



Psyykkinen kuormittuneisuus ja elämänlaatu 60–85-vuotiailla

Kaskela Teemu, Pitkänen Tuuli, Solin Pia, Tamminen Nina, Valkonen Jukka & Kaikkonen Risto
Julkaistu 17.3.2017

Tiivistelmä

[English summary](#)

Lähtökohdat: Koetun elämänlaadun on todettu heikkenevän vanhuudessa ja psyykkisen kuormittuneisuuden vastaavasti lisääntyvän. Aikuisten terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) laajan kyselyaineiston avulla tarkasteltiin, mitkä erilaiset ikääntyneen henkilön taustaan, terveyteen, elämäntapoihin ja sosiaalisiin kontakteihin liittyvät tekijät olivat yhteydessä sekä psyykkiseen kuormittuneisuuteen että elämänlaatuun.

Menetelmät: Aineisto koostui 33 196 vuosina 2012 – 2014 ATH-kyselyyn vastanneesta 60–85-vuotiaasta henkilöstä. Logistisen regressioanalyysin avulla selvitettiin, mitkä taustaan ja elämäntilanteeseen liittyvät tekijät olivat yhteydessä psyykkiseen kuormittuneisuuteen (MHI-5 \leq 70) ja heikkoon elämänlaatuun (WHOQOL-8 mittarilla alin viidennes). Lisäksi tarkasteltiin iän yhteyttä elämänlaatuun ja psyykkiseen kuormittuneisuuteen sekä niihin molempiin keskeisesti yhteydessä oleviin tekijöihin.

Tulokset: Joka kymmenes 60–85-vuotias arvioi elämänlaatunsa heikoksi sekä koki psyykkistä kuormittuneisuutta. Viimeaikaiset mielenterveysongelmat, yksinäisyys, huonoksi koettu fyysinen terveys, riittämätön uni sekä riittämättömät tulot olivat yhteydessä sekä huonoon elämänlaatuun että psyykkiseen kuormittuneisuuteen miehillä ja naisilla. Vähiten elämänlaatunsa heikoksi kokeneita ja psyykkisesti kuormittuneita oli 60–70-vuotiaiden keskuudessa. Neljä prosenttia 60–85-vuotiaista oli kokenut henkistä tai fyysistä väkivaltaa vuoden aikana.

Päätelmät: Ikääntyvien elämänlaatuun ja kuormittuneisuuteen on terveydentilan lisäksi yhteydessä tekijöitä, joihin on mahdollista vaikuttaa. Yksinäisyyden ja väkivallan kokemusten ennalta ehkäisemiseen sekä riittävän avun turvaamiseen tulee vastaisuudessa kiinnittää entistä enemmän huomiota.

Ydinviestit

Tämä tiedettiin

- Huono elämänlaatu on yhteydessä esimerkiksi mielenterveysongelmiin, riittämättömään uneen ja yksinäisyyteen.
- Psyykkinen kuormittuneisuus on yhteydessä alempaan koulutustasoon ja tulotasoon.
- Vähemmän tiedetään siitä, ovatko samanlaiset tekijät yhteydessä ikääntyvien ihmisten kohdalla sekä koettuun huonoon elämänlaatuun että psyykkiseen kuormittuneisuuteen.

Tämä tutkimus opetti

- Ikääntyneillä sekä psyykkiseen kuormittuneisuuteen että heikkoon elämänlaatuun olivat yhteydessä yksinäisyys, mielenterveys-, uni- ja terveysongelmat sekä riittämättömät tulot.
- Yksinäisyyden kokemusten ja väkivallan ennalta ehkäisemiseen sekä riittävän avun turvaamiseen on syytä kiinnittää entistä enemmän huomiota.

Johdanto

Ikääntymiseen liittyy monia mielenterveyttä (Saarenheimo 2013) ja mielen hyvinvointia (Fried ym. 2013) koskevia kysymyksiä. Ikääntyminen itsessään aiheuttaa monenlaisia muutoksia elämäntilanteissa ja toimintakyvyssä, jotka voivat uhata myös ihmisen mielenterveyttä (esim. Heimonen 2013). Toisaalta mielenterveyden ongelmat voivat lisätä ikääntyvän ihmisen hoidon ja tuen tarvetta tai heikentää heidän elämänlaatuaan (Rolfner Suvanto 2015). Vaikka ikääntyminen on monessa mielessä erityinen elämänvaihe, ovat monet mielenterveyttä ja elämänlaatua ylläpitävät tekijät samanlaisia läpi elämän (Haarni 2014). Ikääntyneiden kokeman psyykkisen kuormittumisen ja elämänlaadun välistä yhteyttä ei kuitenkaan ole aiemmin systemaattisesti selvitetty.

Yksinäisillä vanhuksilla on todettu olevan huonompi elämänlaatu kuin henkilöillä, joiden sosiaalinen verkosto on laajempi (Ekwall ym. 2005). Ikääntyneiden yksinäisyydellä on tutkimusten mukaan myös yhteys masennukseen (esim. Cacioppo ym. 2006) ja on ehdotettu, että tämä yhteys on kaksisuuntainen (Tiikkainen & Heikkinen 2005). Mielenterveysongelmien, kuten ahdistuneisuuden ja masennuksen (Brett ym. 2012) sekä uniongelmiin (Roth 2007) on todettu olevan myös yhteydessä huonompaan elämänlaatuun. Aikuisten terveys- ja hyvinvointi (ATH) -aineistoon perustuvan tutkimuksen (Ilomäki ym. 2015) mukaan useampi kuin joka kymmenes yli 65-vuotias koki itsensä yksinäiseksi ja yksinäisyys oli yhteydessä epävirallisen avun puutteeseen.

Psyykkisen kuormittuneisuuden riskin on todettu olevan suurempi vanhuksilla, joilla on vähän koulutusta (Talala 2013) ja matala tulotaso (Gresenz ym. 2001). Ikääntyneillä psyykinen kuormittuneisuus on myös yhteydessä puolison puuttumiseen (Talala 2013). Psyykkisellä kuormittuneisuudella työuran lopussa on todettu negatiivinen vaikutus eläkeiän hyvinvointiin (Kulmala ym. 2013).

Aikuisten terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) kyselyaineiston (aiemmin nimeltään Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus) avulla tutkimme, miten erilaiset henkilön taustaan, terveyteen, elämäntapoihin ja sosiaalisiin kontakteihin liittyvät tekijät olivat yhteydessä psyykkiseen kuormittuneisuuteen ja elämänlaatuun 60–85-vuotiailla suomalaisilla. Erityisesti pyrimme selvittämään, mitkä asiat olivat yhteydessä sekä heikoksi koettuun elämänlaatuun että psyykkiseen kuormittuneisuuteen. Lopuksi tarkastelemme näiden esille nousseiden asioiden suhdetta ikään.

Aineisto ja menetelmät

Aineisto

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kansallista Aikuisten terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) kyselyaineistoa on kerätty vuodesta 2010 alkaen (kts. tarkemmin Härkänen ym. 2014). Tässä raportissa käytetään valtakunnallisia aineistoja vuosilta 2012 ja 2013 sekä vuoden 2014 kahta ensimmäistä otosta, joihin sisältyi kaikkiaan 73 870 henkilön vastaukset. Kyselyn vastausprosentti oli 53 prosenttia. Tutkimuksen kohteeksi valitsimme kaikki 60–85-vuotiaat vastaajat, jotka olivat täyttäneet elämänlaatua tai psyykkistä kuormittuneisuutta koskevat kysymyssarjat (n = 33 196); molemmat kysymyssarjat oli täyttänyt 29 307 vastaajaa. Katsoimme tämän ikä-

kauman kattavan ikääntymiseen liittyvät elämänvaiheet ja tuovan esille myös erot ikääntyneiksi luokitellussa väestössä. Yli 85-vuotiaat jätimme pois tarkastelusta pienen vastaajamäärän vuoksi.

