

# **AVIOPUOLISON KUOLEMAN YHTEYS ELOONJÄÄNEEN KUOLLEISUUTEEN**

Veera Niemelä

Gerontologia ja kansanterveys kandidaatintutkielma

Liikuntatieteellinen tiedekunta

Jyväskylän yliopisto

Kevät 2023

## TIIVISTELMÄ

Niemelä, V. 2023. Aviopuolison kuoleman yhteys eloonjääneen kuolleisuuteen. Liikuntatieteellinen tiedekunta, Jyväskylän yliopisto, Gerontologian ja kansanterveyden kandidaatintutkielma, 23 s.

Tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen on tarkoitus selvittää, onko aviopuolison kuolemalla yhteyttä eloonjääneen kuolleisuuteen. Kirjallisuuskatsaus tehdään pohjoismaisista tutkimuksista, sillä tiedossani ei ole muita maantieteellisellä rajauksella tehtyjä katsauksia aiheesta. Pohjoismainen raja on perusteltua maiden yhtenäisten perhekäytäntöjen ja terveyspalveluiden tasapuolisen saatavuuden vuoksi.

Kirjallisuushaku tehtiin Medline (Ovid) ja Cinahl (Ebsco) tietokantoihin 4.10.2022. Aineistoksi valikoitui seitsemän tutkimusta, jotka ovat julkaistu vuosina 2011–2020. Seitsemästä tutkimuksesta kuudessa on tutkittu sekä miehiä että naisia. Yhdessä tutkimuksessa otos muodostui ainoastaan miehistä. Tutkimuksissa seurattiin leskiä ja verrattiin heidän kuolleisuuttansa naimisissa oleviin verrokkeihin.

Tutkimustulokset osoittavat, että aviopuolison kuolemalla on yhteys eloonjääneen kuolleisuuteen. Puolison kuolema voi lyhentää eloonjääneen elinkaaren pituutta. Jokaisessa kirjallisuuskatsaukseen sisällytetyssä tutkimuksessa löydettiin yhteys puolison kuoleman ja eloonjääneen lesken kuolleisuusriskin kasvun välillä edes jossain ikäryhmässä. Vanhemmissa ikäluokissa puolison kuoleman yhteyden suuruus kuolleisuuteen oli pienempi. Kuolleisuuden havaittiin kasvavan enemmän miehillä kuin naisilla kaikissa paitsi yhdessä tutkimuksessa, jossa yli 75-vuotiaiden ryhmässä naisten kuolleisuus kasvoi neljä prosenttiyksikköä enemmän kuin miesten.

Ilmiön kokonaisvaltainen ymmärtäminen vaatii jatkotutkimusta. Kuolleisuuden kasvuun vaikuttavat tekijät ovat yhä osittain tuntemattomia. Niiden ymmärtäminen auttaisi tarjoamaan leskille oikeanlaista tukea, jonka avulla olisi mahdollista ehkäistä epäsuotuisia terveysvasteita sekä ennenaikaisia kuolemia.

Asiasanat: leskeys, leskeytyminen, puolison kuolema, kuolleisuus, avioliitto, aviopuoliso

## SISÄLLYS

### TIIVISTELMÄ

|  |    |
|--|----|
| 1 JOHDANTO.....  | 1  |
| 2 LESKIEN OSUUS SUOMALAISESTA VÄESTÖSTÄ.....   | 2  |
| 3 AVIOLIITON YHTEYS YKSILÖN TERVEYTEEN.....  | 3  |
| 4 LESKEYTYMISEN YHTEYS YKSILÖN TERVEYTEEN.....   | 4  |
| 5 POHJOISMAIDEN EROT SOSIAALISEN TUEN TARPEISSA JA<br>PERHEKÄYTÄNNÖISSÄ VERRATTUNA MUUHUN EUROOPPAAN ..... | 6  |
| 6 POHJOISMAISEN TERVEYDENHUOLLON ERITYISPIIRTEET .....   | 8  |
| 7 METODIT .....  | 9  |
| 7.1 Tutkimuskysymys.....   | 9  |
| 7.2 Sisäänotto- ja poissulkukriteerit .....  | 9  |
| 7.3 Kirjallisuushaun toteuttaminen.....  | 10 |
| 7.4 Tutkimuksien laadunarviointi.....  | 12 |
| 8 TULOKSET .....   | 14 |
| 8.1 Mukaan otettujen tutkimuksien perustiedot .....  | 14 |
| 8.2 Puolison kuoleman yhteys eloonjääneen kuolleisuuteen .....   | 15 |
| 9 POHDINTA.....  | 18 |
| LÄHTEET .....  | 24 |

# 1 JOHDANTO

Ihmissuhteet vaikuttavat tutkitusti useisiin terveysilmiöihin, esimerkiksi henkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin, terveystottumuksiin sekä kuolleisuusriskiin (Umberson & Montez 2010). Avioliitto on ehkä tutkituin sosiaalinen side (Umberson & Montez 2010). Onnellinen avioliitto on yhteydessä parempaan henkiseen ja fyysiseen terveyteen (Robles 2014). Muiden terveysvaikutusten lisäksi naimisissa olevat ovat yleensä myös tyytyväisempiä elämiinsä (Holt-Lunstad 2008). Avioliiton ja terveyden yhteyttä selittävät tekijät ovat moninaisia ja osittain tuntemattomia (Robles 2014).

Puolison kuolema on merkittävä elämäntapahtuma, joka vaikuttaa yksilön elämään moninaisesti (Kim ym. 2009). Leskeytymistä on luonnehdittu jopa yhdeksi elämän stressaavimmaksi tapahtumaksi, ja prosessi sisältää vahvoja tunnereaktioita (Li 2007). Pitkäaikaisen kumppanin menettänyt joutuu selviytymään läheisen ihmissuhteen loppumisesta (Utz ym. 2004). Uusi sosiaalinen tilanne ja oma identiteetti leskenä vaatii uudelleen asennoitumista, ja kumppanin kanssa jaetut arkiarvot tulee uudelleenrakentaa yksin (Utz ym. 2004). Suomalaisesta väestöstä vuonna 2021 leskien osuus oli 276 308 (Tilastokeskus 2022).

Tutkimusten mukaan leskeys voi vaikuttaa terveysongelmien ja sairauksien ilmenemiseen (Naef ym. 2013; Shear ym. 2011; Stroebe ym. 2007). Terveysongelmat, kuten uniongelmat, väsymys ja ruokahaluttomuus saattavat voimistua (Kim ym. 2009). Sureminen vaikuttaa kielteisesti psykososiaaliseen terveyteen ja kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin (Naef ym. 2013). Elämänhallintaa vaikeuttaa puolison menetyksen jälkeiset terveysongelmat, vaikeudet itsenäisyydessä, muuttunut sosiaalinen identiteetti sekä yksinäisyys (Kim ym. 2009).

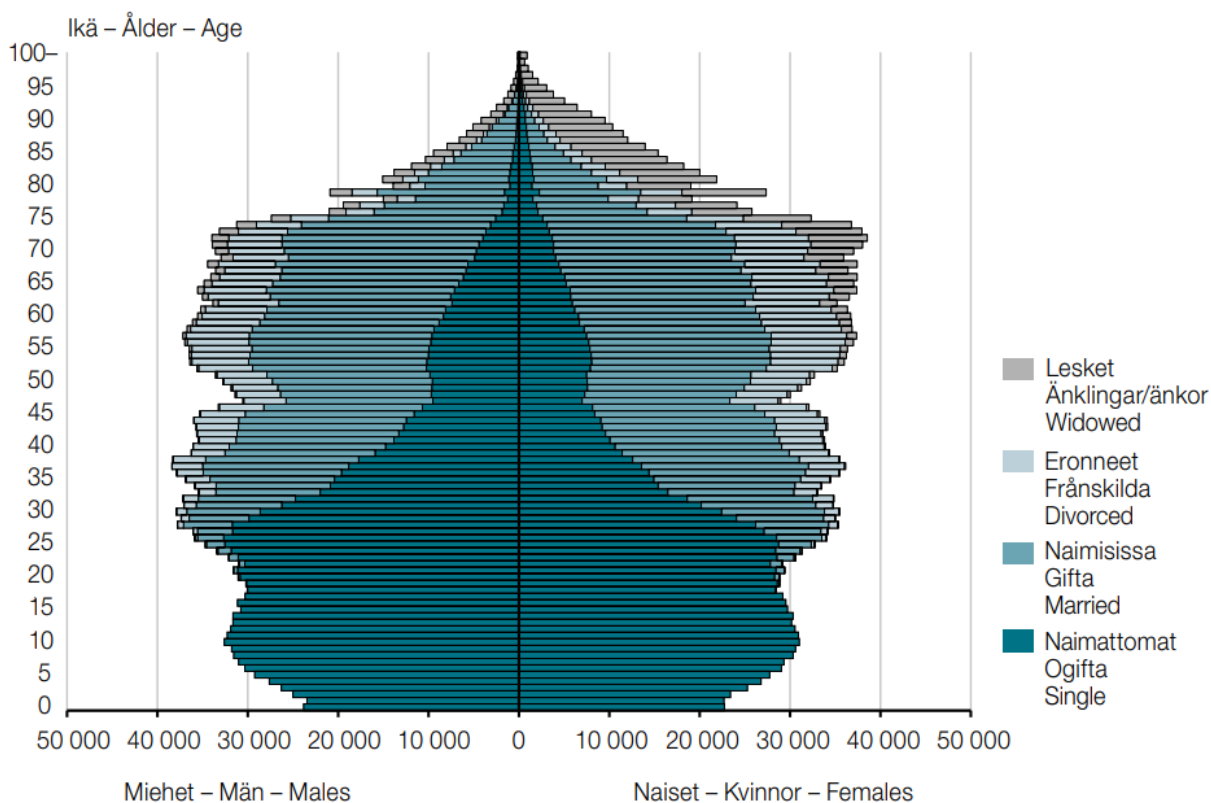
Toisaalta avioliitto voi saada aikaiseksi myös terveydelle epäsuotuisia vaikutuksia. Sairaana puolison hoitamisesta johtuva henkinen tai emotionaalinen kuormitus voi olla itsenäinen riskitekijä ikääntyneen ennenaikaiseen kuolemaan (Schulz & Beach 1999). Vaikka puolison kuolemaan liittyy yleensä suurta surua, voidaan sen yhteydessä kokea kuolemaa edeltävien hankalien olosuhteiden vuoksi myös helpotusta (Keene & Prokos 2008).

Tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tarkoitus on selvittää, onko puolison kuolemalla yhteyttä eloonjääneen elinkaaren pituuteen. Mukaan otettiin pohjoismaisia tutkimuksia, jotta tulokset olisivat yleistettävissä suomalaiseseen väestöön.

## 2 LESKIEN OSUUS SUOMALAISESTA VÄESTÖSTÄ

Vuonna 2021 leskien määrä Suomessa oli 276 308, ja tästä lukumäärästä miesleskiä oli 58 089 ja naisleskiä 218 219 (Tilastokeskus 2022). Leskien osuus suomalaisesta väestöstä suhteessa eronneisiin, naimisissa oleviin ja naimattomiin on esitetty kuvassa 1.

Ikääntyneet joutuvat kohtaamaan puolison kuoleman todennäköisemmin muuhun väestöön verrattuna (Ghesquiere ym. 2013). Myös suomalaisesta väestöstä voidaan havaita, että leskien osuus on huomattavasti suurempi suhteessa eronneisiin, naimisissa oleviin ja naimattomiin, kun tarkastellaan vanhimpia ikäluokkia (Kuva 1).



KUVA 1. Suomen väestö sukupuolen, iän ja siviilisäädyn mukaan 31.12.2020 (Tilastokeskus 2021).

### 3 AVIOLIITON YHTEYS YKSILÖN TERVEYTEEN

Siviilisäädylä on havaittu olevan yhteys yksilön terveyteen, ja erityisesti avioliitolla on todettu olevan positiivisia terveystasteita (Holt-Lunstad 2008; Robles 2014). Avioliiton päättymisen puolison kuoleman vuoksi sen sijaan aiheuttaa yleensä suurta kärsimystä ja lisää terveystongelmia (Stroebe ym. 2007).

Avioliitto tarjoaa yksilölle suojaa kielteisiltä fysiologisilta terveystasteilta sekä pehmentää epämiellyttäviä tunteita vaikeissa elämäntilanteissa (Wong & Waite 2015). Suurelle osalle aikuisista avioliitto on erittäin keskeinen osa elämää, ja se koetaan merkityksellisempänä verrattuna muihin sosiaalisiin suhteisiin (Holt-Lunstad ym. 2008). Avioliitolla on uniikki kyky suojata yksilöitä epäsuotuisilta biologisilta prosesseilta (Wong & Waite 2015). Esimerkiksi McFarlandin ym. (2013) tutkimuksessa avioliitto näyttöytyi naisilla suojaavana tekijänä sydän- ja verisuonitautien kohdalla. Samaa ilmiötä ei kuitenkaan havaittu miehillä, ja avioliiton yhteydet fyysiseen terveyteen näyttävätkin olevan vahvasti riippuvaisia muun muassa yksilön sukupuolesta sekä biologisista riskitekijöistä (McFarland ym. 2013).

Holt-Lunstadin ym. (2008) tutkimuksessa naimisissa olevat yksilöt olivat tyytyväisempiä omaan elämäänsä verrattuna naimattomiin henkilöihin. Lisäksi heidän verenpainearvonsa olivat matalampia kuin naimattomilla verrokeilla. Avioliiton laadulla on myös merkitystä siihen, miten se vaikuttaa terveyteen ja hyvinvointiin. Hyväksi koettu avioliitto oli yhteydessä tyytyväisyyden ja alhaisemman verenpaineen lisäksi myös alempiin stressitasoihin ja vähäisempiin masennusoireisiin. Huonoksi koetussa avioliitossa olevilla oli taas korkeampi verenpaine kuin naimattomilla. Avioliiton tuomat terveysthyödyt eivät siis ole yksiselitteisiä. Taustalla vaikuttavat suhteen tuoma tyytyväisyys ja tuki (Holt-Lunstad ym. 2008).

Avioliiton ja avoliiton hyötyjen väliset erot voivat olla todella pieniä. Musickin ja Bumpassin (2012) mukaan molemmat edistävät psykologista hyvinvointia, mutta näitä kahta liittoa vertaillessa avioliitto on yhteydessä parempaan terveyteen. Toisaalta tutkimuksessa avioliitossa olevilla oli heikompi itsetunto ja he kokivat vähemmän onnellisuutta. Avioliitto voi olla joillekin tärkeä onnellisuuden ja hyvinvoinnin lähde, mutta yksilöllisten ominaisuuksien vuoksi avioliittoa ei voida yleisesti pitää varmana hyvinvointia edistävänä tekijänä (Musick & Bumpass 2012).

#### 4 LESKEYTYMISEN YHTEYS YKSILÖN TERVEYTEEN

Puolison menettäminen voidaan nähdä luonnollisena elämänvaiheena, jonka yksilö pystyy käsittelemään ja hyväksymään ajan kuluessa (Stroebe ym. 2007). Tästä huolimatta menetysprosessiin usein kuuluu ajanjakso, jonka aikana koetaan voimakasta kärsimystä, ja johon kuuluu tavallista suurempi psyykkisten ja fyysisten terveysongelmien riski (Stroebe ym. 2007). Menetykseen sopeutumiseen voi kulua kuukausia tai jopa vuosia, ja sopeutumiseen vaikuttavat oleellisesti yksilölliset ja kulttuuriset erot (Stroebe ym. 2007).

Leskeytymisellä voi olla merkittävä vaikutus yksilön terveyteen (Naef ym. 2013; Shear ym. 2011; Stroebe ym. 2007). Puolison kuolema synnyttää vahvoja kielteisiä tunteita, kuten surua, yksinäisyyttä, tarkoituksettomuutta ja toivottomuutta (Holm ym. 2019). Leskien kokema menetysprosessi, masennus ja ahdistus lisäävät heidän terveysongelmiaan (Holm ym. 2019). Puolison kuolemasta aiheutuva avioliiton loppuminen voi lisätä yksilön herkkyyttä kroonisille ja akuuteille stressitekijöille (Pudrovska & Carr 2008). O'Connorin ym. (2012) mukaan läheisen menetyksen läpikäyneillä yksilöillä havaittiin useammin erilaisia kielteisiä tuntemuksia. Näitä olivat esimerkiksi tunteiden turtuneisuus, epäuskoisuus sekä heikentynyt kokemus oman elämän merkityksellisyydestä (O'Connor ym. 2012).

Williamsin (2004) mukaan avioliiton osapuolet usein kannustavat toisiaan terveyttä edistävään käyttäytymiseen ja vastaavasti kehottavat toisiaan välttämään terveydelle haitallista käyttäytymistä. Leskien terveyden heikkeneminen voisi täten liittyä terveystyöskäytymistä koskevan viestinnän vähentymiseen, mikä johtaa epäsuotuisten elintapojen omaksumiseen (Williams 2004).

Leskeytymistä seuraavat terveysvasteet ovat monisyisiä. Puolison kuolema voi keskeyttää pitkäikäisen kumppanuuden ja muuttaa merkittävästi yksilön sosiaalisen tuen lähteitä ja tuen saatavuutta (Sullivan & Fenelon 2014). Seurauksiin vaikuttavat esimerkiksi puolison kuolemaa edeltävät olosuhteet ja yksilön käytettävissä olevat resurssit (Guiaux ym. 2007). Siirtyminen leskeyteen saattaa vaatia uutta taloudellista asennoitumista ja muita elämäntapamuutoksia, mikä voi aiheuttaa epäsuotuisia terveysvasteita (Sullivan & Fenelon 2014).

Keenen ja Prokoksen (2008) mukaan sairaan puolison pitkäaikainen hoitaminen voi pienentää leskeydestä aiheutuvia kielteisiä vaikutuksia. Vaikka puolison kuolema on yleisesti kielteinen

elämäntapahtuma, tutkimuksen mukaan puolison hoitajan roolista vapautuminen lievittää kroonista stressiä ja saattaa auttaa psykologista uudelleen asennoitumista. Ilmiö on havaittu erityisesti leskillä, jotka hoitivat puolisojaan pitkäaikaisesti ennen puolison kuolemaa (Keene & Prokos 2008).



## 5 POHJOISMAIDEN EROT SOSIAALISEN TUEN TARPEISSA JA PERHEKÄYTÄNNÖISSÄ VERRATTUNA MUUHUN EUROOPPAAN

Nyqvistin ym. (2019) mukaan pohjoismaissa asuvat iäkkäät ovat vähemmän riippuvaisia yksittäisistä yksinäisyyteen vaikuttavista tekijöistä verrattuna alueisiin, joissa yksinäisyyteen vaikuttaa vahvemmin perhe sekä muut sosiaaliset suhteet. Pohjoiset maat suoriutuvat paremmin ikääntyneiden yksinäisyyden ehkäisemisessä kuin eteläiset ja itäiset hallintojärjestelmät. Tähän vaikuttaa se, että Pohjoismaiden valtioiden toimet sosiaalisen hyvinvoinnin puolesta näyttävät edistävän ikääntyneiden sosiaalisen yhteenkuuluvuuden tunnetta. Kokemukset yhtenäisyydestä taas vähentävät kokemusta yksinäisyydestä (Nyqvist ym. 2019).

