio on usein ensimmäinen merkki kognitiivisesta heikkenemisestä. Jatkossakin uudet ryhmät tulisi huolellisesti arvioida ja selvittää toiminnan kustannusvaikuttavuus.

ERILAISTEN INTERVENTIOSISÄLTÖJEN MERKITYS

Kaikista kolmesta intervention sisällöstä oli olemassa jonkinlaista aiempaa näyttöä niiden vaikutuksista ikääntyneiden yksinäisyyteen tai sosiaaliseen aktivointiin (Rosen & Rosen 1982, Toseland ym. 1989,

Caserta & Lund 1993, Wikström 1993, McAuley ym. 2000, Schonfeld ym. 2000, Hopman-Rock & Westhoff 2002). Interventiossamme ei kuitenkaan ollut oleellista se, *mitä* tehtiin vaan se, *miten* se tehtiin. Uskomme, että interventioiden yhteiset piirteet olivat tärkeämpiä vaikuttavuuden kannalta kuin itse sisältö. Psykososiaaliseen kuntoutukseemme luotiin kolme erilaista sisältöä, jotta voisimme varmistaa erilaisten ikäihmisten kiinnostusten mukaisen toiminnan. Erilaiset sisällöt tukevat sitä, että yksinäiset ikääntyneet henkilöt voisivat löytää itselleen kiinnostavan toimintamuodon, johon he voivat sitoutua. Nämä mahdollistavat myös sen, että ikääntyneet voivat löytää ryhmistä omia ”sielun sukulaisiaan”.

Senioripysäkin ryhmäterapia ja terapeutin kirjoittaminen näyttää soveltuneen hyvin melko korkeasti koulutetuille, ikääntyneille kaupunkilaisille, jotka haluavat ja joilla on valmiutta pohtia oman elämänsä merkityksiä ja sanoittaa tunteitaan. Tässä tutkimuksessa oli haasteellista löytää tutkittavia tähän interventioon, mutta Senioripysäkin normaaliin toimintaan on hakeutunut paljon avun tarvisijoita. Senioripysäkki toimii tälläkin hetkellä jo useassa eri toimipisteessä Suomessa. Opimme tässä tutkimuksessa, että osa terapiaryhmistä saattaa vaatia kolmea kuukautta pidempää interventiota. Terapiassa saattaa esiintyä vastarintaa, joka tarvitsee pidemmän interventioajan murtuakseen, jotta muutos ikäihmisen elämässä tulisi mahdolliseksi. Kaikille terapia ja kirjoittaminen ei sovi, sillä kaikki eivät ole halukkaita pohtimaan elämäänsä näillä keinoin. Senioripysäkin terapiatoiminta on tulevaisuuden toimintaa, sillä myöhemmät kohortit ovat yhä paremmin koulutettuja ja esimerkiksi suu-

ret ikäluokat eivät todennäköisesti enää vierasta terapiaa. Ryhmäterapia vaatii toimintamuodoistamme kaikkein korkeinta osaamista vetäjiltään, ja ainoastaan pitkälle koulutetut terapeutit voivat toteuttaa tätä toimintaa. Tähän on Suomessa toimiva koulutusjärjestelmä olemassa.

Taide osoittautui interventioistamme käytännössä helpoimmaksi välineeksi aktivoida ikääntyneitä sosiaalisesti, sillä peräti kaksi kolmesta näistä ryhmistä jatkoi itsenäisesti kokoontumisiaan järjestetyn ryhmätoiminnan loputtua. Taide sanana oli ikääntyneille ryhmäläisille vieras ja se assosioitui heillä korkeakulttuuriin. Käytännössä taiteen käyttö toimi kuitenkin joustavasti ja ikäihmiset heittäytyivät kokemaan, keskustelemaan ja tekemään taidetta. Taiteen elämyksellisyys rohkaisi ylittämään omia rajoja, ja monet kokeilivat maalaamista, runon tekemistä tai näyttelemistä ensi kertaa elämässään. Taiteen istuttamisessa terveydenhuoltoon on kuitenkin haasteita. Taiteen ottaminen vakavasti ja sen käyttäminen psykososiaalisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen välineenä vaatii ammattilaisvetäjiltä paitsi uudenlaista osaamista myös omien arvojen ja tavoitteiden reflektointia. Taiteen

voidaan sanoa olevan tulevaisuuden hoitomuoto, sillä myöhemmät kohortit ovat yhä enemmän tottuneet kokemaan ja kulluttamaan taidetta.

Liikuntainterventio tuotti hyvää oloa ja yhteenkuuluvuuden tunnetta. Interventiomallissamme liikunta välineenä tuottaa sosiaalisen aktivoitumisen ohella myös toiminnallista aktivoitumista. Prosessin tutkimuksessamme tuli esille se, että nimenomaan liikuntaryhmissä erotiikka sekä flirttailu naisten ja miesten kesken oli vahvasti läsnä. Liikunnalla on myös omat vaaransa, sillä se tuottaa herkästi kilpailutilanteita ja osa saattaa pelätä nolatuksi tulemista sekä huonommuuden tunnetta. Liikunnan käyttämisessä välineenä on suurin riski siihen, että liikunnalliset ja terveyden tavoitteet ohittavat psykososiaaliset tavoitteet ryhmässä. Myös ryhmäläisten toimintakyvyn heterogeenisuus asettaa suurimmat haasteet nimenomaan liikuntaryhmissä.

On kuitenkin ilmeistä, että kaikilla kolmella sisällöllä oli oma paikkansa. Uskomme, että sisältöjen vaihtoehdot ja monimuotoisuus auttoivat ikääntyneitä löytämään oman kiinnostavan toimintamuotonsa ja siten sitoutumaan ryhmiin.

7. Johtopäätökset

Psykososiaalinen ryhmäkuntoutus paransi yksinäisyydestä kärsivien ikäihmisten psykososiaalista hyvinvointia, kognitiota ja terveyttä. Tämä näkyi sosiaali- ja terveyspalveluiden vähäisempänä käyttönä ja merkitsevästi vähäisempinä sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksina interventioon osallistuneiden ryhmässä. Kuntoutus aktivoi yksinäisyydestä kärsiviä ikäihmisiä sosiaalisesti: 40 %:lla ryhmiin osallistuneista oli omatoimisia ryhmätapaamisia vielä vuoden kuluttua järjestetyn ryhmätoiminnan loputtua ja merkitsevästi suurempi osa heistä oli löytänyt uusia ystäviä vuoden aikana kuin kontrolliryhmäläisistä.

Ryhmätoiminta on tutkimuksemme mukaan hyödyllistä tietyssä rajatussa kohderyhmässä: yksinäisyydestä kärsivillä, joilla kognitio ei ole merkittävästi heiken-

tynyt, ja jotka ovat kiinnostuneita tarjottavasta ryhmäkuntoutuksen sisällöstä sekä valmiita siihen sitoutumaan.

Ryhmien vaikuttavuuden edellytyksenä on ammattimainen ryhmien vetäminen työparina. Ryhmänvetäjämme saivat huolellisen koulutuksen tavoitteelliseen toimintaan, ryhmädynamiikan hyväksikäyttöön, kykyyn katalysoida ryhmäläisten välistä sosiaalista kanssakäymistä sekä tukemaan ryhmiin sitoutumista. Mallimme perustuu ikäihmisten voimaantumiseen, heidän sosiaalisen aktivoitumisen kautta tapahtuvaan elämänhallinnan lisäämiseen ja heidän oman toimijuutensa edistämiseen elämässä. Tämä edellyttää ikäihmisten arvostamista, heidän todellista kuulemistaan ja toiveidensa huomioimista ryhmätoiminnassa.

8. Lähteet

- Abbott RD, White LR, Ross GW, Masaki KH, Curb JD, Petrovitch H. Walking and dementia in physically capable elderly men. *JAMA* 2004; 292: 1447-53.
- Andersson L. Intervention against loneliness in a group of elderly women: a process evaluation. *Human Relations* 1984; 37: 295-310.
- Andersson L. Intervention against loneliness in a group of elderly women – an impact evaluation. *Soc Sci Med* 1985; 58: 683-95.
- Andersson L, Stevens N. Associations between early experiences with parents and well-being in old age. *J Gerontol* 1993; 48: P109-16.
- Andersson L. Loneliness research and interventions: a review of the literature. *Aging Mental Health* 1998;2: 264-74.
- Arnetz BB, Theorell T. Psychological, sociological and health behaviour aspects of a long term activation programme for institutionalized elderly people. *Soc Sci Med* 1983; 17: 449-56.
- Ba G. Group therapy with elderly patients. *Psychother Psychosom* 1991; 56: 157-61.
- Banks MR, Banks WA. The effects of animal-assisted therapy on loneliness in an elderly population in long-term care facilities. *J Gerontol Biol Sci Med Sci* 2002; 57A: M428-32.
- Barretta D, Dantzer D, Kayson W. Factors related to loneliness. *Psychol Rep* 1995; 76: 827-30.
- Barron CR, Foxall MJ, Von Dollen K, Jones PA, Shull KA. Marital status, social support, and loneliness in visually impaired elderly people. *J Adv Nurs* 1994; 19: 272-80.
- Bassuk SS, Glass TA, Berkman LF. Social disengagement and incident cognitive decline in community-dwelling elderly persons. *Ann Intern Med* 1999; 131:165-173.
- Baumgarten M, Thomas D, Poulin de Courval I, Infante-Rivard C. Evaluation of a mutual help network for the elderly residents of planned housing. *Psychol Aging* 1988; 3: 393-8.
- Berg S, Melleström D, Persson G, Svanborg A. Loneliness in the Swedish aged. *J Gerontol* 1981; 36: 342-9.
- Berkman LF, Syme SL. Social networks, host resistance and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda county residents. *Am J Epidemiol* 1979; 109:186-204.
- Bickel H, Cooper B. Incidence and relative risk of dementia in an urban elderly population: findings of a prospective field study. *Psychol Med* 1994; 24: 179-92.
- Birks JS, Harvey R. Donepezil for dementia due to Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (3): CD001190.
- Birks J, Grimley-Evans J, Uakovidou V, Tsolaki M. Rivastigmine for Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000; (4): CD001191.
- Bisschop MI, Kriegsman DM, van Tilburg TG, Penninx BW, van Eijk JT, Deeg DJ. The influence of differing social ties on decline in physical functioning among older people with and without chronic diseases: the longitudinal Aging Study Amsterdam. *Aging Clin Exp Res* 2003; 15: 164-73.
- Blomqvist L. Taide-elämyksen merkitys terveydelle. Kirjassa: Pitkälä K, Routasalo P, Blomqvist L. Taide- ja virikeryhmät psykososiaalisena kuntoutuksena. Vanhustyön keskusliitto. Saarijärvi 2004a, s. 23-30.
- Blomqvist L. Taide ja yksinäisyys. Kirjassa: Pitkälä K, Routasalo P, Blomqvist L. Taide- ja virikeryhmät psykososiaalisena kuntoutuksena. Vanhustyön keskusliitto. Saarijärvi 2004b, s. 31-6.
- Bogat GA, Jason LA. An evaluation of two visiting programs for elderly community residents. *Int J Aging Hum Dev* 1983; 17: 267-80.
- Bondevik M, Skogstad A. Loneliness among the oldest old, a comparison between residents living in nursing homes and residents living in the community. *Int J Aging Human Developm* 1996; 43: 181-97.
- Bondevik M, Skogstad A. The oldest old, ADL, social network, and loneliness. *West J Nurs Res* 1998; 20: 325-43.
- Bosma H, van Boxtel MP, Ponds RVW, Jelicic M, Houx P, Metzmakers J, Jolles J. Engaged lifestyle and cognitive function in middle and old-aged, non-demented persons: a reciprocal association? *Z Gerontol Geriatr* 2002; 35: 575-81.