Elämänlaatua tarkasteltiin käyttäen Maailman terveysjärjestön kehittämää 8 itsearviointikysymyksen WHOQOL-8-sarjaa (Schmidt ym. 2006). Kysymykset käsittelevät elämänlaatua, tyytyväisyyttä terveyteen, tarmon riittämistä arkipäivän elämässä, rahan riittävyyttä tarpeisiin nähden, tyytyväisyyttä kykyyn selviytyä päivittäisissä toiminnoissa, ihmissuhteisiin, itseen ja asuinalueen olosuhteisiin. Kysymyksissä käytetään viisiluokkaista asteikkoa. WHOQOL-8-sarjan summan keskiarvo 60–85-vuotiailla vastaajilla oli 30 pistettä (mediaani 32 pistettä, vaihteluväli 1–40 pistettä). Vastaajat jaettiin kahteen ryhmään niin, että muista vastaajista erotettiin heikon elämänlaadun luokkaan ne, joiden pistemäärä sijoittui alimpaan viidennekseen. Rajaksi asetettiin 27 pistettä tai alle; se oli pistemäärästä lähimpänä 20 prosenttia (18,6 % sekä 60–85-vuotiaista miehistä että naisista).

Kokemusta *psykkisestä kuormittuneisuudesta* tarkasteltiin käyttäen viiden kysymyksen testiä Mental Health Inventory (MHI-5; Rumpf ym. 2001). Kysymykset käsittelevät hermostuneisuutta, mielialaa, tyyneyden ja rauhallisuuden tunnetta, alakuloisuutta ja onnellisuutta. Vastausvaihtoehtoja on kuusi, ääripäinä *koko ajan* ja *en lainkaan*. Kokonaispistemäärän vaihteluväli oli 0 (erittäin suuri kuormittuneisuus) ja 100 (ei kuormittunut). Vastaajien kokonaispistemäärän keskiarvo oli 79 pistettä (mediaani 84 pistettä). Vastaajat jaettiin pistemäärän perusteella kahteen ryhmään niin, että muista vastaajista erotettiin vähintään lievästi kuormittuneiksi ne, joiden MHI-5 vastausten keskiarvo oli korkeintaan 70 (Nenonen ym. 2013). 60–85-vuotiaista naisista 26 % oli kokenut vähintään lievää psyykkistä kuormitusta ja miehistä 22 %.

Koettua terveydentilaa kysyttiin 5-luokkaisella asteikolla (1=hyvä 5 =huono). Muista vastaajien taustaa ja elämäntilannetta koskevista vastauksista muodostettiin kaksiluokkaiset muuttujat (taulukko 1). Alkoholin käyttöä arvioitiin AUDIT-C -kysymyssarjan (Bush ym. 1998) kolmen kysymyksen avulla, rajana riskikäytölle käytettiin ikääntyneille suositeltua vähintään neljää pistettä (Aalto ym. 2011). Menojen kattamista tuloilla kartoitettiin kysymyksellä ”Kun kotitaloutenne kaikki tulot otetaan huomioon, onko menojen kattaminen näillä tuloilla ...”, johon oli kuusi vastausvaihtoehtoa erittäin hankalasta erittäin helppoon. Tästä muodostettiin kaksiluokkainen muuttuja, jossa kolme ensimmäistä (”erittäin hankalaa”, ”hankalaa”, ”melko hankalaa”) ja kolme viimeistä vaihtoehtoa yhdistettiin. Vastaajan katsottiin kohdanneen väkivaltaa, mikäli hän oli vastannut myöntävästi vähintään yhteen väkivaltaista käytöstä kartoitettavista yhdeksästä kysymyksestä, joissa väkivallan luonne vaihteli uhkailusta lyömiseen ja seksuaaliseen pakottamiseen.

Viisiluokkaisen kysymyksen ”Tunnetteko itsenne yksinäiseksi?” vaihtoehtojen ”melko usein” ja ”jatkuvasti” tulkittiin kuvaavan sitä, että henkilö tuntee itsensä yksinäiseksi vähintään melko usein. Harrastustoimintaan osallistumista viimeisten 12 kuukauden aikana selvitettiin usealla erilaista harrastustoimintaa kartoittavalla kysymyksellä. Jos vastaaja oli valinnut kaikkien kysymysten osalta vaihtoehdon ”en ole osallistunut”, hänen ei katsottu osallistuneen harrastustoimintaan viimeisen 12 kuukauden aikana.

Läheisiltä saatavan käytännön avun saamisen puutetta tarkasteltiin erottaen kysymykseen ”keneltä saatte käytännön apua, kun sitä tarvitsette?” ne, jotka olivat vastanneet ”ei saa apua keltään läheiseltään”. ”Oletteko itse saanut apua joltakulta seuraavista asioissa 12 viime kuukauden aikana? Keneltä?” otsikon alle kerätyn viiden kysymyksen pohjalta muodostettiin muuttuja ”Olisi tarvinnut apua, mutta ei ole saanut”. Toinen apua kartoittava kysymys koski laajemmin täyttämättä jäänyttä yhteiskunnan tarjoaman avun tarvetta. Vastaajan katsottiin jääneen ilman apua, mikäli hän oli valinnut yhteen viidestä eri avun tarvetta käsittelevästä kysymyksestä vaihtoehdon ”en keneltäkään, vaikka olisin tarvinnut apua”.

Henkilön katsottiin auttavan toista henkilöä selviytymään kotona, mikäli hän oli vastannut myöntävästi kysymykseen ”autatteko säännöllisesti jotakuta omassa kotitaloudessanne asuvaa toimintakyvyltään heikentyntä tai sairasta henkilöä selviytymään kotona?”.

Eri sairauksia kysyttiin otsikon ”Onko Teillä ollut seuraavia lääkärin toteamia tai hoitamia sairauksia 12 viime kuukauden aikana?” alle sisältyneillä kysymyksillä. Tässä artikkelissa kysymykset masennuksesta ja muusta mielenterveysongelmasta on yhdistetty. Riittävää nukkumista kysyttiin neliluokkaisella kysymyksellä ”Nukutteko mielestänne tarpeeksi?”, josta erotettiin vaihtoehto ”harvoin tai tuskin koskaan”.

Menetelmät

Heikkoon elämänlaatuun ja psyykkiseen kuormittuneisuuteen yhteydessä olevia asioita tutkittiin logistisen regressioanalyysin taaksepäin askeltavaa menetelmää käyttäen. Menetelmän avulla selvitetään, mitkä tekijät vaikuttavat henkilön todennäköisyyteen kuulua heikon elämänlaadun tai psyykkisen kuormittuneisuuden osalta joukkoon, joiden tilanne on muita heikompi. Menetelmän avulla laskettiin, kuinka suuri vaikutus kullakin tekijällä oli tähän todennäköisyyteen. Tulos on ilmoitettu todennäköisyyksien suhteena: tämä kerroin kuvaa sitä, montako kertaa todennäköisempää oli kuulua vähintään lievää psyykkistä kuormittuneisuutta tai heikkoa elämänlaatua kokeneeseen ryhmään verrattuna muihin vastanneisiin. Tässä artikkelissa käytämme todennäköisyyksien suhteesta nimitystä riski. Viisiasteisella koetun terveydentilan mittarilla ilmoitettu luku kuvaa sitä, kuinka paljon riski kasvaa kun terveydentila huononee asteikossa yhdellä.

Taaksepäin askeltavassa menetelmässä analyysiin lisättiin joukko tekijöitä, joilla arvioitiin olevan yhteyksiä elämänlaatuun tai psyykkiseen kuormittuneisuuteen. Menetelmä poisti mallista vaiheittain ne tekijät, joilla ei ollut tilastollisesti merkitsevää lisävaikutusta riskiin. Lopulta malliin jäivät vain tekijät, jotka olivat ainakin jossain määrin yhteydessä ilmiöön ($p < 0,10$). Tekstiin nostettiin käsiteltäväksi ainoastaan sellaisia yhteyksiä, jotka olivat tilastollisesti erittäin merkitseviä ($p < 0,001$) suhteessa elämänlaatuun tai psyykkiseen kuormittuneisuuteen. Ikää pidettiin sisällön takia selittäjänä kaikissa malleissa tilastollisista merkitsevyytasoista riippumatta. Miehille ja naisille tehtiin erilliset mallit sekä psyykkisen rasittuneisuuden että koetun elämänlaadun heikkouden osalta. Malleihin tulivat mukaan vain ne henkilöt, jotka olivat vastanneet kaikkiin mallissa käytettyihin kysymyksiin.