Kun tarkastellaan ilmiötä myös Euroopan ulkopuolella, sosiaalisen tuen tarpeissa on havaittu olevan eroja länsi- ja itämaiden välillä (Panagiotopoulos ym. 2013; Tiedt ym. 2016; Xu ym. 2017). Itämaissa lesket asuvat useammin naimisissa olevien lastensa kanssa samassa taloudessa ja kokevat saavansa heiltä enemmän tukea kuin länsimaissa asuvat lesket (Tiedt ym. 2016; Xu ym. 2017).

Pohjoismaisissa perheissä on tiettyjä samankaltaisuuksia. Useat eri sukupolvet eivät tyypillisesti asu samassa taloudessa, ja lapset muuttavat pois kotoa suhteellisen nuorena (Grødem 2014). Etelä- ja Itä-Euroopassa on taas suhteellisen yleistä, että kaksi tai jopa kolme sukupolvea asuu samassa taloudessa (Gierveld 2001). Pohjoismaissa naiset menevät ensimmäisen kerran naimisiin myöhään, jos tilastoja verrataan muihin EU-maihin (Grødem 2014). Myös avioerot ovat hiukan yleisempiä, mutta ero ei ole suuri suhteessa Länsi-Euroopan maihin (Grødem 2014).

Gierveldin mukaan (2001) omien lasten kanssa asuminen tulee harvinaisemmaksi, kun lapset ovat siinä iässä, että he muuttavat omilleen. Yhteisasuminen kuitenkin yleistyy leskeytymisen seurauksena leskien muuttaessa samaan talouteen heidän aikuisten lastensa kanssa. Yhteistaloutteen muuttaminen näyttää olevan yleisesti hyväksytty malli monissa Etelä-Euroopan maissa, mutta siihen suhtaudutaan vähiten myönteisesti Skandinaviassa ja Alankomaissa. Etelä-Euroopassa perhearvot näyttävät perinteisempinä, ja lasten odotetaan tarjoavan paljon apua vanhemmilleen (Gierveld 2001).

Gierveldin (2001) tutkimuksessa toteutetun vertailun mukaan 1990/1 väestönlaskun datan perusteella Suomessa yksinasuvien leskien määrä oli suuri. Sen sijaan määrä oli merkittävästi matalampi esimerkiksi Italiassa ja Unkarissa (Gierveld 2001). Tämä osoittaa Euroopan alueellisten erojen olemassaoloa myös tällä aihealueella.

## 6 POHJOISMAISEN TERVEYDENHUOLLON ERITYISPIIRTEET

Willbergin ja Valtosen (2007) tekemästä vertailusta selviää, että Pohjoismaiden terveydenhuoltojärjestelmät eivät ole täysin identtisiä, mutta erityisesti globaalista näkökulmasta tarkastellessa niillä on paljon yhtäläisyyksiä keskenään. Suuri yhteinen linja on se, että palvelujen toimivuuden perustana on kansalaisten yhteisvastuu yhteistä hyvää palvelevan terveydenhuollon järjestämiseksi. Demokraattisesti valitut hallintoelimet ohjaavat ja valvovat terveydenhuollon toimintaa sen sijaan, että se olisi riippuvainen kaupallisista markkinavoimista. Pohjoismaiden terveydenhuollon rahoituksessa ja kustannuksissa on eroja, mutta kaikissa maissa terveydenhuollon rahoitus tapahtuu pääosin verorahoitteisesti (Willberg & Valtonen 2007).

Terveydenhuollossa korostetaan vahvasti oikeudenmukaisuutta, ja palveluissa kiinnitetään paljon huomiota lisäksi tehokkuuteen sekä asiakaslähtöisyyteen (Willberg & Valtonen 2007). Keskeistä on se, että palveluja tarjotaan kaikille tasapuolisesti (Willberg & Valtonen 2007). Terveydenhuollon rahoittaminen verovarolla mahdollistaa suhteellisen edulliset asiakasmaksut. Pohjoismaissa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kertamaksut vaihtelevat 0–31 euron välillä (Willberg & Valtonen 2007).

Palvelujen käytön maksuttomuus tai edullisuus parantaa terveydenhuollon oikeudenmukaisuutta. Tällöin sosioekonomisten tekijöiden vaikutus yksilön mahdollisuuksiin käyttää terveyspalveluja pienenee, sillä korkeammat palvelumaksut vaikeuttavat eniten huono-osaisten hoitoon hakeutumista (James ym. 2012). Tähän kirjallisuuskatsaukseen sisällytetään ainoastaan pohjoismaisia tutkimuksia, jotta leskeyden ja kuolleisuuden väliseen yhteyteen vaikuttaisi mahdollisimman vähän terveydenhuoltojärjestelmien palvelujen saavuttamattomuus ja epäoikeudenmukaisuus.

## 7 METODIT

Seuraavissa alaluvuissa esitellään tämän kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymys. Lisäksi tuodaan esille tiedonhankinnassa käytettävät sisäänotto- ja poissulkukriteerit sekä esitetään kirjallisuuskatsauksen tiedonhakuprosessi.

### 7.1 Tutkimuskysymys

Tämän kandidaatintutkielman tarkoitus on selvittää aviopuolison kuoleman yhteyttä ikääntyneiden kuolleisuuteen. Tutkielman päätutkimuskysymys on: onko aviopuolison kuolemalla yhteyttä eloonjääneen elinkaaren pituuteen. Jos yhteys löytyy, selvitetään myös yhteyden suunta. Tutkimuskysymystä tarkastellaan erikseen miehillä ja naisilla, jotta voidaan selvittää ilmiön mahdollisia sukupuolieroja. Päätutkimuskysymys on esitetty PICO-malliin sovitettuna taulukossa 1. Leskien kuolleisuutta verrataan tässä kirjallisuuskatsauksessa naimisissa olevien kuolleisuuteen.

TAULUKKO 1. Päätutkimuskysymys sovitettuna PICO-malliin.

|   |                       |                   |
|---|-----------------------|-------------------|
| P | Populaatio            | Lesket            |
| I | Altistuminen          | Puolison kuolema  |
| C | Vertailu              | Naimisissa olevat |
| O | Lopputulospoimuuttaja | Kuolleisuus       |

### 7.2 Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Tiedonhakua ohjattiin sisäänotto- ja poissulkukriteereillä. Näiden kriteerien avulla suodatettiin hakutuloksista tutkimuskysymyksiin vastaavat tutkimukset. Kirjallisuuskatsaukseen haluttiin sisällyttää mahdollisimman viimeaikaisia tutkimuksia, minkä vuoksi yhdeksi kriteeriksi asetettiin julkaisuajankohta 2000-luvulla.

Tässä katsauksessa tarkoituksena on selvittää nimenomaan aviopuolison kuoleman yhteyttä kuolleisuuteen, minkä vuoksi se on asetettu yhdeksi kriteeriksi. Pohjoismaisella otoksella hae-

taan yleistettäviä tutkimustuloksia suomalaiseseen väestöön sekä pyritään vähentämään terveydenhuoltojärjestelmien ja perhekäytäntöjen osallisuutta saatuihin tuloksiin. Lisäksi Pohjoismaiden hyödyntämät väestörekisterit tarjoavat kattavaa tietoa väestön siviilisäädystä ja kuolleisuudesta, minkä vuoksi ne sopivat ilmiön tutkimiseen. Kirjallisuuskatsauksen sisäänotto- ja poissulkukriteerit on esitetty tarkemmin taulukossa 2.

