

SOSIAALISEN TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI JA MITTAAMINEN VÄESTÖTUTKIMUKSISSA

Suosituksen laatijat:

Pirjo Tiikkainen, terveystieteiden tohtori, Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Katja Pynnönen, terveystieteiden tohtori, Jyväskylän yliopisto

Julkaistu: 14.2.2018

Suositus on käsitelty ja hyväksytty:

- TOIMIAN väestötutkimuksen toimintakyky -asiantuntijaryhmä
- TOIMIAN työvaliokunta/TOIMIAN johtoryhmä

Kommenttien antajat mainitaan suosituksen lopussa

Editointi ja ulkoasu: TOIMIAN toimitus

Tiivistelmä

Potentiaalinen sosiaalinen toimintakyky muodostuu yksilöön liittyvien tekijöiden (esim. sosiaaliset taidot, temperamentti, motiivit, tavoitteet, arvostukset) ja sosiaalisen verkoston, ympäristön, yhteisön ja yhteiskunnan välisessä dynaamisessa vuorovaikutuksessa niiden tarjoamien mahdollisuuksien ja rajoitteiden puitteissa. Aktuaalinen sosiaalinen toimintakyky ilmenee toimijuutena mm. vuorovaikutuksessa sosiaalisessa verkostossa, rooleista suoriutumisena, sosiaalisena aktiivisuutena ja osallistumisena sekä yhteisyyden ja osallisuuden kokemuksina.

Sosiaalisen toimintakyvyn teoreettinen kehittäminen on jäänyt niukaksi. Sen vuoksi tämä suositus pohjaa eri tutkimuksissa esille nostettuihin huomioihin ja yleisimmin mitattuihin ulottuvuuksiin. Sosiaalisen toimintakyvyn mittaaminen edellyttää monien ulottuvuuksien ottamista tarkasteluun. Väestötutkimuksissa sosiaalisen toimintakyvyn mittaamisessa voidaan hyödyntää menetelmiä, joiden oletetaan kuvaavan kykyä olla vuorovaikutuksessa, kykyä suoriutua sosiaalisista tilanteista ja kykyä toimia yhteisön ja yhteiskunnan jäsenenä, ja tehdä johtopäätöksiä niiden pohjalta.

Suosituksessa esitetään eri tutkimusten pohjalta nostetut keskeisimmät ulottuvuudet, jotka tulisi ottaa huomioon sosiaalista toimintakykyä arvioitaessa (taulukko 1). Ulottuvuudet jaetaan karkeasti kahteen osa-alueeseen, joista ensimmäinen on henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet ja toinen sosiaalinen osallistuminen, joka kuvaa ihmistä aktiivisena toimijana, osallistujana yhteisöissä ja yhteiskunnassa (ks. Heikkinen 1987, 1990; Kanaoja 1987). Edellä mainittua ensimmäistä ulottuvuutta voidaan arvioida objektiivisesta tai subjektiivisesta näkökulmasta ja se sisältää tässä suosituksessa mainitut seuraavat osa-alueet: 1) sosiaalinen verkosto (koko, rakenne ja verkoston välinen vuorovaikutus), 2) sosiaalinen eristyneisyys, 3) vuorovaikutussuhteiden koettu laatu (sosiaalinen yhteisyys ja yksinäisyyden tunne) sekä 4) sosiaaliset taidot (sosiaalinen joustavuus ja vuorovaikutusongelmat). Edellä mainittu toinen ulottuvuus (sosiaalinen osallistuminen) käsittää seuraavat osa-alueet: 1) itsenäisesti tehtävät harrastukset sekä 2) kollektiivinen, 3) produktiivinen ja 4) poliittinen osallistuminen.

Sosiaalisen toimintakyvyn mittareita on hyvin vähän, ja olemassa olevista mittareista tarvitaan lisää tietoa. Suosituksessa esitettyjen ulottuvuuksien jo olemassa olevien mittareiden hyödyntämistä tulee tehostaa sekä mittareita tulee kehittää edelleen. Väestötutkimuksiin tarvitaan mittareiden yhdenmukaistamista ja niiden arviointia riittävän suurilla aineistoilla. Mittareiksi tulee valita niitä muuttujia, joilla on ennustearvoa ja arvioida niiden validiteettia ja reliabiliteettia. Sekä objektiivisia että subjektiivisia arvioita tarvitaan. Objektiivisista mittareista erityisesti ystävien ja apua antavien henkilöiden olemassaolo ja ystävien tapaamistiheys näyttävät olevan tärkeitä hyvinvoinnin kannalta. Lisäksi tulee arvioida vuorovaikutussuhteiden laatua. Mittareiden pitäisi ottaa huomioon sosiaalisen verkoston rakenne, dynaamiset piirteet sekä yksilön kokemukset. Sosiaalista osallistumista kuvaavia mittareita tulee edelleen kehittää käyttäen ICF-luokitusta. Harrastuksien osalta näyttää siltä, että yksin tehtävät harrastukset ja vertaisryhmässä tai yhteisössä tapahtuvat harrastukset kannattaa erottaa toisistaan. Yksilötason mittareiden lisäksi tarvitaan tietoa myös yhteisö- ja yhteiskuntatasolta, näiden tarjoamista mahdollisuuksista ja rajoitteista.

Suositus ”Sosiaalisen toimintakyvyn mittaaminen ja arviointi väestötutkimuksissa” on alun perin julkaistu TOIMIA-tietokannassa 26.1.2011 Pirjo Tiikkaisen ja Riitta-Liisa Heikkisen laatimana.

Sisällys

1. Sosiaalinen toimintakyky	1
1.1 Sosiaalisen toimintakyvyn käsite kirjallisuudessa.....	1
1.2 Sosiaalisen toimintakyvyn lähikäsitteitä	1
1.3 Sosiaalinen toimintakyky ICF-viitekehyksessä.....	1
1.4 Sosiaalisen toimintakyvyn käsite – yhteenveto	2
2. Sosiaalisen toimintakyvyn arviointi ja mittaaminen	3
2.1 Sosiaalinen verkosto	4
2.2 Sosiaalinen eristyneisyys	5
2.3 Vuorovaikutussuhteiden koettu laatu	5
2.3.1 Sosiaalinen yhteisyys.....	5
2.3.2 Yksinäisyys.....	6
2.4 Sosiaaliset taidot: sosiaalinen joustavuus ja vuorovaikutusongelmat	8
2.5 Sosiaalinen osallistuminen	8
3. Jatkokehittäminen	10
4. Lähteet	11
Suosituista ovat eri vaiheissa kommentoineet	19

1. Sosiaalinen toimintakyky

1.1 Sosiaalisen toimintakyvyn käsite kirjallisuudessa

Sosiaaliseen toimintakykyyn sisältyy kaksi ulottuvuutta: ihminen vuorovaikutussuhteissaan sekä ihminen aktiivisena toimijana, osallistujana yhteisöissä ja yhteiskunnassa (Heikkinen 1987, 1990; Kanaoja 1987). Sosiaalinen toimintakyky on kykyä toimia välittömissä, läheisissä yksilöiden välisissä suhteissa sekä eri yhteisöissä. Nämä edellyttävät sosiaalisia taitoja, kykyä olla vuorovaikutuksessa ja kykyä toimia (Heikkinen 1990). Yksilö voi saada aikaan ilman toisia ihmisiä tai yhteisöä vähän. Yhteistoiminta ja sen luomat sosiaaliset suhteet ovat vuorovaikutuksen tulosta erilaisten mahdollisuuksien puitteissa. Sosiaalinen toimintakyky vaikuttaa yksilön yhteisölliseen ja yhteiskunnalliseen toimijuuteen. Yhteiskunta määrittelee sosiaalisen toimintakyvyn toimintaympäristöjä. Sosiaalisen toimintakyvyn ongelmat näkyvät vaikeuksina selviytyä arkielämän edellyttämistä tehtävistä tai erilaisina sosiaaliin suhteisiin ja vuorovaikutukseen liittyvinä ongelmina.

Sosiaalista toimintakykyä on tarkasteltu useista näkökulmista käsin, muun muassa yhteiskuntaan sopeutumisenä, rooleista suoriutumisena ja sosiaalisten taitojen hallintana. Sosiaaliseen toimintakykyyn on esitetty sisältyvänäesimerkiksi seuraavia asioita: suhteet omaisiin ja ystäviin, suhteiden sujuvuus ja osallistuminen, harrastukset yksin tai toisten kanssa, yksinäisyys, yhteisyys, omaisten ja läheisten mahdollisuudet osallistua auttamiseen (Helin 2008; STM 2006). Seppänen, Simonen ja Valve (2009) päätyivät teoreettiseen malliin, jossa yhdistyvät sosiaalisen toimintakyvyn kaksi pääulottuvuutta (henkilön sosiaalisten taitojen sekä yhteisöön kuulumisen ja tuen saannin ulottuvuus) ja toimintakyvyn aktuaaliset ja potentiaaliset käyttötilanteet.

1.2 Sosiaalisen toimintakyvyn lähikäsitteitä

Sosiaalinen pääoma. Sosiaalisen pääoman käsite sivuaa sosiaalista toimintakykyä. Käsitteenä sosiaalinen pääoma on monitahoinen ja yhteistä näkemystä sen määritelmästä ei ole (Iisakka 2004). Sosiaalinen pääoma kuvaa paremminkin yhteisön kuin yksilön ominaisuutta. Näin ollen sosiaalinen toimintakyky voisi olla edellytys sosiaaliselle pääomalle. Ruuskasen (2001) mukaan sosiaalinen pääoma jakaantuu 1) lähteisiin, joita ovat mm. sosiaaliset verkostot, normit, vuorovaikutus ja ryhmäidentiteetti, 2) tuotoksiin, joita ovat kanssakäymisen helpottaminen ja valvonnan vähenemisen tarve sekä 3) sosiaalista pääomaa välittäviin mekanismeihin, luottamukseen ja kommunikaatioon. Sosiaalisia verkostoja ja vuorovaikutusta pidetään tärkeänä osana sosiaalista pääomaa.