- Brennan PF, Moore SM, Smyth KA. The effects of a psical computer network on caregivers of persons with Alzheimer's disease. *Nurs Res* 1995; 44: 166-72.
- Cacioppo JT, Ernst JM, Burleson MH, McClintock MK, Malarkey VB, Hawkey LC, Kowalewski RB, Paulsen A, Hobson JA, Hugdahl K, Spiegel D, Bertson GG. Lonely traits and concomitant physiological processes: the MacArthur social neurosciences studies. *Int J Psychophysiol* 2000; 35: 143-54.
- Cacioppo JT, Hawkey LC, Crawford LE, Ernst JM, Burleson MH, Kowalewski RB, Malarkey VB, Van Cauter E, Bertson GG. Loneliness and health: potential mechanisms. *Psychosom Med* 2002; 64: 407-17.
- Cacioppo JT, Hawkey LC. Social isolation and health, with an emphasis on underlying mechanisms. *Perspect Biol Med* 2003; 46: S39-52.
- Carney RM, Blumenthal JA, Freedland KE, Youngblood M, Veith RC, Burg MM, Cornell C, Saab PG, Kaufmann PG, Czajkowski SM, Jaffe AS for the ENRICHD Investigators. Depression and late mortality after myocardial infarction in the enhancing recovery in coronary heart disease (ENRICHD) study. *Psychosom Med* 2004; 66: 466-74.
- Caserta MS, Lund DA. Intrapersonal resources and the effectiveness of self-help groups for bereaved older adults. *Gerontologist* 1993; 33: 619-29.
- Casey M S, Holmes CA: The inner ache: an experimental perspective on loneliness. *Nurs Inq* 1995; 2: 172-9.
- Cattan M, White M, Bond J, Learmouth A. Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion activities. *Aging Society* 2005; 25: 41-67.
- Chang SH, Yang MS. The relationships between the elderly loneliness and its factors of personal attributes, perceived health status and social support. *Kaohsiung J Med Sci* 1999; 15: 337-47.
- Chen H L: Hearing in the elderly. Relation of hearing loss, loneliness, and self-esteem. *J Gerontol Nurs* 1994; 20: 22-8.
- Churchill JD, Galvez R, Calcombe S, Swain RA, Kramer AF, Greenough WT. Exercise, experience and the aging brain. *Neurobiol Aging* 2002; 23: 941-55.
- Clarke M, Clarke S J, Jagger C. Social intervention and the elderly: a randomized controlled trial. *Am J Epidem* 1992; 136: 1517-23.
- Cohen GD. Loneliness in later life. *Am J Geriatr Psychiatr* 2000; 8: 273-5.
- Costello J, Kendrick K. Grief and older people: the making or breaking of emotional bonds following partner loss in later life. *J Adv Nurs* 2000; 32: 1374-82.
- Donaldson JM, Watson R: Loneliness in elderly people: an important area for nursing research. *J Adv Nurs* 1996; 24: 952-9.
- Dragesel J. Loneliness at nursing homes – does a network have any importance for loneliness among nursing home occupants? *Vård I Norden* 2002; 22: 9-14.
- Dugan E, Kivett VR. The importance of emotional and social isolation to loneliness among very old rural adults. *Gerontologist* 1994; 34: 340-6.
- Dykstra PA, de Jong Gierveld J. Differential indicators of loneliness among elderly. The importance of type of partner relationship, partner history, health, socio-economic status and social relations. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1999; 30: 212-25.
- Ellaway A, Wood S, Macintyre S. Someone to talk to? The role of loneliness as a factor in the frequency of GP consultations. *Br J Gen Pract* 1999; 49: 363-7.
- Essex MJ, Nam S. Marital status and loneliness among elderly women: the differential importance of close family and friends. *J Marriage Family* 1987; 49: 93-106.
- Evans RL, Jaureguy BM. Phone therapy outreach for blind elderly. *Gerontologist* 1982; 22: 32-5.
- Fabrigoule C, Letenneur I, Dartigues JF, Zarrouk M, Commenges D, Barberger-Gateau P. Social and leisure activities and risk of dementia: a prospective longitudinal study. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43: 485-90.
- Fees BS, Martin P, Poon LW. A Model of Loneliness in Older Adults. *J Gerontol: Psychol Sci* 1999; 54B: P231-P239.
- Findley RA. Interventions to reduce social isolation amongst older people: where is the evidence? *Aging Society* 2003; 23: 647-658.
- Fisher JD. New York Heart Association Classification. *Arch Intern Med* 1972; 129: 836.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. „Mini-Mental state”: a practical method of grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12: 189-98.

- Forette F, Seux ML, Staessen JA, Thijs L, Babarskiene MR, Babeanu S, Bossini A, Fagard R, Gil-Extremera B, Laks T, Kobalava Z, Sarti C, Tuomilehto J, Vanhanen H, Webster J, Yodanis C, Birkenhager WH. Systolic Hypertension in Europe Investigators. The prevention of dementia with antihypertensive treatment: new evidence from the Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) study. *Arch Intern Med* 2002; 162: 2046-52.
- Fratiglioni L, Wang H X, Ericsson K, Maytan M, Winblad B. Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. *Lancet* 2000; 355: 1315-9.
- Fratiglioni L, Paillard-Borg S, Winblad B. An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *Lancet Neurol* 2004; 3: 343-53.
- Geller J, Janson P, McGovern E, Valdin A. Loneliness as a predictor of hospital emergency department use. *J Fam Pract* 1999; 48: 801-4.
- Gupta V, Korte C. The effects of a confidant and a peer group on the well-being of single elders. *Int J Aging Hum Dev* 1994; 39: 293-302.
- Guralnik JM, Simonsick EM, Ferrucci L, Glynn RJ, Berkman LF, Blazer DG, Scherr PA, Wallace RB. A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *J Gerontol* 1994; 49: M85-94.
- Haley WE, Brown SL, Levine EG. Experimental evaluation of the effectiveness of group intervention for dementia caregivers. *Gerontologist* 1987; 27: 376-82.
- Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959; 32: 50-5.
- Hanson BS, Isacson SO, Janzon L, Lindell SE. Social networks and social support influence mortality in elderly men. *Am J Epidemiol* 1989; 130: 100-11.
- Harris M, Gellin M. Pet therapy for the homebound elderly. *Caring* 1990; 9: 48-51.
- Hawkey LC, Cacioppo JT. Stress and immune system. *Brain Behav Immun* 2004; 18: 114-9.
- Hawkey LC, Burleson MH, Bernson GG, Cacioppo JT. Loneliness in everyday life: cardiovascular activity, psychosocial context, and health behaviors. *J Pers Soc Psychol* 2003; 85: 105-20.
- Hector-Taylor L, Adams P. State versus trait loneliness in elderly New Zealanders. *Psychol Rep* 1996; 78: 1329-30.
- Heikkinen E, Heikkinen ML, Kauppinen M ym. Lääkäiden henkilöiden toimintakyky. Ikivihreät projekti. Osa I: Sosiaali- ja terveysministeriö, suunnitteluosasto, julkaisuja 1990. Helsinki 1990.
- Heller K, Thompson MG, Trueba PE, Hogg JR, Vlachos-Weber I. Peer support telephone dyads for elderly women: was this the wrong intervention? *Am J Community Psychol* 1991; 19: 53-74.
- Helmer C, Damon D, Letenneur L, Fabrigoule C, Barberger-Gateau P, Lafont S, Fuhrer R, Antonucci T, Commenges D, Orgogozo JM, Dartigues JF. Marital status and risk of Alzheimer's disease. A French population-based cohort study. *Neurology* 1999; 53: 1953-8.
- Henderson A S, Scott R, Kay DW. The elderly who live alone: their mental health and social relationships. *Austr N Z J Psychiatr* 1986; 20: 202-9.
- Herlitz J, Wiklund I, Caidahl K, Harford M, Hafliid M, Karlsson BW, Sjöland H, Karlsson T. The feeling of loneliness prior to coronary artery bypass grafting might be a predictor of short- and long-term postoperative mortality. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 1998; 16: 120-5.
- Hólmen K. Loneliness among elderly people: implications for those with cognitive impairment. Doctoral dissertation. Department of Clinical Neuroscience and Family Medicine, Division of Geriatric Medicine and Center of Caring Sciences, Huddinge University Hospital, Huddinge, Sweden and Karolinska Institute, Stockholm Gerontology Research Center, Stockholm 1994.
- Hólmen K, Ericsson K, Andersson I, Winblad B. Loneliness among elderly people living in Stockholm: a population study. *J Adv Nurs* 1992; 17: 43-51.
- Hólmen K, Ericsson K, Winblad B. Loneliness and living conditions of the oldest old. *Scand J Soc Med* 1994; 22: 15-9.
- Holmén K, Ericsson K, Winblad B. Quality of Life among the Elderly. State of Mood and Loneliness in Two Selected Groups. *Scand J Caring Sci* 1999; 13: 91-5.
- Hopman-Rock M, Westhoff MH. Health education and exercise stimulation for older people: development and evaluation of the program "Healthy and vital". *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2002; 33: 56-63.
- House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. *Science* 1988; 241: 540-5.
- House JS, Robbins C, Metzner HL. The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence from the Tecumseh community health study. *Am J Epidemiol* 1982; 116: 123-40.