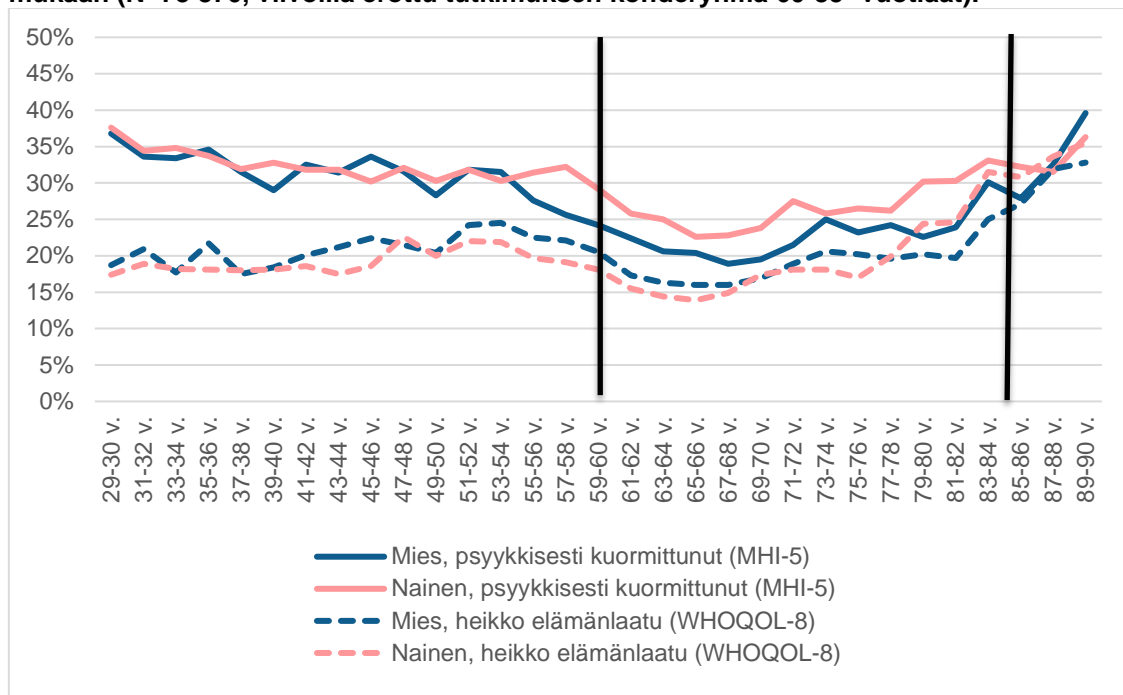
Logistisen regressioanalyysin lisäksi käytettiin tilastollisia perusmenetelmiä erityisesti Fischerin eksaktia testiä sekä keskiarvojen tarkastelussa t-testiä. Asioiden välisiä yhteyksiä tarkasteltiin myös korrelaatiokertoimen avulla. Ikäryhmien välisessä vertailussa käytettiin yksisuuntaista varianssianalyysia, jossa ikäryhmien välisiä eroja verrattiin käyttämällä Bonferroni-korjausta.

Tulokset

Kuormitus alhaisinta alle 70-vuotiailla

Psyykkisesti kuormittuneiden, kuten myös elämänlaadun osalta alimpaan viidennekseen luokiteltujen osuudet olivat pienimmillään 60–70-vuotiailla (Kuvio 1). Osuudet olivat korkeampia työikäisillä ja kasvoivat uudelleen 70 ikävuoden jälkeen. Vähiten heikon elämänlaadun ryhmään kuuluneita oli 63–66-vuotiaissa ja vähiten psyykkisesti kuormittuneita 67–70-vuotiaissa. Keskityimme seuraavaksi selvittämään, mitkä tekijät olivat yhteydessä näihin ilmiöihin 60–85-vuotiailla henkilöillä.

Kuvio 1. Psykkisesti kuormittuneiden (MHI-5 enintään 70 pistettä) ja elämänlaatunsa heikoksi kokeneiden (WHOQOL-8, alin viidennes, 0-27 pistettä) henkilöiden osuus iän mukaan (N=73 870, viivoilla erottu tutkimuksen kohderyhmä 60-85 -vuotiaat).



60–85-vuotiaiden elämäntilanne

lääkkäiden vastanneiden keski-ikä oli keskimäärin 71 vuotta ja hieman yli puolella vastaajista oli koulutusta enemmän kuin kymmenen vuotta (taulukko 1). Naisista leskiä oli joka neljäs, miehistä 7 prosenttia. Miehistä puolet ylitti alkoholin riskikäytön rajan, naisista joka viides. Noin puolet sekä miehistä että naisista osallistui jonkin järjestön tai kerhon harrastetoimintaan. Naiset osallistuivat miehiä monimuotoisemmin erilaisiin järjestöihin ja olivat useammin mukana erityisesti kulttuuri-, kansanterveys- ja potilas- ja ikääntyneiden järjestöissä sekä seurakunnan toiminnassa. Kahdella prosentilla ei ollut ketään läheistä, jolta saisi apua. Naisista viisi prosenttia ja miehistä kolme prosenttia olisi tarvinnut apua jossain päivittäisessä askareessa, mutta ei ollut saanut sitä. Noin kahdeksan prosenttia molemmista sukupuolista puolestaan auttoi säännöllisesti jotain muuta henkilöä kotitaloudessaan.

Väkivaltaista käytöstä oli viimeisen vuoden aikana kohdannut neljä prosenttia sekä miehistä että naisista. Naisista hieman miehiä useampi oli kokenut itsensä yksinäiseksi vähintään melko usein. Miehistä kahdeksan prosenttia ja naisista 11 prosenttia ilmoitti nukkuvansa harvoin tai tuskin koskaan tarpeeksi. Kyselyyn vastanneiden oman terveydentilan arvion keskiarvo oli lähempänä huonoa kuin hyvää (3,4 asteikolla 1= hyvä ja 5 = huono). Vajaa kymmenen prosenttia oli kokenut masennusta tai muita mielenterveysongelmia viimeisen vuoden aikana.

ATH-tutkimukseen vastanneista 60–85-vuotiaista 29 307 henkilöä oli vastannut sekä elämänlaatua että psyykkistä kuormittuneisuutta koskeviin kysymyksiin. Heistä naisia oli 56 prosenttia. Kokemukset heikosta elämänlaadusta ja suuresta psyykkisestä kuormittuneisuudesta olivat vahvasti yhteydessä toisiinsa: WHOQOL-8:n keskiarvon ja MHI-5:n pistemäärän välinen korrelaatio oli molemmilla sukupuolilla lähes yhtä korkea (miehillä $r = 0,55$ $p < 0,001$ ja naisilla $r = 0,57$ $p < 0,001$). Tutkituista 60–85-vuotiaista noin joka kymmenennellä oli sekä psyykkistä kuormittuneisuutta että heikko elämänlaatu: miesten kohdalla osuus oli hieman pienempi (10,3 %) kuin naisten kohdalla (11,4 % $p < 0,001$).