Toimijuus. Jyrkämä (2008) määrittelee toimintakyvyn toimijuus-käsitteen näkökulmasta yksilön kykyjen ja osaamisten tavoitteelliseksi käytöksi toiminnassa. Toimintakyky ei ole yhtä kuin toimijuus, vaan paremminkin yksi osa toimijuutta. Toimintakyvystä toimijuuteen - näkökulma muuttaa toimintakyvyn potentiaalisesta aktuaaliseen, käytössä olevaan toimintakykyyn sekä objektiivisesta, mitattavasta toimintakyvystä koettuun, arvioituun ja ennakoituun toimintakykyyn. Toimijuus rakentuu seuraavien kuuden modaliteetin eli ulottuvuuden keskinäisestä dynamiikasta: kyetä (ruumiilliset kykenemiset), täytyä (pakot, esteet, rajoitteet), voida (mahdollisuudet, vaihtoehdot), tuntea (tunteet, arviot, arvostukset), haluta (tavoitteet, päämäärät, motivaatiot) ja osata (taidot, tiedot).

Sosiaalinen tuki. Sosiaalinen tuki, jonka käsitteestä ei ole yhtenäistä näkemystä (Bowling 1997), liitetään myös läheisesti sosiaaliseen toimintakykyyn. Sosiaalinen tuki on määritelty mm. sosiaalisista suhteista saatavaksi voimavaraksi (esim. Cohen & Syme 1985) ja vuorovaikutusprosessiksi, jossa emotionaalista, aineellista tai taloudellista apua saadaan sosiaaliselta verkostolta (Bowling 1994). Sosiaalinen tuki nähdään sosiaalisen verkoston alakäsitteenä, joka kattaa verkoston laadullisen näkökulman (O'Reilly 1988). Tuki on dynaamista ja sillä voi olla positiivista tai/ja negatiivista vaikutusta. Vastavuoroinen sosiaalinen tuki kuvaa ihmisten välistä vuorovaikutusta, jossa molemmat osapuolet antavat ja vastaanottavat sosiaalista tukea.

1.3 Sosiaalinen toimintakyky ICF-viitekehyksessä

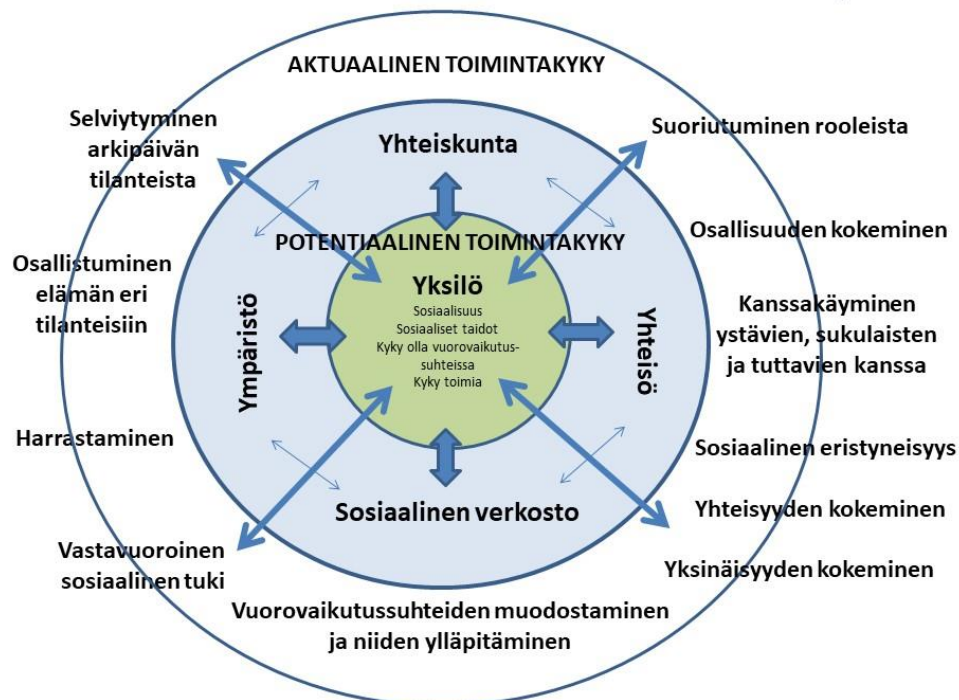
Sosiaalisen toimintakyvyn kuvaaminen ICF:n (International Classification of Functioning, Disability and Health, 2004) viitekehyksessä tuo esille sosiaalisen toimintakyvyn moniulotteisuuden ja sen kiinteän yhteyden ympäris-

töön ja yksilötekijöihin. ICF-luokitus muodostuu toimintakyky ja toimintarajoitteet –osasta sekä kontekstuaaliset tekijät (ympäristö- ja yksilötekijät) -osasta.

Toimintakyky ja toimintarajoitteet koostuvat *ruumis/keho-osa-alueesta* ja *suoritukset ja osallistuminen – osa-alueesta*. Sosiaalisen toimintakyvyn näkökulmasta osa-alue ruumiin/kehon toiminnot sisältävät monia toimintoja, joita tarvitaan sosiaalisessa kanssakäymisessä, muun muassa temperamentti ja persoonallisuustoiminnot sekä aistitoiminnot. Suoritukset ja osallistuminen osa-alueen pääluokista sosiaalista toimintakykyä kuvaavat lähinnä ”Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet” ja ”Yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä”. Yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä – pääluokka kuvaa ihmistä aktiivisena toimijana, johon liittyy mm. harrastukset ja osallistuminen erilaisiin yhteisöihin. Suorituksia ja osallistumista voidaan arvioida suorituskykyä (kyky toteuttaa jokin tehtävä tai toimi vakioidussa ympäristössä) ja suoritustasoa (mitä yksilö tekee nyky-ympäristössä). Suoritustasoa kuvataan osallisuutena elämän tilanteisiin eli ihmisen käytännön kokemuksina omassa elinympäristössään. Kontekstuaaliset tekijät sisältävät yksilön koko elämän ja elämisen taustoineen.

1.4 Sosiaalisen toimintakyvyn käsite – yhteenveto

Sosiaalinen toimintakyky sisältää yksilön ja ympäristön välisen dynaamisen vuorovaikutuskentän tarjoamat mahdollisuudet sekä toimijuuden, joka ilmenee toimintana välittömissä, läheisissä yksilöiden välisissä suhteissa sekä eri yhteisöissä ja yhteiskunnassa. Yhteistoiminta ja sen luomat sosiaaliset suhteet ovat vuorovaikutuksen tulosta erilaisten mahdollisuuksien puitteissa. Potentiaalinen sosiaalinen toimintakyky vaikuttaa yksilön yhteisölliseen ja yhteiskunnalliseen toimijuuteen. Yhteiskunta määrittelee sosiaalisen toimintakyvyn toimintaympäristöjä. Kuviossa 1 on esitetty sosiaalisen toimintakyvyn keskeiset osa-alueet ja niiden keskinäinen vuorovaikutus. Yksilön potentiaalinen sosiaalinen toimintakyky (vrt. ICF suorituskyky) muodostuu keskiössä olevan yksilön (esim. sosiaaliset taidot, temperamentti motiivit, tavoitteet, arvostukset) ja sosiaalisen verkoston, ympäristön (fyysinen ja asennerympäristö), yhteisön ja yhteiskunnan välisessä dynaamisessa vuorovaikutuksessa niiden tarjoamien mahdollisuuksien ja rajoitteiden puitteissa (vrt. ICF edistävät ja rajoittavat tekijät). Aktuaalinen sosiaalinen toimintakyky (vrt. ICF suoritustaso) ilmenee mm. vuorovaikutuksena sosiaalisen verkoston kanssa, rooleista suoriutumisena, sosiaalisena osallistumisena sekä yhteisyyden ja osallisuuden kokemuksina. Yksilö saa jatkuvaa palautetta toiminnastaan. Esimerkiksi osallistuminen ja vuorovaikutus toisten kanssa voi vaikuttaa sosiaalisten taitojen kehittymiseen ja päinvastoin.



KUVIO 1. Sosiaalinen toimintakyky (Tiikkainen 2018)

2. Sosiaalisen toimintakyvyn arviointi ja mittaaminen

Sosiaalisen toimintakyvyn mittaaminen on haasteellista ja se edellyttää monien ulottuvuuksien ottamista tarkasteluun. Väestötutkimuksissa on usein mitattu sosiaalisen toimintakyvyn sijasta sosiaalisen osallistumisen laajuutta ja onnistuneisuutta, minkä pohjalta on päätelty sosiaalisen toimintakyvyn aste (Mäkitalo 2001). Usein on myös käytetty sosiaalista toimintakykyä mahdollisesti kuvaavia liki-indikaattoreita. Sosiaalista toimintakykyä on mitattu mm. sosiaalisena aktiivisuutena (esim. harrastukset), erilaisina sosiaalisen verkoston kuvaajina, kuten verkoston kokona ja kontakteina toisten ihmisten kanssa, sosiaalisena tukena ja yksinäisyytenä. Kyky olla vuorovaikutuksessa edellyttää kognitiivisia ja emotionaalaisia valmiuksia ja vuorovaikutus tapahtuu erilaisten välineiden, kuten esimerkiksi kielen avulla. Yhä enemmän edellytetään myös digitaalista kompetenssia (esim. Mattila 2015), teknisiä valmiuksia ja kykyä olla vuorovaikutuksessa digitaalisissa ympäristöissä ja yhteisöissä. Myös fyysisillä tekijöillä kuten näöllä ja kuulolla on merkitystä. Sosiaaliseen toimintakykyyn vaikuttavat tilanne, ihmisen sisäiset ja ihmisten väliset prosessit. Taulukkoon 1 on koottu väestötutkimuksissa yleisimmin käytettyjä sosiaalisen toimintakyvyn osa-alueita ja niiden mittausmenetelmiä.

TAULUKKO 1. Suosituksessa esitetyt sosiaalisen toimintakyvyn ulottuvuudet ja niiden mittausmenetelmiä.

Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet		
Ulottuvuus	Yksittäiset kysymykset väestötutkimuksissa	Arviointiasteikot
Sosiaalinen verkosto: - koko ja rakenne - verkoston välinen vuorovaikutus	<ul style="list-style-type: none"> sukulaisten/läheisten määrä ystävien olemassaolo luotettavan ihmisen olemassaolo tapaamistiheys saatu sosiaalinen tuki vastavuoroinen tuki 	Lubben's Social Network Scale: (LSNS-6, LSNS-18, LSNS-R): Sosiaalisen verkoston koko, vuorovaikutussuhteiden läheisyys ja kontaktien tiheys (ei ole saatavilla TOIMIA-tietokannassa)
Sosiaalinen eristyneisyys	<ul style="list-style-type: none"> yksin asuminen leskeys läheisen tai luotetun ihmisen olemassaolo kontaktit toisten ihmisten kanssa 	
Vuorovaikutussuhteiden koettu laatu: - koettu yhteisyys - koettu yksinäisyys - koettu sosiaalinen tuki	<ul style="list-style-type: none"> yksinäisyys-kysymys 	Social Provision Scale (SPS) (saatavilla TOIMIA-tietokannassa) UCLA- yksinäisyysasteikko (ei ole saatavilla TOIMIA-tietokannassa)
Sosiaaliset taidot: - sosiaalinen joustavuus - vuorovaikutusongelmat		Battery of Interpersonal Capabilities (BIC) (ei ole saatavilla TOIMIA-tietokannassa) Interpersonal Behavior Problem Statement Scale (IBPSS) (ei ole saatavilla TOIMIA-tietokannassa)
Sosiaalinen osallistuminen		
Harrastukset Kollektiivinen sosiaalinen osallistuminen Produktiivinen sosiaalinen osallistuminen Poliittinen osallistuminen	<ul style="list-style-type: none"> yksin tehtävät harrastukset ryhmässä tehtävät harrastukset vapaaehtoistyö päätöksentekoon osallistuminen 	

Väestötutkimuksissa sosiaalisen toimintakyvyn mittaamisessa voidaan hyödyntää epäsuoria menetelmiä, joiden oletetaan kuvaavan kykyä olla vuorovaikutuksessa, kykyä suoriutua sosiaalisista tilanteista ja kykyä toimia yhteisön ja yhteiskunnan jäsenenä, ja tehdä johtopäätöksiä niiden pohjalta. Seuraavassa esiteltäviä ulottuvuuksia on mitattu väestötutkimuksissa, joskin menetelmät ovat olleet moninaisia.

2.1 Sosiaalinen verkosto

Sosiaalinen verkosto käsittää yksilön olemassa olevat ihmissuhteet, rakenteen ja vuorovaikutuksen. Sosiaalisen verkoston tärkeys näkyy siinä, miten se tyydyttää tai pystyy vastaamaan ihmisen odotuksiin ja tarpeisiin. Sosiaalisten kontaktien kautta yksilö ylläpitää sosiaalista identiteettiään, saa emotionaalista tukea, aineellista apua, tietoa ja uusia kontakteja.

Sosiaalisen verkoston ja tuen- sekä sosiaalisen eristyneisyyden ja yksinäisyyden -mittarien käytössä on ollut ongelmia mm. käsite-epäselvyyksien vuoksi. Käsitteiden operationalisointi on vaihtelevaa, joten mittareiden erojen ja päällekkäisyyksien vertailu on vaikeaa. (Valtorta ym. 2016a.) Lisäksi mittareiden validiteettia ja reliabiliteettia on testattu niukasti. Ei ole yhtä mittaria, joka kattaa kaikki sosiaalisen verkoston piirteet (Bowling 1997). Tutkimuksissa on lähinnä tarkasteltu kolmea keskeistä tekijää sosiaalisista suhteista:

- 1) miten integroituminen sosiaaliseen yhteisöön onnistuu (sosiaalisen verkoston rakenne),
- 2) tukea antavan sosiaalisen verkoston välinen vuorovaikutus (esim. saatu sosiaalinen tuki) ja
- 3) yksilön odotukset ja kokemukset saatavilla olevasta tuesta (esim. koettu sosiaalinen tuki) (Cohen ym. 2000).

Sosiaalisen verkoston objektiivisten ja subjektiivisten mittareiden on todettu korreloivan heikosti toistensa kanssa, ja niillä mitattujen sosiaalisen verkoston osa-alueiden vaikuttavan itsenäisesti terveyteen (mm. Cacioppo ym. 2006). Holt-Lunstadin ja kumppaneiden (2015) meta-analyysin mukaan tarvitaan moniulotteisia ja monenlaisia sosiaalisen verkoston arviointimenetelmiä yksittäisten kysymysten sijaan.

Sosiaalista verkostoa kuvaavien muuttujien ennustearvoa on tutkittu yhä enenevässä määrin. Mm. Berkman ja Symen (1979) rakentama The Social Network Index (sosiaalisten suhteiden määrä ja niiden tärkeys) ennusti kuolemanriskiä. Seeman ym. (1987) tutkimuksessa yli 60-vuotialla kontaktit läheisten ystävien ja sukulaisten kanssa sekä nuorilla naimisissa olo vähensivät kuoleman riskiä. Blazerin (1982) tutkimuksessa vähäinen sosiaalinen tuki ja vuorovaikutuksen puute lasten ja sisarusten kanssa lisäsivät iäkkäiden kuoleman riskiä. Riski sairastua dementiaan on tullut esille useissa tutkimuksissa lähinnä puutteellisiksi koettujen vuorovaikutussuhteiden osalta (mm. Fratiglioni ym. 2000; Kuiper ym. 2015; Sundström ym. 2016; Khondoker ym. 2017). Sosiaalisen verkoston koolla voi olla merkitys terveyskäyttäytymisen kannalta; pienempi sosiaalinen verkosto ennusti terveyttä vaarantavaa käyttäytymistä (Kauppi ym. 2017).

Iäkkäillä ihmisillä leskeys, yksin asuminen (negatiivinen yhteys) erityisesti miehillä, ystävien määrä ja tapaamistiheys ovat yhteydessä hyvinvointiin. Erityisesti ystävien tapaamistiheydellä näyttää oleva ennustavaa merkitystä parempaan koettuun yhteisyyteen (Tiikkainen 2006). Sosiaalisen tuen puute on liitetty lisääntyneeseen kuolemanriskiin, heikentyneeseen sairauksista toipumiseen ja heikkoon psyykkiseen terveyteen (Bowling 1997). Berkmanin ym. (2002) kehittämän käsitteellisen mallin mukaan sosiaalinen verkosto vaikuttaa terveyteen erilaisien polkujen kautta, kuten tuottamalla sosiaalista tukea, antamalla sosiaalisia vaikutteita, mahdollistamalla sosiaalista sitoutumista, osallistumista ja henkilökohtaisia kontakteja sekä tarjoamalla voimavaroja ja aineellista hyötyä. Nämä psykososiaaliset ja käyttäytymiseen liittyvät prosessit vaikuttavat edelleen terveyteen fysiologisten ja psykologisten mekanismien ja terveyskäyttäytymisen kautta.

Väestötutkimuksissa on käytetty erilaisia sosiaalisen verkoston kuvaajia, kuten verkoston kokoa (verkostoon kuuluvien jäsenten lukumäärä), verkoston tiheyttä (kuinka jäsenet ovat yhteydessä toisiinsa), suhteiden läheisyyttä (esim. sukulainen, ystävä, naapuri), homogeenisuutta (kuinka samanlaisia jäsenet ovat toisiinsa nähden), kontaktien tiheyttä ja laatua, ihmissuhteiden kestoa, vuorovaikutuksen suuntaa (vastavuoroisuus tai yksisuuntaisuus), funktionaalisia ominaisuuksia (mitä merkitystä toiminnalla on), yhteydenpitoa ystäviin ja sukulaisiin sekä auttavan henkilön olemassaoloa (esim. Elinolotutkimus, Vapaa-aikatutkimus, ISSP 2001, Ikivihreät-projekti, Vanhusbarometri 1998).

2.2 Sosiaalinen eristyneisyys

Sosiaalisesti eristyneellä ihmisellä kontaktit puuttuvat kokonaan tai ovat heikot. Sosiaalisen eristyneisyyden (social isolation) vastakohtaksi on määritetty muun muassa sosiaalinen osallistuminen. Sosiaalinen eristyneisyys voidaan havaita objektiivisesti ja sitä voidaan mitata määrällisesti (De Jong Gierveld & Havens 2004). Sosiaalisen eristäytyneisyyden on todettu lisäävän sydän- ja verisuonisairauksiin sairastumisen (Valtorta ym. 2016b) ja ennenaikaisen kuoleman riskiä (Holt-Lunstad ym. 2015) sekä ennustavan kognitiivisen toimintakyvyn laskua (Shankar ym. 2013).

Sosiaalista eristyneisyyttä on mitattu läheisen tai luotetun ihmisen puuttumisena, vähäisinä kontakteina toisten ihmisten kanssa ja yksin asumisena. Sosiaalisen eristyneisyyden arviointiasteikkona on käytetty Lubbenin (1988) sosiaalisen verkoston mittaria (Lubben's Social Network Scale, LSNS 1988 ja LSNS-R 2002). Sillä mitataan sosiaalista eristyneisyyttä perheeltä ja ystävilta saadun koetun sosiaalisen tuen kautta. Mittari on kehitetty vuonna 1988 ja sitä on muokattu vuonna 2002 (LSNS-R). Lubben Social Network Scale:stä on olemassa kolme eripituista versiota, joissa on kysymyksiä 6 (LSNS-6), 18 (LSNS-18) tai 12 (LSNS-R) kappaletta. Nämä kaikki versiot on käännetty myös suomeksi, mutta käännettujen lomakkeiden jakamisesta ei vastaa tällä hetkellä mikään tahon. Kysymykset koskevat sosiaalisen verkoston kokoa, vuorovaikutussuhteiden läheisyyttä ja kontaktien tiheyttä. Mittari soveltuu sekä kliiniseen että väestötutkimuskäyttöön. Asteikkoa on käytetty lähinnä iäkkäällä väestöllä. (<http://www.bc.edu/schools/gssw/lubben.html>.)