- Hughes CP, Berg I, Danziger WL, Coben IA, Martin RL. A new clinical scale for the staging of dementia. *Br J Psychiatr* 1982; 140: 566-72.
- Hujanen T. Terveystenhallon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2001. Aiheita 1/2003. STAKES. Helsinki 2003.
- Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997; 38: 21-37.
- Idler EL, Kasl SV. Self-ratings of health: do they also predict change in functional ability? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1995; 50: S344-53.
- Jessen J, Cardiello F, Baun MM. Avian companionship in alleviation of depression, loneliness, and low morale of older adults in skilled rehabilitation units. *Psychol Rep* 1996; 78: 339-48.
- Jones WH. Loneliness and social behavior. Kirjassa: Peplau LA, Pearlman D (toim). *Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy*. Wiley-Interscience, New York 1982.
- Jost BC, Grossberg GT. The evolution of psychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a natural history study. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44: 1078-81.
- Juva K. Dementia in the city of Helsinki. Prevalence, prognosis and functional capacity of patients. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopisto Neurologian yksikkö. Vammala kirjapaino. Vammala 1994.
- Jylhä M, Aro S. Social ties and survival among the elderly in Tampere, Finland. *Int J Epidemiol* 1989; 18: 158-64.
- Jylhä M, Jokela J. Individual Experiences as cultural-a cross-cultural study on loneliness. *Ageing Society* 1990; 10: 295-315.
- Jylhä M. Old age and loneliness: cross-sectional and longitudinal analyses in the Tampere Longitudinal Study on Aging. *Can J Aging* 2004; 23: 157-68.
- Kaduszkiewicz H, Zimmermann T, Beck-Bornholdt HP, van den Bussche H. Cholinesterase inhibitors for patients with Alzheimer's disease: systematic review of randomised clinical trials. *BMJ* 2005; 331: 321-7.
- Kanamori M, Suzuki SE, Tanaka M. Maintenance and improvement of quality of life among elderly patients using a pet-type robot. (Japanese) *Nippon Ronen Igakkai Zasshi* 2002; 39: 214-8.
- Kane RL, Kane RA. Assessing older persons. Measures, meaning, and practical applications. Oxford University Press. Oxford 2000.
- Karvinen E, Salminen U. Ulkoliikunta, pallopelit kuntosaliharjoittelu ja vesiliikunta ryhmäliikunnan sisältöinä. Kirjassa: Routasalo P, Pitkälä K, Karvinen E. Ikääntyneiden yksinäisyys. Ryhmäliikunta ja -keskustelut psykososiaalisena kuntoutuksena. Tutkimusraportti 7. Vanhustyön keskusliitto, Saarijärvi 2004a, s. 55-60.
- Karvinen E, Salminen U. Senioritanssi ikääntyneiden liikuntamuotona. Kirjassa: Routasalo P, Pitkälä K, Karvinen E. Ikääntyneiden yksinäisyys. Ryhmäliikunta ja -keskustelut psykososiaalisena kuntoutuksena. Tutkimusraportti 7. Vanhustyön keskusliitto, Saarijärvi 2004b, s. 51-4.
- Kiely DK, Simon SE, Jones RN, Morris JN. The protective effect of social engagement on mortality in long-term care. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48: 1367-72.
- Kivett V R. Discriminations of Loneliness Among the Rural Elderly: Implications for Intervention. *Gerontologist* 1979; 19: 108-15.
- Kivipelto M, Heikala EL, Laakso MP, Hanninen T, Hallikainen M, Alhainen K, Soininen H, Tuomilehto J, Nissinen A. Midlife vascular risk factors and Alzheimer's disease in later life: longitudinal, population based study. *BMJ* 2001; 322: 1447-51.
- Klapow JC, Schmidt SM, Taylor LA, Roller P, Li Q, Calhoun JW, Wallander J, Pennebaker J. Symptom management in older primary care patients: feasibility of an experimental, written self-disclosure protocol. *Ann Intern Med* 2001; 134: 905-11.
- Kocken P. Intermediales' satisfaction with a loneliness intervention program aimed at older adults. Linkage of program plans and user' needs. *Patient Educ Couns* 2001; 43: 189-97.
- Kop WJ, Berman DS, Gransar H, Wong ND, Miranda-Peats R, White MD, Shin M, Bruce M, Kranz DS, Rozanski A. Social network and coronary artery calcification in asymptomatic individuals. *Psychosom Med* 2005; 67: 343-52.
- Kramer SE, Kapteyn TS, Kuik DJ, Deeg DJH. The association of hearing impairment and chronic diseases with psychosocial health status in older age. *J Aging Health* 2002; 14: 122-37.
- Kumpulainen A. Viiden suurimman kaupungin vanhusten sosiaali- ja terveyspalveluiden ja kustannusten vertailu. Viisikkotyöryhmän julkaisusarja 5/2003. Edita Oy. Helsinki 2004.
- Larson R, Zuzanek J, Mannell R. Being Alone versus Being with People: Disengagement in the Daily Experience of Older Adults. *J Gerontol* 1985; 40: 375-81.

Leppola U, Koponen H, Ahokas A. Psykiatrinen työkykyarvio ja arviointiasteikot. Lundbeck Oy. Turku 2002.

Levin C. Social functioning. Kirjassa: Kane R L, Kane R A (toim.) *Assessing Older Persons. Measures, Meaning, and Practical Applications*. Oxford University Press, New York 2000, s.170-99.

Liikanen HL. Taide- ja kulttuuritoiminta vaikutus hyvinvointiin. Kirjassa: Pitkälä K, Routasalo P, Blomqvist L. Taide- ja virikeryhmät psykososiaalisena kuntoutukse- na. Vanhustyön keskusliitto. Saarijärvi 2004, s.11-22.

Lindberg O, Tilvis R, Sletvold O, Jonsson A, Schroll M, Snedal J, Engedal K, Schultz-Larsen K, Gustafson Y. Pohjoismainen suositus arviointiasteikkojen käytöstä geriatrisen potilaan hoidossa. *Suom Lääkäril* 1998; 53: 849-53.

Logroscino G, Kang JH, Gradstein F. Prospective study of type 2 diabetes and cognitive decline in women aged 70-81 years. *BMJ* 2004; 328: 548.

Loy C, Schneider L. Galantamine for Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; (4): CD001747.

Lubben JL. Assessing social networks among elderly populations. *Fam Community Health* 1988; 11: 42-52.

Marangoni C, Ickes W. Loneliness: a theoretical review with implications for measurement. *J Soc Pers Relationships* 1989; 6: 93-128.

Marjovuo A, Pitkälä K, Routasalo P. Ikääntyneiden yksinäisyys. Senioripysäkin ryhmäterapia psykososiaalisena kuntoutuksena. Vanhustyön keskusliitto, Saarijärvi 2005.

Marjovuo A, Routasalo P. Ryhmien kokoaminen ja ryhmiin sitoutumisen tukeminen. Kirjassa: Marjovuo A, Pitkälä K, Routasalo P. Ikääntyneiden yksinäisyys. Senioripysäkin ryhmäterapia psykososiaalisena kuntoutuksena. Vanhustyön keskusliitto, Saarijärvi 2005, s. 70-77.

Marucha PT, Kiecolt-Glaser JK, Favagehi M. Mucosal wound healing is impaired by examination stress. *Psychosom Med* 1998; 60: 362-5.

McAuley E, Blissmer B, Marquez DX, Jerome GJ, Kramer AF, Katula J. Social relations, physical activity, and well-being in older adults. *Prev Med* 2000; 31: 608-17.

McEwen BS. Sex, stress and the hippocampus: allostasis, allostatic load and the aging process. *Neurobiol Aging* 2002; 23: 921-39.

Menec VH. The relation between everyday activities and successful aging: a 6-year longitudinal study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2003; 58: S74-82.

Mohs RC, Cochen L. Alzheimer's disease assessment scale (ADAS). *Psychopharmacol Bull* 1988; 24: 627-8.

Molarius A, Janson S. Self-rated health, chronic diseases, and symptoms among middle-aged and elderly men and women. *J Clin Epidemiol* 2002; 55: 364-70.

Montgomery SA, Åsberg M. A new depression scale to be sensitive to change. *Br J Psychiatr* 1979; 134: 382-9.

Mookadam F, Arthur HM. Social support and its relationship to morbidity and mortality after acute myocardial infarction: systematic overview. *Arch Intern Med* 2004; 164: 1514-8.

Mullins IC, Dugan E. The influence of depression, and family and friends relations, on residents' loneliness in congregate housing. *Gerontologist* 1990; 30: 377-84.

Olsen R B, Olsen J, Gunner-Svensson F, Waldstrom B. Social networks and longevity. A 14 year follow-up study among elderly in Denmark. *Soc Sci Med* 1991; 33: 1189-95.

Palkeinen H. "Huomaan pitävöni ryhmäläisistä". Ryhmän kuvausta ryhmäläisten kirjoitelmissa. Kirjassa: Marjovuo A, Pitkälä K, Routasalo P (toim.). Senioripysäkin ryhmäterapia psykososiaalisena kuntoutuksena. Tutkimusraportti 8. Vanhustyön keskusliitto, Saarijärvi 2005, s. 113-21.

Parkkila M, Välimäki m, Routasalo P. Laitoshoidossa olevien pitkäaikaishoitotilaiden kokemuksia yksinäisyydestä. *Hoitotiede* 2001; 12, 26-35.

Pennebaker JW, Seagal JD. Forming a story: the health benefits of narrative. *J Clin Psychol* 1999; 55: 1243-54.

Penninx BWJH, van Tilburg T, Kriegsman DMW, Deeg DJH, Boeke AJP, van Eijk JThM. Effects of social and personal resources on mortality in old age: the longitudinal ageing study Amsterdam. *Am J Epidem* 1997; 146: 510-19.

Pitkälä K (toim.). Ikääntyneiden yksinäisyys. Ryhmäkuntoutuksen kehittäminen ja koulutus. Tutkimusraportti 4. Vanhustyön keskusliitto, Saarijärvi 2004a.

Pitkälä K. Liikunnan merkitys terveydelle ja toimintakyvylle ikääntyessä. Kirjassa: Routasalo P, Pitkälä K, Karvinen E. Ikääntyneiden yksinäisyys. Ryhmäliikunta ja -keskustelut psykososiaalisena kuntoutuksena. Tutkimusraportti 7. Vanhustyön keskusliitto, Saarijärvi 2004b, s.11-23.

