

**MASENNUS, SOSIODEMOGRAFISET TEKIJÄT, SOSIAALISET SUHTEET JA  
KOETTU TERVEYS 75–79-VUOTIAILLA KOTONA ASUVILLA IKÄÄNTYNEILLÄ**

Saija Ylönen  
Terveyskasvatuksen  
Pro Gradu tutkielma  
Jyväskylän yliopisto  
Terveystieteiden laitos  
Kevät 2011

## TIIVISTELMÄ

### Masennus, sosiodemografiset tekijät, sosiaaliset suhteet ja koettu terveys 75–79-vuotiailla kotona asuvilla ikääntyneillä

Saija Ylönen

Terveyskasvatuksen pro gradu- tutkielma

Jyväskylän yliopisto, Terveystieteiden laitos

Kevät 2011

Sivuja 51, liitteitä 5

---

Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää onko sosiaalisilla suhteilla yhteyttä masennukseen jyvaskyläläisillä kotona asuvilla 75–79-vuotiailla henkilöillä, jotka olivat ilmoittaneet kokevansa yksinäisyyttä ja/tai alakuloisuutta vähintään silloin tällöin. Tutkimuksessa tarkasteltiin myös sosiodemografisten tekijöiden, sosiaalisia kontakteja sisältävän harrastustoiminnan sekä itse koetun terveyden yhteyttä masennukseen.

Tutkimusaineisto oli osa Tutkimus- ja kehittämiskeskus GeroCenterin HyväMieli – iäkkäiden henkilöiden mielenterveyden edistäminen -hankkeen aineistosta, joka kerättiin syksyllä 2008. Tutkimusjoukko koostui 292 75–79-vuotiaasta jyvaskyläläisestä henkilöstä, joille suoritettiin kotihaastattelu. Haastatteluaineisto koostui strukturoiduista kysymyksistä. Masentuneisuutta arvioitiin GDS-15 myöhäisiän depressioseulan avulla, ja masennuksen pisterajana käytettiin kuusi pistettä tai enemmän. Aineistoa analysoitiin jakaumatietojen,  $\chi^2$  -testin, Studentin t-testin, Mann-Whitneyn U -testin, sekä Spearmanin korrelaatiokertoimen avulla.

Masennuksen kokonaisvallitsevuus tutkimusjoukossa oli lähes 22 %. Masentuneilla oli vähemmän ystäviä kuin ei masentuneilla. Masentuneet saivat myös huonompia pistemääriä sosiaalisia suhteita ja yhteisyyden tunnetta mittaavista summamuuttujista. Masentuneilla oli vähemmän säännöllisiä harrastuksia ja heistä harvempi osallistui kodin ulkopuoliseen toimintaan. Kuitenkin ne masentuneet, jotka osallistuivat kodin ulkopuoliseen toimintaan, olivat aktiivisempia kuin toimintaan osallistuvat ei masentuneet. Yksin asumisessa, siviilisäädystä, taloudellisessa tilanteessa ja koulutustaustassa oli tilastollisesti merkitseviä eroja masentuneiden ja ei masentuneiden välillä. Masentuneet olivat terveyteensä tyytymättömämpiä kuin ei masentuneet.

Ikääntyneiden kanssa työskentelevien ja heidän omaistensa tulisi olla tietoisia masennukseen yhteydessä olevista tekijöistä, jotta masennusriskissä olevat henkilöt tunnistettaisiin ja ohjattaisiin avun piiriin nykyistä useammin. Interventioita, jotka keskittyvät masennukseen yhteydessä oleviin tekijöihin, kuten ikääntyneiden sosiaaliseen harrastamiseen ja sosiaalisiin suhteisiin, tulisi lisätä.

Asiasanat: ikääntynyt, masennus, sosiaaliset suhteet, sosiodemografiset tekijät, koettu terveys.

## **ABSTRACT**

### **Depression, socio-demographic factors, social relationships and experienced health in the elderly aged between 75–79 who are living at home**

**Saija Ylönen**

**Master's thesis in health education**

**University of Jyväskylä, Department of Health sciences**

**Spring 2011**

**Pages: 51, Appendices 5**

---

The purpose of this research was to discover whether a connection exists between depression and social relationships in inhabitants of Jyväskylä aged between 75-79 and living at home, who had reported feeling lonely and/or melancholy at least every once in a while. The research also examined the connection between depression and leisure activities containing social contacts, as well as the connection between depression and experienced health.

The research material for this thesis was a part of the research material for a project by the GeroCentre; GoodMood – Promotion of Wellbeing in Older People, collected in the autumn of 2008. The focus group consisted on 292 inhabitants of Jyväskylä, aged between 75–79, who were interviewed at home. The interview material consisted of structured questions. Depression was evaluated using the GDS-15 geriatric depression scale, with six points or more being indicative of depression. The material was analysed using distribution information, the  $\chi^2$ -test, Student's t-test, Mann-Whitney's U-test and Spearman's rank correlation coefficient.

The predominance of depression in the focus group was almost 22%. The depressed had fewer friends than the non-depressed. The depressed also scored lower on the variable sums measuring social relationships and the feeling of community. The depressed had less regular leisure activities, and fewer of them participated in activities outside of the home. However, those depressed who did participate in activities outside of the home, were more active than their non-depressed counterparts. Statistically significant differences existed between the depressed and the non-depressed in marital status, financial position, educational background and whether they resided alone or not. The depressed were more dissatisfied with their health than the non-depressed.

Those working with the elderly and their relations should be aware of the factors connected to depression, so that those at risk of depression would be identified and referred to support services more often. Interventions focussing on factors connected with depression, such as the social activities and social relationships of the elderly, should be increased.

**Keywords:** Aged, depression, social relationships, socio-demographic factors, experienced health.

## SISÄLTÖ

1. Johdanto.....	1
2. Ikääntyneiden masennus.....	3
2.1 Masennuksen luokittelu ja oireet.....	3
2.2 Masennuksen esiintyvyys ja paranemisennuste .....	5
3. Masennukseen yhteydessä olevat tekijät .....	7
3.1. Sosiodemografiset tekijät ja masennus.....	8
3.2. Masennus ja sosiaaliset tekijät.....	9
3.2.1 Sosiaaliset suhteet ja yhteisyyden tunne.....	10
3.2.2 Sosiaalinen osallistuminen ja -harrastaminen.....	12
3.3 Masennus, koettu terveys ja terveyteen liittyvä elämänlaatu .....	13
4. Masennusta, sosiaalisia suhteita ja terveyteen liittyvää elämänlaatua mittaavat testit.....	15
4.1 Myöhäisiän depressioseula GDS-15.....	15
4.2 Social Provisions scale .....	16
4.3 WHO:n elämänlaatumittari .....	18
5. Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset .....	20
6. Tutkimusaineisto ja tutkimuksen toteuttaminen .....	21
6.1 Tutkimuksen mittarit ja muuttujien uudelleenluokittelu .....	22
6.2 Analyysimenetelmät.....	25
7. Tulokset.....	26
7.1 Tutkittavien taustatiedot .....	26
7.2 Sosiodemografiset tekijät ja masennus.....	27
7.3 Masennus, sosiaaliset suhteet ja yhteisyyden tunne.....	29
7.4 Masennus ja sosiaaliset harrastukset .....	31
7.5 Masennus, koettu terveys ja terveyteen liittyvä elämänlaatu .....	33
8. Pohdinta .....	35
8.1 Tutkimuksen luotettavuus .....	35
8.2 Tutkimustulokset suhteessa aikaisempiin tutkimuksiin.....	38
8.2.1 Masennuksen yleisyys.....	38
8.2.2 Sosiodemografiset tekijät .....	38
8.2.3 Sosiaaliset suhteet ja yhteisyyden tunne.....	39
8.2.4 Sosiaaliset harrastukset ja koettu terveys .....	40

8.3 Johtopäätökset ja suositukset .....	41
8.4 Jatkotutkimusaiheet .....	43
Lähteet.....	44

## LIITTEET

## 1. JOHDANTO

Masennus on yleisin ikääntyneiden psyykkisistä ongelmista (Taqui ym. 2007). Ikääntyneillä masennusta esiintyy enemmän kuin nuoremmilla. Suomessa masennuksen kokonaisvallitsevuus yli 65-vuotiaiden naisten keskuudessa on lähes 18 prosenttia ja miesten joukossa yli 14 prosenttia (Kivelä 2003). Terveysthuollossa on todettu tai hoidettu masennuksista kuitenkin miesten joukossa vain 5 prosenttia ja naisten joukossa 9 prosenttia masennustapauksista (Laitalainen ym. 2008).