Suomalaisilla työikäisillä Lubben Social Network Scale -mittaria on testattu 10-osioisena (Törmäkangas ym. 2003; Ilmarinen 1999). Kyseisen tutkimuksen mukaan mittarin reliabiliteettia heikensi toisten auttamista kuvaavat kaksi osiota. Mittaria on käytetty myös Vanhustyön keskusliiton geriatrisen kuntoutuksen projektissa 10-osioisena, mutta sitä ei suositella käytettäväksi. Kanen (1995) mukaan mittarin kolme kysymystä 1) auttavan henkilön olemassaolo, 2) sukulaisten ja 3) ystävien tapaaminen erottelevat sosiaalisen eristyneisyyden. Sosiaalista verkostoa ja toimintaa kuvaavia osiota sisältyy myös joihinkin elämänlaatumittareihin, esim. RAND-36 (Aalto, Aro & Teperi 1999) tai WHOQOL-BREF (Huusko ym. 2006). Sosiaalisen verkoston ja eristyneisyyden mittaamisessa kannattaa arvioida ainakin ystävien ja sellaisten henkilöiden, joilta saa apua sitä tarvitessaan, olemassa oloa sekä ystävien tapaamistiheyttä. Lubbenin revisoitu mittari sisältää näitä asioita, joten sen testaaminen suomalaisella väestöllä on perusteltua.

2.3 Vuorovaikutussuhteiden koettu laatu

2.3.1 Sosiaalinen yhteisyys

Yhteisyys kuvaa vuorovaikutussuhteisiin liittyvää myönteistä kokemusta. Käsite pohjaa Weissin (1974) teoriaan (The theoretical model of the provisions of social relationships), jonka mukaan vuorovaikutussuhteisiin liittyy erilaisia odotuksia ja tarpeita. Jos odotukset eivät täyty, ihminen kokee yksinäisyyttä. Weissin mukaan tarvitaan kuusi erilaista yhteisyyden ulottuvuutta:

- 1) neuvojen, ohjauksen ja tiedonsaannin mahdollisuus (guidance),
- 2) luotettavan ystävän ja liittolaisen olemassaolo, jonka puoleen voi kääntyä (reliable alliance),
- 3) tunne siitä, että muut arvostavat (reassurance of worth),
- 4) mahdollisuus antaa hoivaa eli tunne siitä, että voi kantaa vastuuta toisen hyvinvoinnista (nurturance),
- 5) läheisyyden, kiintymyksen ja rakkauden tarve (attachment),
- 6) sosiaalinen liittyminen, tunne kuulumisesta ryhmään, yhteisöön, yhteiskuntaan (integration).

Sosiaalinen toiminta luo yhteisyyttä edellyttäen samalla sosiaalisia taitoja (Heikkinen 1987; Heikkinen ym. 1992). Sosiaalisen yhteisyyden käsitettä on käytetty Suomessa Iki-vihreät-projektissa ja HyväMieli-projektissa, joissa sitä on mitattu Cutronan ja Russellin vuonna 1987 kehittämällä Social Provision Scale (SPS) -itsearviointiasteikolla (Tiikkainen ym. 2004; Tiikkainen & Heikkinen 2005; Tiikkainen ym. 2008; Pynnönen ym. 2016; Pynnönen ym. 2017).

SPS:lla on mitattu myös yksinäisyyttä (Bondevik & Skogstad 1996; 1998; Drageset 2004), koettua sosiaalista

tukea (Russell & Curtone 1991; Khan ym. 2003) ja subjektiivista arviota vuorovaikutussuhteista (Russell 1996). Mittari korreloi negatiivisesti yksinäisyyden mittareiden kanssa (Russell ym. 1984; Vaux 1988; Kraus ym. 1993; Kahn ym. 2003). Mittari sopii myös hyvin sosiaalisen yksinäisyyden arviointiin. Tutkimustulokset osoittavat, että SPS-asteikko ilmentää myös objektiivisesti todettavaa sosiaalista eristyneisyyttä. (Tiikkainen 2006.) Matalamat SPS:n keskiarvot ennustavat yksinäisyyttä (DiTommaso & Spinner 1997), vähäisempää elämänlaatua (HRQOL) (Drageset ym. 2009) ja vähäisempää koherenssin tunnetta (SOC) (Langeland 2009), yksinäisyyttä ja heikompa psykistä hyvinvointia (Perera 2016) sekä lisääntynyttä kuolemanriskiä (Lyyra & Heikkinen 2006). Mittarin ulottuvuudet toimivat myös interventioissa muutosta osoittamassa (Brown ym. 2004). Mittarin ulottuvuuksien on todettu olevan yhteydessä moniin terveyteen ja toimintakykyyn liittyviin tekijöihin.

SPS on 24-osioinen itsearviointiasteikko, joka koostuu yhteisyyden kuudesta ulottuvuudesta, kustakin kaksi myönteistä ja kaksi kielteistä väittämää. Asteikko vaihtelee 24 ja 96 pisteen välillä suuremman pistemäärän osoittaessa enemmän koettua yhteisyyttä. Mittarin psykometrisiä ominaisuuksia on tutkittu melko runsaasti kansainvälisesti erilaisilla väestöryhmillä. Suomalaiseen väestöön kohdistuvaa tutkimusta on jonkin verran ikääntyneellä väestöllä (Ikävihreät-projekti) ja ikääntyvillä työntekijöillä (Törmäkangas ym.1999). Mittarin validiteetti ja reliabiliteetti on todettu hyväksi, mutta mittaria ja sen käyttökelpoisuutta tulee arvioida laajemmilla suomalaisilla aineistoilla. SPS perustuu teoriaan, sillä on hyvät psykometriset ominaisuudet, se sisältää helposti vastattavia kysymyksiä ja on suhteellisen lyhyt (Hunter ym. 2003). Mittaria näyttäisi olevan hyödyllisempää käyttää kuusiulotteisena kuin yhtenä indikaattorina, koska ulottuvuuksilla näyttää olevan eri ikäryhmillä erilaista ennustevaliditeettia. Ikääntyneelle väestölle saattaa soveltua SPS:sta kuusiulotteinen faktorirakenne paremmin kuin yksiulotteinen (Tiikkainen ym. 2004). Mittarin toimivuutta voisi testata myös siten, että se sisältää yhden kysymyksen kuudesta eri ulottuvuudesta, vaikka alkuperäisen mittarin reliabiliteetin parantamiseksi mittaria revisoitiin lisäämällä siihen muuttujia. SPS-mittari kattaa olemassa olevat vuorovaikutussuhteet sekä yksilön kokemukset niiden toimivuudesta.

Alkuperäisestä englanninkielisestä SPS-asteikosta on tehty 1996 ranskankielinen versio (ÉPS) ja siitä lyhennetty versio ÉPS-10 sekä englanninkielisestä SPS-asteikosta lyhennetty versio SPS-10 (Caron 1996; 2013). Kuudesta ulottuvuudesta poistettiin hoivaaminen (opportunity of nurturance) ja muista ulottuvuuksista jätettiin negatiiviset väittämät pois. ÉPS-10 -asteikko sisältää kustakin alkuperäisen SPS-asteikon viidestä ulottuvuudesta kaksi positiivista väittämää. Hoivaamisen ulottuvuus jätettiin pois, koska se kuvastaa paremmin henkilön toisille antamaa tukea, kun taas muut ulottuvuudet kuvastavat saatua tukea. ÉPS-10 psykometriset ominaisuudet todettiin erinomaisiksi mittaamaan sosiaalisen tuen saatavuutta alkuperäistä mittaria lyhyemmässä ajassa. Mittari soveltuu erinomaisesti väestötutkimuksiin. (Caron 2013.)

SPS-asteikosta on tehty myös italiantielinen versio, joka poikkeaa ranskankielisestä lyhennetystä versioista siten, että ainoastaan negatiiviset väittämät on otettu mukaan (Iapichino ym. 2016). Asteikolla mitattiin koetun sosiaalisen tuen puutetta. Negatiivisten kysymysten asteikko käännetään toisinpäin niin, että suurempi pistemäärä osoittaa enemmän koettua sosiaalista tukea. SPS-10 -mittarin psykometriset ominaisuudet todettiin erinomaisiksi (Iapichino ym. 2016).

2.3.2 Yksinäisyys

Yksinäisyys ilmiönä sisältää sekä psykisiä että sosiaalisia ulottuvuuksia. Yksinäisyys on hyvin monimuotoista ja sen syntyyn vaikuttavat moninaiset tekijät, kuten vaikeudet solmia tai ylläpitää vuorovaikutussuhteita, ihmissuhteiden menetykset, ihmissuhteisiin liittyvien omien odotusten ja todellisuuden välinen ero sekä erilaiset ympäristöön ja tilanteisiin liittyvät tekijät. Yksinäisyydestä on olemassa useita teorioita, jotka eroavat toisistaan lähinnä siinä, miten ja miksi puutteet sosiaalisissa suhteissa johtavat yksinäisyyden kokemukseen. Useimpien teorioiden mukaan yksinäisyys nähdään subjektiivisena ja kielteisenä kokemuksena, joka liittyy puutteelliseksi koettuihin vuorovaikutussuhteisiin (Peplau & Perlman 1982). Yksinäisyyden kokemukseen vaikuttavat sekä luonteenpiirteet että tilannetekijät (Weiss 1973). Yksinäisyys voi ilmetä emotionaalisenä ja sosiaalisena yksinäisyytenä. Emotionaalisen yksinäisyyden kokemus syntyy läheisen ja kiintymystä tuottavan suhteen, kiintymys-hahmon puuttumisesta. Sosiaalinen yksinäisyys on tulosta epäonnistuneeksi koetusta liittymisestä (integration) sosiaaliseen yhteisöön.

Yksinäisyys tulee erottaa käsitteellisesti sosiaalisesta eristyneisyydestä, jota voidaan mitata objektiivisilla mitta-

reilla, kun taas yksinäisyyttä voi arvioida vain ihminen itse. (Tiikkainen 2006.) Eristyneisyys kuvaa paremminkin ympäristöön liittyviä mahdollisuuksia tai rajoitteita kuin yksilön kykyä luoda tai ylläpitää vuorovaikutussuhteita. Yksinolo eroaa myös yksinäisyydestä; ihminen voi olla yksin kokematta yksinäisyyttä ja toisaalta olla suuressa joukossa ja kokea silti yksinäisyyttä. Tällöin ihmisten välille ei ole muodostunut sosiaaliseen vuorovaikutukseen liittyvää yhteyttä. Yksinäisyyttä voidaan mitata yksi- ja moniulotteisena ilmiönä (Russell 1982; Marangoni & Ickes 1989). Yksiuulotteisista mittareista yksinäisyyden mittaamiseen soveltuvat yksittäinen yksinäisyyttä kartoittava kysymys ja UCLA-yksinäisyysasteikko. Moniulotteisista mittareista on käytetyin De Jong Gierveldin (1987) kehittämä asteikko, jota ei ole käytetty suomalaisissa tutkimuksissa.