Taulukko 1. Tutkittujen 60–85-vuotiaiden miesten ja naisten jakaumat taustatietojen osalta sekä sukupuolten välisten erojen merkitsevyytaso

	Miehet n=14579	Naiset n=18617	Sig. ¹
Ikä keskimäärin	70,7	71,2	***
Koulutusta alle 10 vuotta (%)	46	43	***
Leski (%)	7	25	***
Alkoholin riskikäyttöä, AUDIT-C (%)	51	19	***
Kotitalouden menojen kattaminen tuloilla hankalaa (%)	22	24	***
Kohdannut väkivaltaista käytöstä (%)	4	4	
Tuntee itsensä yksinäiseksi vähintään melko usein (%)	6	9	***
Ei ole osallistunut harrastetoimintaan 12 kk aikana (%)	51	47	***
Ei saa apua käytännön asioissa keneltäkään läheiseltä (%)	2	2	
Olisi tarvinnut apua, mutta ei ole saanut (%)	3	5	***
Auttaa toista henkilöä selviytymään kotona (%)	8	7	***
Koettu terveydentila (ka. 1 hyvä 5 huono)	3,4	3,4	
Onko viimeisen 12 kuukauden aikana ollut			
Masennusta tai muu mielenterveysongelmia (%)	8	10	***
Selän kulumavika, iskias tai muu selkäsairaus (%)	34	39	***
Diabetes (%)	20	14	***
Nivelreuma tai muu niveltulehdus (%)	14	27	***
Syöpä (%)	9	7	***
Pitkäaikainen keuhkoputkentulehdus, keuhkolaajentuma (%)	8	6	***
Aivohalvaus (%)	3	2	***
Nukkuu harvoin tai tuskin koskaan tarpeeksi (%)	8	11	***
Elämänlaatu (WHOQOL-8), ka. (1=matala huono, 5=korkea hyvä)	3,9	3,9	
Elämänlaatu heikko (%)	19	19	
Psyykinen kuormittuneisuus, ka. (MHI-5 0=suuri 100=pieni)	80	77	***
Vähintään lievästi psyykkisesti kuormittuneiden osuus (MHI-5 ≤ 70: %)	22	26	***

¹Ryhmiä välisten erojen tilastollinen merkitsevyys *0,01 < p < 0,05; **0,001 < p < 0,01; *** p < 0,001

Samoja tekijöitä heikon elämänlaadun ja psyykkisen kuormittuneisuuden taustalla

Tulojen riittämättömyys, heikompi koettu terveydentila, yksinäisyys, viimeisen vuoden aikaiset mielenterveysongelmat ja unen riittämättömyys olivat yhteydessä vähintään lievään psyykkiseen kuormittuneisuuteen sekä heikkoon elämänlaatuun molemmilla sukupuolilla ([taulukko 2](#)). Tyydyttämätön avun tarve oli erittäin merkitsevästi yhteydessä huonompaan elämänlaatuun molemmilla sukupuolilla ja psyykkiseen kuormittuneisuuteen naisilla. Säännöllisesti toimintakyvyltään heikentynyttä tai sairasta henkilöä kotitaloudessaan auttavat miehet kuuluivat muita miehiä useammin elämänlaadultaan alimpaan viidennekseen. Naisilla taas säännöllinen auttaminen lisäsi riskiä lievään psyykkiseen kuormittuneisuuteen. Ikä ei ollut itsenäinen merkitsevä selittäjä, mutta iän vaikutus heijastui muiden asioiden kautta.

Yksinäisillä henkilöillä riski tuntee vähintään lievää psyykkistä kuormittuneisuutta oli kuusinkertainen verrattuna muihin vastanneisiin ja riski kuulua elämänlaadultaan alimpaan viidennekseen 3–4-kertainen. Viimeisen vuoden aikaiset mielenterveysongelmat nostivat riskiä vähintään lievän psyykkisen kuormittuneisuuden osalta seitsenkertaiseksi ja kaksinkertaistivat

riskin kuulua elämänlaadun osalta alimpaan viidennekseen. Riittämätön uni kaksinkertaisti riskin lievään psyykkiseen kuormittuneisuuteen ja kuulumiseen alimpaan viidennekseen elämänlaadun osalta.

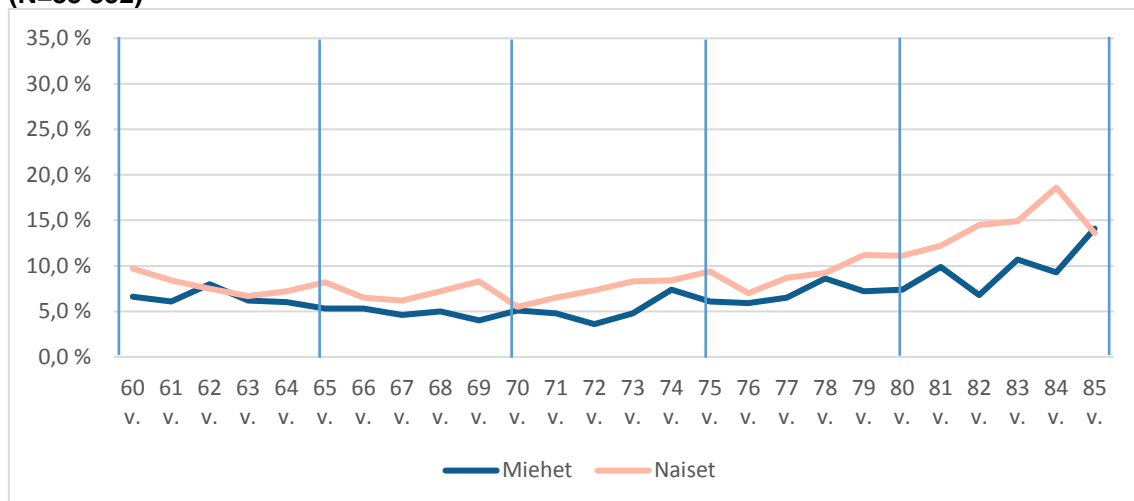
Koettu terveydentila ja tulojen riittävyys painottuivat elämänlaadun arvioissa enemmän kuin psyykkisen rasittuneisuuden kohdalla. Koetun terveydentilan viisiluokkaisessa arvioissa jokainen askel parempaan vähensi heikon elämänlaadun riskiä kolmannekseen ja puolitti psyykkisen kuormittuneisuuden riskin. Mikäli henkilö koki tulojensa riittämisen menojen kattamiseen vähintään melko hankalaksi, heikon elämänlaadun riski kasvoi 2,5–3-kertaiseksi ja riski psyykkiseen kuormittuneisuuteen puolitoistakertaistui. Väkivallan kokeminen viimeisen vuoden aikana nosti heikon elämänlaadun sekä psyykkisen kuormittuneisuuden riskin noin puolitoistakertaiseksi.

Alkoholin käytön riskirajan ylittäminen oli yhteydessä psyykkiseen kuormittuneisuuteen erityisesti naisilla. Sen sijaan alkoholin riskirajan ylittymisellä ei ollut yhteyttä huonompaan elämänlaatuun. Heikon elämänlaadun riski miehillä lähes kaksinkertaistui ja naisilla lähes kolminkertaistui, jos henkilöllä oli kokemuksia avun tarpeesta, johon ei ollut vastattu. Naisten kohdalla myös riski psyykkiseen kuormittuneisuuteen lähes kaksinkertaistui, mikäli tarpeeseen ei oltu saatu apua. Naisilla heikon elämänlaadun riski pieneni neljänneksellä, jos he olivat osallistuneet jonkin järjestön toimintaan.

Yksinäisyys ja koettu terveydentila ikäsidonnaisia

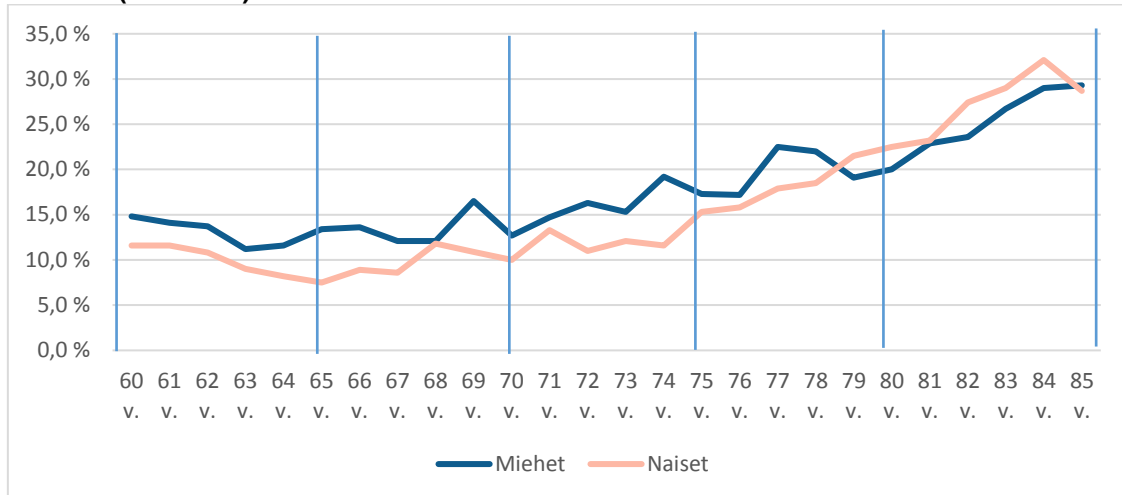
Yksinäisyys lisääntyi ja koettu terveydentila heikkeni ikääntymisen myötä. Regressioanalyysin perusteella keskeisiä elämänlaatuun ja psyykkiseen kuormittuneisuuteen liittyviä asioita tarkasteltiin molempien sukupuolten osalta ikäryhmittäin (60–64, 65–69, 70–74, 75–79 ja 80–85-vuotiaat). Naisten keskuudessa yksinäisyys oli yleisempää kuin miehillä ($p < 0.001$) kaikissa 5-vuotislukissa, tosin 60–64-vuotiaiden kohdalla eron tilastollinen merkitsevyys oli vähäisempi ($p < 0,018$; kuvio 2).