Aikaisemmissa tutkimuksissa on tullut esille, että monet sosiaalisiin suhteisiin, sosiodemografisiin tekijöihin ja koettuun terveyteen liittyvät tekijät ovat yhteydessä masennuksen esiintyvyyteen iäkkäillä (mm. Hybels ym. 2001, Heikkinen & Kauppinen 2004, Tiikkainen 2006, Voils ym. 2007). Näiden tekijöiden tunteminen on tärkeää, koska osa riskitekijöistä on hoidettavissa tai lievitettävissä (Cole & Dendukuri 2003). Ikääntyneiden mieliala voi myös kohota, jos masennusta aiheuttavat tekijät on poistettu parantamalla elämänlaatua tai terveydentilaa. Positiiviset elämänmuutokset voivat myös vähentää masennusoireita (Heikkinen & Kauppinen 2004). Keskittämällä interventiot hyvin tunnettuihin masennuksen riskitekijöihin, ja lisäämällä tarvittavaa tukea, voidaan ylläpitää ja jopa parantaa myöhäisiän toimintakykyä ja mielenterveyttä (Heikkinen & Kauppinen 2004, Friedman ym. 2005). Interventioita, joissa ikääntyneiden sosiaalista osallistumista lisätään, tulisi olla enemmän (Glass ym. 2006). Tutkimalla masennukseen yhteydessä olevia riskitekijöitä ja masennukselta suojelevia tekijöitä, tehokkaampien interventioiden kehittäminen on mahdollista (Fiske ym. 2009).

Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää onko sosiaalisilla suhteilla yhteyttä masennukseen jyvaskyläläisillä kotona asuvilla 75–79-vuotiailla henkilöillä, jotka olivat ilmoittaneet kokevansa yksinäisyyttä ja/tai alakuloisuutta vähintään silloin tällöin. Tutkimuksessa tarkasteltiin myös masennuksen yleisyyttä, sekä sosiodemografisten tekijöiden ja itse arvioidun terveyden yhteyttä masennukseen. Tutkimus perustui Hyvä mieli – hankkeen aineistoon, joka kerättiin syksyllä 2008. Haastatteluaineisto koostui strukturoidusta haastattelulomakkeesta, The Social Provisions Scale (SPS)

itsearviointiasteikosta, sekä WHOQOL-BREF -mittarista. Masentuneisuutta arvioitiin GDS-15 myöhäisiän depressioseulan avulla.

## 2. IKÄÄNTYNEIDEN MASENNUS

Depressio eli masennus tarkoittaa tilaa, jota kuvaa mielialan lasku eli voimakas alakuloisuus sekä tarmon ja toimeliaisuuden puute. Pienikin ponnistus aiheuttaa masentuneella voimattomuuden tunnetta ja kyky nauttia asioista ja tuntea niihin mielenkiintoa on heikentynyt (Kivelä 2003). Masennus aiheuttaa ikääntyneillä emotionaalista kärsimystä ja laskee huomattavasti heidän elämänlaatuaan (Blazer 2003).

### 2.1 Masennuksen luokittelu ja oireet

Masennuksen seulontaan on olemassa useita mittareita, esimerkiksi GDS-15 myöhäisiän depressioseula, suomalainen masennusseula DEPS (Suomalainen lääkärisseura Duodecim 2010) ja CES-D -depressioasteikko (Yang 2007, Forsman ym. 2010). Masennustilat jaetaan lieviin, keskivaikeisiin sekä vaikeisiin, toimintakyvyn, oireiden lukumäärän, laadun ja vaikeuden perusteella (Kivelä 2003, Suomalainen lääkärisseura Duodecim 2010). ICD-10 tautiluokituksessa masennuksen vaikeusastetta arvioidaan oireiden lukumäärän mukaan, lievä 4–5, keskivaikea 6–7 ja vaikea 8–10 oiretta (Taulukko 1). Masennuksen vaikeusastetta voidaan arvioida myös oiremittareiden (esim. Hamiltonin tai Beckin depressioasteikko) tai masennustilaan liittyvän toimintakyvyn heikkenemisen perusteella. (Suomalainen lääkärisseura Duodecim 2010). Masennustilojen keskeisimmät muodot voidaan jakaa ICD-10 tautiluokituksen mukaan myös masennustiloihin ja toistuvaan masennukseen, jossa potilaalla on esiintynyt masennustila vähintään kerran aiemminkin (Kivelä 2003, Suomalainen lääkärisseura Duodecim 2010).

Lievään masennukseen liittyy yleensä subjektiivista kärsimystä, mutta toimintakyky on yleensä normaali (Suomalainen lääkärisseura Duodecim 2010). Lievät masennukset ovat ikääntyneillä usein jaksottaisia (Heikkinen & Kauppinen 2004). Keskivaikeassa masennuksessa toimintakyky on yleensä jo selvästi huonontunut ja vaikeaa masennusta sairastava tarvitsee usein apua päivittäisissä toimissaan (Suomalainen lääkärisseura Duodecim 2010).



**Taulukko 1.** Masennustilan oirekriteerit (Suomalainen lääkäriseura Duodecim 2010).

Oirekriteerit	Oirekuva
A. Masennusjakso on kestänyt vähintään kahden viikon ajan	
B. Todetaan vähintään kaksi seuraavista oireista	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Masentunut mieliala suurimman osan aikaa</li> <li>2. Kiinnostuksen tai mielihyvän menettäminen asioihin, jotka ovat tavallisesti kiinnostaneet tai tuottaneet mielihyvää</li> <li>3. Vähentyneet voimavarat tai poikkeuksellinen väsymys</li> </ol>
C. Todetaan jokin tai jotkin seuraavista oireista niin, että oireita on yhteensä (B ja C yhteenlaskettuina) vähintään neljä	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Itseluottamuksen tai omanarvontunnon väheneminen</li> <li>5. Perusteettomat tai kohtuuttomat itsesyytökset</li> <li>6. Toistuvat kuolemaan tai itsemurhaan liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käyttäytyminen</li> <li>7. Subjektiiivinen tai havaittu keskittymisvaikeus, joka voi ilmetä myös päättämättömyytenä tai jähkailuna</li> <li>8. Psykomotorinen muutos (kiihtymys tai hidastuneisuus), joka voi olla subjektiivinen tai havaittu.</li> <li>9. Unihäiriöt</li> <li>10. Ruokahalun lisääntyminen tai väheneminen, johon liittyy painon muutos</li> </ol>

Lievä masennus 4–5 oiretta, keskivaikea 6–7 ja vaikea 8–10 oiretta ja kaikki kohdasta B.