Yksittäinen kysymys yksinäisyydestä:

[Yksittäistä kysymystä yksinäisyydestä](#) on käytetty lukuisissa kansainvälisissä ja kansallisissa väestötutkimuksissa (esim. Jyväskylän yliopiston Ikivihreät-projekti 1988-2004, Tilastokeskuksen Elinolotutkimus ELO94, Tampereen yliopiston TamELSA-projekti, Vanhus-barometri 1998, Vanhustyön keskusliiton geriatrisen kuntoutuksen projekti (Routasalo ym. 2003) sekä THL:n toteuttamat Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut HYPÄ, Terveys2011, Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus ATH), joskin kysymyksen muoto on vaihdellut. Kysymys on esitetty mm. seuraavissa muodoissa: ”*tunneteko tai koetteko itsenne yksinäiseksi*” tai ”*kärsittekö yksinäisyydestä*”. Viimeinen vaihtoehto kuvaa parhaiten yksinäisyyden negatiivista puolta ja sillä on hyvä ennustevaliditeetti (Tilvis ym. 2000; Pitkälä ym. 2003).

Yksinäisyys yksittäisellä kysymyksellä mitattuna ennustaa mm. masennuksen syntyä, lisää ennenaikaisia kuolemia, itsemurhia (Peplau & Perlman 1982), lisääntyneitä kuolleisuutta (Penninx ym. 1997; Tilvis ym. 2000; Tilvis ym. 2011), riskiä sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin (Valtorta ym. 2016b), lisääntyneitä terveyspalvelujen käyttöä (Geller ym. 1999), laitoshoitoon joutumista (Russell ym. 1997; Tilvis ym. 2000) ja muistin heikkenemistä (Tilvis ym. 2000). THL:n ATH-aineiston 2013 analyysissä yksinäisyyden todettiin olevan vahvasti yhteydessä masennukseen; yksinäisillä oli myös enemmän itsemurha-ajatuksia kuin ei yksinäisyyttä kokevilla (Murto ym. 2015).

Yksittäisellä kysymyksellä on todettu olevan hyvä sisältövaliditeetti (Bowling 1997). Kysymys on selkeä, ymmärrettävä ja se mittaa melko hyvin yksinäisyyden kokemusta (Fees ym. 1999; Victor ym. 2009). Lisäksi sitä on helppo käyttää (Victor ym. 2009). Yksinäisyyden tunnetta selvittäväällä kysymyksellä saadaan esille vuorovaikutussuhteiden laatua kuvaavat ulottuvuudet, kuten odotukset ja tyytyväisyys vuorovaikutussuhteisiin (esim. Routasalo ym. 2006). Kun yksinäisyydestä kysytään suoraan, tulosten on nähty perustuvan ihmisen omaan arvioon yksinäisyydestään. Samalla yksinäisyys saa erilaisia näkökulmia ja merkityksiä. (Victor ym. 2005.) Toisaalta yksinäisyyden kokemuksen luonne ja yksinäisyys-käsite saattavat vaihdella eri ihmisten välillä. Yksittäinen kysymys ei myöskään erottele yksinäisyyden syitä, liittyykö yksinäisyys eri elämän tilanteisiin vai yksilötekijöihin. (Luanaigh & Lawlor 2008.)

Kysymys soveltuu paremmin kyselytutkimuksiin kuin haastatteluun, koska ihmisten voi olla vaikeaa myöntää yksinäisyyttään toisille ihmisille. Kysymys korreloi voimakkaammin emotionaalisen kuin sosiaalisen yksinäisyyden kanssa (Van Baarsen ym. 2001; Routasalo ym. 2006). Väestötutkimuksissa asteikko on vaihdellut, jonka vuoksi tulisi sopia kysymyksen muodon lisäksi yhtenäinen asteikko, esim. ”*Kärsittekö yksinäisyydestä?*” 0=en koskaan, 1= harvoin, 2= melko usein, 3= usein, 4=jatkuvasti. Yksinäisyysasteikkojen ohella yksittäiselle yksinäisyys-kysymykselle on tarvetta monipuolisesti hyvinvointia ja terveyttä kartoittavissa tutkimuksissa (Saari 2016).

UCLA- yksinäisyysasteikko:

Asteikko on kehitetty arvioimaan subjektiivista kokemusta sosiaalisesta eristyneisyydestä. Ensimmäinen versio kehitettiin vuonna 1978 (Russell, Peplau, & Ferguson; Russell ym. 1980) ja viimeisin on Russellin 1996 muokkaama versio 3. Mittari kehitettiin alun perin yliopisto-opiskelijoille, mutta sitä on käytetty melko paljon myös muilla ikäryhmillä. Versio 3:n psykometrisiä ominaisuuksia on arvioitu opiskelija-, sairaanhoitaja-, opettaja- ja ikäntyneiden ryhmillä. Mittarin kehittäjien tarkoituksena on ollut rakentaa yksiuulotteinen mittari, mutta myöhemmin sen on todettu jakaantuvan rakenteeltaan kaksi- tai kolmefaktoriseksi. Mittari sisältää 20 neljälukuista väittämää. Mittarin validiteetin arvioinnista löytyy melko paljon kirjallisuutta, joskin Bowling (1997) näkee yksinäisyysasteikkojen validiteetin arvioinnin hankalaksi käsitteen subjektiivisen luonteen vuoksi. UCLA-asteikosta on myös kehitetty kolme kysymystä sisältävä versio, jonka psykometriset ominaisuudet on todettu hyväksi (Hughes ym.

2004; Luo ym. 2012).

Yksinäisyyden, mitattuna UCLA-yksinäisyysasteikolla, on todettu ennustavan erilaisia fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen liittyviä tekijöitä (Russell 1996). Vastaavia tuloksia on havaittu myös suomalaisessa väestössä, jossa yksinäisyyden todettiin ennustavan lisäksi taloudellisia ongelmia sekä päihteiden väärinkäyttöä ja syömishäiriöitä (Junttila ym. 2015). Suomessa UCLA-asteikkoa on käytetty useissa tutkimuksissa, mm. Ikivihreät-projektissa kartoittamaan yli 75-vuotiaiden yksinäisyyden kokemuksia ja Vanhustyön keskusliiton geriatriksen kuntoutuksen projektissa ikääntyvillä työntekijöillä (Törmäkangas ym. 2003) ja nuorilla (esim. Laine 1989 ja 1990). Helsingin Sanomien lukijoille (n=17258, 30-60-vuotiaat) vuonna 2014 kohdennetussa yksinäisyystutkimuksessa käytettiin 10 kysymystä käsittävää UCLA-asteikkoa mittaamaan emotionaalista ja sosiaalista yksinäisyyttä. Asteikon molemmat ulottuvuudet korreloivat yksittäisen kysymyksen ”*Oletko yksinäinen?*” vastauksen ”*Olen usein yksinäinen*” kanssa ($r=.539$ - $.539$). Emotionaalinen yksinäisyys -ulottuvuus korreloi voimakkaimmin kysymykseen ”*Oletko tyytyväinen ihmissuhteisiisi?*” ($r=.616$). (Junttila ym. 2015; Junttila 2016.)

2.4 Sosiaaliset taidot: sosiaalinen joustavuus ja vuorovaikutusongelmat

Sosiaalisia taitoja on tutkittu niukasti sosiaalista toimintakykyä tutkittaessa. Ihmissuhteet edellyttävät osana sosiaalista toimintakykyä erilaisia sosiaalisia taitoja. Heikkisen (1991) mukaan ihmisen minä on sosiaalisen toiminnan perusta, jolloin ihminen omaa tietyn käsityksen itsestään suhteessa muihin sekä tietyn itsensä ilmaisun- ja käyttäytymistavan. Ikivihreät-projektissa on arvioitu sopeutumista erilaisiin vuorovaikutustilanteisiin eli sosiaalista joustavuutta BIC-asteikolla (Battery of Interpersonal Capabilities, Paulhus & Martin 1987). Asteikon laatijat ehdottavat käytettäväksi käsitettä toiminnallinen joustavuus. Itsearviointiasteikolla mitataan sosiaalisesti toivottavia ja ei-toivottavia piirteitä. Vastauksilla pyritään tavoittamaan ihmisten kykyä sovittaa käyttäytymistään tilanteen vaatimalla tavalla. BIC koostuu 16 väittämästä, joihin vastataan 7-luokkaisella Likert-tyyppisellä asteikolla. Mitä suurempi pistemäärä, sitä enemmän katsotaan ihmisen omaavan sosiaalista joustavuutta.

Vuorovaikutusongelmien arviointiasteikko IBPSS (Interpersonal Behavior Problem Statement Scale, Horowitz, French & Anderson 1982; Ilmarinen 1999) perustuu itsearviointiin. Mittari kohdistuu aggressiivisuuteen, läheisyyteen, riippumattomuuteen, sosiaalisuuteen ja myöntävyyteen suhteessa kanssaihmiin. Mittari koostuu 24 väittämästä, joissa vastaaja arvioi 4-luokkaisella asteikolla, kuinka usein hänellä esiintyy kyseistä käyttäytymistä vuorovaikutuksessa toisten kanssa. BIC- ja IBPSS-mittareita on arvioitu Törmäkankaan ja kumppaneiden (2003) artikkelissa.