Kuvio 2. Onko kokenut itsensä usein tai melko usein yksinäiseksi? 60–85-vuotiaat (N=33 352)



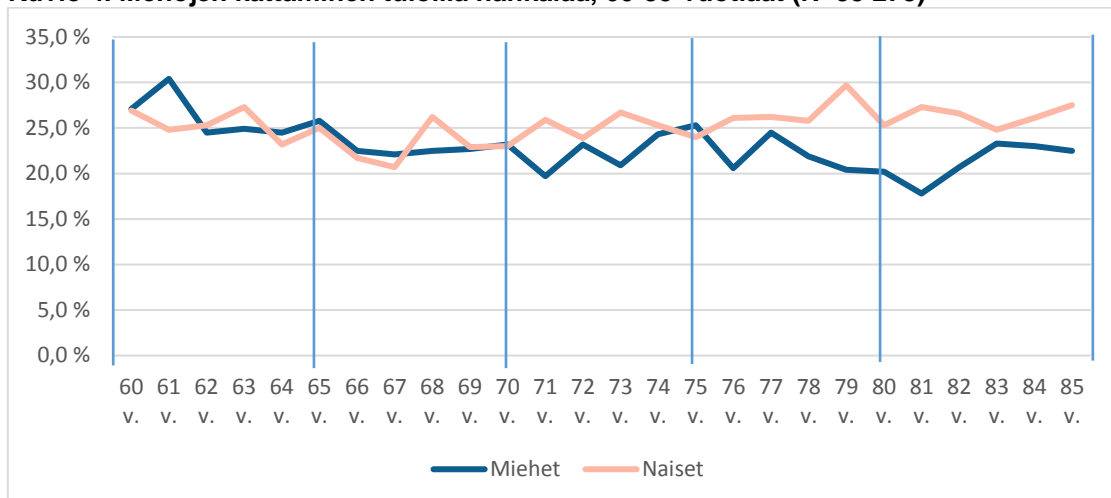
Miehet arvioivat terveydentilansa huonoksi tai melko huonoksi naisia useammin neljässä ensimmäisessä 5-vuotislukassa (60–79-vuotiaat, $p < 0,001$, viimeinen $p = 0,015$, kuvio 3). Sen sijaan 80–85-vuotiaat naiset tunsivat terveydentilansa miehiä useammin huonoksi tai melko huonoksi ($p = 0,038$). Naisilla oli ollut miehiä useammin mielenterveysongelmia riippumatta ikäluokasta ($p = 0,042$ – $p < 0,001$). Naisilla oli myös miehiä useammin uniongelmiä muissa paitsi 60–64-vuotiaiden ikäluokassa ($p < 0,001$).

Kuvio 3. Onko terveydentilanne mielestänne nykyisin huono tai melko huono? 60–85-vuotiaat (N=33 662)



Yli 70-vuotiaat naiset arvioivat menojen kattamisen tuloilla hankalaksi miehiä useammin ($p=0,011$ - $p<0,001$; kuvio 4). Miehet osallistuivat harrastustoimintaan harvemmin kuin naiset 65 ikävuoden ylittävissä ikäryhmissä ($p < 0,001$). Miehet olivat kokeneet väkivaltaa naisia useammin 80–85-vuotiaiden ikäluokassa ($p = 0,014$). Eroa sukupuolten välillä oli tässä ikäluokassa sekä puolison, muun läheisen, että tuntemattoman taholta tulleessa väkivallan uhassa ($p<0,05$). Kiristys oli yleisin tähän ikäluokkaan kohdistuvan väkivallan muoto.

Kuvio 4. Menojen kattaminen tuloilla hankalaa, 60-85-vuotiaat (N=33 278)



Pohdinta

Psyykinen kuormittuneisuus ja elämänlaadultaan alimpaan viidennekseen kuuluvien osuus olivat pienimmillään 60–70-vuotiailla, toisin sanoen keskimääräisen eläkkeelle siirtymisen aikoihin. Tämä saattaa olla yhteydessä siihen, että tässä iässä työhön liittyvät kuormitustekijät usein helpottavat, eivätkä ikääntymisen mukana tulevat ongelmat vielä vaikeuta tilannetta. Elämänlaadulta alimpaan viidennekseen kuuluvien osuus alkoi kasvaa hieman nuoremmassa iässä kuin lievästi psyykkisesti kuormittuneiden osuus. Tilanne alkoi kuitenkin muuttua erityisesti 70 ikävuoden jälkeen. Samanlaisia tuloksia on havaittu myös muissa tutkimuksissa elämänlaadun (Vaarama ym. 2014b) ja psyykkisen kuormittuneisuuden (Hoeymans ym. 2004)

osalta. Tutkimuksemme perusteella tämä muutos ei johdu suoraan ikääntymisestä, vaan ikääntymisen myötä lisääntyvistä muista tekijöistä.

Varsinkin yksinäisyys, talousongelmat, huonoksi koettu terveydentila, mielenterveysongelmat ja riittämätön uni olivat yhteydessä heikoksi koettuun elämänlaatuun. Psykkiseen kuormittuneisuuteen olivat yhteydessä samat tekijät, mutta lisäksi myös alkoholin riskikulutus ja väkivallan kohtaaminen viimeisen vuoden aikana. Heikkoon elämänlaatuun oli yhteydessä lisäksi se, oliko henkilö saanut apua sitä tarvitessaan. Sukupuolten väliset erot olivat pääosin samankaltaisia kuin nuoremmissa ikäryhmissä. Naisten pidempi keskimääräinen elinikä näkyi kuitenkin esimerkiksi yksinäisyyden lisääntymisenä vanhimmissa ikäryhmissä. Kiteytyksenä tutkimuksen tuloksista voi todeta, että ikääntyvien ihmisten elämänlaatuun ja psykkiseen kuormittuneisuuteen olivat yhteydessä elämän perusasioihin liittyvät asiat, kuten terveydentila tai sosiaalisten verkostojen olemassaolo.

Elämänlaatuun liittyvien tekijöiden on todettu muuttuvan ikääntymisen myötä (Vaarama ym. 2014b). Yli 80-vuotiailla menojen kattamisen, avun saannin ja yksinäisyyden on todettu olevan elämänlaatuun liittyviä tekijöitä (Vaarama ym. 2014a). Samat yhteydet elämänlaatuun löytyivät tässä tutkimuksessa 60–85-vuotiailla, mutta sen lisäksi nämä tekijät olivat yhteydessä myös psykkiseen kuormittuneisuuteen.

Yksinäisyys ja mielenterveysongelmat korostuivat enemmän psykkisen kuormittuneisuuden kuin elämänlaadun osalta. Heikkoon elämänlaatuun ja psykkiseen kuormittuneisuuteen yhteydessä olevista tekijöistä huonoksi koettu terveys ja yksinäisyys lisääntyivät ikääntymisen myötä. Useissa tutkimuksissa on todettu yksinäisyyden olevan vahvasti yhteydessä masennukseen erityisesti ikääntyneillä (Djukanović ym. 2016; Eloranta ym. 2015; Tiikkainen & Heikkinen 2005). Tämä aiheuttaa noidankehän, jossa yksinäisyys lisää vanhuksen masennusoireita, jotka taas vastaavasti vaikuttavat kielteisesti sosiaalisten suhteiden ylläpitämiseen. Myös fyysisen terveyden heikkeneminen ja liikuntarajoitteet voivat olla yhteydessä ikääntymisen myötä lisääntyvään yksinäisyyden kokemukseen.