Ikääntyneiden masennukseen kuuluu usein fyysisiä oireita, kuten kipuja, väsymystä, avuttomuutta ja unihäiriöitä (Kivelä 2003). Muita ikääntyneille tyypillisiä masennuksen oireita ovat muun muassa kiinnostuksen menettäminen mielihyvää tuottaviin asioihin (Kivelä 2003, Vaarama ym. 2010b) ja tyytymättömyys elämään. Ikääntynyt saattaa myös eristäytyä ja luopua sosiaalisista kanssakäymisistä. Myös ravitsemuksen ja fyysisen kunnon ylläpito saattaa menettää merkityksensä. Vanhusten masennustiloihin voi kuulua pseudodementia eli palautuva muistin ja älyllisten toimintojen heikkeneminen (Kivelä 2003).

## 2.2 Masennuksen esiintyvyys ja paranemisennuste

Noin 5 prosenttia kaikista suomalaisista kärsii masennustilasta vuoden aikana (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, Suomalainen lääkäri-seura Duodecim 2010). Naisilla masennustilat ovat 1,5–2 kertaa yleisempiä kuin miehillä (Suomalainen lääkäri-seura Duodecim 2010). Kotimaisen tutkimuksen mukaan yli 65-vuotiaiden masennustilojen kokonaisvallitsevuus on naisilla lähes 18 prosenttia ja miehillä yli 14 prosenttia. Vakavien masennusten määrä näistä on noin 2 prosenttia sekä miehillä että naisilla. Pitkäkestoisten depressoitien määrä on hieman yli 9 prosenttia miehillä ja vähän alle 14 prosenttia naisilla (Kivelä 2003). Masennusta ikääntyneiden joukossa esiintyy eniten laitoshoidossa olevilla ja vähiten kotona asuvilla (Rinaldi 2003, Segulin & Deponte 2007).

Kansanterveyslaitoksen vuonna 2007 tekemän tutkimuksen mukaan yli 65-vuotiaista masennus oli todettu tai hoidettu 5 prosentilla miehistä ja 9 prosentilla naisista (Laitalainen ym. 2008). Masennus on ikääntyneiden keskuudessa yleistä, mutta usein masennusoireet saattavat jäädä ikääntyneillä diagnosoimatta ja hoitamatta (Hybels ym. 2001, Crabb & Hunsley 2006, Djernes 2006, Cepoiu ym. 2007). Etenkin vuodeosastopotilailla jopa yli puolet vakavista tai lievistä masennuksista saattaa jäädä diagnosoimatta (Cepoiu ym. 2007). Syynä tähän on muun muassa masennuksen diagnosoimisen hankaluus, joskus voi olla vaikeaa vetää raja normaaliin vanhenemiseen ja masennukseen liittyvien kognitiivisten ja käyttäytymismuutosten välillä. Masennusoireet saatetaan usein sekoittaa myös dementian oireisiin (Segulin & Deponte 2007). Masennus tunnistetaan usein sitä helpommin mitä vakavampi masennus on, jos henkilö on aiemmin sairastanut masennusta tai jos henkilöllä on keskivaikea tai vaikea toimintakyvyn vaje (Cepoiu ym. 2007).

lääkkäät itse ja heidän omaisensa tuntevat huonosti masennuksen oireita sekä ehkäisy- ja hoitomahdollisuuksia. Psykkisiä oireita saatetaan pitää häpeällisinä ja vanhuuteen kuuluvina, joten niihin ei haeta apua (Kivelä 2003). Masennuksen yhteydessä hoitoon hakeutuminen on sitä todennäköisempää, mitä vaikeammasta ja

pitkäkestoisemmasta masennustilasta on kyse, ja mitä huonompi on masennukseen liittyvä toimintakyvyttömyys (Suomalainen lääkärisseura Duodecim 2010).

Myöhäisiän masennus lisää terveydenhuollon kuormitusta ja -kuluja (Friedman ym. 2005). Masennuksesta paranemisen ennuste on ikääntyneillä huonompi kuin nuoremmilla (Suomalainen lääkärisseura Duodecim 2010). On arvioitu, että myöhäisiän masennuksen ennuste on huono 20–50 %:lla masennukseen sairastuneista, kun taas nuoremmista, 18–64-vuotiaista masentuneista, noin kolme neljästä paranee masennuksesta vuoden sisällä. Iäkkäillä yleisemmät somaattiset sairaudet ja toimintakyvyn esteet huonontavat masennuksen ennustetta (Licht-Strunk ym. 2007).

Masennustilat uusiutuvat helposti hoidon jälkeen (Kivelä 2003, Suomalainen lääkärisseura Duodecim 2010) ja ikääntyneillä on suurempi riski masentua uudelleen kuin nuoremmilla (Mitchell & Subramaniam 2005). Ikääntyneiden mieliala voi kuitenkin parantua, jos masennusta aiheuttavat tekijät on poistettu parantamalla elämänlaatua tai terveydentilaa. Positiiviset elämänmuutokset voivat myös vähentää masennusoireita. Keskittämällä interventiot hyvin tunnettuihin masennuksen riskitekijöihin, ja lisäämällä tarvittavaa tukea, voidaan tehokkaasti parantaa myöhäisiän mielenterveyttä (Heikkinen & Kauppinen 2004). Psykoterapian ja masennuslääkkeiden ohella keskeinen merkitys masennustilojen hoidossa on elämäntilanteen kartoittamisella ja psykososiaalisen tuen tarjoamisella (Suomalainen lääkärisseura Duodecim 2010). Masennuksesta kärsiville neuvojen, ohjauksen ja tiedon saanti on tärkeää (Tiikkainen 2006).

### 3. MASENNUKSEEN YHTEYDESSÄ OLEVAT TEKIJÄT

Masennukseen on yhteydessä useita sosiaalsiin suhteisiin (mm. Heikkinen & Kauppinen 2004, Djernes 2006, Vink ym. 2009), sosiodemografisiin tekijöihin (mm. Weyerer ym. 2008, Vink ym. 2009) sekä terveyteen ja toimintakykyyn liittyviä tekijöitä (mm. Friedman ym. 2005, Djernes 2006, Weyerer ym. 2008). Useat tutkimukset ovat myös osoittaneet, että ikääntyneillä naisilla masennusta esiintyy enemmän kuin miehillä (Hybels ym. 2001, Heikkinen & Kauppinen 2004, Samuelsson ym. 2005, Segulin & Deponte 2007, Laitalainen ym. 2008). Naissukupuolen katsotaankin usein olevan masennuksen riskitekijä (Cole & Dendukuri 2003, Djernes 2006). Naisten yleisempää masennuksen esiintyvyyttä on selitetty muun muassa sillä, että naiset ottavat miehiä helpommin terveysongelmissaan yhteyttä lääkäriin, jolloin myös masennus tulee useammin diagnosoitua kuin miehillä. Toiseksi syyksi on esitetty naisten pidempää elinikää, jonka aikana he altistuvat miehiä kauemmin masennuksen riskitekijöille (Samuelsson ym. 2005).

Masennukseen yhteydessä olevia terveyden ja fyysisen toimintakyvyn tekijöitä ovat muun muassa samalla henkilöllä esiintyvät useat somaattiset sairaudet (Heikkinen & Kauppinen 2004, Friedman ym. 2005, Djernes 2006, Moussavi ym. 2007, Weyerer ym. 2008, Gallegos-Carillo ym. 2009, Chang-Quan ym. 2010), kognitiivisen (Heikkinen & Kauppinen 2004, Djernes 2006) ja fyysisen toimintakyvyn häiriöt (mm. Blazer 2003, Heikkinen & Kauppinen 2004, Friedman ym. 2005, Djernes 2006, Kauppila ym. 2007, Moussavi ym. 2007, Weyerer ym. 2008, Vink ym. 2009), aikaisempi masennus (Djernes 2006), huono näkö, (Heikkinen & Kauppinen 2004), sekä unettomuus ja uniongelmat (Cole & Dendukuri 2003). Lievät masennusoireet ovat myös riskitekijä masennuksen pahenemiselle (Wilson ym. 2007). Elämäntavat, kuten tupakointi (Weyerer ym. 2008), sekä negatiiviset muutokset ja stressaavat elämäntapahtumat lisäävät masennusriskiä (Heikkinen & Kauppinen 2004, Fiske ym. 2009). Fyysinen aktiivisuus on puolestaan yhteydessä vähäiseen masentuneisuuteen (Lampinen 2004) ja hyvä terveys sekä toimintakyky ovat masennukselta suojelevia tekijöitä (Fiske ym. 2009).