TAULUKKO 2. Tutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

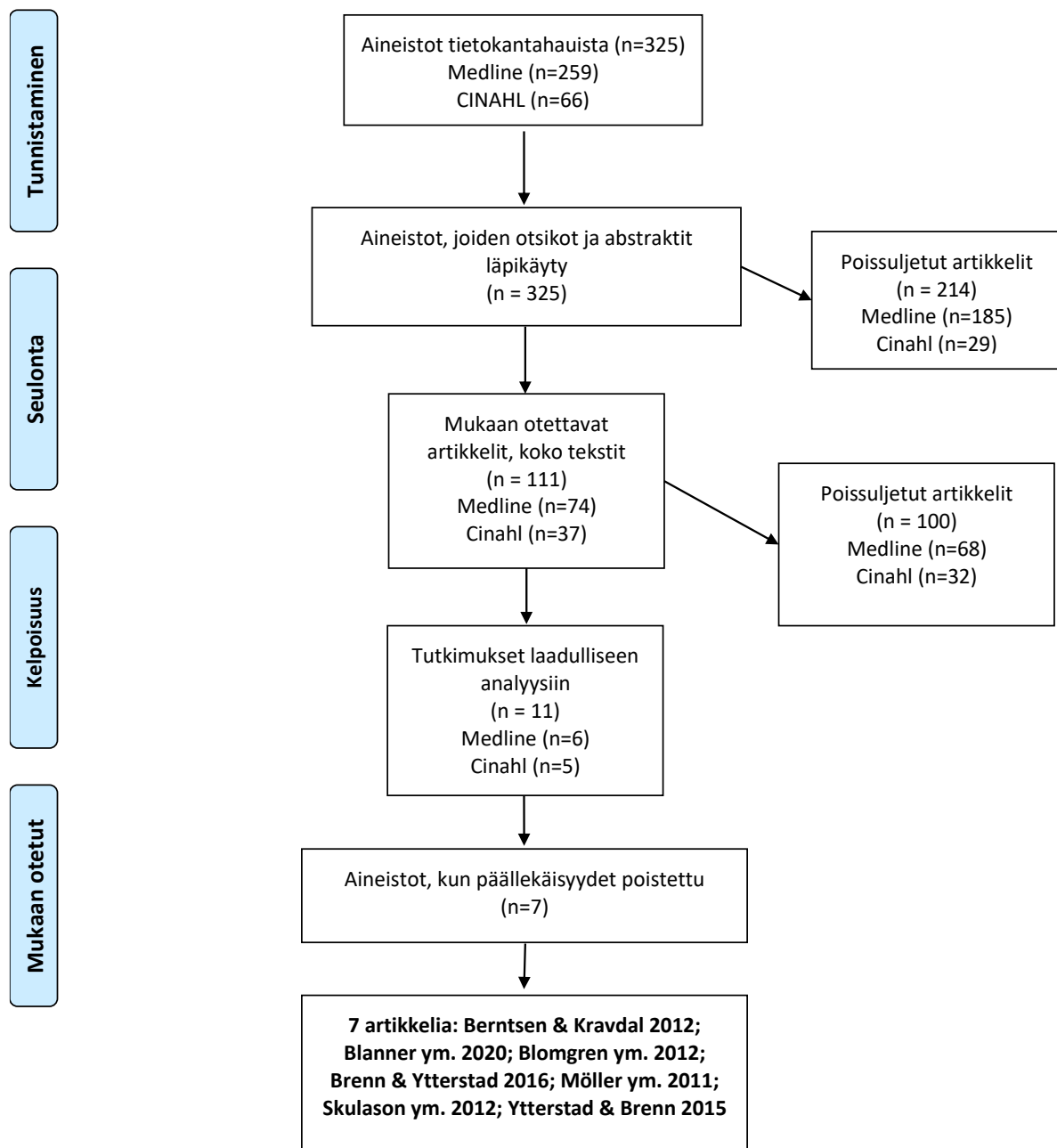
| Sisäänottokriteerit  | Poissulkukriteerit   |
|--|--|
| Tutkimus on julkaistu 2000-luvulla   | Tutkimus on julkaistu ennen 2000-lukua   |
| Tutkimusartikkeli on vertaisarvioitu   | Tutkimusartikkeli ei ole vertaisarvioitu   |
| Tutkimusotos on pohjoismainen  | Tutkimus on tehty muulla kuin pohjoismaisella otoksella  |
| Tutkimusartikkeli on kirjoitettu englanniksi tai suomeksi                              | Tutkimusartikkelin kieli on muu kuin englanti tai suomi  |
| Tutkimuksessa tarkastellaan aviopuolison kuoleman yhteyttä eloonjääneen kuolleisuuteen | Tutkimus käsittelee aviopuolison kuoleman yhteyttä muuhun kuin eloonjääneen kuolleisuuteen, esimerkiksi terveyteen |
| Kuolleisuusriskiä verrataan naimisissa oleviin   | Kuolleisuusriskiä verrataan johonkin toiseen ryhmään kuin naimisissa oleviin                                       |

### 7.3 Kirjallisuushaun toteuttaminen

Tiedonhaku suoritettiin 4.10.2022 Medline (Ovid) sekä Cinahl (Ebsco) tietokantoihin. Nämä molemmat tietokannat sisältävät terveystieteisiin liittyviä tutkimusartikkeleita. Molemmissa tietokantahauissa käytettiin samaa hakulauseketta. Hakulauseke oli: ((”spouse loss” OR widowhood) AND mortality). Lisäksi Cinahlissa suodatettiin hakua valitsemalla hakukoneessa kriteeriksi vertaisarvioidut artikkelit sekä poistamalla valinnoista apuväline ”apply equivalent subjects”, joka automaattisesti tarjoaa hakusanoihin liittyviä tuloksia.

Medlinesta hakulausekkeella löytyi 259 tulosta, ja Cinahlista löytyi 66 tulosta. Näiden tutkimusten joukosta suodatettiin ensin aiheeseen liittyvät tutkimukset otsikoiden ja abstraktien pe-

rusteella. Otsikoiden ja abstraktien pohjalta suljettiin pois yhteensä 214 artikkelia. Tämän jäl-  
keen jäljelle jääneiden tutkimusten sisältö käytiin läpi tarkemmin. Tutkimuksista valittiin mu-  
kaan otettaviksi ne, jotka vastaavat tämän kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymykseen. Koko  
tekstien läpikäymisen jälkeen jäljelle jäi yksitoista tutkimusta. Duplikaatteja eli päällekkäisiä  
tutkimusartikkeleita poistettiin neljä kappaletta. Tutkimusten läpikäynnin jälkeen sisäänotto- ja  
poissulkukriteereihin sopivia tutkimuksia jäi jäljelle seitsemän. Tarkempi kuvaus kirjallisuus-  
katsauksen tiedonhausta on esitetty kuvassa 2.



KUVA 2. Vuokaavio kirjallisuuskatsauksen tiedonhausta (Moher ym. 2009).

#### 7.4 Tutkimuksien laadunarviointi

Tutkimuksien laadunarvioinnissa hyödynnettiin suomen kielelle käännettyä versiota Joanna Briggs Instituutin kohorttitutkimuksille tarkoitettua tarkistuslistasta (Hotus 2019). Lomake sisältää 11 kysymystä, joiden tarkoituksena on tukea tutkimusartikkeleiden kriittistä arviointia. Kyseistä tarkistuslistaa käytettiin jokaisen kirjallisuuskatsaukseen valikoituneen tutkimusartikkelin laadun arvioimiseen (Taulukko 3).

Laatukriteerit 1.–4. sekä 6.–11. täyttyivät jokaisen tutkimuksen kohdalla. Kaikissa tutkimuksissa oli todettu sekoittavien tekijöiden olemassaolo sekä tunnistettu sekoittavia tekijöitä. Siitä huolimatta sekoittavien tekijöiden käsittely tutkimuksissa oli jätetty tekemättä tai tutkimuksissa oli huomioitu ainoastaan osa sekoittavista tekijöistä. Tämä voi heikentää tutkimustulosten yleistettävyyttä. Toisaalta aiheen kannalta kaikkien kuolleisuuteen vaikuttavien tekijöiden huomioiminen tutkimuksissa on oikeastaan mahdotonta.

Laadunarvioinnin perusteella jokaisen arvioidun tutkimuksen laatu on riittävä, jotta ne voidaan sisällyttää kirjallisuuskatsaukseen. Laadunarvioinnin perusteella tutkimukset ovat hyvälaatuisia, ja niiden toteutuksessa on riittävässä määrin huomioitu varteenotettavat laatuun vaikuttavat tekijät.

TAULUKKO 3. Tutkimusten laadunarviointi Joanna Briggs Instituutin taulukon mukaan (Hottus 2019).

| Arviointikohta   | Berntsen & Oystein 2012 | Blanner ym. 2020 | Blomgren ym. 2012 | Brenn & Ytterstad 2016 | Möller ym. 2011 | Skulason ym. 2012 | Ytterstad & Brenn 2015 |
|--|-------------------------|------------------|-------------------|------------------------|-----------------|-------------------|------------------------|
| 1. Olivatko molemmat ryhmät samankaltaisia ja rekrytoitiinko ne samasta kohde-ryhmästä?  | K                       | K                | K                 | K                      | K               | K                 | K                      |
| 2. Mitattiinko altistuminen samalla tavalla jaettaessa tutkittavia altistuneiden ja altistumattomien ryhmiin?                                      | K                       | K                | K                 | K                      | K               | K                 | K                      |
| 3. Mitattiinko altistuminen pätevällä ja luotettavalla tavalla?  | K                       | K                | K                 | K                      | K               | K                 | K                      |
| 4. Tunnistettiin tutkimuksen sekoittavat tekijät?  | K                       | K                | K                 | K                      | K               | K                 | K                      |
| 5. Kuvattiinko tutkimuksessa miten sekoittavia tekijöitä on käsitelty?   | E                       | K                | K                 | K                      | K               | E                 | E                      |
| 6. Olivatko ryhmät/tutkittavat terveitä (eli heillä ei ollut tutkimuksen kohteena ollutta sairautta) tutkimuksen alussa tai altistumisen hetkellä? | K                       | K                | K                 | K                      | K               | K                 | K                      |
| 7. Mitattiinko tulokset pätevällä ja luotettavalla tavalla?  | K                       | K                | K                 | K                      | K               | K                 | K                      |
| 8. Kuvattiinko seuranta-ajan pituus ja oliko seuranta riittävän pitkä, jotta tuloksia voidaan saada?   | K                       | K                | K                 | K                      | K               | K                 | K                      |
| 9. Pysyivätkö tutkittavat mukana tutkimuksessa seurannan aikana, ja elleivät pysyneet, niin tutkittiinko ja kuvattiinko kadon syyt?                | K                       | K                | K                 | K                      | K               | K                 | K                      |
| 10. Käytettiin puutteellisen seurannan käsittelemiseksi asianmukaisia strategioita?  | K                       | K                | K                 | K                      | K               | K                 | K                      |
| 11. Käytettiin soveltuvia tilastollisia menetelmiä?  | K                       | K                | K                 | K                      | K               | K                 | K                      |

K=Kyllä, E=Ei



## 8 TULOKSET

Seuraavissa alaluvuissa kuvataan katsaukseen mukaan otettujen tutkimuksien perustiedot. Lisäksi käsitellään tutkimustuloksia aviopuolison kuoleman ja eloonjääneen kuolleisuuden välistä yhteydestä. Tutkimustulosten mukaan aviopuolison kuolemalla ja eloonjääneen kuolleisuudella on yhteys.

### 8.1 Mukaan otettujen tutkimuksien perustiedot

Tähän systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetut seitsemän tutkimusta ovat julkaistu vuosina 2011–2020. Kaikki tutkimukset ovat pitkittäistutkimuksia, joiden seuranta-ajat vaihtelivat 1–38 vuoden välillä.