2.5 Sosiaalinen osallistuminen

Sosiaalista osallistumista on määritelty eri tutkimuksissa eri tavoin. Sen mittaaminen on kohdistunut useimmiten harrastuksiin ja eri tilaisuuksiin osallistumiseen, järjestöihin kuulumiseen ja toisten auttamiseen. Sosiaalista osallistumista on mitattu mm. sosiaalisina ja produktiivisina toimintoina (Glass ym. 1999), jolloin sosiaalinen toiminta on ymmärretty lähinnä harrastuksiin ja erilaisiin tilaisuuksiin osallistumisena ja produktiivinen toiminta vapaaehtoistoimintana tai toisten auttamisena.

Bukov ym. (2002) jakavat sosiaalisen osallistumisen kollektiiviseen, produktiiviseen ja poliittiseen osallistumiseen. *Kollektiivisessä sosiaalisessa osallistumisessa* ihmiset jakavat aikaansa toistensa kanssa ja tekevät erilaisia asioita yhdessä. *Produktiivisessä sosiaalisessa osallistumisessa* ihmiset antavat aikaansa ja käyttävät osaamistaan toisten hyödyksi tai yhteiseksi hyväksi. *Poliittinen osallistuminen* sisältää edellisten lisäksi päätöksentekoon osallistumisen yhteisistä asioista.

Sosiaalisen pääoman yhteydessä puhutaan sosiaalisten verkostojen syvyydestä, jolla viitataan ihmisten väliseen kanssakäymiseen, erilaisissa yhteiskunnallisissa tapahtumissa ja kulttuuritilaisuuksissa käymistä. Käytännössä sosiaaliset verkostot ja niiden syvyys ovat ymmärrettävissä syrjäytymisen vastakohtaksi. Sosiaalisen pääoman tutkimuksissa sosiaalisten verkostojen syvyyttä kuvaavia kysymyksiä ovat esimerkiksi teatterissa, ravintolassa, kirjastossa ja urheilutapahtumissa käyminen, ystävien tapaaminen tai heidän luonaan käyminen (Iisakka 2004.)

ICF-luokituksessa sosiaalinen osallistuminen jaetaan neljään luokkaan:

- 1) yhteisöllinen elämä (osallistuminen yhteisöllisen, sosiaalisen elämän kaikkiin muotoihin, epäviralliset ja viralliset yhdistykset, juhlallisuudet),
- 2) virkistäytyminen ja vapaa-aika (peli ja leikki, urheilu, taiteet ja kulttuuri, taide- ja käsityöt, harrastukset),
- 3) uskonto ja hengellisyys (osallistuminen järjestettyihin uskonnollisiin toimintoihin ja tapahtumiin sekä hengelliseen toimintaan) ja
- 4) poliittinen toiminta ja kansalaisuus (osallistuminen sosiaaliseen, poliittiseen ja yhteiskunnalliseen elämään kansalaisena).

Sosiaalisen osallistumisen on todettu edistävän kognitiivista kyvykkyyttä (Glei ym. 2005, Krueger ym. 2009, Pitkälä ym. 2011) sekä vähentävän dementiaan sairastumisen (Wang ym. 2002, Verghese ym. 2003), masennusoireiden ilmaantumisen (Glass ym. 2006, Min ym. 2016) ja toiminnanvajauksien kehittymisen riskiä (Avlund ym. 2004). Aktiivisempi osallistuminen sosiaalisissa konteksteissa tapahtuviin harrastuksiin (Glass ym. 1999, Walter-Ginzburg ym. 2002, Pynnönen ym. 2012) sekä toisten auttamiseen (Brown ym. 2003, Han ym. 2017) ja vapaaehtoistyöhön (Harris & Thorensen 2005, Han ym. 2017) vähentää kuolemanvaaraa. Sosiaalinen osallistuminen saattaa pienentää myös pitkäaikaiseen laitoshoitoon sijoittumisen riskiä (Pynnönen ym. 2012).

Suomalaisissa väestötutkimuksissa (esim. Vapaa-aikatutkimus, Elinolotutkimus, Ajankäyttö-tutkimus, Terveys 2000 -tutkimukset aikuisille ja nuorille, Ikivihreät- projekti, EVTEK, Nuorten vapaa-aikatutkimus 2009) sosiaalista osallistumista on selvitetty kysymällä, millaisia asioita ja kuinka usein henkilö harrastaa. Osallistumista on luokiteltu mm. seuraavasti:

- yksin tehtävät harrastukset (käsityöt, kirjoittaminen, lukeminen, soittaminen jne.),
- ryhmässä tehtävät harrastukset,
- kulttuuritilaisuuksiin osallistuminen,
- uskonnollinen ja poliittinen toiminta sekä
- jäsenyys järjestöissä.

Liikuntaharrastusta kysytään usein erillisenä tai liikunta ja ulkoilu on yhdistetty (esimerkiksi hyötyliikunta). Lisäksi on kysytty median (TV, radio, lehdet) sekä tietotekniikan käyttöä. Erityisesti internetin käyttö sosiaalisen osallistumisen välineenä tulisi sisältyä väestötutkimuksiin. Produktiivista aktiivisuutta on selvitetty kysymyksellä keitä auttaa säännöllisesti ja kuinka usein sekä osallistumisena vapaaehtoistoimintaan (esim. TERVEYS 2000, Ikivihreät- projekti, Elinolotutkimus, Ajankäyttötutkimus, ISSP 2001).

3. Jatkokehittäminen

Sosiaalisen toimintakyvyn mittareita tulee kehittää edelleen suosituksessa esitettyjen ulottuvuuksien osalta. Sosiaalista toimintakykyä arvioitaessa tarvitaan erilaisia mittareita, koska eri ulottuvuuksilla voi olla erilainen merkitys terveyteen ja hyvinvointiin (mm. Cohen 2004; Holt-Lunstad ym. 2015).

Väestötutkimuksiin tarvitaan mittareiden yhdenmukaistamista ja niiden arviointia riittävän suurilla aineistoilla. Yksittäisistä kysymyksistä mittareiksi tulee valita niitä muuttujia, joilla on todettu olevan ennustearvoa ja niiden validiteettia ja reliabiliteettia on arvioitu. Jos näiden yksittäisten kysymysten psykometrisia ominaisuuksia ei ole arvioitu, niin niitä pitäisi arvioida ennen käyttöä. Sosiaalista verkostoa kuvaavista mittareista Lubbenin 6- tai 12-osioisen itsearviointiasteikon testaaminen suomalaisella väestöllä on perusteltua. Social Provision Scale -asteikon lyhennetty SPS-10 -versio voi toimia väestötutkimuksissa paremmin kuin 24-kysymyksinen asteikko. Erityisesti ystävien ja apua antavien henkilöiden olemassaolo ja ystävien tapaamistiheys näyttävät olevan tärkeitä hyvinvoinnin kannalta. Tutkimukset osoittavat, että objektiiviset sekä subjektiiviset arviot sosiaalisesta verkostosta ja vuorovaikutussuhteista ovat tarpeen. Objektiiviset mittarit antavat vähän informaatiota siitä, ovatko suhteet negatiivisia ja stressaavia, jonka vuoksi tulee arvioida myös vuorovaikutussuhteiden laatua esim. tyytyväisyytenä ja koettuna läheisyytenä suhteissa, koettuna sosiaalisena tukena ja yhteisyytenä sekä yksinäisyyden kokemuksina. Mittareiden pitäisi ottaa huomioon sosiaalisen verkoston rakenne, dynaamiset piirteet sekä yksilön kokemukset.

Suosituksessa esitellyistä mittareista ei ole olemassa yleisesti hyväksytyjä väestön viitearvoja. Toisaalta voidaan pohtia, onko viitearvojen määrittely sosiaalisen toimintakyvyn kohdalla järkevää. Sosiaalista osallistumista kuvaavia mittareita tulee edelleen kehittää käyttäen ICF:n luokitusta (ks. myös Berkman ym. 2000). Harrastuksien osalta näyttää siltä, että yksin tehdyt harrastukset (esim. lukeminen, musiikin kuuntelu, käsityöt) ja vertaisryhmässä, yhteisössä tapahtuvat harrastukset kannattaa erottaa toisistaan.

4. Lähteet

- Aalto A-M, Aro A, Teperi J. 1999. RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina. Mittarin luotettavuus ja suomalaiset väestöarvot. STAKES tutkimuksia 101, Helsinki.
- Avlund K, Lund R., Holstein B, Due P, Sakari-Rantala R, Heikkinen R-L. 2004. The impact of structural and functional characteristics of social relations as determinants of functional decline. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 59, S44–S51.
- Berkman LF, Syme SL. 1979. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186–204.
- Berkman L, Glass T, Brissette I, Seeman T. 2000. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine* 51, 843–857.
- Blazer DG. 1982. Social support and mortality in an elderly community population. *American Journal of Epidemiology*, 115, 684–694.
- Bondevik M, Skogstad A. 1996. Loneliness among the oldest old, a comparison between residents living in nursing homes and residents living in the community. *International Journal of Aging and Human Development* 43, 181–197.
- Bondevik M, Skogstad A. 1998. The oldest old, ADL, social network, and loneliness. *Western Journal of Nursing Research* 20(3), 325–343.
- Bowling A. 1994. Social networks and social support among older people and implications for emotional well-being and psychiatric morbidity. *International Review of psychiatry*, 6(1), 41-58.
- Bowling A. 1997. Measuring social networks and social support. Teoksessa: A. Bowling (toim.) *Measuring health. A review of quality of life measurement scales*. Open University Press, Buckingham.
- Brown V, Allen A, Dwozan M, Mercer I, Warren K. 2004. Indoor Gardening and Older Adults: Effects on Socialization, Activities of Daily Living, and Loneliness. *Journal of Gerontological Nursing* Vol. 30 (10).
- Brown SL, Nesse RM, Vinokur AD, Smith DM. 2003. Providing social support may be more beneficial than receiving it: Results of from a prospective study of mortality. *Psychological Science* 14(4): 320–327.
- Bukov A, Maas I, Lampert T. 2002. Social participation in very old age: cross-sectional and longitudinal findings from BASE. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 57B: P510–P517.
- Cacioppo JT, Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, Thisted R. 2006. Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychol Aging*, 21(1):140–151.
- Caron J. 1996. L'Échelle de provisions sociales: Quebec validation of the Social Provisions Scale. *Sante Ment Que* 21:158.
- Caron J. 2013. Une validation de la forme abrégée de l'Échelle de provisions sociales : l'ÉPS-10 items. *Sante Ment Que* 38(1): 297–318.
- Cohen S, Syme SL. (toim.)1985. *Social Support and Health*. San Francisco: Academic Press.
- Cohen S. 2004. Social relationships and health. *Am Psychol* 59: 676–684.
- Cohen S, Gottlieb BH, Underwood LG. 2000. *Social Relationships and Health*. In: S Cohen, LG Underwood, BH Gottlieb BH (editors). *Measuring and intervening in social support*. New York: Oxford University Press, 3–25.