Yli 14 vuoden koulutuksen on aiemmassa tutkimuksessa (Talala 2013) todettu selittävän vähäisempää psykkistä kuormittuneisuutta tai heikkoa elämänlaatua. Toisin kuin Talalan (2013) tutkimuksessa, koulutusta käsiteltiin tässä tutkimuksessa vain kahdella ryhmällä (yli ja alle 10 vuotta). On myös mahdollista, että tässä tutkimuksessa käytetyt selittäjät olivat koulutusta suuremmin yhteydessä hyvinvoinnin kokemukseen.

Henkilön oma arvio terveydentilastaan oli vahvasti yhteydessä sekä elämänlaatuun että psykkiseen kuormittuneisuuteen. Fyysistä terveyttä tarkasteltaessa yksittäiset somaattiset sairaudet eivät tulleet tilastollisesti merkitseviksi tekijöiksi, koska monenlaisia sairauksia ja niiden kombinaatioita esiintyi. Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalveluita sekä heihin kohdistuvia interventioita suunniteltaessa kannattaa huomioida, että masentunut ikääntynyt käyttää terveyspalveluita useammin kuin muut (Djukanović ym. 2016). Oman haasteensa tuo se, että osa ikääntyneiden tarvitsemista mielenterveyspalveluista järjestetään vanhuspalveluiden kautta ja osa terveyspalveluiden kautta (Rolfner Suvanto 2015). Sote-uudistus tarjoaa mahdollisuuden saattaa nämä palvelut yhteen. Ikääntyneet ovat todennäköisesti silti uudistuksen jälkeenkin eriarvoisessa asemassa työkäisiin nähden esimerkiksi psykoterapian saatavuuden suhteen (Saarenheimo 2013). Oireiden tunnistaminen ja erityisesti masennuksen sekä yksinäisyyden ennaltaehkäisy on tärkeää.

Hellströmin ym. (2004) tutkimuksessa vertailtiin apua kotiin saavien ja apua saamattomien ikääntyneiden elämänlaatua ja oireita. Elämänlaatu koettiin huonoksi molemmissa ryhmissä, mutta apua saamattomien ryhmässä huonoon elämänlaatuun vaikuttivat molemmille yhteisten

tekijöiden lisäksi myös useat fyysiset sairaudet ja univaikeudet. Kuten tässä tutkimuksessa, myös Raggi ym. (2016) löysivät yhteyden sosiaalisen verkostoston vahvuuden ja elämänlaadun välillä. Riittävän tuen saamista ikääntyneen kotiin voidaan näin ollen pitää elämänlaatua ylläpitävänä ja edistävänä tekijänä, joten ikääntyneiden kotiin vietäviin palveluihin on syytä kiinnittää huomiota.

Tutkimus nostaa myös esiin suomalaisessa yhteiskunnassa voimakkaasti kasvaneen ilmiön eli ikääntyneiden omaishoitajuuden roolin. Tuloksista tuli esille, että miehillä, jotka auttoivat säännöllisesti toista toimintakyvyltään heikentyneitä tai sairasta henkilöä kotitaloudessaan, oli usein heikko elämänlaatu. Naisilla säännöllinen auttaminen lisäsi riskiä psyykkiseen kuormittuneisuuteen. Tämä viittaa siihen lisääntyvään taakkaan, jota yhä useammat ikääntyneet suomalaiset kohtaavat hoitaessaan kotonaan iäkästä puolisoaan. Useat tutkimukset osoittavat, että omaishoitajuudella voi olla negatiivisia vaikutuksia omaishoitajan mielenterveyteen ja hyvinvointiin (esim. Ho ym. 2009; Pinguart & Sörensen 2003). Ikääntyneet omaishoitajat voivat kohdata kaksinkertaisen taakan omaan vanhenemiseen liittyvien haasteiden myötä, esimerkiksi heikentyneenä toimintakykynä tai terveytenä. Tarvitaan palveluita ja tukimuotoja, jotka helpottavat ikääntyneen omaishoitajan arjen sujumista, suovat omaa aikaa, lepoa ja vapaata sekä vahvistavat näin omaa terveyttä ja hyvinvointia.

Yksinäisyys osoittautui yhdeksi sekä heikolle elämänlaadulle että psyykkiselle kuormittuneisuudelle yhteiseksi tekijäksi. Yksinäisyyden on todettu jo aiemmin olevan yhteydessä elämänlaatuun (Victor & Bowling 2012). Yksinäisyyteen liittyy usein huono taloudellinen tilanne ja huonot elinolosuhteet (Routasalo & Pitkälä 2003), jotka ovat myös elämänlaadun osatekijöitä. Yksinäisyys ei liity vain ihmissuhteisiin, vaan moniin esimerkiksi terveyteen liittyviin sosiaalisen kanssakäymisen reunaehtoihin (Tiilikainen 2016). Yksinäisyys on vahvasti myös yhteydessä depression, kuten tämä ja monet muut tutkimukset osoittavat (esim. Taube ym. 2016). Yksinäisyys oli terveyden lisäksi yhteydessä ikääntymiseen. Yksinäisyyteen voidaan vaikuttaa muun muassa tunnistamalla avun tarpeet nykyistä paremmin ja erilaisten psykososiaalisten interventioiden avulla (Jansson 2012).

Yksinäisyys ei johdu ainoastaan iästä, vaan ikääntymiseen liittyvistä muista asioista, kuten terveysongelmista, niiden vaikutuksista liikkumiseen ja sosiaaliseen kanssakäymiseen sekä ystävien kuolemista. ATH-tutkimuksessa yksinäisyyden kokemusta selvitettiin yhdellä kysymyksellä, ”Tunneteko itsenne yksinäiseksi”, jossa vastausvaihtoehtoja oli viisi välillä ”en koskaan” – ”jatkuvasti”. Yksinäisyys on kuitenkin monimuotoinen ilmiö, joka edellyttää monipuolista tarkastelua (Junttila ym. 2015). Jatkotutkimuksessa olisikin syytä paneutua tarkemmin siihen, mitä yksinäisyys merkitsee ikääntyville ja miten yksinäisyyden eri puolet, sosiaalinen ja emotionaalinen, näkyvät heidän elämässään.

Alkoholin ongelmakäyttö oli yhteydessä psyykkiseen kuormittuneisuuteen erityisesti naisilla. Kun tarkastelimme alkoholin ongelmakäyttöä riskikäytön rajaa suuremmilla raja-arvoilla, yhteys psyykkiseen kuormittuneisuuteen oli suurempi ja näkyi selvemmin molemmilla sukupuolilla. Alkoholin ongelmakäytön arvioimisessa vanhemmalla väestöllä on otettava huomioon, että humaltumiseen tarvittava alkoholimäärä laskee iän myötä. Lisäksi ikääntyessä todennäköisyys alkoholin kanssa yhteisvaikutuksia aiheuttavan lääkityksen käytölle nousee.

Tutkimuksessa pystyimme tarkastelemaan eri tekijöiden yhteyksiä elämänlaatuun ja psyykkiseen kuormittuneisuuteen. Vaikutusten tarkastelu ei ollut mahdollista, koska käytössämme oli poikittaisaineisto, mutta pystyimme tarkastelemaan iän merkitystä eri ikäisillä vastaajilla. Jatkossa näitä asioita olisi hyvä tarkastella pitkäaikaisasetelmalla, johon ATH-aineistokin voi tulevaisuudessa antaa mahdollisuuden.

Lopuksi on vielä syytä muistuttaa, että tutkimuksessamme kiinnitimme tietoisesti huomiomme ikääntymisen yhteydessä ilmeneviin kielteisiin ilmiöihin. Kuva ikääntymisestä on siten väistämättä kapea ja puutteellinen. Monet ikääntyneet voivat varsin hyvin, omaavat rikkaan sosiaalisen elämän ja kokevat elämänlaatunsa hyväksi. Joillekin ikä on myös opettanut elämäntaitoja (Haarni 2014) ja elämäkokemus voi tehdä vanhuudesta merkityksellisen elämänvaiheen (Sarvimäki 2015).