- Pitkälä KH, Laakkonen ML, Strandberg TE, Tilvis RS. Positive life orientation as a predictor of 10-year outcome in an aged population. *J Clin Epidemiol* 2004a; 57: 409-14.
- Pitkälä K, Routasalo P. Ryhmäilmiöitä ikääntyneiden liikuntaryhmissä. Kirjassa: Routasalo P, Pitkälä K, Karvinen E. Ikääntyneiden yksinäisyys. Ryhmäliikunta ja -keskustelut psykososiaalisena kuntoutuksena. Tutkimusraportti 7. Vanhustyön keskusliitto, Saarijärvi 2004, s. 111-29.
- Pitkälä K, Routasalo P, Blomqvist L (toim.). Ikääntyneiden yksinäisyys. Taide- ja virikeryhmät psykososiaalisena kuntoutuksena. Vanhustyön keskusliitto, Saarijärvi 2004c.
- Pitkälä K, Routasalo P, Blomqvist L, Mäntyranta T. Ryhmäilmiöitä ikääntyneiden taide- ja virikeryhmissä. Kirjassa: Pitkälä K, Routasalo P, Blomqvist L. Ikääntyneiden yksinäisyys. Taide- ja virikeryhmät psykososiaalisen kuntoutuksena. Tutkimusraportti 5. Vanhustyön keskusliitto, Saarijärvi 2004b, s. 78-96.
- Pitkälä K, Routasalo P, Karvinen E. Liikunta välineenä -onnistuneen psykososiaalisen kuntoutuksen edellytyksiä. Kirjassa: Routasalo P, Pitkälä K, Karvinen E. Ikääntyneiden yksinäisyys. Ryhmäliikunta ja -keskustelut psykososiaalisena kuntoutuksena. Tutkimusraportti 7. Vanhustyön keskusliitto, Saarijärvi 2004d, s. 143-8.
- Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39: 142-8.
- Prince MJ, Harwood RH, Blizard R A, Thomas A, Mann AH. Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age: the Gospel Oak Project VI. *Psychol Med* 1997; 27: 323-32.
- Rokach A, Brock H. Loneliness and the effect of life changes. *J Psychol* 1997; 131: 248-98.
- Rokach A. Cultural background and coping with loneliness. *J Psychol* 1999; 133: 217-29.
- Rook KS, Sorkin DH. Fostering social ties through a volunteer role: implication for older-adults' psychological health. *Int J Aging Hum Dev* 2003; 57: 313-37.
- Rosen WG, Mohs RC, Davis KL. A new rating scale for Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1984; 141: 1356-64.
- Rosen CE, Rosen S. Evaluating an intervention program for the elderly. *Community Ment Health J* 1982; 18: 21-33.
- Rossen EK, Knoff KA. Older women's response to residential relocation: description of transition styles. *Qual Health Res* 2003; 13: 20-36.
- Routasalo P, Pitkälä KH. Loneliness among older people. *Rev Clin Gerontol* 2003a; 13: 303-11.
- Routasalo P, Pitkälä K. Ikääntyvien yksinäisyys – miten sitä on tulkittu gerontologiassa? *Gerontologia* 2003b; 17:23-9.
- Routasalo P, Pitkälä K. Taide ja virikeryhmien ryhmäinterventioiden sisältö. Kirjassa: Pitkälä K, Routasalo P, Blomqvist L. Ikääntyneiden yksinäisyys. Taide- ja virikeryhmät psykososiaalisen kuntoutuksena. Tutkimusraportti 5. Vanhustyön keskusliitto, Saarijärvi 2004b, s. 66-77.
- Routasalo P, Pitkälä K. Ryhmäliikunta ja -keskustelut ryhmien sisältö. Kirjassa: Routasalo P, Pitkälä K, Karvinen E. Ikääntyneiden yksinäisyys. Ryhmäliikunta ja -keskustelut psykososiaalisen kuntoutuksena. Tutkimusraportti 7. Vanhustyön keskusliitto, Saarijärvi 2004a, s. 80-93.
- Routasalo P, Pitkälä K, Karvinen E. Ikääntyneiden yksinäisyys. Ryhmäliikunta ja -keskustelut psykososiaalisen kuntoutuksena. Tutkimusraportti 7. Vanhustyön keskusliitto, Saarijärvi 2004.
- Routasalo P, Pitkälä K, Savikko N, Tilvis R. Ikääntyneiden yksinäisyys. Kyselytutkimuksen tuloksia. Tutkimusraportti 3. Vanhustyön keskusliitto. Saarijärvi 2003.
- Routasalo P, Savikko N, Tilvis R, Pitkälä K. Ikääntyneet suomalaiset maaseudulla ja kaupungeissa. *Hoitotiede* 2005; 17: 155-65.
- Routasalo P, Savikko N, Tilvis R, Strandberg TE, Pitkälä KH. Social contacts and their relationship to loneliness among aged people – a population-based study. *Gerontology, painossa*.
- Russel DW. UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, Validity, and Factor structure. *J Person Assess* 1996; 66: 20-40.
- Russell DW, Cutrona CE, de la Mora A, Wallace RB. Loneliness and nursing home admission among rural older adults. *Psychol Aging* 1997; 12: 574-89.
- Ruth JE, Öberg P, Tornstam L. Ensamhetsupplevelser hos äldre II: psykologiska faktorer. *Gerontologia* 1988; 2: 106-18.
- Sapolsky RM. Glucocorticoids and hippocampal atrophy in neuropsychiatric disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 925-35.
- Savikko N, Routasalo P, Tilvis RS, Strandberg TE, Pitkälä KH. Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Arch Gerontology Geriatrics* 2005; 41: 223-33.

- Scarmeas N, Levy G, Tang MX, Lanly J, Stern Y. Influence of leisure activity on the incidence of Alzheimer's disease. *Neurology* 2001; 57: 2236-42.
- Scharlach AE. Relieving feelings of strain among women with elderly mothers. *Psychol Aging* 1987; 2: 9-13.
- Schonfeld I, Dupree LW, Dickson-Euhrmann E, Royer CM, McDermott CH, Rosansky JS, Taylor S, Jarvik LF. Cognitive-behavioral treatment of older veterans with substance abuse problems. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2000; 13:124-9.
- Seeman TE. Health promoting effects of friends and family on health outcomes in older adults. *Am J Health Promot* 2000; 14: 362-70.
- Seeman TE, Kaplan GA, Knudsen I, Cohen R, Guralnik J. Social network ties and mortality among the elderly in the Alameda county study. *Am J Epidemiol* 1987; 126: 714-23.
- Seeman TE, Lusignolo TM, Albet M, Berkman L. Social relationships, social support, and patterns of cognitive aging in healthy, high-functioning older adults: MacArthur studies of successful aging. *Health Psychol* 2001; 20: 243-55.
- Sintonen H. The 15D instrument of health-related quality of life: properties and applications. *Ann Med* 2001; 33: 328-36.
- Sintonen H, Asinen SS. Suomalaisten terveydentilä mitattuna elinajanodotteella, 15D:llä ja QALY:lla vuosina 1992 ja 1995. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 1997; 34: 182-8.
- Smyth JM, Stone AA, Hurewitz A, Kaell A. Effects of writing about stressful experiences on symptom reduction in patients with asthma or rheumatoid arthritis: a randomized trial. *JAMA* 1999; 281: 1304-9.
- Snaith RP, Harrop FM, Newby DA, Teale C. Grade scores of the Montgomery-Åsberg Depression and the Clinical Anxiety Scale. *Br J Psychiatry* 1986; 148: 599-601.
- Spiegel K, Leproult R, Van Cauter E. Impact of sleep debt on metabolic and endocrine function. *Lancet* 1999; 354: 1435-9.
- Stanton AL, Danoff-Burg S, Sworowski LA, Collins CA, Branstetter AD, Rodriguez-Hanley A, Kirk SB, Austenfeld JL. Randomized, controlled trial of written emotional expression and benefit finding in breast cancer patients. *J Clin Oncol* 2002; 20: 4160-8.
- Stevens N, van Tilburg T. Stimulating friendships in later life: a strategy for reducing loneliness among older women. *Educ Gerontol* 2000; 26: 15-35.
- Stewart MS, Craig D, MacPerson K, Alexander S. Promoting positive affect and diminishing loneliness of widowed seniors through a support intervention. *Public Health Nurs* 2001; 18: 54-3.
- Strandberg T, Pitkälä K, Tilvis RS: Multifactorial cardiovascular disease prevention in patients aged 75 years and older. A randomised controlled trial: Drugs and Evidence Based Medicine in the Elderly (DEBATE) Study. *Am Heart J* 2001; 142: 945-51.
- Sugisawa H, Liang J, Liu X. Social networks, social support, and mortality among older people in Japan. *J Gerontol Soc Sci* 1994; 49: S3-13.
- Tesch-Römer C. Psychological effect of hearing aid use in older adults. *J Gerontol. Psychol Sci* 1997; 52B: P127-38.
- Theunissen I, Spinhoven P, van der Does AJ. Coping with loneliness: evaluation of a group course for elderly widows. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1994; 25: 250-4.
- Tijhuis MA, De Jong-Gierveld J, Feskens E J, Kromhout D. Changes in and factors related to loneliness in older men. The Zutphen Elderly Study. *Age Ageing* 1999; 28: 491-5.
- Tilvis RS, Pitkälä KH, Jolkkonen J, Strandberg TE. Social networks and dementia. *Lancet* 2000; 356: 76-8.
- Tornstam L. Dimensions of loneliness. *Aging* 1990; 2: 259-65.
- Toseland RW, Rossiter CM, Labreque MS. The effectiveness of peer-led and professionally led groups to support family caregivers. *Gerontologist* 1989; 29: 465-71.
- Uchino BN, Cacioppo JT, Kiecolt-Glaser JK. The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychol Bull* 1996; 119: 488-531.
- Vaarama M, Hakkarainen A, Laaksonen S. Vanhusbarometri 1998 Sosiaal- ja terveysministeriö, Selvityksiä 1999:3. Helsinki 1999.
- Vallonen M. Vanhusten infektiot. Kirjassa: Tilvis R, Hervonen A, Jäntti P, Lehtonen A, Sulkava R. Geriatria. Kustannus Oy Duodecim. Saarijärvi 2001, s. 224-9.
- Valvanne J: Vanhusten terveystarkastuslöydösten ennustemerkitys. Helsingin 75-, 80- ja 85-vuotiaiden yhden vuoden seurantalutkimus. Helsingin yliopisto, Geriatrian yksikkö, II sisätautien klinikka, Helsinki 1992.