Tutkimuksista kolme on toteutettu Norjassa, yksi Tanskassa, yksi Ruotsissa sekä yksi Islannissa. Tutkimuksista seitsemäs, Blomgrenin ym. (2012) tutkimus, toteutettiin Englannissa, Walesissa ja Suomessa. Eri maiden väliset tulokset ovat eritelty toisistaan. Koska tässä kirjallisuuskatsauksessa sisäänottokriteerinä oli pohjoismainen otos, kyseisestä tutkimuksesta tarkastellaan ainoastaan Suomessa saatuja tuloksia. Taulukossa 4 on esitetty kyseisestä tutkimuksesta ainoastaan suomalaisen otoksen tiedot, sekä taulukossa 5 on esitelty tämän tutkimuksen osalta ainoastaan suomalaisella otoksella saadut tutkimustulokset.

Kuudessa tutkimuksessa on tutkittu sekä miehiä että naisia, mutta Skulasonin ym. (2012) tutkimuksessa tutkittiin ainoastaan miehiä. Berntsenin & Kravdalin (2012) sekä Blomgrenin ym. (2012) tutkimuksissa otosten sukupuolijakaumaa ei ole tarkasti raportoitu, mutta molemmissa tutkimuksissa oli mukana sekä miehiä että naisia. Mukaan otettujen tutkimuksien perustiedot on esitetty tarkemmin taulukossa 4.

TAULUKKO 4. Kirjallisuuskatsauksen tutkimusten perustiedot.

| Tutkimus                   | Vuosi | Maa     | Seuranta-<br>aika vuosina | Otoskoko/henkilö-<br>vuosien määrä                  | Tutkittavien ikä<br>vuosina | Naisia<br>(%) | Miehiä<br>(%) |
|----------------------------|-------|---------|---------------------------|---|-----------------------------|---------------|---------------|
| Berntsen<br>& Krav-<br>dal | 2012  | Norja   | 38                        | 70 701 767 henkilö-<br>vuotta                       | 40–89                       | -             | -             |
| Blanner<br>ym.             | 2020  | Tanska  | 16                        | 82 130 osallistujaa<br>642 914.8 henkilö-<br>vuotta | keskiarvo<br>75,8           | 66            | 34            |
| Blom-<br>gren ym.          | 2012  | Suomi   | 13                        | 3,2 miljoonaa henki-<br>lövuotta*                   | ≥50                         | -             | -             |
| Brenn &<br>Ytterstad       | 2016  | Norja   | 32                        | 452 788 osallistujaa                                | 55–94                       | 70            | 30            |
| Möller<br>ym.              | 2011  | Ruotsi  | 1                         | 658 022 osallistujaa                                | ≥75                         | 61            | 39            |
| Skulason<br>ym.            | 2012  | Islanti | 9                         | 728 osallistujaa                                    | 30–75                       | 0             | 100           |
| Ytterstad<br>& Brenn       | 2015  | Norja   | 32                        | 1 801 456 osallistujaa                              | 55–94                       | 49            | 51            |

- ei raportoitu  
\* painotettu lukuarvo

## 8.2 Puolison kuoleman yhteys eloonjääneen kuolleisuuteen

Jokaisessa seitsemässä tutkimuksessa havaittiin aviopuolison kuoleman olevan yhteydessä eloonjääneiden korkeampaan kuolleisuuteen verrattaessa avioliitossa eläviin (Taulukko 5). Yhteyden vahvuus vaihteli tutkimusten välillä. Suurin yhteys havaittiin Skulasonin ym. (2012) tutkimuksessa, jossa miesleskien kuolleisuusriski oli 1.84ertainen suhteessa naimisissa oleviin verrokkeihin. Kyseisessä tutkimuksessa oli mukana ainoastaan miehiä. Tutkimuksista, joissa tutkittiin sekä miehiä että naisia, suurin yhteys havaittiin Blannerin ym. (2020) tutkimuksessa. Kyseisessä tutkimuksessa naisleskien kuolleisuusriski oli 23 prosenttia korkeampi verrattuna naimisissa oleviin naisiin, ja miesleskien kuolleisuusriski oli 29 prosenttia korkeampi verrattuna naimisissa oleviin miehiin.

Tutkimuksissa, joissa dataa kuolleisuudesta oli analysoitu sukupuolen perusteella eriteltyinä, miehillä aviopuolison kuoleman ja kuolleisuuden yhteys oli suurempi (Berntsen & Kravdal 2012; Blanner ym. 2020; Blomgren ym. 2012; Brenn & Ytterstad 2016; Ytterstad & Brenn 2015). Vaikka sukupuolittainen ero havaittiin systemaattisesti jokaisessa tutkimuksessa, erot eivät olleet suuria. Blannerin ym. (2020) tutkimuksessa mies- ja naisleskien kokonaiskuolleisuudessa havaittiin suurin ero – miesleskien kuolleisuus oli kuusi prosenttiyksikköä korkeampaa kuin naisleskien. Sukupuolten välistä eroa tarkasteltaessa ainoa poikkeavuus ilmeni Blomgrenin ym. (2012) tutkimuksessa yli 75-vuotiaiden ryhmässä, jossa naisleskien kuolleisuusriski oli neljä prosenttiyksikköä korkeampi kuin miesleskien.

Kuolleisuuden kasvun havaittiin olevan vahvempaa nuorilla kuin vanhemmilla henkilöillä (Blanner ym. 2020; Blomgren ym. 2012). Blannerin ym. (2020) tutkimuksessa tarkasteltiin myös erittäin vanhoja ikäryhmiä (90-94, 95-99,  $\geq 100$ ). Yli 90-vuotiailla naisilla ja yli 95-vuotiailla miehillä leskien kuolleisuuden ei havaittu olevan suurempi kuin naimisissa olevilla verrokeilla.  $\geq 100$ -vuotiailla naisilla ilmiö oli päinvastainen, ja leskien kuolleisuus oli merkittävästi alempi kuin naimisissa olevilla verrokeilla (MRR 0.31 95 % CI 0.15–0.65  $p < 0.001$ ).

Kuolleisuus lisääntyy välittömästi puolison kuoleman jälkeen. Osassa tutkimuksissa havaittiin leskien kuolleisuuden olevan suurinta ensimmäisen viikon sisällä puolison kuolemasta (Blanner ym. 2020; Ytterstad & Brenn 2015). Puolison kuoleman yhteys eloonjääneen kuolleisuuteen on pitkäaikainen ilmiö, ja ilmiö oli havaittavissa vielä yli kymmenen vuoden päästä leskeyttämisestä (Berntsen & Kravdal 2012; Ytterstad & Brenn 2015)

Brennin ja Ytterstadin (2016) tutkimuksessa tarkasteltiin leskien kuolleisuuden lisäksi heidän kuolinsyitänsä. Kuolinsyyt jaoteltiin pahalaatuisiin syöpiin, verenkiertoelimistön sairauksiin, hengityspärsäisiin sairauksiin, ulkoisiin syihin sekä muihin syihin. Leskien kuolleisuusriski oli kaikissa näissä ryhmissä korkeampi kuin naimisissa olevilla. Sekä miesten että naisten kuolleisuus oli korkein ulkoisten syiden ryhmässä, kun eroa verrattiin avioliitossa oleviin. Leskien kuolleisuusriski oli korkeimmillaan ensimmäisen viikon sisällä puolison kuolemasta. Kuolleisuusriski laski ajan kanssa, mutta siitä huolimatta se oli yhä koholla seitsemän vuoden päästä puolison kuolemasta (Brenn & Ytterstad 2016).

TAULUKKO 5. Puolison kuoleman yhteys eloonjääneen kuolleisuuteen verrattuna avioliitossa eläviin.

| Tutkimus                 | Päätulokset  | Naisleskien kuolleisuus  | Miesleskien kuolleisuus  |
|--------------------------|--|--|--|
| Berntsen & Kravdal, 2012 | Kuolleisuuden todennäköisyys kasvoi naisleskillä 20 % ja miesleskillä 24 %.  | OR 1,0<br>(95 % CI 1,19–1,21)  | OR 1,24<br>(95 % CI 1,23–1,25)   |
| Blanner ym., 2020        | Leskien kuolleisuusriski oli naisilla 23 % korkeampi ja miehillä 29 % korkeampi. Yli 90-vuotiailla naisilla ja yli 95-vuotiailla miehillä ei havaittu tilastollisesti merkitsevää eroa.  | MRR 1,23<br>(95 % CI 1,20–1,26)  | MRR 1,29<br>(95 % CI 1,24–1,33)  |
| Blomgren ym., 2012       | Leskien kuolleisuusriski oli merkittävästi koholla; naisilla riski 19 % suurempi ja miehillä 22 % suurempi. Vanhemmissa ikäryhmissä riski oli pienempi, mutta tilastollisesti merkitsevä; naisilla 11 % suurempi ja miehillä 7 % suurempi. | 50–74-vuotiaat RR 1,19<br>(95 % CI 1,15–1,23)<br>75+ vuotiaat RR 1,11<br>(95 % CI 1,07–1,16)   | 50–74-vuotiaat RR 1,22<br>(95 % CI 1,16–1,27)<br>75+ vuotiaat RR 1,07<br>(95 % CI 1,02–1,13)   |
| Brenn & Ytterstad, 2016  | Leskien syöpäkuolemat, verenkiertoelinten sairauksiin liittyvät kuolemat, hengityselinten sairauksiin liittyvät kuolemat, ulkoisiin syihin ja muihin syihin liittyvät kuolemat olivat yleisempiä leskillä.                                 | Syövät HR 1,11<br>(95 % CI 1,07–1,16)<br>Verenkiertoelinten sairaudet HR 1,28<br>(95 % CI 1,25–1,31)<br>Hengityselinten sairaudet HR 1,55<br>(95 % CI 1,46–1,64)<br>Ulkoiset syyt HR 1,66<br>(95 % CI 1,51–1,82)<br>Muut syyt HR 1,35<br>(95 % CI 1,28–1,41) | Syövät HR 1,23<br>(95 % CI 1,18–1,28)<br>Verenkiertoelinten sairaudet HR 1,28<br>(95 % CI 1,24–1,31)<br>Hengityselinten sairaudet HR 1,53<br>(95 % CI 1,45–1,61)<br>Ulkoiset syyt HR 2,10<br>(95 % CI 1,92–2,28)<br>Muut syyt HR 1,39<br>(95 % CI 1,32–1,46) |
| Möller ym., 2011         | Kuolleisuuden todennäköisyys oli 18 % korkeampi leskillä.  | OR 1,18 (95 % CI 1,11–1,26) *  |  |
| Skulason ym., 2012       | Miesleskien kuolleisuusriski oli 1.84 kertainen.   | N/A  | HR 1,84<br>(95 % CI 1,19–2,86)   |
| Ytterstad & Brenn, 2015  | Naisleskien kuolleisuusriski oli 25 % korkeampi ja miesleskien 26 % korkeampi.   | HR 1,25<br>(95 % CI 1,24–1,25)   | HR 1,26<br>(95 % CI 1,25–1,27)   |