Aina ei ole selkeästi selitettävissä onko masennus siihen liittyvän tekijän syy vai seuraus (Hybels ym. 2001, Kauppila ym. 2007). Esimerkiksi masennuksen ja toimintakyvyn alenemisen suhde voi olla kaksisuuntainen, kumpikin voi kiihdyttää toistansa tai pidentää toisen kestoja ja siten lisätä toistensa samanaikaista esiintymistä (Weyerer ym. 2008). Terveiden ja masennuksen yhteys on myös kaksisuuntainen. Iäkkäämmillä henkilöillä ja niillä, joilla masennus on alkanut vasta vanhemmalla iällä, on suurempi riski muille samanaikaisille sairauksille (Mitchell & Subramaniam 2005, Moussavi ym. 2007). Masennus voi myös lisätä kroonisiin sairauksiin liittyviä terveysvaikutuksia (Moussavi ym. 2007). Heikkenevä terveys on puolestaan masennusta ennustava tekijä ja terveydentilan paraneminen voi kohentaa ikääntyneiden mielialaa (Heikkinen & Kauppinen 2004).

Pitkäaikaisella masennuksella on todettu olevan yhteys itsemurhariskin lisääntymiseen (Friedman ym. 2005, Fiske ym. 2009) ja ennenaikaiseen kuolleisuuteen (Kivelä 2003, Friedman ym. 2005). Syynä ennenaikaiseen kuolleisuuteen on ennemminkin masennuksesta kärsivien suuri somaattisten sairauksien määrä ja toimintakyvyn heikkeneminen kuin itse masennus (Kivelä 2003).

### **3.1. Sosiodemografiset tekijät ja masennus**

Yhteys sosiodemografisten tekijöiden ja masennuksen välillä ei ole yksiselitteinen. Muun muassa Rozzinin ym. (1997) sekä Hybelsin ym. (2001) tekemien tutkimusten mukaan koulutuksella ei havaittu olevan yhteyttä masennuksen esiintyvyyteen. Toisten tutkimusten mukaan masennukseen sairastuminen puolestaan on yhteydessä alhaisempaan koulutustaustaan (Taqui ym. 2007, Yang 2007, Vink ym. 2009). Näiden tutkimusten mukaan korkeampi koulutus vähentää masennusriskiä (Yang 2007, Fiske ym. 2009) ja alhaisempi koulutus on masennusta ennustava tekijä (Vink ym. 2009).

Alhaisella varallisuudella on todettu olevan yhteys ikääntyneiden masennukseen (Heikkinen & Kauppinen 2004, Samuelsson ym. 2005, Wilson ym. 2007). Työttömyys (Taqui 2007), omasta tahdosta riippumaton työn menettäminen alhaisemman

tuloluokan henkilöillä (Gallo ym. 2006), sekä varallisuuden heikkeneminen lisäävät mielialan laskua ja masentuneisuutta ikääntyneillä (Heikkinen & Kauppinen 2004, Samuelsson ym. 2005). Koettu taloudellinen turvallisuus puolestaan pienentää masennusriskiä vähentämällä stressiä ja tarjoamalla enemmän vaihtoehtoja elämään (Samuelsson ym. 2005). Korkean sosioekonomisen aseman (Fiske ym. 2009) ja normaalin eläkeiän jälkeisen työn, jota tehdään henkilökohtaisen kehityksen eikä palkan vuoksi, onkin todettu olevan masennukselta suojaavia tekijöitä (Christ ym. 2007).

Tutkimusten mukaan masennuksen ja iän yhteys ei ole yksiselitteinen (mm. Djernes 2006, Yang 2007). Joidenkin tutkimusten mukaan masennus on hieman yleisempää iän lisääntyessä (Kivelä 2003, Laitalainen ym. 2008) ja korkeampi ikä on myös masennusta ennustava tekijä (Vink ym. 2009). Toisten tutkimusten mukaan ikä itsessään ei ole masennuksen aiheuttaja, vaan usein näiden tekijöiden yhteys on epäsuora, eli masennuksen ja iän yhteys on selitettävissä esimerkiksi fyysisen toimintakyvyn alenemisella (Hybels ym. 2001, Blazer 2003) ja ikäkohortin vaikutuksilla (Yang 2007). Korkeampi ikä on kuitenkin masennuksen paranemisen kannalta huono ennustava tekijä (Licht-Strunk ym 2007).

Aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu eroja masennuksen esiintyvyydessä eri siviilisäätyjen välillä. Naimattomuus (Hybels ym. 2001, Taqui ym. 2007) kuten myös leskeys (Samuelsson ym. 2005, Taqui ym. 2007, Vink 2009) ovat yhteydessä masennukseen. Eroaminen puolisoista (Taqui ym. 2007, Weyerer ym. 2008) ja yksin asuminen ovat myös yhteydessä masennukseen (Wilson ym. 2007, Weyerer ym. 2008).

### **3.2. Masennus ja sosiaaliset tekijät**

Ihmisen sosiaalinen verkosto vaikuttaa hänen sairastavuus- ja kuolleisuusriskiinsä. Sosiaalinen ympäristö vaikuttaa suoraan ihmisen fysiologisiin toimintoihin, sekä epäsuoremmin henkilön asioihin suhtautumiseen, asenteisiin ja käyttäytymiseen. Kognitiivisten toimintojen alentumista ja toiminnanvajauksia on vähemmän niillä, joilla on kattavampi sosiaalinen verkosto. Negatiiviset, vaatimuksia ja ristiriitoja sisältävät

sosiaaliset suhteet, voivat puolestaan toimia terveyden ja toimintakyvyn heikentäjinä (Heikkinen 2008). Vuorovaikutussuhteilla voikin olla sekä myönteisiä että kielteisiä vaikutuksia. Vuorovaikutussuhteiden määrää tärkeämpi tekijä on ikääntyneen henkilön oma kokemus vuorovaikutussuhteiden laadusta (Tiikkainen 2006).

Tarve erilaisiin vuorovaikutuksellisiin sosiaalisiin suhteisiin ei muutu ikääntyessä, mutta ihmisten mahdollisuus ylläpitää näitä suhteita usein vähenee lukuisten fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten muutosten mukana (Tiikkainen ym. 2004). Mitä enemmän ikää, sitä vähemmän masentuneilla on yleensä henkilöitä, joiden kanssa he pitävät yllä sosiaalisia kontakteja (Voils ym. 2007). Ikääntyneille läheisissä sosiaalisissa suhteissa tärkeää ei ole ainoastaan saada emotionaalista tukea, vaan myös konkreettista apua ja neuvoja (Tiikkainen ym. 2004).

### 3.2.1 Sosiaaliset suhteet ja yhteisyyden tunne

Sosiaalisella tuella ja aktiivisella sosiaalisella verkostolla on vahva yhteys ikääntyneiden hyvinvointiin, fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen sekä masennuksen esiintyvyyteen (Kahn ym. 2003, Greenglass 2006). Sosiaalinen tuki (Hybels ym. 2001, Greenglass 2006, Mechakra-Tahir ym. 2009) ja konfliktien puute läheisissä ihmissuhteissa ovat yhteydessä vähäisempään masennuksen esiintyvyyteen (Mechakra-Tahir ym. 2009). Sosiaalisen tuen ja masennuksen yhteys voi kuitenkin olla käänteinen. Vähemmän sosiaalista tukea saavilla voi olla enemmän masennusta, mutta myös masentuneet voivat saada vähemmän sosiaalista tukea. Tämä saattaa johtua siitä, että masennukseen kuuluu ihmiskontaktien välttäminen ja siten masentuneet eivät ole helposti vastaanottavaisia sosiaalisille kontakteille (Greenglass 2006).