- Cutrona C, Russel D. 1987. The Provisions of social relationships and adaptation to stress. *Advances in Personal Relationships Vol 1*, 37–67.
- De Jong Gierveld J. 1987. Developing and testing the model of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology* 53(1), 119–128.
- De Jong Gierveld J, Havens B. 2004. Cross-national comparison of social isolation and loneliness: introduction and overview. *Canadian Journal on Aging* 23 (2), 109–113.
- DiTommaso E, Spinner B. 1997. Social and Emotional Loneliness: A Re-Examination of Weiss' Typology of Loneliness. *Personality and Individual Differences* 22 (3), 417–27.
- Drageset J. 2004. The importance of activities of daily living and social contact for loneliness: a survey among residents in nursing homes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18, 65–71.
- Drageset J, Eide G, Nygaard H, Bondevik M, Nortvedt M, Natvig G. 2009. The impact of social support and sense of coherence on health-related quality of life among nursing home residents. A questionnaire survey in Bergen, Norway. *International Journal of Nursing Studies* Vol. 46 (1); 66–76.
- Fees BS, Martin P, Poon LW. 1999. A model of loneliness in older adults. *Journal of Gerontology, Psychological Sciences* 54B(4), 231–239.
- Fratiglioni L, Wang H-X, Ericsson K, Maytan M, Windblad B. 2000. Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. *The Lancet*, Vol 355. 1315–1319.
- Geller J, Janson P, McGovern E, Valdini A. 1999. Loneliness as a predictor of hospital emergency department use. *Journal of Fam Pract* 48, 801–804.
- Glass TA, De Leon CF, Marottoli R, Berkman L. 1999. Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. *British Medical Journal* 21; 319, 478–483.
- Glass TA, De Leon CF, Bassuk SS. ym. 2006. Social engagement and depressive symptoms in late life: longitudinal findings. *Journal of Aging and Health* 18(4), 604–28.
- Glei D, Landau D, Goldman N, Chuang Y, Rodriques G, Weinstein M. 2005. Participating in social activities helps preserve cognitive function: an analysis of a longitudinal, population-based study of the elderly. *International Journal of Epidemiology*, 34, 864–871.
- Han SH, Tavares JL, Evans M, Sacrynski J, Burr JA. 2017. Social activities, incident cardiovascular disease, and mortality. *Journal of Aging and Health*.
- Harris AH, Thorensen CE. 2005. Volunteering is associated with delayed mortality in older people: Analysis of the longitudinal study of aging. *Journal of Health Psychology* 10: 739–752.
- Heikkinen R-L. 1987. Sosiaalinen toimintakyky. *Gerontologia* 2, 32–36.
- Heikkinen R-L. 1990. Sosiaalinen toimintakyky. Teoksessa: E. Heikkinen, R-L. Heikkinen ym.(toim.) läkkäiden henkilöiden toimintakyky: Ikivihreät- projekti: Osa I, s. 45–66. Sosiaali- ja terveysministeriön kehittämissosaston julkaisuja 1. STM, Helsinki.
- Heikkinen R-L. 1991. Psykososiaalisen hyvinvoinnin sekä sosiaalisen yhteisyyden ja suoriutumisen arviointi. Teoksessa: R-L. Heikkinen & T. Suutama (toim.) läkkäiden henkilöiden toimintakyvyn ja terveyden arviointi: Ikivihreät- projekti: Osa II, s. 111–130. Sosiaali- ja terveysministeriön kehittämissosaston julkaisuja 10. STM, Helsinki.
- Heikkinen R-L, Virtanen V, Heikkinen E, Kauppinen M. 1992. Sosiaalinen yhteisyys, yhteisöllinen toiminta ja terveys. *Gerontologia* 6(3), 176–184.

- Helin S. 2008. Palvelujärjestelmä toimintakykyisyyden ja selviytymisen edistäjänä. Teoksessa Heikkinen E, Rantanen T (toim.) Gerontologia, 2.uudistettu painos. 2008, s.416–435, Duodecim: Helsinki.
- Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, et al. 2015. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci* 10; 227–237.
- Horowitz LM, de S. French R, Anderson CA. 1982. The prototype of lonely person. Teoksessa L. Peplau & D. Perlman (toim.) Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy. New York: Wiley & Sons, 183–205.
- Hughes ME, Waite LJ, Hawkey LC, Cacioppo JT. 2004. A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Sveys: Results From Two Population-Based Studies. *Research of Aging*, 26(6):655–672.
- Hunter W, Cox C, Teagle S, Johnson R, Mathew R, Knight E, Leeb R, Smith J. 2003. Measures for assessment of functioning and outcomes in longitudinal research on child abuse. Volume 2: Middle childhood. Accessible on the LONGSCAN web site (<http://www.iprc.unc.edu/longscan/>)
- Huusko T, Strandberg T, Pitkälä K. (toim.) 2006. Voiko ikääntyneiden elämänlaatua mitata? Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 12. Vanhustyön keskusliitto, Helsinki.
- Iapichino E, Rucci P, Corbani I.E, Apter G, Quartieri Bollani M, Cauli G, Gala C, Bassi M. 2016. Development and validation of an abridged version of the Social Provisions Scale (SPS-10) in Italian. *Journal of Psychopathology* 22:157–163.
- ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. WHO, Stakes, ohjeita ja luokituksia 2004:4.
- Iisakka L. 2004. Sosiaalinen pääoma suomalaisissa haastattelu- ja kyselyaineistoissa vuoden 1990 jälkeen. [www.stat.fi /tk/el/sospaaoma_sospaa.html](http://www.stat.fi/tk/el/sospaaoma_sospaa.html)
- Ilmarinen J. 1999. Ikääntyvä työntekijä Suomessa ja Euroopan unionissa - tilannekatsaus sekä työkyvyn, työllisyyden ja työllisyyden parantaminen. Helsinki: Työterveyslaitos, Sosiaali- ja terveysministeriö, Työministeriö.
- Junttila N, Kainulainen S, Saari J. 2015. Mapping the lonely landscape – Assessing loneliness and its consequences. *The Open Psychology Journal*, 8, 89–96.
- Junttila N. 2016. Yksinäisyyden ulottuvuudet. Teoksessa: J. Saari (toim.) Yksinäisten Suomi. Tallinna: Gaudeamus Oy, 52–69.
- Jyrkämä J. 2008. Toimijuus, ikääntyminen ja arkielämä – hahmottelua teoreettis-metodologiseksi viitekehykseksi. *Gerontologia* 4, 190–203.
- Kahn JH, Hessling RM, Russell DW. 2003. Social support, health, and well-being among the elderly: what is the role of negative affectivity? *Personality and Individual Differences* 35(1), 5–17.
- Kanaoja A. 1987. Mitä on sosiaalinen toimintakyky? *Kuntoutus* 4; 16–22.
- Kane RA. 1995. Comment. Teoksessa: I.Z.Rubenstein, D. Wieland & R. Bernabei (toim.), Geriatric assessment technology: The state of art, s. 99–100. New York: Springer.
- Kauppi M, Elovainio M, Stenholm S, Virtanen M, Aalto V, Koskenvuo M, Kivimäki M, Vahtera J. 2017. Social networks and patterns of health risk behaviours over two decades: A multi-cohort study. *Journal of Psychosomatic Research* 99, 45–58.
- Khondoker M, Rafnsson SB, Morris S, Orrelle M, Steptoe A. 2017. Positive and Negative Experiences of Social Support and Risk of Dementia in Later Life: An Investigation Using the English Longitudinal Study of Ageing. *Journal of Alzheimer's Disease* 58: 99–108.

- Kraus L, Davis M, Bazzini D, Church M, Kirchman C. 1993. Personal and social influences on loneliness: The mediating effect of Social Provisions. *Social Psychology Quarterly* 56(1), 37–5
- Krueger KR, Wilson RS, Kamenetsky JM, Barnes LL, Bienias JL, Bennett DA. 2009. Social engagement and cognitive function in old age. *Experimental Aging Research* 35(1): 45–60.
- Kuiper JS, Zuidersma M, Oude Voshaar RC, Zuidema SU, van den Heuvel ER, Stolk RP, Smidt N. 2015. Social relationships and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies.
- Langeland E, Wahl A. 2009. The impact of social support on mental health service users' sense of coherence: A longitudinal panel survey. *International Journal of Nursing Studies* 46(6), 830–837.
- Laine K. 1989. Yksinäisyyden kokeminen peruskoulun ala-asteella. *Kasvatustieteiden tiedekunnan julkaisusarja A:137*. Turku: Turun yliopisto.
- Laine K. 1989. Yksinäisyyden kokeminen peruskoulun yläasteella ja lukiossa. *Kasvatustieteiden tiedekunnan julkaisusarja A:144*. Turku: Turun yliopisto.
- Lubben J. 1988. Assessing social networks among elderly populations. *Family and Community Health* 11, 42–52.
- The LUBBEN social network scale homepage <http://www.bc.edu/schools/gssw/lubben.html>
- Luanaigh C.O, Lawlor BA. 2008. Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 23(12): 1213–1221.
- Luo Y, Hawkey LC, Waite LJ, Cacioppo JT. 2012. Loneliness, health, and mortality in old age: a national longitudinal study. *Social Sciences & Medicine* 74(6): 907–914.
- Lyyra T-M & Heikkinen R-L. 2006. Perceived social support and mortality in older people. *Journal of Gerontology; Social Sciences* 61B,S147–S152.
- Marangoni C, Ickes W. 1989. Loneliness: a theoretical review with implications for measurement. *Journal of Social and Personal Relationships* 6, 93–128.
- Mattila A. 2015. Taustaselvitys digitalisaatiosta johtuvista muutoksista työympäristössä, osaamisvaatimuksissa ja työn tekemisessä valituissa rooleissa. Laurea-ammattikorkeakoulu: Kehitysyksikkö (Opetus- ja aluekehitys). <https://ek.fi/wp-content/uploads/Taustaselvitys-digitalisaatiosta-Anssi-M.pdf>
- Min J, Ailshire J, Crimmins EM. 2016. Social engagement and depressive symptoms: Do baseline depression status and type of social activities make a difference? *Age and Ageing* 45(6): 838–843.
- Murto J, Pentala O, Helakorpi S, Kaikkonen R. 2015. Yksinäisyys ja osallistuminen, ATH-tutkimuksen tuloksia - Järjestökentän tutkimusohjelma. THL: Työpaperi 2015 _025. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-547-9>
- Mäkitalo J. 2001. Toimintakyky ja toiminnan teoria. Teoksessa: S. Talo (toim.) Toimintakyky - viitekehiksestä arviointiin ja mittaamiseen. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 49. KELA, Turku.
- O'Reilly P. Methodological issues in social support and social network research. 1988. *Soc Sci Med*, 26:863–73.
- Paulhus DL, Martin CL. 1987. The structure of personality capabilities. *Journal of Personality and Social Psychology* 52(2):354–365.
- Penninx BW, van Tilburg T, Kriegsman DM, Deeg DJ, Boeke AJ, van Eijk JT. 1997. Effects of social support and personal coping resources on mortality in older age: the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *American Journal of Epidemiology*, 146, 510–519
- Peplau A, Perlman D. 1982. Perspectives on loneliness. Teoksessa L. Peplau & D. Perlman (toim.) *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: Wiley, 1–18.