\*Ei raportoitu sukupuolittain

N/A ei tutkittu

OR, odds ratio

MRR, mortality rate ratio

RR, relative risk

HR, hazard ratio

## 9 POHDINTA

Tämän kirjallisuuskatsauksen vastaus tutkimuskysymykseen ”onko puolison kuolemalla yhteyttä eloonjääneen elinkaaren pituuteen?” on myönteinen. Jokaisen mukaan otetun tutkimuksen tulokset osoittavat, että leskien kuolleisuusriski on korkeampi kuin naimisissa olevien verrokkien. Puolison kuolema lyhentää eloonjääneen elinkaaren pituutta.

Mielenkiintoinen havainto oli myös se, että sukupuolten välisiä eroja eritellyissä viidessä tutkimuksessa puolison kuolema näytti kasvattavan miesleskien kuolleisuutta enemmän kuin naisleskien. Näistä kuitenkin yhdessä yli 75-vuotiaita tarkastelevassa tutkimuksessa naisleskien kuolleisuus verrattuna naisverrokkeihin oli neljä prosenttiyksikköä korkeampi kuin miesleskien kuolleisuus verrattuna heidän verrokkeihinsa (Blomgren ym. 2012). Tästä huolimatta samassa tutkimuksessa nuorempia osallistujia tarkastellessa tutkimustulokset olivat yhtenäisiä muiden tutkimusten kanssa, ja miesleskien kuolleisuusriski kasvoi naisleskien kuolleisuusriskiä enemmän.

Nuoremmat miehet näyttäytyvät olevan kaikista herkimpiä puolison kuoleman jälkeiselle kuolleisuusriskin kasvamiselle (Brenn & Ytterstad 2016). Sukupuolieroihin vaikuttavien mekanismien selvittäminen voisi lisätä ymmärrystä siitä, mistä sukupuolierot johtuvat ja miten niihin voidaan vaikuttaa. Tiedon avulla voidaan järjestää leskille interventioita ja tukitoimia, jotka voivat parantaa heidän selviytymiskykyänsä muuttuneessa arjessa.

Korkea ikä näyttää olevan ilmiön kohdalla suojaava tekijä. Puolison kuoleman yhteys kuolleisuuden kasvuun oli pienempi vanhemmissa otoksissa. Yhdessä tutkimuksessa erittäin vanhoilla (yli 90-vuotiaat naiset ja yli 95-vuotiaat miehet) puolison kuolemalla ei havaittu olevan yhteyttä eloonjääneen kuolleisuuteen (Blanner ym. 2020). Mielenkiintoinen ilmiö havaittiin yli 100-vuotiailla leskeytyneillä naisilla, joiden kuolleisuus oli päinvastaisesti matalampi kuin naimisissa olevilla verrokeilla. Tätä löydöstä ei ole tehty aikaisemmissa tutkimuksissa. Kyseisessä Blannerin ym. (2020) tutkimuksessa yli 100-vuotiaiden henkilövuosien määrä oli kuitenkin suhteellisen pieni, mikä vaikuttaa tämän tutkimustuloksen yleistettävyyteen.

Tulevaisuudessa yli 90- ja 100-vuotiaiden leskeytymistä voisi tutkia suuremmilla otoskoilla, jotta nähtäisiin, ovatko nämä tutkimustulokset toistettavissa. Lisäksi tutkimus siitä, mitkä tekijät selittävät korkeamman iän suojaavaa vaikutusta, olisi tarpeellista ilmiön kokonaisvaltaisen

ymmärtämisen kannalta. Mahdollisia selityksiä havaitulle käänteiselle ilmiölle, jossa kuolleisuus vähentyy leskeytymisen jälkeen, tulisi löytää selityksiä, jos tutkimustulos on toistettavissa. Ikääntyessä monisairastavuus ja toimintakyvyn vajeet lisääntyvät (Marengoni ym. 2011). Voiko käänteinen ilmiö liittyä siihen, että vanhempien yksilöiden puolisoitkin ovat todennäköisesti vanhempia, jolloin toimintakyvyn vajeet sekä monisairastavuus ovat vaikuttaneet pitkään elämään jo ennen kuolemaa? Huonokuntoisen puolison hoivaaminen ja kärsimyksen seuraaminen voi olla erittäin kuormittavaa, minkä vuoksi kuolema voi olla osittain myös helpotus eloonjääneelle osapuolelle (Keene & Prokos 2008). Toisaalta käänteinen ilmiö voi olla myös sattumaa pienen otoskoon vuoksi, ja tutkimustulokset voivat selittyä sillä, että näissä erittäin vanhoissa ikäryhmissä kuolleisuus on suhteellisen suurta myös muilla kuin leskillä.

Berntsenin ja Kravdalin (2012) tutkimuksessa leskien kuolleisuutta tarkasteltiin suhteessa leskeytymisestä kuluneeseen aikaan. Lisäksi vertailtiin tuloksia avioeron läpi käyneisiin ja uudelleen naimisiin menneisiin. Uusi avioliitto suojasi erityisesti miehiä kuolleisuusriskin kasvulta puolison kuoleman jälkeen. Jos uusi avioliitto tapahtui enintään 10 vuoden päästä leskeytymisestä, yhteyttä puolison kuoleman ja kuolleisuusriskin kasvun välillä ei havaittu miesten keskuudessa (Berntsen & Kravdal 2012).

Blomgrenin ym. (2012) tutkimuksessa huomioitiin osallistujien avioliittohistoria tarkastellen aikaisempia avioeroja, avioliittoja, leskeytymistä sekä sitä, onko yksilö avioitunut elämänsä aikana lainkaan. Tuloksien perusteella uusi avioliitto avioeron tai puolison kuoleman jälkeen on suojaava tekijä avioliiton keskeytymistä seuraavalta kuolleisuusriskin kasvulta. Pitkäaikaisesti leskinä olleiden lisäksi korkein kuolleisuusriski havaittiin heillä, jotka eivät ole ikinä olleet naimisissa sekä heillä, jotka ovat eronneet avioliitostaan kauan aikaa sitten, eivätkä ole menneet uusiin naimisiin (Blomgren ym. 2012).

Berntsenin ja Kravdalin (2012) sekä Blomgrenin ym. (2012) tutkimukset täten viittaavat siihen, että puolison kuolemaa seuraava eloonjääneen kuolleisuusriskin kasvu ei ole väistämätön, sillä uusi avioliitto näyttää kumoavan yhteyden ainakin joissakin tilanteissa. Tästä voidaan päätellä, että yksinomaan puolison kuolemasta aiheutuva akuutti stressi ja kärsimys eivät kokonaan selitä kuolleisuuden kasvua. Voisi olla syytä selvittää, voiko kuolleisuuden kasvua hillitä muista sosiaalisista suhteista tai terveydenhuollon palveluista saadun tuen avulla vai onko nimenomaan avioliitto erityislaatuinen ja korvaamaton elinkaaren pituuden säilyttämisen tai sen pidentämisen kannalta.

Tutkimustulokset siitä, minkälainen yhteys puolison kuolemasta kuluneella ajalla on kuolleisuusriskiin, olivat osittain ristiriitaisia. Berntsenin & Kravdalin tutkimuksessa yli 10 vuotta sitten leskeytyneiden kuolleisuusriski oli korkeampi kuin juuri puolisonsa menettäneiden. Myös Blomgrenin ym. (2012) tutkimuksessa pitkä historia leskenä oli yhteydessä hiukan suurempaan kuolleisuusriskiin verrattuna hiljattain puolisonsa menettäneihin. Ytterstadin ja Brenninin (2015) tutkimuksessa taas kuolleisuusriskin todettiin olevan korkeimmalla ensimmäisen viikon sisällä puolison menettämisestä, ja kuolleisuusriskin havaittiin pienentyvän ajan kuluessa.