- Van Rossum E, Frederiks CM, Philippen H, Portengen K, Wiskerke J, Knipchild P. Effects of preventive home visits to elderly people. *BMJ* 1993; 307: 27-32.
- Van Tilburg T, Havens B, de Jong Giervald J. Loneliness among older adults in the Netherlands, Italy, and Canada: a multifaceted comparison. *Can J Aging* 2004; 23: 169-80.
- Victor C, Scambler S, Bond J, Bowling A. Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Rev Clin Gerontol* 2000; 10: 407-17.
- Walker A. Age and attitudes. Main results from a Eurobarometer survey. Commission of the European Communities 1993.
- Walker D. Writing and reflection. Kirjossa: Boud D., Keogh R, Walker D. (toim.). *Reflection: Turning experience into learning*. London, Kogan Press 1988, s. 52-68.
- Wang HX, Karp A, Winblad B, Fratiglioni L. Late-life engagement in social and leisure activities is associated with a decreased risk of dementia: a longitudinal study from the Kungsholmen project. *Am J Epidemiol* 2002; 155: 1081-7.
- Wenger GC, Davies R, Shahtahmasebi S, Scott A. Social isolation and loneliness in old age: review and model. *Ageing Society* 1996; 16: 333-58.
- White H, McConnell E, Clipp E, Branch LG, Sloane R, Pieper C, Box TL. A randomized controlled trial of the psychosocial impact of providing internet training and access to older adults. *Aging Ment Health* 2002; 6: 213-21.
- Wikström BM. Visual art dialogues with elderly persons: effects on perceived life situation. *J Nurs Manag* 2000; 8: 31-7.
- Wikström BM. Social interaction associated with visual art discussions: a controlled intervention study. *Aging Mental Health* 2002; 6: 82-7.
- Wikström BM, Theorell T, Sandström S. Medical health and emotional effects of art stimulation in old age. *Psychother Psychosom* 1993; 60: 195-206.
- Williams MA, Fleg JL, Ades PA, Chaitman BR, Miller NH, Mohiuddin SM, Ockene IS, Taylor CB, Wenger NK. Secondary prevention of coronary heart disease in the elderly [with emphasis on patients ≥ 75 Years of Age]. *Circulation* 2002; 105: 1735-43.
- Yaffe K, Barnes D, Nevitt M, Lui LY, Covinsky K. A prospective study of physical activity and cognitive decline in elderly women: women who walk. *Arch Intern Med* 2001; 161: 1703-8.
- Yasuda N, Zimmerman S I, Hawkes W, Fredman L, Hebel JR, Magaziner J. Relation of social network characteristics to 5-year mortality among young-old versus old-old white women in an urban community. *Am J Epidemiol* 1997; 145: 516-23.
- Zunzunegui MV, Alvarado BE, Del Ser T, Otero A. Social networks, social integration, and social engagement determine cognitive decline in community-dwelling Spanish older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2003; 58: S93-100.

LIITE 1.
KIRJOITTAJIEN ESITTELYT

Hannu Kautiainen on biostatistikko ja toimii tutkijana Medicare-säätiössä. Hän on toiminut tutkimusmetodologian ja biostatistiikan asiantuntijana 20 vuotta.

Kaisu Pitkälä on koulutukseltaan geriatrian ja sisätautien erikoislääkäri ja toimii tutkimusjohtajana Vanhustyön keskusliitossa Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeessa. Hän on lääketieteen ja kirurgian tohtori sekä geriatrian dosentti Helsingin yliopistossa. Hän on hoitanut vanhuksia yli 20 vuotta vanhustenhuollon eri tasoilla, toiminut opettajana lääketieteen perusopetuksessa, jatko- ja täydennyskoulutuksessa sekä vanhustenhuollon ammattilaisten täydennyskoulutuksessa. Hän on kehittänyt ja tutkinut ikääntyneiden kuntoutusta ja hoitoa sekä ammattilaisten opetusta.

Pirkko Routasalo on koulutukseltaan terveydenhoitaja ja terveydenhuollon opettaja. Hän on väitellyt hoitotieteessä Turun yliopistossa, ja hänellä on gerontologisen hoitotieteen dosenttuuri Oulun yliopistossa. Hän on työskennellyt yliopistossa yli 10 vuotta opettaen terveydenhuollon opet-

tajia ja gerontologisen hoitotieteen asiantuntijoita. Hän on toiminut projektipäällikkönä Vanhustyön keskusliitossa Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeessa. Pirkko Routasalo on tutkinut muun muassa ikääntyneen henkilön toimintakykyä edistävää hoitotyötä.

Niina Savikko on koulutukseltaan sairaanhoitaja ja terveystieteiden maisteri. Hän on toiminut terveydenhuollon erilaisissa tehtävissä ja tutkijana useissa tutkimusprojekteissa. Niina Savikko on opiskellut hoitotiedettä myös Kanadassa. Tällä hetkellä hän toimii tutkijana Vanhustyön keskusliitossa Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeessa.

Reijo Tilvis on koulutukseltaan geriatrian ja sisätautien erikoislääkäri ja toiminut sisätautiopin dosenttina vuodesta 1982 ja geriatrian professorina vuodesta 1989 Helsingin yliopistossa. Hän on Helsingin yliopistollisen keskussairaalan yleissisätautien ja geriatrian klinikan ylilääkäri ja Vanhustyön keskusliiton puheenjohtaja vuodesta 1995 lähtien.

LIITE 2.

VANHUSTYÖN KESKUSLIITON KIRJEKYSELY

25.02.2003 Helsinki

Hyvä vastaanottaja!

Teemme tutkimusta ikääntyvien elämänasenteista, yksinäisyyden kokemuksista ja niiden merkityksistä. Tarkoituksenamme on kartoittaa näiden kokemusten yleisyyttä eläkeläisväestössä sekä selvittää yksinäisyyden yhteyttä terveyteen. Tutkimuksen toisessa vaiheessa ensi vuonna (v.2003) on tarkoitus selvittää tätä samaa kysymystä tarkemmin osalle vastanneista terveystarkastuksin ja toimenpitein.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Kerättävät tiedot ovat luottamuksellisia, ja ne julkaistaan niin, ettei yksittäistä vastaajaa pystytä niistä tunnistamaan. Helsingin Yliopistollisen Keskussairaalan eettinen toimikunta on hyväksynyt tutkimuksen. Tutkimuksen kaikissa vaiheissa tullaan noudattamaan potilastietosuojalain säännöksiä. Tutkimukseen osallistuminen ei vaikuta muuhun mahdolliseen hoitoon.

Lisätietoja tutkimuksesta antaa tutkimushoitajat Tuula Boffour puh. 050 551 4748 ja Eeva-Kaisa Nummela puh. 050 517 6147

Ystävällisin terveisin

Reijo Tilvis
Geriatrian professori
HYKS Helsingin
Yliopistollinen
Keskussairaala

Kaisu Pitkälä
LKT Geriatrian erikoislääkäri
Tutkimusjohtaja
Vanhustyön keskusliitto

VASTAAMISEN OHJEITA

Pyydämme Teitä lukemaan koko kysymyksen ennen vastaamista.
Rengastakaa vain yksi vaihtoehto - se joka on mielestänne lähinnä oikea.
Tarvittaessa täyttäkää kysytty tieto sitä varten varattuun tilaan.

ESIMERKKI 1: Mikä on siviilisäätynne?

1. Naimisissa tai avoliitossa
2. Naimaton
3. Asumuserossa tai eronnut
4. Leski (olen ollut leskenä ___ vuotta)

Jos olette menettänyt aviopuolisonne 10 vuotta sitten, rengastakaa kohta 4 ja kirjoittakaa tyhjään tilaan vuosien määrä.

ESIMERKKI 2: Oletteko koskaan käyttänyt verenpainelääkkeitä?

En kyllä Jos olette, kuinka kauan? _____ v.

Jos olette käyttänyt verenpainelääkkeitä viiden vuoden ajan, rastittakaa 'kyllä'- kohta ja kirjoittakaa tyhjään tilaan vuosien määrä esimerkiksi 5.

Yrittäkää vastata kaikkiin kysymyksiin.

Pyytäkää tarvittaessa apua lähimaiseltanne tai läheiseltänne.

Vastauksenne ovat ehdottoman luottamuksellisia.

Täytetyn lomakkeen voitte laittaa oheisessa jo valmiiksi maksetussa palautus-kirjekuoressa postilaatikkoon.

Osoitelähde: Väestötietojärjestelmä, Väestörekisterikeskus PL 7, 00521 Helsinki

Kysymme nimeänne vain, jotta voisimme tunnistaa vastanneet vastaamattomista. Kaikki tiedot ovat ehdottoman luottamuksellisia.

NIMENNE: _____

ALUKSI KYSYMMME TAUSTATIETOJANNE

1. Mikä on siviilisäätynne?

1. naimisissa
2. naimaton
3. asumerossa tai eronnut
4. leski (olen ollut leskenä ____ vuotta)

2. Mikä on sukupuolenne?

1. nainen
2. mies

3a. Koulutuksenne?

1. kansakoulu tai vähemmän
2. ammattikoulu
3. keskikoulu
4. lukio
5. opistoasteen ammattikoulutus
6. korkeakoulu

3b. Ikänne _____

4. Minkälaisessa työssä olette toimineet pääsääntöisesti elämäne aikana?

1. maanviljelys, karjanhoito, metsätyö, emännän työt
2. tehdas-, kaivos-, rakennus-, tai muu vastaava työ
3. toimistotyö, henkinen työ, palvelutyö
4. muu, mikä? _____

5. Missä ammatissa toimitte pääasiallisesti työssäoloaikana?

6. Missä asutte?

1. kotona
2. pysyvästi kodinomaisissa olosuhteissa, missä _____
3. palvelutalossa
4. pysyvästi vanhainkodissa tai hoivakodissa
5. pysyvästi sairaalassa

7. Jos asutte kotona tai kodinomaisissa olosuhteissa, asutteko

1. yksin
2. puolison kanssa (puolison ikä ___vuotta)
3. lapsen kanssa tai lapsen perheessä
4. sisaruksen kanssa
5. jonkun muun tai muiden kanssa

8. Miten tulette taloudellisesti toimeen?

1. hyvin
2. kohtuullisesti
3. huonosti

SEURAAVAKSI KYSYMMME NYKYISESTÄ TERVEYDENTILASTANNE JA TOIMINTAKYVYVYSTÄNNE

9. Millaisena pidätte terveydentilaanne tällä hetkellä?

1. Pidän itseäni terveenä
2. Pidän itseäni melko terveenä
3. Pidän itseäni sairaana
4. Pidän itseäni hyvin sairaana

10a. Käyttekö päivittäin ulkona?