Kiitokset

Haluamme kiittää ATH-tutkimukseen osallistuneita henkilöitä sekä tiedon kerääjiä ja käsittelijöitä, erityisesti Jukka Murtoa ja Oona Pentalaan Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta. Lisäksi haluamme kiittää tutkimuspäällikkö Jouni Tourusta A-klinikkasäätiöltä ja Jaana Suvisaarta Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta avusta tutkimuksen ideoinnissa.

Kirjoittajat ja julkaisun tiedot

Teemu Kaskela, YTM, tutkija, A-klinikkasäätiö

Tuuli Pitkänen, FT, vanhempi tutkija, A-klinikkasäätiö

Pia Solin, FT, kehittämisspäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Nina Tamminen, LitM, MA, erikoissuunnittelija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Jukka Valkonen, VTT, erityisasiantuntija, Suomen Mielenterveysseura

Risto Kaikkonen, VTM, yksikönpäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinninlaitos

Yhteyshenkilö: Teemu Kaskela, A-klinikkasäätiö; teemu.kaskela@a-klinikka.fi

Avainsanat: Elämänlaatu, psyykkinen kuormittuneisuus, ikääntyminen, yksinäisyys

ISSN: 2343-3884

DOI: <https://doi.org/10.19207/TIETOPUU3>

Copyright: © Kaskela ym. Julkaisu on vapaasti käytettävissä ja levitettävissä, kunhan kirjoittajat ja alkuperäinen lähde mainitaan.

Käsikirjoitus lähetty toimitukseen 28.9.2016

Vertaisarvioitu 10.10.2016 ja 7.11.2016

Taulukko 2. Psykkiseen kuormittuneisuuteen ja heikkoon elämänlaatuun (sijoittuu alimpaan viidennekseen) yhteydessä olevat tekijät 60-85 vuotiailla henkilöillä, logistinen regressioanalyysi

	Psykkinen kuormittuneisuus (MHI-5≤70)						Heikko elämänlaatu (WHOQOL-8 ≤27)					
	Miehet n = 9020			Naiset n = 10083			Miehet n = 8600			Naiset n = 9671		
	Exp(B)	min	max	Exp(B)	min	max	Exp(B)	min	max	Exp(B)	min	max
Ikä (+ 1 vuosi)	1,00	0,99	1,01	1,00	1,00	1,01	1,01	1	1,02	1	0,99	1,01
Koulutus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,04	0,99	1,09
Asuu kaupungissa	-	-	-	1,19**	1,06	1,34	-	-	-	-	-	-
Leski	0,79	0,61	1,02	0,82**	0,71	0,95	-	-	-	0,79**	0,66	0,94
Ei ole osallistunut harrastetoimintaan	1,25***	1,10	1,41	-	-	-	1,21**	1,05	1,40	1,35***	1,18	1,55
Kotitalouden menojen kattaminen tuloilla hankalaa	1,79***	1,56	2,05	1,53***	1,35	1,73	2,90***	2,50	3,36	2,48***	2,15	2,86
Tuntee itsensä yksinäiseksi vähintään melko usein	5,83***	4,57	7,43	6,37***	5,26	7,70	2,94***	2,27	3,80	3,72***	3,04	4,56
Saa apua käytännön asioissa joltain	1,58	0,97	2,59	-	-	-	2,39**	1,43	4,00	1,56	0,98	2,47
Auttaa toista henkilöä selviytymään kotona	1,21	0,99	1,48	1,67***	1,38	2,01	1,50**	1,19	1,89	-	-	-
Olisi tarvinnut apua, mutta ei ole saanut	1,40*	1,03	1,89	1,81***	1,41	2,32	1,90***	1,38	2,61	2,72***	2,08	3,6
Koettu terveydentila (+ 1 asteikolla; 1 hyvä 5 huono)	1,83***	1,71	1,97	1,85***	1,74	1,98	3,22***	2,94	3,54	3,64***	3,04	3,99
Alkoholin riskikäyttöä (%)	1,24***	1,09	1,41	1,34***	1,18	1,53	0,87	0,75	1,00	-	-	-
Nukkuu harvoin tai tuskin koskaan tarpeeksi	2,57***	2,13	3,10	2,24***	1,93	2,60	2,14***	1,73	2,65	1,68***	1,4	2,01
Kohdannut väkivaltaista käytöstä (viim. vuosi)	1,57**	1,19	2,06	1,62***	1,26	2,01	1,87***	1,37	2,56	1,41*	1,05	1,91
Masennus tai muu mielenterveysongelma (viim. vuosi)	6,80***	5,53	8,36	6,74***	5,67	8,03	2,45***	1,96	3,06	2,24***	1,85	2,7
Diabetes (viim. vuosi)	0,87	0,75	1,02	0,86**	0,73	1,01	-	-	-	-	-	-
Sydänveritulppa tai -infarkti	-	-	-	0,69	0,45	1,06	-	-	-	-	-	-
Aivohalvaus	-	-	-	-	-	-	1,61*	1,11	2,34	-	-	-
Syöpä	-	-	-	-	-	-	0,78*	0,61	0,94	-	-	-
Nivelreuma tai muu niveltulehdus	-	-	-	-	-	-	1,19	0,99	1,44	1,21**	1,05	1,4
Selän kulumavika, iskias tai muu selkäsairaus	-	-	-	-	-	-	1,21**	1,05	1,41	-	-	-
Pitkäaikainen keuhkoputkentulehdus, -laajentuma	-	-	-	-	-	-	1,33*	1,05	1,68	-	-	-
Vakio	0,001***			0,001***			0,001***			0,01***		

Ryhmien välisten erojen tilastollinen merkitsevyys *0,01 < p < 0,05; **0,001 < p < 0,01; *** p < 0,001

[Takaisin tekstiin](#)



Lähteet

- Aalto, M., Alho, H., Halme, J. T., & Seppä, K. (2011): The alcohol use disorders identification test (AUDIT) and its derivatives in screening for heavy drinking among the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26 (9): 881–885. <http://doi.org/10.1002/gps.2498>
- Brett, C. E., Gow, A. J., Corley, J., Pattie, A., Starr, J. M., & Deary, I. J. (2012): Psychosocial factors and health as determinants of quality of life in community-dwelling older adults. *Quality of Life Research*, 21 (3): 505–516. <http://doi.org/10.1007/s11136-011-9951-2>
- Bush, K., Kivlahan, D. R., McDonnell, M. B., Fihn, S. D., Bradley, K. A., & for the Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). (1998): The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C). *Archives of Internal Medicine*, 158: 1789–1795. <http://doi.org/10.1097/0000374-199811000-00034>
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2006): Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, 21 (1): 140–151. <http://doi.org/10.1037/0882-7974.21.1.140>
- Djukanović, I., Sorjonen, K., Peterson, U., & Djukanovi, I. (2016): Aging & Mental Health Association between depressive symptoms and age, sex, loneliness and treatment among older people in Sweden Association between depressive symptoms and age, sex, loneliness and treatment among older people in Sweden. *Aging & Mental Health*, 196 (May): 560–568. <http://doi.org/10.1080/13607863.2014.962001>
- Ekwall, A. K., Sivberg, B., & Hallberg, I. R. (2005): Loneliness as a predictor of quality of life among older caregivers. *Journal of Advanced Nursing*, 49 (1): 23–32. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03260.x>
- Eloranta, S., Arve, S., Isoaho, H., Lehtonen, A., & Viitanen, M. (2015): Loneliness of older people aged 70: A comparison of two Finnish cohorts born 20 years apart. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 61 (2): 254–260. <http://doi.org/10.1016/j.archger.2015.06.004>
- Fried, S., Heimonen, S., & Jokinen, P. (2013): *Ikääntyminen ja mielen hyvinvointi - Katsaus kirjallisuuteen*. Ikäinstituutti. <http://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2016/08/ikääntyminen-ja-mielen-hyvinvointi.pdf>
- Gresenz, C. R., Sturm, R., & Tang, L. (2001): Income and Mental Health: Unraveling Community and Individual Level Relationships. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 4: 197–203. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12119429>
- Haarni, I. (2014): *Ikääntyvä mieli*. Helsinki: Suomen mielenterveysseura. http://www.mielenterveysseura.fi/sites/default/files/materials_files/ikaantymamieli_final.pdf
- Heimonen, S. (2013): Ikäihmisten mielen hyvinvointi ja elämänvoima. *Hoivapalvelut*, 4: 46–47.
- Hellstrom, Y., Persson, G., & Hallberg, I. R. (2004): Quality of life and symptoms among older people living at home. *Journal of Advanced Nursing*, 48 (6): 584–593. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03247.x>
- Ho, S. C., Chan, A., Woo, J., Chong, P., & Sham, A. (2009): Impact of caregiving on health and quality of life: A comparative population-based study of caregivers for elderly persons and noncaregivers. *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, 64 (8): 873–879. <http://doi.org/10.1093/gerona/glp034>
- Hoeymans, N., Garssen, A. A., Westert, G. P., & Verhaak, P. F. M. (2004): Measuring mental health of the Dutch population: a comparison of the GHQ-12 and the MHI-5. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2, 23. <http://doi.org/10.1186/1477-7525-2-23>
- Härkänen, T., Kaikkonen, R., Virtala, E., & Koskinen, S. (2014): Inverse probability weighting and doubly robust methods in correcting the effects of non-response in the reimbursed medication and self-reported turnout estimates in the ATH survey: 1–10.
- Junttila, N., Kainulainen, S., & Saari, J. (2015): Mapping the lonely landscape - assessing loneliness and its consequences. *Open Psychology Journal*, 8 (1): 89–96. <http://doi.org/10.2174/1874350101508010089>