Vaikka korkeimman kuolleisuusriskin ajankohta vaihteli tutkimusten välillä, tulokset leskeyden pitkäaikaisesta vaikutuksesta olivat yhtenäisiä. Leskien kuolleisuusriski pysyi koholla jopa kymmenen vuoden ajan, kun kuolleisuutta verrattiin naimisissa oleviin verrokkeihin (Berntsen & Kravdal 2012; Ytterstad & Brenn 2015). Leskeytymisen pitkäaikainen yhteys koholla olevaan kuolleisuuteen vahvistaa johtopäätöstä, että kyseessä ei ole ainoastaan akuutista stressistä ja kärsimyksestä johtuva ilmiö, vaan taustalla todennäköisesti vaikuttaa pitkällä aikavälillä myös muita terveyteen liittyviä tekijöitä. Tämä havainto voisi tukea aikaisemmin mainittua Williamsin (2004) tutkimustulosta, jonka mukaan leskien terveysongelmat voivat olla seurausta suotuisen terveyskäyttäytymiseen kannustavan terveystietämisen puutteesta.

Puolison kuoleman jälkeen kuolleiden leskien kuolinsyiden selvittäminen voisi auttaa ymmärtämään, minkälaisia terveysinterventioita leskille tulisi kohdistaa. Brenninin ja Ytterstadin (2016) tutkimuksessa kuolinsyitä käsiteltiin laajasti eri kuolinsyiryhmissä suhteellisen pitkällä seuranta-ajalla. Leskien kuolinsyistä voisi tehdä kuitenkin laajemman katsauksen, jotta aiheesta saataisiin kattava kokonaiskuva.

Pohjoismaissa avioliitto solmitaan nykyään yhä useammin myöhemmässä elämänvaiheessa, ja avioitumattomien osuus väestöstä on suurentunut (Grødem 2014). Samassa taloudessa asuminen on kuitenkin yleistä ennen avioliittoa tai avioliiton solmimisen sijaan. Avioliittojen määrä on Pohjoismaissa suuri (Grødem 2014). Suhteen luonne ja arjen jakaminen toisen ihmisen kanssa voi muistuttaa paljon avioliitossa olevien suhdetta. Avioliiton ollessa mahdollisesti kaikista tutkituin sosiaalinen side (Umberson & Montez 2010), avioliiton vaikutuksista terveyteen on tällä hetkellä olemassa vähemmän tutkimusta. Yksi syy tähän saattaa olla esimerkiksi se, että avioliitossa olevia on helpompi tutkia ja seurata pitkäaikaisesti rekisteripohjaisten aineistojen kautta. Avioliittojen yleisyyden huomioon ottaen Pohjoismaissa voisi olla tarvetta tutkia

myös sitä, onko avopuolison kuolemalla yhteyttä eloonjääneen kuolleisuuteen, ja onko yhteys samankaltainen kuin aviopuolisonsa menettäneillä.

Kaikkien mukaan otettujen tutkimusten luotettavuutta heikentää se, että kaikkia mahdollisia sekoittavia tekijöitä ei ole pystytty ottamaan huomioon. Aiheen kannalta sekoittavien tekijöiden kokonaisvaltainen huomioiminen on kuitenkin haastavaa tai mahdotonta, sillä kuolleisuuteen vaikuttavat moninaiset tekijät. Tutkittavien ja verrokkien täydellinen paritus ei ole mahdollista, sillä sen kannalta täytyisi tietää yksilön kaikki elintapoihin, geeneihin ja terveyshistoriaan liittyvät tekijät. Sekoittavista tekijöistä oli kuitenkin usein huomioitu esimerkiksi ikä, sukupuoli, koulutus ja sosioekonominen asema.

Tämän kirjallisuuskatsauksen tulokset olivat hyvin yhtenäisiä. Kirjallisuushaussa ei tullut vastaan muita katsauksia, joissa kriteeriksi olisi asetettu tutkimusten tietty maantieteellinen alue. Voisi olla syytä vertailla, onko maanos- tai valtiotasolla havaittavissa eroja puolison kuoleman ja kuolleisuuden yhteyden välillä. Jos eroja on havaittavissa, tulisi selvittää niihin vaikuttavia eroavaisuuksia. Eri kulttuureissa puolisoilla voi olla eri rooleja. Esimerkiksi toimeentulosta huolehtiminen saattaa olla selkeästi toisen osapuolen vastuulla, jolloin puolison kuolema saattaisi vaikuttaa terveyteen erityisesti taloudellisten muutosten kautta.

Pohjoismaiden terveydenhuolto on siltä osin yhdenmukaista, että palvelut tuotetaan valtaosaksi julkisilla varoilla, ja palveluita tarjotaan kaikille mahdollisimman tasapuolisesti (Willberg & Valtonen 2007). Pohjoismaissa puolison kuolemaa seuraaviin mahdollisiin terveysongelmiin täytyisi ainakin teoriassa olla saatavilla asianmukaista apua ja hoitoa terveystaloukselta. Puutteellisten palveluiden ei pitäisi olla ainakaan keskeinen edesauttava tekijä leskien kuolleisuusriskin kasvamisessa. Toisaalta ainakin Suomessa mielenterveyspalvelut ovat erittäin kuormittuneita, eikä sosiaali- ja terveysala ole pystynyt täysin vastaamaan palvelujen tarpeeseen, minkä vuoksi hoitoon pääsy voi olla hidasta (Hetemaa ym. 2021).

Yhdysvalloissa tehdyssä tutkimuksessa sosioekonominen asema selitti jopa kolmanneksen leskien kuolleisuuden kasvusta (Sullivan & Fenelon 2014). Hollantilaisessa otoksessa tuloilla taas ei havaittu olevan yhteyttä puolison kuoleman jälkeisen kuolleisuuden kasvuun (van Den Berg ym. 2011). Pohjoismaiden laajat hyvinvointijärjestelmät huomioon ottaen sosioekonomisen aseman merkitys kuolleisuuden kasvun kannalta voisi mahdollisesti olettaa Pohjoismaissa olevan lähempänä hollantilaisen kuin yhdysvaltalaisen tutkimuksen tuloksia.



Tällä kirjallisuuskatsauksella on joitakin heikkouksia. Heikkoudet koskevat pääosin tiedonhakuprosessia. Mahdollisimman laajojen hakutulosten saamiseksi hakulausekkeen olisi tullut olla laajempi. Vaikka hakutuloksia saatiin tietokannoista kohtuullinen määrä, monipuolisempi hakulauseke olisi voinut auttaa löytämään lisää tutkimuksia, jotka olisivat täyttäneet asetetut sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Kirjallisuuskatsaus on toteutettu kokonaisuudessaan ainoastaan yhden henkilön toimesta, mikä saattaa heikentää tiedonhakuprosessin täydellistä systemaattisuutta inhimillisten satunnaisvirheiden mahdollisuuden vuoksi.

Kirjallisuuskatsauksella on myös vahvuuksia. Katsauksen kulku on raportoitu huolellisesti ja toiminta on läpinäkyvää. Mukaan otetut tutkimukset olivat hyvin vertailukelpoisia keskenään, mikä lisää katsauksen tulosten ja niistä tehtyjen johtopäätösten luotettavuutta. Pohjoismainen rajaus vahvistaa tulosten yleistettävyyttä suomalaiseseen väestöön. Lisäksi rajaus tuo katsaukselle uutuusarvoa, sillä kyseisellä rajauksella ei ole tehty aiheesta systemaattista kirjallisuuskatsausta aikaisemmin.

Tämä kirjallisuuskatsaus on toteutettu hyvän tieteellisen käytännön periaatteiden mukaisesti hyödyntämällä Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) laatimia ohjeita. Kirjallisuuskatsaukseen liittyvät päätökset ja tiedonkeruu on tehty huolellisesti. Prosessin vaiheet ja tutkimustulokset ovat raportoitu rehellisesti ja läpinäkyvästi. Kirjallisuuskatsauksessa esitetyt tutkimustulokset ovat esitetty puolueettomasti ja perusteellisesti. Lähdeviitteet ovat merkitty asianmukaisesti, jotta tutkijat saavat ansaitsemansa arvon ja kunnian tekemistään löydöksistä. Eettistä ennakoarviointia ei ollut syytä tehdä, sillä kirjallisuuskatsaus tehtiin aikaisempien tutkimuksien pohjalta. Tutkijalla ei ollut kirjallisuuskatsauksen toteuttamiseen vaikuttavia sidonnaisuuksia tai eturistiriitoja.

Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetuista tutkimuksista neljässä oli mainittu, että tutkimus oli saanut hyväksynnän eettiseltä lautakunnalta (Blanner ym. 2020; Brenn & Ytterstad 2016; Skulason ym. 2012; Ytterstad & Brenn 2015). Muissa tutkimuksissa ei ollut mainintaa eettisen lautakunnan hyväksynnästä. Tästä huolimatta tutkimuksissa kerrottiin, että rekisteridatan käyttöön oli saatu asianmukaiset luvat.

Leskeytymisen terveystieteiden määrittely ja ymmärtäminen on alitutkittu alue kansanterveystieteissä (Skulason ym. 2012). Puolison kuolemaa seuraavan kuolleisuuden kasvun ehkäisemisen kannalta olisi tärkeää tutkia ja pyrkiä ymmärtämään leskien kuolemien juurisyitä sekä kuolemiin johtavia tekijöitä. Ymmärrys leskeyden vaikutuksista terveyteen ja selviytymiseen voi auttaa selvittämään, miten puolison kuolemaa käsitteleviä yksilöitä tulisi tukea.