1. Kyllä
2. En

10b. Tarvitsetteko päivittäin toisen apua?

1. Kyllä
2. En

11. Kuinka usein asioitte kodin ulkopuolella kaupoissa, pankissa, postissa tmv. paikoissa avun kanssa tai ilman?

- A. Päivittäin
- B. Useita kertoja viikossa
- C. Noin kerran viikossa
- D. Harvemmin

12. Onko toimintakykyne tai kuntonne yleisesti ottaen tällä hetkellä mielestänne

1. erittäin hyvä
2. hyvä
3. keskinkertainen
4. huono
5. erittäin huono

13. Näettekö lukea? 1. kyllä 2. en
14. Kuuletteko tavallista puhetta? 1. kyllä 2. en
15. Käytättekö kuulokojetta? 1. kyllä 2. en

16. Harjoitatteko päivittäin jotakin hyötyliikuntaa? Esim. kaupassakäynti kävellen tai pyörällä, siivoaminen, marjastus, pihatyöt.

1. Kyllä
2. En

17. Onko Teillä tällä hetkellä jokin liikuntaharrastus, jota toteutate vähintään kerran viikossa? Esim. kävely, lenkkeily, osallistuminen liikuntaryhmään, oma kotivoimisteluo-
jelma.

1. Kyllä
2. Ei

18. Mitä liikkuminen ja liikunta merkitsee Teille?

1. Pidän sitä erittäin tärkeänä.
2. Pidän sitä jonkin verran tärkeänä.
3. En ole ajatellut koko asiaa.
4. Se ei ole mielestäni erityisen tärkeää.
5. Se on mielestäni tarpeetonta ja hyödytöntä.

SEURAAVAKSI MUUTAMA KYSYMYS ELÄMÄNASENTEISTANNE

19. Oletteko tyytyväinen elämäänne? kyllä en
20. Tunnetteko itsenne tarpeelliseksi? kyllä en
21. Onko Teillä tulevaisuudensuunnitelmia? kyllä ei
22. Onko Teillä elämänhalua? kyllä ei

23. Oletteko masentunut? 1. harvoin tai ei koskaan
2. toisinaan
3. usein tai aina

24. Kärsittekö yksinäisyydestä? 1. harvoin tai ei koskaan
2. toisinaan
3. usein tai aina

25. Kuinka onnelliseksi tai onnettomaksi tunnette itsenne tällä hetkellä?

1. erittäin onnelliseksi
2. melko onnelliseksi
3. melko onnettomaksi
4. erittäin onnettomaksi
5. en osaa sanoa

26. Miten luonnehtisitte tällä hetkellä yleistä elämänsäntänne?

1. erittäin myönteiseksi
2. melko myönteiseksi
3. melko kielteiseksi
4. erittäin kielteiseksi
5. en osaa sanoa

27. Koetteko elämäne tällä hetkellä turvattomaksi vai turvalliseksi?

1. erittäin turvattomaksi
2. melko turvattomaksi
3. vaikea sanoa
4. melko turvalliseksi
5. erittäin turvalliseksi

SEURAAVAKSI KYSYMME TEILLE TÄRKEISTÄ IHMISSISTÄ JA SEURAELÄMÄSTÄNNE

28. Kuinka monta sellaista läheistä ihmistä Teillä on, joiden kanssa Teidän on helppo olla ja joiden kanssa voitte puhua erilaisista Teille tärkeistä asioista?

Minulla on ____ näin läheistä ihmistä

29. Kuka Teille on läheisin ihminen?

1. Puoliso
2. Lapsi tai lapset
3. Lapsenlapsi tai lapsenlapset
4. Sukulainen
5. Ystävä
6. Naapuri
7. Joku muu. Kuka? _____

30. Kuinka monta läheistä ihmistä Teillä on, joka pitää Teitä ystävänään?

Minulla on ____ tällaista läheistä ihmistä, joka pitää minua ystävänään.

31. Kuinka monta ihmistä tapaatte yleensä viikoittain? _____

32. Tuntuuko Teistä että läheisenne ymmärtävät Teitä?

1. eivät ymmärrä minua
2. ymmärtävät minua hieman
3. ymmärtävät minua kohtalaisesti
4. ymmärtävät minua melko hyvin
5. ymmärtävät minua erittäin hyvin

33. Tiedätkö mitä omaistenne elämässä tapahtuu tällä hetkellä?

1. tiedän erittäin hyvin
2. tiedän melko hyvin
3. tiedän melko huonosti
4. tiedän erittäin huonosti
5. en tiedä

34. Onko Teillä lapsia (elossa olevia)? 1. Kyllä 2. Ei

35. Kuinka usein tavallisesti tapaatte jotakuta lapsistanne?

1. kerran vuodessa tai harvemmin.
2. useita kertoja vuodessa
3. vähintään kerran kuukaudessa
4. noin kerran viikossa
5. useita kertoja viikossa

36. Tapaatteko lapsianne niin usein kuin haluaisitte? 1. Kyllä 2. En

37. Onko Teillä lapsenlapsia (elossa olevia)? 1. Kyllä 2. Ei

38. Kuinka usein tavallisesti tapaatte jotakuta lapsenlapsistanne?

1. kerran vuodessa tai harvemmin
2. useita kertoja vuodessa
3. vähintään kerran kuukaudessa
4. noin kerran viikossa
5. useita kertoja viikossa

39. Tapaatteko lapsenlapsianne niin usein kuin haluaisitte? 1. Kyllä 2. En

- 40. Onko Teillä elossa olevia sisarusia?** 1. Kyllä 2. Ei
- 41. Kuinka usein tavallisesti tapaatte jotakuta sisaruksistanne?**
 1. kerran vuodessa tai harvemmin
 2. useita kertoja vuodessa
 3. vähintään kerran kuukaudessa
 4. noin kerran viikossa
 5. useita kertoja viikossa
- 42. Tapaatteko sisaruksianne niin usein kuin haluaisitte?** 1. Kyllä 2. En
- 43. Onko Teillä muita sukulaisia, joihin pidätte yhteyttä?** 1. Kyllä 2. Ei
- 44. Kuinka usein tavallisesti tapaatte jotakuta sukulaisistanne?**
 1. kerran vuodessa tai harvemmin
 2. useita kertoja vuodessa
 3. vähintään kerran kuukaudessa
 4. noin kerran viikossa
 5. useita kertoja viikossa
- 45. Tapaatteko sukulaisianne niin usein kuin haluaisitte?** 1. Kyllä 2. En
- 46. Onko Teillä ystäviä, joihin pidätte säännöllisesti yhteyttä?** 1. Kyllä 2. Ei
- 47. Kuinka usein tavallisesti tapaatte jotakuta ystäivistänne?**
 1. kerran vuodessa tai harvemmin
 2. useita kertoja vuodessa
 3. vähintään kerran kuukaudessa
 4. noin kerran viikossa
 5. useita kertoja viikossa
- 48. Tapaatteko ystäviänne niin usein kuin haluaisitte?** 1. Kyllä 2. En
- 49. Onko Teillä muita tuttavampia tai naapureita, joihin pidätte säännöllisesti yhteyttä?** 1. Kyllä 2. Ei
- 50. Kuinka usein tavallisesti tapaatte jotakuta tuttavistanne tai naapureistanne?**
 1. kerran vuodessa tai harvemmin
 2. useita kertoja vuodessa
 3. vähintään kerran kuukaudessa
 4. noin kerran viikossa
 5. useita kertoja viikossa

51. Kuinka usein olette puhelinyhteydessä läheisiin ihmisiin?

1. kerran vuodessa tai harvemmin
2. useita kertoja vuodessa
3. vähintään kerran kuukaudessa
4. noin kerran viikossa
5. useita kertoja viikossa
6. päivittäin
7. useita kertoja päivässä

52. Oletteko tyytyväinen läheisiin ihmissuhteisiinne?

1. Erittäin tyytyväinen
2. Melko tyytyväinen
3. En tyytyväinen mutten tyytymätönkään
4. Melko tyytymätön
5. Erittäin tyytymätön

53. Jos koette itsenne yksinäiseksi, minkä koette olevan sen syinä?

- | | | |
|---|--------------------------------|-----------------------------|
| a. Puolison kuolema ____ vuotta sitten. | kyllä <input type="checkbox"/> | ei <input type="checkbox"/> |
| b. Muiden läheisten omaisten puuttuminen | kyllä <input type="checkbox"/> | ei <input type="checkbox"/> |
| c. Ystävien vähäisyys | kyllä <input type="checkbox"/> | ei <input type="checkbox"/> |
| d. Oma sairaus ja heikentynyt toimintakyky
(esim. vaikeudet liikkua, puhevaikeudet,
huono kuulo tai näkö) | kyllä <input type="checkbox"/> | ei <input type="checkbox"/> |
| e. Asuinolot (esim. asuminen syrjässä,
hankalat kulkuyhteydet jne.) | kyllä <input type="checkbox"/> | ei <input type="checkbox"/> |
| f. Perhehuolet (esim. perheenjäsenen
työttömyys, vakava sairaus, alkoholismi) | kyllä <input type="checkbox"/> | ei <input type="checkbox"/> |
| g. Elämän tarkoituksettomuuden tunne | kyllä <input type="checkbox"/> | ei <input type="checkbox"/> |
| h. Jokin muu syy. Mikä?_____ | | |

54. Menetittekö lapsena ollessanne toisen tai molemmat vanhempanne?

1. En
2. Kyllä Menetin äitini ollessani ____ vuotias.
 Menetin isäni ollessani ____ vuotias.

Kuinka usein olette viimeisen vuoden aikana osallistunut seuraaviin tapahtumiin?