Yksinäisyyden kokeminen (Heikkinen & Kauppinen 2004, Tiikkainen 2006, Vink ym. 2009) ja surullisuus, ovat yhteydessä masennukseen (Cole & Dendukuri 2003, Heikkinen & Kauppinen 2004, Fiske ym. 2009). Lisääntyneen yksinäisyyden onkin todettu olevan masennusoireita ennustava tekijä (Heikkinen & Kauppinen 2004). Masennuksen ja yksinäisyyden suhde on kuitenkin kaksisuuntainen, myös masennuksen on todettu ennustavan yksinäisyyden tunnetta. Tiikkaisen (2006)

mukaan masentuneisuus johtaa yksinäisyyden tunteisiin enemmän kuin yksinäisyyden tunteet johtavat mielialan laskuun (Tiikkainen 2006). Masentuneisuuden tunnetta voi selittää läheisyyttä ja kiintymystä sekä apua tuottavien suhteiden koettu puute tai menettäminen, esimerkiksi puolison menehtymisen tai sairastumisen kautta (Djernes 2006, Tiikkainen 2006). Yksin asuvilla ikääntyneillä kaukana ystävistä ja perheestä asumisen on todettu olevan masennuksen riskitekijä (Wilson ym. 2007).

Läheisten ystävyysuhteiden puute voi olla depressioihin altistava tekijä, mutta se voi olla myös depression seuraus (Pahkala 1990). Ikääntyneet, joilla on masennusoireita, voivat olla haluttomia pitämään yllä tai luomaan uusia sosiaalisia kontakteja, tai se voi olla heille mahdotonta (Tiikkainen 2006). Naimisissa olevilla masentuneilla on enemmän sosiaalista vuorovaikutusta ja he saavat enemmän konkreettista ja subjektiivista tukea (Voils ym. 2007). Sosiaalisissa suhteissa iäkkäiden masennusta vähentävät koettu kiintymys, avun saannin mahdollisuus, sekä arvostus ja neuvojen saanti (Tiikkainen 2006). Emotionaalinen tuki puolestaan vähentää masennusoireita parantamalla ihmisen itsetuntoa (Fukukawa ym. 2004).

Ikääntyneiden masentuneiden sosiaalisen verkoston koko ja sosiaalisen vuorovaikutuksen määrä on pidemmällä aikavälillä suhteellisen pysyvää. Subjektiivisen ja konkreettisen tuen määrä jopa lisääntyy masentuneilla. Voilsin ym. (2007) tutkimuksen mukaan niillä, jotka saivat enemmän masennuspisteitä masennustestissä, oli laajempi sosiaalinen verkosto ja hieman suurempi konkreettisen tuen määrä kuin vähemmän pisteitä saaneilla. Masennuspisteitä enemmän saaneilla oli kuitenkin sosiaalinen kanssakäyminen ja subjektiivinen tuki vähäisempää (Voils ym. 2007).

Koettu yhteisyyden tunne tarkoittaa koettua tarvetta sosiaaliseen vuorovaikutukseen ja yhteisöllisyyteen toisten ihmisten kanssa. Mitä enemmän ihmiset kokevat yhteisyyden tunnetta toisiin ihmisiin, sitä vähemmän heillä on yksinäisyyden tunteita. Koetulla yhteisyyden tunteella ja yksinäisyydellä on vaikutus etenkin kokemusperäiseen terveyteen (Tiikkainen ym. 2004).



Tiikkaisen ja Heikkisen (2005) mukaan niillä ikääntyneillä, jotka kokevat enemmän yhteisyyden tunnetta, on vähemmän depressiivisiä oireita. Ikääntyneet, joilla on mahdollisuus vastavuoroista läheisyyttä ja turvallisuutta sisältäviin sosiaalisiin suhteisiin, joissa heidän on mahdollisuus saada myös apua milloin he sitä tarvitsevat, kärsivät harvemmin yksinäisyydestä ja masennusoireista (Tiikkainen & Heikkinen 2005). Ystävien tapaamisyleisyyden (Tiikkainen 2006, Tiikkainen ym. 2008), vähäisempien masennusoireiden, korkeamman koulutustason ja paremman selviytymisen välineellisistä päivittäisistä toiminnoista (IADL) on todettu ennustavan koettua yhteisyyttä (Tiikkainen ym. 2008).

### 3.2.2 Sosiaalinen osallistuminen ja -harrastaminen

Harrastusaktiivisuuden on todettu olevan yhteydessä ikääntyneiden psyykkiseen hyvinvointiin. (Lampinen 2004). On tutkittu, että myös uskonnolliseen toimintaan osallistuminen suojaa masennukselta (Fiske ym. 2009). Sosiaalinen osallistuminen onkin tärkeä ikääntyneiden terveyden määrittäjä (Glass ym. 2006). Ikääntyneille merkitykselliset aktiviteetit suojaavat heitä masennukselta (Fiske ym. 2009) ja sosiaalinen eristäytyminen on riskitekijä masennukselle (Djernes 2006).

Sosiaalisen aktiivisuuden on todettu olevan yhteydessä muun muassa CES-D –mittarilla mitattuun alempaan masennuspistemäärään. Sosiaalisen osallistumisen ja masennuksen yhteys voi olla kaksisuuntainen, masennus voi aiheuttaa sosiaalisista kontakteista vetäytymistä mutta myös vähäinen harrastaminen ja sosiaalinen vetäytyminen voivat johtaa masennukseen (Glass ym. 2006). Sosiaalisen vuorovaikutuksen ja virikkeiden puute voivat johtaa tunne-elämän köyhtymiseen mikä voi edesauttaa masennuksen kehittymistä (Pahkala 1990).

Harrastusaktiivisuuden väheneminen on yhteydessä heikentyneisiin psyykkisiin hyvinvoinnin osa-alueisiin etenkin naisilla (Lampinen 2004). Masentuneiden ikääntyneiden vähäistä harrastamista selittää usein energian puute, väsymys, ja mielihyvän kokemisen sekä mielenkiinnon menettäminen aikaisemmin merkityksellisiksi koettuihin toimintoihin (Pahkala 1990). Masennukseen kuuluukin

usein energian vähäisyys, eikä ikääntynyt usein jaksaa keskittyä, ajatella eikä muistaa (Kivelä 2003).

Sosiaalisia aktiviteetteja sisältävät interventiot voivat vähentää masennusoireita. Interventiot, jotka ovat kestäneet useita viikkoja ja sisältäneet useita tapaamisia ovat vaikuttaneet masennusoireisiin vähentävästi. Näissä interventioissa ikääntyneet ovat saaneet olla luovia ja heidät on saatu tuntemaan itsensä tärkeiksi. Mielekästä, ikääntyneiden kykyjä, mieltymyksiä ja tarpeita vastaavaa sosiaalista toimintaa tulisikin harkita ikääntyneiden hoidossa masennuksen esiintymisen vähentämiseksi (Forsman ym. 2010).