- Perera HN. 2016. Construct validity of the Social Provisions Scale: a bifactor exploratory structural equation modeling approach. *Assessment* 23(6):720–733.
- Pitkälä K, Laakkonen M, Strandberg T, Tilvis R. 2003. Positive life orientation as a predictor of 10-year outcome in an aged population. *Journal of Clinical Epidemiology* Vol.57(4);409–414.
- Pitkälä K, Routasalo P, Kautiainen H, Sintonen H, Tilvis RS. 2011. Effects of socially stimulating group intervention on lonely, older people's cognition: A randomized, controlled trial. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 19(7): 654–663.
- Pynnönen K, Törmäkangas T, Heikkinen R-L, Rantanen T, Lyyra T-M. 2012. Does social activity decrease risk for institutionalization and mortality in older people? *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 67(6), 765–774.
- Pynnönen K, Törmäkangas T, Rantanen T, Lyyra T-M. 2014. Do mobility, cognitive functioning, and depressive symptoms mediate the association between social activity and mortality risk among older men and women? *European Journal of Ageing* 11: 121–130.
- Pynnönen K, Törmäkangas T, Rantanen T, Tiikkainen P, Kallinen M, Leinonen R. 2016. Effect of a social intervention of choice vs. control on depressive symptoms, melancholy, feeling of loneliness, and perceived togetherness in older Finnish people: a randomized controlled trial. *Aging and Mental Health*, 9/22/2016, pp. 1–8.
- Pynnönen K, Rantanen T, Kokko K, Tiikkainen P, Kallinen M, Törmäkangas T. 2017. Associations between the dimensions of perceived togetherness, loneliness, and depressive symptoms among older Finnish people. *Aging and Mental Health*, 2017.
- Routasalo P, Pitkälä K, Savikko N, Tilvis R. 2003. Ikääntyneiden yksinäisyys. Kyselytutkimuksen tuloksia. Tutkimusraportti 3. Vanhustyön keskusliitto, Saarijärvi.
- Routasalo P, Savikko N, Tilvis R, Strandberg T & Pitkälä K (2006): Social contacts and their relationship to loneliness among aged people – a population-based study. *Gerontology*. 2006; 52 (3): 181–187.
- Russell D. 1982. The measurement of loneliness. Teoksessa L.Peplau & D. Perlman (toim.) *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: Wiley, 81–104.
- Russell D. 1996. UCLA Loneliness Scale (Version 3): reliability, validity and factor structure. *Journal of Personality Assessment* 66(1), 20–40.
- Russell D, Peplau L, Cutrona C. 1980. The revised UCLA loneliness scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 472–480.
- Russell D, Cutrona C, Rose J, Yurko K. 1984. Social and emotional loneliness: an examination of Weiss's typology of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology* 46(6), 1313–1321.
- Russell D, Cutrona C. 1991. Social support, stress, and depressive symptoms among the elderly: test of a process model. *Psychology and Aging* 6(3), 190–201.
- Russell D, Peplau LA, Ferguson ML. 1978. Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 42, 290–294.
- Russell D, Cutrona C, de la Mora A, Wallace R. 1997. Loneliness and nursing home admission among rural older adults. *Psychology & Aging* 12(4), 574–589.
- Ruuskanen P. 2001. Sosiaalinen pääoma – käsitteet, suuntaukset ja mekanismit. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus: Helsinki. <http://www.doria.fi/handle/10024/148499>

- Saari J. 2016. Yksinäisyyden tulevaisuus. Teoksessa: J. Saari (toim.) Yksinäisten Suomi. Tallinna: Gaudeamus Oy, 297–317.
- Seeman TE, Kaplan GA, Knudsen L, Cohen R, Guralnik J. 1987. Social network ties and mortality among the elderly in the Alameda County Study. *American Journal of Epidemiology*, 126, 714–72.
- Seppänen M, Simonen M, Valve R. 2009. Ikääntyneiden sosiaalisen toimintakyvyn arviointi. Kuvaus kehittämiss-prosessista ja arviointimallista. Helsingin yliopisto, koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenia: Lahti.
- Shankar A, Hamer M, McMunn A, Steptoe A. 2013. Social Isolation and Loneliness: Relationships With Cognitive Function During 4 Years of Follow-up in the English Longitudinal Study of Ageing. *Psychosomatic Medicine*, 75(3):161–170.
- STM. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 3.
- Sundström A, Westerlund O, Elena Kotyrlo E. 2016. Marital status and risk of dementia: a nationwide population-based prospective study from Sweden. *BMJ Open* 6.
- Tiikkainen P, Heikkinen R-L, Leskinen E. 2004. The structure and stability of perceived togetherness in elderly people during a 5-year follow-up. *Journal of Applied Gerontology* 23, 279-294.
- Tiikkainen P, Heikkinen R-L. 2005. Associations between loneliness, depressive symptoms and perceived togetherness in older people. *Aging & Mental Health* 9(6), 1-9
- Tiikkainen P. Vanhuusiän yksinäisyys – Seuruututkimus emotionaalista ja sosiaalista yksinäisyyttä määrittävistä tekijöistä. 2006. Jyväskylän yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:951-39-2537-4>
- Tiikkainen P, Leskinen E, Heikkinen R-L. 2008. Predictors of perceived togetherness in very old men and women: A 5-year follow-up study. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 46, 387–399.
- Tilvis R, Pitkälä K, Jolkkonen J, Strandberg T. 2000. Feelings of loneliness and 10-year cognitive decline in the aged population. *Lancet* 356, 76–78.
- Tilvis R, Laitala V, Routasalo P, Pitkälä K. 2011. Suffering from loneliness indicates significant mortality risk of older people. *Journal of Aging Research*, Article ID 534781, 5 pages.
- Törmäkangas T, Heikkinen R-L, Ilmarinen J. 2003. Change and stability in measuring social functioning among Aging Finnish Municipal Workers in Two Repeated Measurements. *Hallym International Journal of Aging* 5, 159–182.
- UCLA-yksinäisyysasteikko: <http://www.psychology.iastate.edu/~ccutrona/uclalone.htm>
- Valtorta N.K, Kanaan M, Gilbody S, Ronzi S, Hanratty B. 2016a. Loneliness, social isolation and social relationships: what are we measuring? A novel framework for classifying and comparing tools. *BMJ Open*, 6.
- Valtorta N.K, Kanaan M, Gilbody S, Ronzi S, Hanratty B. 2016b. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart* 0, 1–8.
- Van Baarseen B, Snijders T, Van Duijn M. 2001. Lonely but not alone: emotional isolation and social isolation as two distinct dimensions of loneliness in older people. *Educational and Psychological Measurement* 61(1), 119–135.
- Vanhusbarometri 1998. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1999:3. Helsinki.
- Vaux A. 1988. Social and personal factors in loneliness. *Journal of Social and Clinical Psychology* 6, 462–471.

- Verghese J, Lipton RB, Katz MJ, Hall CB, Derby CA, Kuslansky G, Ambrose AF, Sliwinski M, Buschke H. 2003. Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. *N Engl J Med.* 19;348(25), 2508–16.
- Victor CR, Scambler SJ, Bowling A, Bond J. 2005. The prevalence of and risk factors for loneliness in later life: a survey of older people in Great Britain. *Ageing Society* 25:357–375.
- Victor C, Scambler S, Bond J. 2009. *The social world of older people. Understanding loneliness and social isolation in later life.* Maidenhead: Open University Press.
- Walter-Ginzburg A, Blumstein T, Chetrit A, Modan B. 2002. Social factors and mortality in the old-old in Israel: the CALAS study. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 57, S308–S318.
- Wang HX, Karp A, Winblad B, Fratiglioni L. 2002. Late-life engagement in social and leisure activities is associated with a decreased risk of dementia: a longitudinal study from the Kungsholmen project. *American Journal of Epidemiology* 15155(12), 1081–7.
- Weiss RS. 1973. *Loneliness. The experience of emotional and social isolation.* Cambridge, MA: MIT Press.
- Weiss RS. 1974. The provision of social relationships. Teoksessa Z. Rubin (toim.) *Doing unto others.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 17–26.

Suositusta ovat eri vaiheissa kommentoineet

Alkuperäinen suositus (julkaistu 26.1.2011):

Marja Jylhä, gerontologian professori, Tampereen yliopisto

Tarja Nieminen, THM, THL

Marjaana Seppänen, professori, Helsingin yliopisto

Suosituksen päivitys (julkaistu 14.2.2018):

Sakari Kainulainen, erityisasiantuntija, Diakonia-ammattikorkeakoulu