- Kulmala, J., Von Bonsdorff, M. B., Stenholm, S., Törmäkangas, T., Von Bonsdorff, M. E., Nygård, C. H., Klockars, M., Seitsamo, J., Ilmarinen, J., & Rantanen, T. (2013): Perceived stress symptoms in midlife predict disability in old age: A 28-year prospective cohort study. *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, 68 (8): 984–991. <http://doi.org/10.1093/gerona/gls339>
- Nenonen, T., Leemann, L., Härkänen, T., Tyyni, U., Kaikkonen, R., Koskinen, S., Kokko, R-L., Kotiranta, P-L., & Linnanmäki, E. (2013): *Terveys- ja hyvinvointi - vaikutukset – lähtötason*. Helsinki: Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80356/e4067866-666f-40e1-a5b7-413d4095df30.pdf?sequence=1>
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003): Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18 (2): 250–267. <http://doi.org/10.1037/0882-7974.18.2.250>
- Raggi, A., Corso, B., Minicuci, N., Quintas, R., Sattin, D., De Torres, L., Chatterji, S., Frisoni, G.B., Haro, J.M., Koskinen, S., Martinuzzi, A., Miret, M., Tobiasz-Adamczyk, B., & Leonardi, M. (2016): Determinants of quality of life in ageing populations: Results from a cross-sectional study in Finland, Poland and Spain. *PLoS ONE*, 11(7): 1–17. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0159293>
- Rolfner Suvanto, S. (2015): *Vanhuspalveluiden ja psykiatrian välimaastossa: mielenterveysongelmista kärsivän ikäihmisen kohtaaminen ja hoito*. Helsinki: Suomen Mielenterveysseura.
- Roth, T. (2007): Insomnia: Definition, prevalence, etiology, and consequences. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 3 (5 SUPPL.): 3–6.
- Routasalo, P., & Pitkälä, K. (2003): Ikääntyvien yksinäisyys – miten sitä on tutkittu gerontologiassa? *Gerontologia* 17 (1): 23–29.
- Rumpf, H. J., Meyer, C., Hapke, U., & John, U. (2001): Screening for mental health: Validity of the MHI-5 using DSM-IV Axis I psychiatric disorders as gold standard. *Psychiatry Research*, 105 (3): 243–253. [http://doi.org/10.1016/S0165-1781\(01\)00329-8](http://doi.org/10.1016/S0165-1781(01)00329-8)
- Saarenheimo, M. (2013): Mielenterveys. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä, & T. Rantanen (toim.): *Gerontologia*. Helsinki: Duodecim: 373–380.
- Sarvimäki, A. (2015): Elämän tarkoitus, merkitys ja mielekkyys vanhuudessa. Teoksessa *Vanhuuden Mieli*. Helsinki: Ikäinstituutti: 9–20.
- Schmidt, S., Mühlhan, H., & Power, M. (2006): The EUROHIS-QOL 8-item index: Psychometric results of a cross-cultural field study. *European Journal of Public Health*, 16 (4): 420–428. <http://doi.org/10.1093/eurpub/cki155>
- Talala, K. (2013): *Psychological distress in Finland 1979 – 2003 : Psychological distress in Finland 1979 – 2003*: University of Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-860-5>
- Taube, E., Jakobsson, U., Midlöv, P., & Kristensson, J. (2016): Being in a Bubble: the experience of loneliness among frail older people. *Journal of Advanced Nursing*, 72 (3): 631–40. <http://doi.org/10.1111/jan.12853>
- Tiikkainen, P., & Heikkinen, R.-L. (2005): Associations between loneliness, depressive symptoms and perceived togetherness in older people. *Aging & Mental Health*, 9(6): 526–534. <http://doi.org/10.1080/13607860500193138>
- Tiilikainen, E. (2016): *Yksinäisyys ja elämäntilanne*. Helsinki: Helsingin yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-1054-1>
- Vaarama, M., Mukkila, S., & Hannikainen-Ingman, K. (2014a): 80 vuotta täyttäneiden elämänlaatu ja elinolot. Teoksessa M. Vaarama, S. Karvonen, L. Kestilä, P. Moisio & A. Muuri (toim.): *Suomalaisten hyvinvointi 2014*. Tampere: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos: (pp. 40–61. <http://www.julkari.fi/handle/10024/125340>
- Vaarama, M., Mukkila, S., & Hannikainen-Ingman, K. (2014b): Suomalaisten elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen. Teoksessa M. Vaarama, S. Karvonen, L. Kestilä, P. Moisio, & A. Muuri (toim.): *Suomalaisten hyvinvointi 2014*. Tampere: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos: (pp. 20–39). <http://www.julkari.fi/handle/10024/125340>
- Victor, C. R., & Bowling, A. (2012): The Journal of Psychology : Interdisciplinary and Applied A Longitudinal Analysis of Loneliness Among Older People in Great Britain. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 146 (3): 313–331. <http://doi.org/10.1080/00223980.2011.609572>

English summary

Determinants of low quality of life and mental burden amongst 60- to 85-year-old Finnish men and women

Kaskela Teemu, Pitkänen Tuuli, Solin Pia, Tamminen Nina, Valkonen Jukka & Kaikkonen Risto

Background Quality of life decreases and psychosocial distress increases after the early years of the Third Age. The purpose of this study was to analyze how background, health issues, and social support are connected to psychological distress and quality of life.

Methods The health and well-being for residents (ATH) study by the National Institute of Health and Welfare provided the survey data for this study. Data was gathered from 33 196 persons aged 60 to 85 years. Logistic regression was used to analyze the relationship between different variables and psychosocial distress (MHI-5 \leq 70) and poor quality of life (lowest fifth of the sample, WHO-QOL-8 \leq 27). The change during aging in quality of life, psychological distress, and variables were studied by dividing data into five year cohorts.

Results One out of ten of the 60- to 85-year-olds had both poor quality of life and were psychologically distressed. Mental health problems, loneliness, poor self-rated physical health, problems with sleeping, and insufficient income level were connected both to poor quality of life and to psychological distress. Poor quality of life and psychological distress were less common among persons between 60 and 70 years than among older persons. Four percent of the 60- to 85-year-old Finns had experienced mental or physical violence last year.

Conclusions There is a possibility to influence most of the factors connected to quality of life and psychological distress in older people. Therefore, we - as a society - should focus more on the prevention of experiences of loneliness and violence and offer help for the aging population when needed.

[Alkuun – Front Page](#)