### **3.3 Masennus, koettu terveys ja terveyteen liittyvä elämänlaatu**

Masentuneisuuden ja heikentyneen psyykkisen hyvinvoinnin taustalla on usein huonoksi koettu terveys (Lampinen 2004). Itse arvioidulla terveydellä onkin havaittu olevan merkitystä masennuksen esiintyvyyteen (Heikkinen & Kauppinen 2004, Chang-Quan ym. 2010). Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen vuonna 2010 julkaistun tutkimuksen mukaan terveytensä koki hyväksi 63 % yli 80-vuotiaista, naiset olivat miehiä tyytymättömämpiä terveyteensä (Vaarama ym. 2010a). Ikääntyneillä, jotka kokevat terveytensä huonoksi, on suurempi riski sairastua masennukseen kuin hyväksi oman terveytensä kokeneilla (Hybels ym. 2001, Heikkinen & Kauppinen 2004, Chang-Quan ym. 2010). Somaattiset oireet ja terveyden huonoksi kokeminen saattavat kuitenkin olla pikemminkin masennuksen seuraus kuin sen syy (Rozzini ym. 1997). Myöhemmän iän masennus on itsenäinen riskitekijä itse arvioidun terveyden huononemiselle (Han 2002). Koetulla yhteisyyden tunteella ja yksinäisyydellä on myös vaikutusta kokemuseräiseen terveyteen (Tiikkainen ym. 2004).

Masennus alentaa ikääntyneiden terveyteen liittyvää elämänlaatua (Moussavi ym. 2007, Gallegos-Carrillo ym. 2009). Terveysteen liittyvä elämänlaatu heikkenee entisestään kun masennus pahenee (Sobocki ym. 2007). Henkilöt, joilla masennuksen lisäksi on kaksi tai useampia sairauksia, kokevat terveyteen liittyvän elämänlaatunsa vieläkin huonommaksi kuin ne joilla on vähemmän sairauksia.

Yhteys on havaittu myös ei diagnosoitujen ja hoitamattomien masentuneiden joukossa (Gallegos-Carrillo ym. 2009). Huonoksi koettu terveys on ikääntyneillä kuitenkin enemmän yhteydessä masennukseen kuin todettu krooninen sairaus (Chang-Quan ym. 2010).

Fyysinen terveys vaikuttaa mielenterveyden ongelmiin ja masennukseen paitsi suoraan, myös negatiiviseksi koetun terveyden kautta. Ikääntyneiden mielenterveyttä voidaankin ylläpitää tai jopa parantaa fyysisen terveyden ja toimintakyvyn alentuessa, jos ikääntyneet kokevat positiivisesti oman terveytensä. Suotuisat käsitykset ja optimistinen suhtautuminen terveyteen helpottaa sopeutumista myöhäisiän muutoksiin ja parantaa fyysistä toimintakykyä ja mielenterveyttä (Jang ym. 2007).

## **4. MASENNUSTA, SOSIAALISIA SUHTEITA JA TERVEYTEEN LIITTYVÄÄ ELÄMÄNLAATUA MITTAAVAT TESTIT**

### **4.1 Myöhäisiän depressioseula GDS-15**

Vanhusten depressioiden seulonnassa voidaan käyttää GDS–asteikkoa (Geriatric Depression Scale) (Suomalainen lääkäriseura Duodecim 2010). Asteikko on kehitetty etenkin ikääntyneiden masennuksen arviointiin ja seulontaan (Yesavage ym. 1983, Wancata ym. 2006). Alkuperäinen GDS-mittari sisälsi 30 kysymystä, mutta mittarista on kehitetty myös lyhyemmät GDS-15 (Liite 1/3) ja GDS-5 versiot (Lach ym. 2010).

Tutkimukset ovat osoittaneet että GDS mittarit ovat luotettavia ja valideja ikääntyneiden masennuksen seulonnassa (mm. Yesavage ym. 1983, de Craen ym. 2003, Rinaldi ym. 2003, Friedman ym. 2005, Lach ym. 2010). GDS-asteikko on yksinkertainen, eikä sen tekeminen vaadi paljoa aikaa, eikä koulutettua haastattelijaa (Yesavage ym. 1983), testin voi suorittaa myös testattava itse (Segulin & Deponte 2007). GDS-asteikko sisältää vain kyllä ja ei vaihtoehtot, joihin on helpompi vastata kuin masennustesteihin, joissa on useampia vastausvaihtoehtoja (Yesavage ym. 1983, Segulin & Deponte 2007).

GDS- mittari perustuu masennukseen liittyvään käyttäytymiseen ja kognitiiviseen näkökulmaan (Segulin & Deponte 2007). Mittaria kehitettäessä mukaan ei ole otettu somaattisia oireita, joita joissakin masennusmittareissa käytetään. Somaattiset oireet voivat johtua myös fyysisistä sairauksista (Yesavage ym. 1983, Segulin & Deponte 2007, Marc ym. 2008) ja oireet kuuluvat usein vakavaan masennukseen, mutta lievässä masennuksessa somaattisia oireita ei välttämättä ole. (Yesavage ym. 1983). Somaattisten oireiden puuttuminen GDS-testistä mahdollistaa masennuksen seulomisen myös fyysisesti sairaiden joukossa. Somaattisten oireiden puute GDS-testissä voi kuitenkin olla myös haitta, koska testi voi aliarvioida masentuneisuutta pois sulkemalla somaattiset oireet, joita masennukseen sisältyy (Marc ym. 2008).

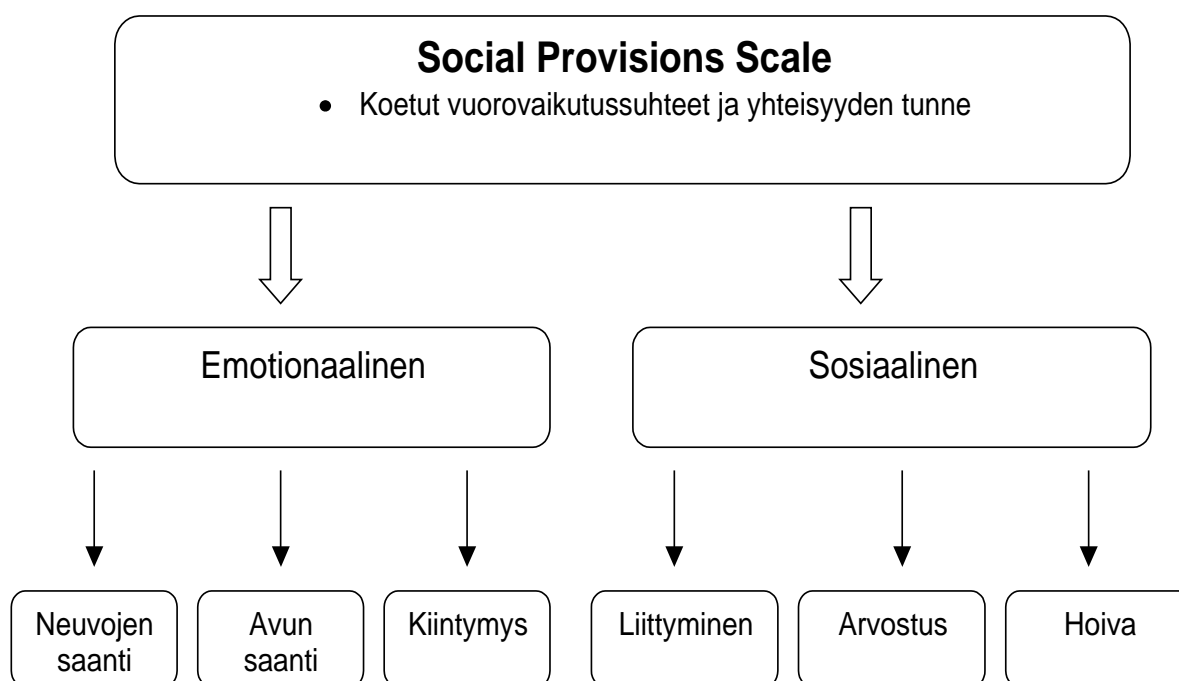
GDS-asteikon avulla voidaan erotella ei masentuneet, lievästi masentuneet ja vakavasti masentuneet ikääntyneet (Yesavage ym. 1983). Asteikon avulla on mahdollista luotettavasti seuloa masennusta myös hyvin iäkkäiden joukossa (de Craen ym. 2003, Marc ym. 2008). Sosiodemografiset tekijät, ikä, sukupuoli, koulutustaso tai rotu ei vaikuta GDS-15 mittarin tarkkuuteen (Marc ym. 2008). GDS-testin soveltumisesta henkilöille, joilla ilmenee merkittävää kognitiivisten taitojen heikkenemistä, on kahdenlaista tutkimustietoa. Toisten tutkimusten mukaan GDS-testit eivät välttämättä sovellu henkilöille, joilla on kognitiivisten toimintojen alenemista (Wancata ym. 2006), kun taas toisten tutkimusten mukaan GDS-mittarit ovat luotettavia henkilöillä, joilla on esimerkiksi lievä tai keskivaikea dementia (Lach ym. 2010). GDS-mittari on myös saanut kritiikkiä siitä, että jotkut testin käsitteet voivat olla ikääntyneille vaikeita ymmärtää (Segulin & Deponte 2007).