55. Häät, syntymäpäivät, ristiäiset, lakkiaiset ymv. juhlat

- A. En kertaakaan
- B. Kerran
- C. Kaksi - neljä kertaa
- D. Viisi kertaa tai enemmän

56. Hautajaiset

- A. En kertaakaan
- B. Kerran
- C. Kaksi- neljä kertaa
- D. Viisi kertaa tai enemmän

57. Teatteri, elokuvat, konsertit, taidenäyttelyt, museot

- A. En kertaakaan
- B. Kerran
- C. Kaksi - neljä kertaa
- D. Viisi kertaa tai enemmän

58. Kerho- tai seuratoiminta, muut yleisötilaisuudet

- A. En kertaakaan
- B. Kerran
- C. Kaksi - neljä kertaa
- D. Viisi kertaa tai enemmän

59. Kirkossakäynnit, muut uskonnolliset tapahtumat

- A. En kertaakaan
- B. Kerran
- C. Kaksi -neljä kertaa
- D. Viisi kertaa tai enemmän

60. Oletteko viime vuoden aikana matkustellut?

- A. En ole
- B. Kyllä kotimaassa.
- C. Kyllä ulkomailla(kin)

61. Kuinka usein katselette TV:tä tai kuuntelette radiota?

- A. Päivittäin
- B. Useita kertoja viikossa
- C. Noin kerran viikossa
- D. Harvemmin

**62. Kuinka paljon arvioisitte käyttävänne aikaa TV:n katseluun tai radion kuunte-
luun viikossa? _____ tuntia /viikko**

63. Kuinka usein luette lehtiä tai kirjoja?

- A. Päivittäin
- B. Useita kertoja viikossa
- C. Noin kerran viikossa
- D. Harvemmin

LÄMPIMÄT KIITOKSET VAIVANÄÖSTÄNNE!

Mitä mieltä olitte kyselystä? Kirjoittakaa mielipiteenne tähän. Otamme mielellämme palautetta vastaan!

VANHUSTYÖN KESKUSLIITON KIRJEKYSELY 2. SUOMALAISTEN IKÄÄNTYVIEN YKSINÄISYYS-TUTKIMUS

Hyvä vastaanottaja

30.01.03 Helsinki

Jonkin aikaa sitten vastasitte iäkkäiden yksinäisyyttä ja elämänasenteita selvittävään kyselyynme. Nyt olemme jatkamassa tutkimusta iäkkäiden yksinäisyyden kokemuksista ja mahdollisuuksista niiden lievittämiseksi. Ensiksi teemme kartoituksen ikääntyvän väestön halukkuudesta osallistua tällaiseen tutkimukseen. Tällä kyselyllä tarkennamme myös elämäntilannetta sekä selvitämme, miten voisimme eri ihmisten kohdalla parhaiten lievittää yksinäisyyttä.

Tämän kyselyn pohjalta tulemme kutsumaan tutkimukseen halukkaat ensin terveystarkastukseen ja haastatteluun sairaanhoitajalle omalla paikkakunnallanne, ja sen jälkeen halukkaat arvotaan joko yksinäisyyttä lievittävään ryhmätoimintaan (jokaisen omien voimavarojen ja toiveiden mukaiseen) tai vertailuryhmään. Kumpikin ryhmä kutsutaan vielä toiseen tarkastukseen noin kolmen kuukauden kuluttua tutkimuksen alusa. Huolehdimme kuljetuksista tarkastuksiin.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Kerättävät tiedot ovat luottamuksellisia, ja ne julkaistaan niin, ettei yksilöitä pystytä niistä tunnistamaan. HYKS:n eettinen toimikunta on hyväksynyt tutkimuksen, ja potilastietosuojalain säännöksiä tullaan noudattamaan tutkimuksen kaikissa vaiheissa.

Tutkimukseen osallistuminen ei vaikuta muuhun mahdolliseen hoitoonne.

LÄMMIN KIITOS ETUKÄTEEN VAIVANNÄÖSTÄNNE!

Reijo Tilvis
Geriatrian professori
HYKS –Meilahden sairaala

Kaisu Pitkälä
Geriatrian erikoislääkäri

VANHUSTYÖN KESKUSLIITON KIRJEKYSELY 2

Täyttöohjeet :

Pyydämme Teitä lukemaan koko kysymyksen ennen vastaamista.
Rengastakaa tai rastittakaa vain yksi vaihtoehto, se joka on mielestänne lähinnä oikea.
Tarvittaessa täyttäkää kysytyt tiedot sitä varten varattuun tilaan.

ESIMERKKI 1: Mikä on siviilisäätynne?

- 1 Naimisissa tai avoliitossa
- 2 Naimaton
- 3 Asumuserossa tai eronnut
- 4 Leski (olen ollut leskenä ___ vuotta)

Jos olette esimerkiksi menettänyt aviopuolisonne 10 vuotta sitten, rengastakaa kohta 4 ja kirjoittakaa tyhjään tilaan vuosien määrän eli 10.

ESIMERKKI 2: Oletteko koskaan käyttänyt verenpainelääkkeitä?

kyllä (en (Jos olette, kuinka kauan? _____ v.

Jos olette käyttänyt verenpainelääkkeitä viiden vuoden ajan,
rastittakaa 'kyllä'-kohta ja kirjoittakaa tyhjään tilaan vuosien määrän eli 5.

Yrittäkää vastata kaikkiin kysymyksiin.

Pyytäkää tarvittaessa apua lähiomaiselta tai läheiseltä.

Vastauksenne ovat luottamuksellisia.

Täytetyn lomakkeen voitte laittaa oheisessa jo valmiiksi maksetussa
palautuskirjekuoressa postilaatikkoon.

Osoitelähde: Väestötietojärjestelmä, Väestörekisterikeskus PL 7, 00521 Helsinki

Kysymme nimeänne sen vuoksi, että voimme tunnistaa vastanneet vastaamattomista. Puhelinnumeroanne kysymme, jotta voimme tarvittaessa soittaa teille tutkimukseen liittyen. Kaikki tiedot ovat ehdottoman luottamuksellisia.

NIMENNE: _____

Puhelinnumeronne: _____

ALUKSI KYSYMMME TOIMINTAKYKYYNNE LIITTYVIÄ ASIOITA:

1. Pystytkö vaivatta liikkumaan sisällä?
 - A. kyllä
 - B. ei, tarvitsen kepin tai rollaattorin
 - C. ei, tarvitsen toisen henkilön apua
 - D. ei, en pysty kävelemään
2. Pystytkö vaivatta liikkumaan ulkona?
 - A. kyllä
 - B. ei, tarvitsen kepin tai rollaattorin
 - C. ei, tarvitsen toisen henkilön apua
 - D. ei, en pysty kävelemään
3. Kuinka usein tarvitsette toisen henkilön apua päivittäisissä toimissanne?
 - A. Useita kertoja päivässä
 - B. Päivittäin
 - C. Useita kertoja viikossa
 - D. Kerran viikossa
 - E. Harvemmin kuin kerran viikossa
4. Kuka seuraavista ihmistä auttaa teitä ainakin kerran viikossa tai useammin? Rengastakaa kaikki teitä auttavat ihmiset seuraavasta listasta.
 - A. Omaiset
 - B. Ystävät, naapurit tai tuttavat
 - D. Kotiavustaja
 - E. Kotisairaanhoidtaja
 - F. Joku muu, kuka? _____
5. Hoidatteko itse sairasta omaistanne kotona?
 - A. Kyllä
 - B. En

SEURAAVAKSI KYSYMMME TERVEYDENTILAANNE LIITTYVIÄ SEIKKOJA
--

6. Onko lääkäri todennut Teillä seuraavia sairauksia?

- | | | |
|--|-------------|----------|
| A. Verenpainetauti | Kyllä _____ | Ei _____ |
| B. Sepelvaltimotauti | Kyllä _____ | Ei _____ |
| C. Sydäninfarkti eli sydänveritulppa | Kyllä _____ | Ei _____ |
| D. Sokeritauti | Kyllä _____ | Ei _____ |
| E. Sydämen vajaatoiminta | Kyllä _____ | Ei _____ |
| F. Aivohalvaus eli aivoverenkiertohäiriö | Kyllä _____ | Ei _____ |
| G. Muistihäiriö tai dementia | Kyllä _____ | Ei _____ |
| H. Alaraajojen verenkiertohäiriö | Kyllä _____ | Ei _____ |
| I. Vaikeat nivelkulumat | Kyllä _____ | Ei _____ |

7. Onko Teillä viimeisen kahden viikon aikana ollut seuraavia oireita ja kuinka usein?

- | | Ei | Toisinaan | Päivittäin |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Toimintaa häiritsevää kipua selässä | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Toimintaa häiritsevää kipua nivelissä | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hengenahdistusta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rintakipua | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Masentuneisuutta, alakuloisuutta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ahdistuneisuutta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Toimintaa häiritsevää huimausta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**SEURAAVAKSI KYSYMMME TEILTÄ HARRASTUKSISTANNE, VAPAA-
AJAN TOIMINNASTANNE JA LIIKUNTATAVOISTANNE**

8. Oletteko osallistunut eläkeläisryhmiin tai muuhun kerho- tai ryhmätoimintaan?

A. Kyllä

B. En

Mihin ryhmätoimintaan olette osallistunut? _____

9. Mikä on ollut Teidän tärkein harrastuksenne? _____

10. Harrastatteko lukemista ja kirjallisuutta?

A. Kyllä

B. En

C. En osaa sanoa

11. Millaisesta kirjallisuudesta pidätte? _____

12. Pidättekö elokuvista?

A. Kyllä

B. En

C. En osaa sanoa

13. Millaisista elokuvista pidätte? _____

14. Pidättekö kuvataiteista tai taidevalokuvista?

a. kyllä

b. en

c. en osaa sanoa

24. Mistä seuraavista viriketoiminnoista voisitte kuvitella pitävänne? Valitkaa yhdestä kolmeen kiinnostavinta harrastusta

- a. käsityö- askartelu – puutyöt asiantuntevassa ohjauksessa
- b. taide- ja kulttuuripiiri, jossa esimerkiksi kuunnellaan musiikkia, luetaan kirjallisuutta, käydään teatterissa, tutustutaan kuvataiteisiin ja keskustellaan näistä
- c. senioritanssi
- d. sauvakävelyä luonnossa ryhmässä
- e. kevyitä pallopelejä
- f. kirjoittamista, elämäntapahtumien muistelua, yhdessä keskustelua