## LÄHTEET

- Berntsen, K. N., & Kravdal, Ø. (2012). The relationship between mortality and time since divorce, widowhood or remarriage in Norway. *Social Science & Medicine* 75 (12), 2267–2274. doi:10.1016/j.socscimed.2012.08.028
- Blanner, C., Mejdal, A., Prina, A. M., Munk-Jorgensen, P., Ersboll, A. K., & Andersen, K. (2020). Widowhood and mortality: A Danish nationwide register-based cohort study. *Epidemiology & Psychiatric Science* 29 (149), 1–11. doi:10.1017/S2045796020000591
- Blomgren, J., Martikainen, P., Grundy, E., & Koskinen, S. (2012). Marital history 1971-91 and mortality 1991-2004 in England & Wales and Finland. *Journal of Epidemiology & Community Health* 66 (1), 30–36. doi:10.1136/jech.2010.110635
- Brenn, T., & Ytterstad, E. (2016). Increased risk of death immediately after losing a spouse: Cause-specific mortality following widowhood in Norway. *Preventive Medicine* 1, 251–256. doi:10.1016/j.yjmed.2016.06.019
- Ghesquiere, A., Shear, M. K., & Duan, N. (2013). Outcomes of bereavement care among widowed older adults with complicated grief and depression. *Journal of Primary Care & Community Health* 4 (4), 256–264. doi:10.1177/2150131913481231
- Gierveld, J. de J. (2001). Unity and diversity in the living arrangements of older adults in different regions of Europe. *Euramerica* 31 (3), 461–517.
- Grødem, A. S. (2015). A review of family demographics and family policies in the Nordic countries. *Baltic Journal of Political Science* 3, 50–66. doi:10.15388/BJPS.2014.3.4871
- Guiaux, M., Van Tilburg, T., & Broese Van Groenou, M. (2007). Changes in contact and support exchange in personal networks after widowhood. *Personal Relationships* 14 (3), 457–473. doi:10.1111/j.1475-6811.2007.00165.x
- Hetema, T., Kannisto, R., Knape, N., Ridanpää, H., Rintala, E., Rissanen, P., Suomela, T. & Syrjänen, T. (2021). Sosiaali- ja terveystalvet Suomessa 2019. Päättösten tueksi (1) 14–17.
- Holm, A. L., Berland, A. K., & Severinsson, E. (2019). Factors that influence the health of older widows and widowers—A systematic review of quantitative research. *Nursing Open* 6 (2), 591–611. doi:10.1002/nop2.243
- Holt-Lunstad, J., Birmingham, W., & Jones, B. Q. (2008). Is there something unique about marriage? The relative impact of marital status, relationship quality, and network social support on ambulatory blood pressure and mental health. *Annals of Behavioral Medicine* 35 (2), 239–244. doi:10.1007/s12160-008-9018-y

- Hotus. (2019). Kriittisen arvioinnin tarkistuslista kohorttitutkimukselle. Suomennettu kohteesta Joanna Briggs Institute. JBI Critical Appraisal Checklist for Cohort Studies. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/jbi-kriteerit-ja-selosteosa-kohorttitutkimus.pdf>
- James, C. D., Hanson, K., McPake, B., Balabanova, D., Gwatkin, D., Hopwood, I., Kirunga, C., Knippenberg, R., Meessen, B., Morris, S. S., Preker, A., Souteyr, Y. Tibouti, A., Villeneuve, P. & Xu, K. (2012). To retain or remove user fees? *Applied Health Economics and Health Policy* 5, 137–153. doi.org/10.2165/00148365-200605030-00001
- Keene, J. R., & Prokos, A. H. (2008). Widowhood and the end of spousal care-giving: Relief or wear and tear? *Ageing & Society* 28 (4), 551–570. doi:10.1017/S0144686X07006654
- Kim, S. H., Kjervik, D., Belyea, M. & Choi, E. S. (2009). Personal strength and finding meaning in conjugally bereaved older adults: A four-year prospective analysis. *Death Studies* 35 (3), 197–218. doi:10.1080/07481187.2010.518425
- Li, Y. (2007). Recovering from spousal bereavement in later life: Does volunteer participation play a role? *The Journals of Gerontology: Series B* 62 (4), 257–266. doi:10.1093/geronb/62.4.S257
- Marengoni, A., Angleman, S., Melis, R., Mangialasche, F., Karp, A., Garmen, A., Meinow, B. & Fratiglioni, L. (2011). Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Research Reviews*. 10 (4), 430–439. doi.org/10.1016/j.arr.2011.03.003
- McFarland, M.J., Hayward, M.D. & Brown, D. (2013). I've got you under my skin: Marital biography and biological risk. *Journal of Marriage and Family*. 75 (2), 363–380. doi.org/10.1111/jomf.12015
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097
- Musick, K., & Bumpass, L. (2012). Reexamining the case for marriage: Union formation and changes in well-being. *Journal of Marriage and Family* 74 (1), 1–18. doi:10.1111/j.1741-3737.2011.00873.x
- Möller J, Bjorkenstam E, Ljung R, & Aberg Yngwe M. (2011). Widowhood and the risk of psychiatric care, psychotropic medication and all-cause mortality: A cohort study of 658,022 elderly people in Sweden. *Ageing & Mental Health* 15 (2), 259–266. doi:10.1080/13607863.2010.513041

- Naef, R., Ward, R., Mahrer-Imhof, R., & Grande, G. (2013). Characteristics of the bereavement experience of older persons after spousal loss: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 50(8), 1108–1121. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.11.026
- Nyqvist, F., Nygård, M., & Scharf, T. (2019). Loneliness amongst older people in Europe: A comparative study of welfare regimes. *European Journal of Ageing* 16 (2), 133–143. doi:10.1007/s10433-018-0487-y
- O'Connor, M.-F., Wellisch, D. K., Stanton, A. L., Olmstead, R., & Irwin, M. R. (2012). Diurnal cortisol in complicated and non-complicated grief: Slope differences across the day. *Psychoneuroendocrinology* 37 (5), 725–728. doi:10.1016/j.psyneuen.2011.08.009
- Panagiotopoulos, G., Walker, R., & Luszcz, M. (2013). A comparison of widowhood and well-being among older Greek and British-Australian migrant women. *Journal of Aging Studies* 27 (4), 519–528. doi:10.1016/j.jaging.2013.03.005
- Pudrovska, T., & Carr, D. (2008). Psychological adjustment to divorce and widowhood in mid- and later life: Do coping strategies and personality protect against psychological distress? *Advances in Life Course Research* 13, 283–317. doi:10.1016/S1040-2608(08)00011-7
- Robles, T. F. (2014). Marital Quality and Health: Implications for Marriage in the 21st Century. *Current Directions in Psychological Science* 23 (6), 427–432. doi:10.1177/0963721414549043
- Schulz, R., & Beach, S. R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality the caregiver health effects study. *JAMA* 282 (23), 2215–2219. doi:10.1001/jama.282.23.2215
- Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., Reynolds, C., Lebowitz, B., Sung, S., Ghesquiere, A., Gorscak, B., Clayton, P., Ito, M., Nakajima, S., Konishi, T., Melhem, N., Meert, K., Schiff, M., O'Connor, M.-F., First, M., Sareen, J., Bolton, J., Skritskaya, N., Mancini, A. D. & Keshaviah, A. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and anxiety* 28 (2), 103–117. doi:10.1002/da.20780
- Skulason, B., Jonsdottir, L. S., Sigurdardottir, V., & Helgason, A. R. (2012). Assessing survival in widowers, and controls—A nationwide, six- to nine-year follow-up. *BMC Public Health*, 12 (96). doi:10.1186/1471-2458-12-96
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *The Lancet* 370(9603), 1960–1973. doi:10.1016/S0140-6736(07)61816-9
- Sullivan, A. R., & Felton, A. (2014). Patterns of widowhood mortality. *The Journals of Gerontology: Series B* 69 (1), 53–62. doi:10.1093/geronb/gbt079

- Tiedt, A. D., Saito, Y., & Crimmins, E. M. (2016). Depressive symptoms, transitions to widowhood, and informal support from adult children among older women and men in Japan. *Research on Aging* 38 (6), 619–642. doi:10.1177/0164027515595442
- Tilastokeskus. (2021). Väestö ja yhteiskunta. Suomen tilastollinen vuosikirja 2021. 254.
- Tilastokeskus. (2022). Väestörakenne. Statfin. Siviilisääty iän (1-v. 0-112) ja sukupuolen mukaan, 1990-2021.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2012). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäiltyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 1.12.2022. [https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)
- Umberson, D., & Montez, J. K. (2010). Social relationships and health: A flashpoint for health policy. *Journal of health and social behavior* 51, 54–66. doi:10.1177/0022146510383501
- Utz, R. L., Reidy, E. B., Carr, D., Nesse, R., & Wortman, C. (2004). The daily consequences of widowhood: The role of gender and intergenerational transfers on subsequent housework performance. *Journal of Family Issues* 25 (5), 683–712. doi:10.1177/0192513X03257717
- van den Berg, G. J., Lindeboom, M., & Portrait, F. (2011). Conjugal bereavement effects on health and mortality at advanced ages. *Journal of Health Economics* 30 (4), 774–794. doi:10.1016/j.jhealeco.2011.05.011
- Willberg, M. & Valtonen, H. (2007). Terveysthuollon rahoitus- ja palvelujärjestelmien kuvaus. Pohjoismaiden terveydenhuollon rahoitus- ja palvelujärjestelmien vertailu 13–28.
- Williams, K. (2004). The transition to widowhood and the social regulation of health: Consequences for health and health risk behavior. *The Journals of Gerontology: Series B* 59 (6), 343–349. doi:10.1093/geronb/59.6.S343
- Wong, J. S., & Waite, L. J. (2015). Marriage, social networks, and health at older ages. *Journal of Population Ageing* 8 (1), 7–25. doi:10.1007/s12062-014-9110-y
- Xu, L., Li, Y., Min, J., & Chi, I. (2017). Worry about not having a caregiver and depressive symptoms among widowed older adults in China: The role of family support. *Aging & Mental Health* 21 (8), 879–888. doi:10.1080/13607863.2016.1181708
- Ytterstad, E., & Brenn, T. (2015). Mortality after the death of a spouse in Norway. *Epidemiology* 26 (3), 289–294. doi:10.1097/EDE.0000000000000266