Optimaalinen raja-arvo masentuneisuuden mittaamiseen GDS-15 testillä riippuu testin käyttötarkoituksesta. Masennuksen seulonnassa normaaliväestöstä pisteraja voi olla alempana testin herkkyyden takaamiseksi. Tällöin testissä pisteitä saaneet voidaan helpommin ohjata masennuksen jatkoselvityksiin. Tutkimustarkoituksessa pisteraja voi olla korkeammalla, jotta väärin positiivisten tai negatiivisten tulosten määrä ei nousisi liian suureksi. Masennuksen seulonnassa voidaan käyttää jopa pisterajaa 2/3, jolloin testi on herkkä, eivätkä kliinisesti masentuneet jää diagnosoimatta (de Craen ym. 2003). GDS-15 mittarissa on todettu katkaisukohtaan 5 antavan riittävän herkkyyden ja tarkkuuden (Marc ym. 2008).

## 4.2 Social Provisions scale

Social Provisions Scale (SPS) itsearviointiasteikko selvittää koettuja vuorovaikutussuhteita ja yhteisyyden tunnetta. Asteikosta muodostuu kuusi vuorovaikutussuhteisiin liittyvää ulottuvuutta, kiintymys (attachment), liittyminen (social integration), arvostus (reassurance of worth), avun saannin mahdollisuus (reliable alliance), neuvojen saanti (guidance) ja hoivaaminen (opportunity of nurturance) (Cutrona & Russell 1986) (Liite 1/4). Kutakin ulottuvuutta mittaa kaksi kielteistä ja kaksi myönteistä väittämää (Tiikkainen & Heikkinen 2011). SPS -asteikko sisältää yhteensä 24 väittämää, joissa on neljä vastausvaihtoehtoa (1=Täysin eri

mieltä, 4= täysin samaa mieltä) (Cutrona & Russell 1986, Tiikkainen ym. 2008). SPS-asteikon yhteispistemäärä vaihtelee välillä 24–96, suurempi pistemäärä kuvaa enemmän koettua yhteisyyttä (Tiikkainen & Heikkinen 2011). SPS:sta voidaan muodostaa myös kaksi suurempaa vuorovaikutussuhteisiin liittyvää kokonaisuutta, emotionaalinen ja sosiaalinen (Kuvio 1). Nämä kokonaisuudet ovat muun muassa Tiikkaisen ym. (2004) tutkimuksessa todettu ikääntyneelle väestölle hyvin sopiviksi. Näissä kokonaisuuksissa pistemäärä voivat vaihdella välillä 12–48 (Tiikkainen 2006).



**Kuvio 1.** Social Provisions Scale -asteikon vuorovaikutussuhteisiin liittyvät ulottuvuudet.

SPS on ollut laajasti käytössä eri-ikäisellä väestöllä eri puolilla maailmaa 1980-luvulta lähtien (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010). Social Provisions Scale sopii hyvin koetun yhteisyyden tunteen mittaamiseen sekä laitospäästä että avohoidossa siten, että arviointi tehdään haastateltavan kanssa kasvotusten (Tiikkainen ym. 2004). Ikääntyneillä henkilöillä voi olla vaikeuksia mittarin kysymyksiin vastaamisessa. Intiimin suhteen olemassaoloa ja itsensä päteväksi kokemista selvittävät kysymykset voivat vaatia lisätarkennusta. Ikääntyneillä, joilla toimintakyky on alentunut, voi strukturoitu haastattelu toimia paremmin kuin itse täytettävä kysely. Mittarin ongelma

on, että sille ei ole määrätty raja- tai viitearvoja, jonka perusteella voidaan arvioida yhteisyyden aste (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2010).

SPS-mittarin ulottuvuuksien on todettu olevan yhteydessä moniin terveyteen ja toimintakykyyn liittyviin tekijöihin (Tiikkainen & Heikkinen 2011). SPS korreloi positiivisesti elämään tyytyväisyyden kanssa (Cutrona & Russell 1986) ja negatiivisesti masennuksen kanssa (Cutrona & Russell 1986, Tiikkainen & Heikkinen 2005). SPS:n kaikki osa-alueet korreloivat masennusoireiden kanssa negatiivisesti, eli mitä enemmän yksilö kokee yhteisyyden tunnetta näillä osa-alueilla, sitä vähemmän hänellä on havaittavissa masennusoireita (Tiikkainen & Heikkinen 2005). Eniten masennusoireita Tiikkaisen ja Heikkisen (2005) tutkimuksen mukaan selitti SPS-mittarin neuvojensaanti (guidance) -osuus. Tämä tarkoittaa mahdollisuutta saada apuja ja neuvoja luotettavasta lähteestä. Kuitenkin SPS kokonaisuudessaan ja sen erilliset osa-alueet selittivät vain pienen osan masennusoireista. Tiikkaisen ja Heikkisen (2005) tutkimuksessa SPS:n mittaama yhteisyyden tunne selitti 7 % ikääntyneiden masennusoireista (Tiikkainen & Heikkinen 2005).

### **4.3 WHO:n elämänlaatumittari**

WHO:n WHOQOL-BREF (The World Health Organization Quality of Life) on 26 kysymystä sisältävä mittari, jolla voidaan mitata elämänlaatua (The WHOQOL Group 1998, World Health Organization 2006). WHO määrittelee elämänlaadun yksilön käsitykseksi asemastaan elämässä, häntä ympäröivän kulttuurin ja arvomaailman yhteydessä, suhteessa hänen tavoitteisiinsa, odotuksiinsa, normeihinsa ja huolenaiheisiinsa. Elämänlaatuun vaikuttaa monimutkaisella tavalla yksilön fyysinen terveys, psyykinen tila, autonomian aste, sosiaaliset suhteet, henkilökohtaiset uskomukset sekä yksilön ja hänen elinympäristönsä välinen suhde (World Health Organization 1997).

WHOQOL-BREF -mittarissa on neljä osa-aluetta, fyysinen terveys (physical health), psyykinen terveys (psychological), sosiaaliset suhteet (social relationships), sekä ympäristö (environment). Jokaisesta osiosta lasketaan yhteispistemäärä joka vaihtelee välillä 4-20. Mitä enemmän pisteitä, sitä paremmaksi tutkittava kokee

elämänlaatunsa kyseisellä elämänlaadun osiolla (World Health Organization 1996, The WHOQOL Group 1998).

WHOQOL-BREF -mittari on lyhyempi versio WHOQOL-100 mittarista joka on maailmanlaajuinen hyvinvoinnin ja elämänlaadun mittari (World Health Organization 1996, The WHOQOL Group 1998). WHOQOL -mittareiden avulla voidaan arvioida elämänlaatua useissa elämäntilanteissa ja väestöryhmissä. Mittareita voidaan käyttää muun muassa terveydenhuollossa hoidon vaikuttavuuden arvioinnissa, tutkimuksissa ja terveydenhuollon poliittisessa päätöksenteossa (World Health Organization 1997).