25. Seuraavassa on lista erilaisia harrastuksia. Mistä seuraavista asioista Te pidätte? (Rengastakaa kaikki mahdolliset mieltymyksenne)

a. Yleisöaktiviteetit

1. penkkiurheilu
2. musiikkiesitykset
3. teatteri
4. elokuvat
5. yleisöesitelmät

b. Urheilu ja liikunta

1. pallopelit (esim. tennis, sulka-, lentopallo, jne.)
2. Kuntosaliharjoittelu, voimailu
3. kuntojumppa
4. sauvakävely
5. muu, mikä? _____

c. Lemmikkien hoito

1. kyllä

d. Musiikki

1. soittaminen
2. laulaminen
3. kuuntelu

e. Puutarhanhoito, kasvien hoito

1. kyllä

f. Tanssi

1. kansantanssit
2. lavatanssit ym.
3. muu tanssi, mikä? _____

g. Retkeily ym. ulkoilulajit

1. hiihto tai maastovaellus
2. metsästys, kalastus
3. marjastus ja sienestys
4. veneily
5. pyöräily

g. Älypelit

1. lauta-, noppa- ja dominopelit
2. korttipelit
3. palapelit
4. tietokonepelit
5. ristisanatehtävät

h. Luovailmaisuus

1. piirtäminen, maalaus, valokuvaus
2. runojen kirjoittaminen ja lausunta
3. teatteri-ilmaisu
4. kirjallisuus
5. sisustustaide

i. Korjaaminen ja esinerakentelu

1. autot ja moottorit
2. radiot ja sähkökojeet
3. lentokoneet, liidokit ja leijat

j. Käsityö ja askartelu

1. ompelu, kudonta, neulonta ymv. käsityön teko
2. kivi-, puu- ja metallityö
3. pahvi- ja paperityö
4. posliininmaalaus, savityö ja keramiikka
5. kankaanpainanta

k. Muut harrasteet

1. postimerkkien, antiikin, kolikkojen ym. keräily
2. opiskelu: historia, kulttuurit, kielet
2. leipominen ja kokkaus
3. kampaukset ja meikkaus, pukeutuminen
4. ostokset

l. Matkustelu

1. kotimaiset ja ulkomaiset retket
2. nähtävyydet
3. nojatuolimatkailu

26. Olisitteko halukas osallistumaan vuonna 2003 Vanhustyön keskusliiton tutkimukseen? Tutkimus sisältää terveystarkastuksia ja tapaamisia ikääntyvien virikeryhmissä omalla paikkakunnallanne noin kerran viikossa 3 kuukauden ajan. Tavoitteena on ikäihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen. Me järjestämme tarvittaessa kuljetukset tapahtumiin.

A. Kyllä

B. En

27. Mikä tuo Teille tämän hetkisessä elämässänne eniten mielihyvää?

28. Millä Teidän mielestänne voisi parhaiten lievittää ikäihmisten yksinäisyyttä?

**MONET LÄMPIMÄT KIITOKSET TAAS VAIVANNÄÖSTÄNNE!
Mitä mieltä olitte tästä kyselystä? Kirjoittakaa mielipiteenne tähän.**

**LIITE 4.
HYVÄ IKÄÄNTYNEIDEN YKSINÄISYYS -TUTKIMUKSEEN OSALLISTUJA,**

Siitä on kulunut noin vuosi, kun Vanhustyön keskusliiton Ikääntyneiden yksinäisyys-tutkimuksen toimesta järjestetyt tutkimushoitajien suorittamat toiset haastattelut ja ryhmätapaamiset alkoivat. Ennen ensimmäistä tutkimushoitajien haastattelua ja ryhmien alkua Teille lähetettiin kotiin täytettäväksi lomake, jolla tiedusteltiin elämänlaatuanne ja yksinäisyyden kokemustanne. Nyt haluamme uusia tämän kyselyn ja siksi lähetämme Teille samat kyselyt uudelleen täytettäväksi.

Kohteliaimmin pyydämme Teitä vastaamaan tämän kirjeen mukana seuraaviin lomakkeisiin. Vastaaminen on luonnollisesti vapaaehtoista ja yksittäiset vastaukset jäävät vain tutkimusryhmän tietoon. Kaikkien vastaukset yhdistämällä toivomme pystyvämme osoittamaan ryhmätoiminnan vaikutukset elämänlaatuun ja yksinäisyyden kokemukseen.

Vastauksenne pyydän Teitä palauttamaan oheisessa kirjekuoressa, jonka postimaksu on maksettu.

Kiitän lämpimästi Teitä vaivannäöstänne ja korvaamattomasta avustanne Ikääntyneiden suomalaisten yksinäisyys -tutkimuksen onnistumiseksi.

Teitä tervehtien ja aurinkoista kesää toivottaen

Kaisu Pitkälä,
tutkimusjohtaja

Vanhustyön keskusliitto
Malmin kauppatie 26
00700 Helsinki
puh. 09-350 8600

TÄRKEÄT IHMISET

10. Kuinka monta sellaista läheistä ihmistä Teillä on, joiden kanssa Teidän on helppo olla ja joiden kanssa voitte puhua erilaisista Teille tärkeistä asioista?

Minulla on _____ näin läheistä ihmistä.

11. Kuinka monta läheistä ihmistä Teillä on, joka pitää Teitä ystävänään?

Minulla on _____tällaista läheistä ihmistä, joka pitää minua ystävänään.

12. Kuinka monta ihmistä tapaatte yleensä viikoittain? _____

13. Tuntuuko Teistä, että läheisenne ymmärtävät Teitä?

1. eivät ymmärrä minua
2. ymmärtävät minua hieman
3. ymmärtävät minua kohtalaisesti
4. ymmärtävät minua melko hyvin
5. ymmärtävät minua erittäin hyvin

14. Tiedätkö mitä omaisenne elämässä tapahtuu tällä hetkellä?

1. teidän erittäin hyvin
2. tiedän melko hyvin
3. tiedän melko huonosti
4. tiedän erittäin huonosti
5. en tiedä

15. Onko Teillä ystäviä, joihin pidätte säännöllisesti yhteyttä?

1. kyllä
2. ei

16. Kuinka usein tavallisesti tapaatte jotakuta ystävistänne?

1. kerran vuodessa tai harvemmin
2. useita kertoja vuodessa
3. vähintään kerran kuukaudessa
4. noin kerran viikossa
5. useita kertoja viikossa

17. Tapaatteko ystäviänne niin usein kuin haluaisitte?

1. kyllä
2. en

18. Oletteko saanut uusi ystäviä viimeisen vuoden aikana?

1. kyllä 2. en

19. Jos olette saanut uusia ystäviä viimeisen vuoden aikana, niin kuinka monta?

_____ uutta ystävää

20. Onko Teillä muita tuttavlia tai naapureita, joihin pidätte säännöllisesti yhteyttä?

1. kyllä 2. ei

21. Kuinka usein tavallisesti tapaatte jotakuta tuttavistanne tai naapureistanne?

1. kerran vuodessa tai harvemmin
2. useita kertoja vuodessa
3. vähintään kerran kuukaudessa
4. noin kerran viikossa
5. useita kertoja viikossa

22. Tapaatteko tuttavianne tai naapureitanne niin usein kuin haluaisitte?

1. kyllä 2. en

23. Kuinka usein olette puhelin yhteydessä läheisiin ihmisiin?

1. kerran vuodessa tai harvemmin
2. useita kertoja vuodessa
3. vähintään kerran kuukaudessa
4. noin kerran viikossa
5. useita kertoja viikossa
6. päivittäin
7. useita kertoja päivässä

24. Oletteko tyytyväinen läheisiin ihmissuhteisiinne?

1. erittäin tyytyväinen
2. melko tyytyväinen
3. en tyytyväinen mutten tyytymätönkään
4. melko tyytymätön
5. erittäin tyytymätön

25. Millaisena pidätte terveydentilaanne tällä hetkellä?

1. pidän itseäni terveenä
2. pidän itseäni melko terveenä
3. pidän itseäni sairaana
4. pidän itseäni hyvin sairaana

VAIN RYHMÄTOIMINTAAN OSALLISTUNEILLE:**26. Oletteko tavannut oman ryhmänne jäseniä tutkimukseen liittyneiden ryhmätapaamisten jälkeen?**

1. kyllä
2. en

27. Jos olette tavannut ryhmänne jäseniä, niin kuinka monta jäsentä olette tavannut?

_____ ryhmämme jäsentä

28. Jos olette tavannut ryhmänne jäseniä, niin kuinka monta kertaa olette tavannut?

_____ kertaa

Kiitos vastauksestanne!

GERIATRISEN KUNTOUTUKSEN TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISHANKKEEN AIKAISEMMAT JULKAISUT:

Kuntoutushankkeen tausta ja suunnittelu.

Tutkimusraportti 1, 2003.

Minna Pietilä – Marja Saarenheimo:

Omaishoidon tukeminen Suomessa: Tutkimus- ja kehittämishankkeiden tausta, tulokset ja merkitys. Tutkimusraportti 2, 2003.

Pirkko Routasalo – Kaisu Pitkälä – Niina Savikko – Reijo Tilvis:

Ikääntyneiden yksinäisyys. Kyselytutkimuksen tuloksia.

Tutkimusraportti 3, 2003.

Kaisu Pitkälä (toim.):

Ikääntyneiden yksinäisyys: Ryhmäkuntoutuksen kehittäminen ja koulutus.

Tutkimusraportti 4, 2004.

Kaisu Pitkälä – Pirkko Routasalo – Lisbeth Blomqvist (toim.):

Ikääntyneiden yksinäisyys: Taide- ja virikeryhmät psykososiaalisena kuntoutuksena.

Tutkimusraportti 5, 2004.

Marja Saarenheimo – Minna Pietilä (toim.):

Kaksin kotona – iäkkäiden omaishoitoperheiden arjen ulottuvuuksia

Tutkimusraportti 6, 2004

Pirkko Routasalo – Kaisu Pitkälä – Elina Karvinen (toim.):

Ikääntyneiden yksinäisyys: Ryhmäliikunta ja -keskustelut psykososiaalisena kuntoutuksena.

Tutkimusraportti 7, 2004.

Ari Marjovuori – Kaisu Pitkälä – Pirkko Routasalo (toim.):

Ikääntyneiden yksinäisyys: Senioripysäkin ryhmäterapia psykososiaalisena kuntoutuksena.

Tutkimusraportti 8, 2004.

Timo Strandberg – Kaisu Pitkälä – Anu Klippi – Reijo Tilvis – Jaana Huuskonen – Harri Sintonen – Arto Nuutila – Anna-Maija Korpjaakko-Huuhka:

Aivohalvauksen jälkeisen afasian kuntoutus- ja elämänlaatu tutkimus.

Tutkimusraportti 9, 2005.

Kaisu Pitkälä – Niina Savikko – Pirkko Routasalo: Kuntoutuspolun solmukohtia. Tutkimusraportti 10, 2005.



Kannen kuva: KADI KUREMA



Vanhustyön keskusliitto
Centralförbundet för de gamlas väl ry

ISBN 951-806-113-0



9 789518 061130