WHOQOL-BREF sisältää kysymyksen kaikilta WHOQOL-100 mittarin 24 osa-alueelta ja lisäksi kysymykset koetusta elämänlaadusta ja terveydestä. WHOQOL-BREF mittari kehitettiin muun muassa tilanteisiin, joissa vastaus tai haastattelu-aika on rajoitettu, haastateltavaa pyritään rasittamaan mahdollisimman vähän ja joissa tarvitaan lyhyttä arviointia elämänlaadusta (The WHOQOL Group 1998). Suositellaan, että WHOQOL-BREF -mittarissa keskitytään eri ulottuvuuksien (fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja ympäristö) sisäiseen vaihteluun ja summapistemääriin, sekä ulottuvuuksien yhteyksiin koettuun elämänlaatuun, eikä koko mittarin summapistemäärään (Vaarama ym. 2010a). WHOQOL-BREF-mittaria käytettäessä on kuitenkin huomioitava, että se ei välttämättä ole vertailukelpoinen eri kulttuurien välillä ja sitä tulisikin käyttää varauksella maiden välisessä vertailussa (Theuns ym. 2010).



## 5. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

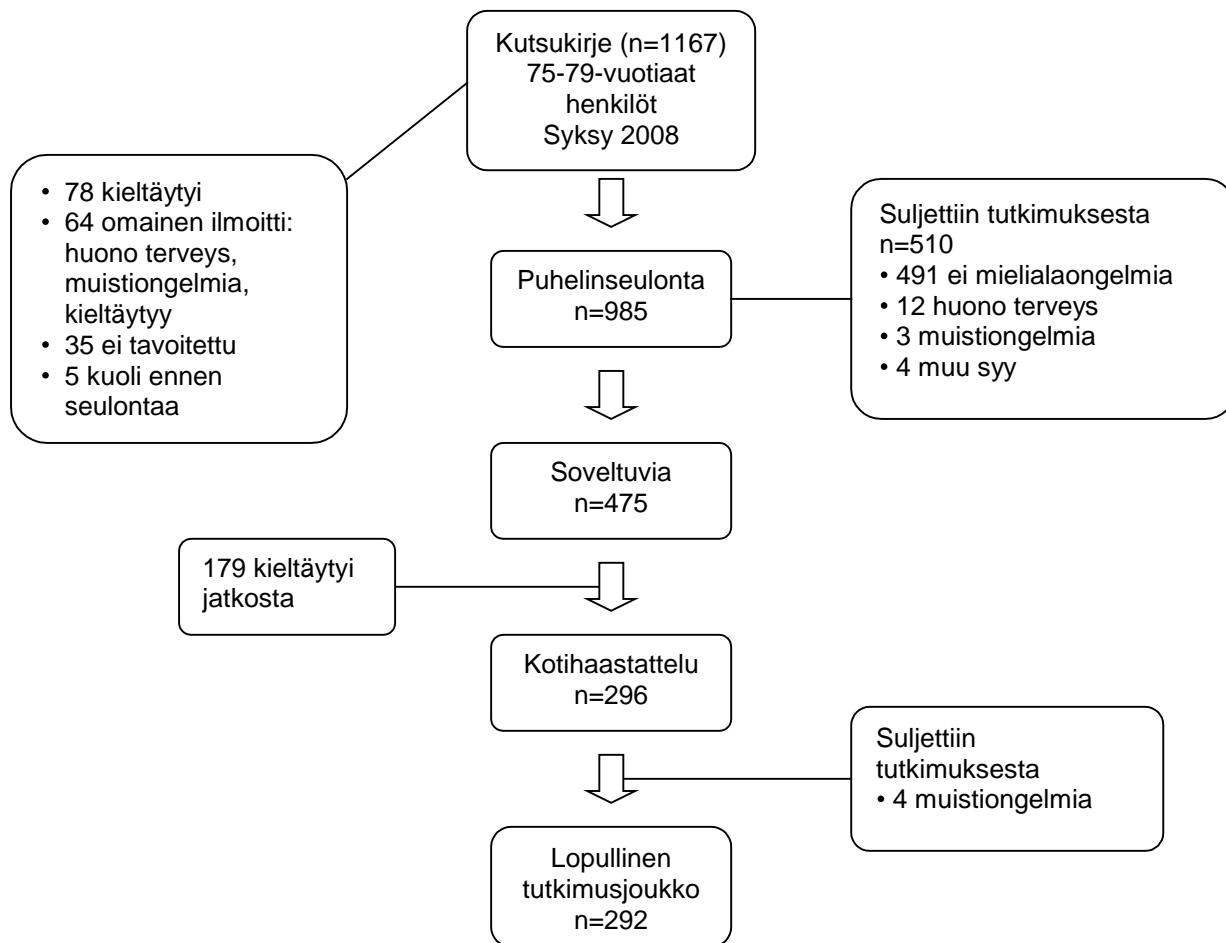
Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää ovatko sosiaaliset suhteet ja niiden kokeminen yhteydessä masennukseen jyvaskyläläisillä 75–79-vuotiailla kotona asuvilla henkilöillä, jotka olivat ilmoittaneet kokevansa yksinäisyyttä ja/tai alakuloisuutta vähintään silloin tällöin. Tutkimuksessa tarkasteltiin myös masennuksen yleisyyttä, sekä sosiodemografisten tekijöiden, sosiaalisia kontakteja sisältävän harrastamisen ja itse arvioidun terveyden yhteyttä masennukseen.

1. Kuinka yleistä masennus on yksinäisyyttä ja/tai alakuloisuutta tuntevien 75–79-vuotiaiden jyvaskyläläisten joukossa?
2. Onko sosiodemografisissa tekijöissä eroja masentuneiden ja ei masentuneiden välillä?
3. Ovatko sosiaaliset suhteet ja yhteisyyden tunteen kokeminen yhteydessä masennukseen jyvaskyläläisillä 75–79-vuotiailla kotona asuvilla ikääntyneillä?
4. Onko sosiaalisia suhteita sisältävässä harrastamisessa eroja masentuneiden ja ei masentuneiden välillä?
5. Onko itse arvioitu terveys yhteydessä masennukseen?

## 6. TUTKIMUSAINEISTO JA TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tutkimusaineisto oli osa Tutkimus- ja kehittämiskeskus GeroCenterin HyväMieli – iäkkäiden henkilöiden mielenterveyden edistäminen -hankkeen aineistosta. Kolmevuotisen (2008–2010) HyväMieli hankkeen päätavoite oli kehittää ja testata toimintamalli mielenterveyden edistämiseen sekä arvioida mallin vaikuttavuutta iäkkäillä henkilöillä, joilla oli havaittu masennuksen oireita ja yksinäisyyttä (GeroCenter 2008). HyväMieli -hankkeen perusjoukko koostui 1167 75–79-vuotiaasta jyvaskyläläisestä henkilöstä, jolle lähetettiin ensin kutsukirje (Kuvio 2). Kutsukirjeen saaneista 78 kieltäytyi jatkosta, 64 henkilön omainen ilmoitti tutkimuksesta kieltäytymisestä, osalla näistä omaisten ilmoittamista kieltäytymisistä syynä oli huono terveys tai muistiongelmat. Kutsukirjeiden kohderyhmään kuuluvista 35:tä ei tavoitettu ja viisi ehti kuolla ennen puhelinhaastattelua, joka oli tutkimuksen seuraava vaihe.

Syksyllä 2008 suoritettiin puhelinhaastattelu yhteensä 985 henkilölle. Puhelinhaastattelussa selvitettiin ikääntyneiden yksinäisyyttä ja mielialaa. Tutkittavat, jotka kokivat edes joskus yksinäisyyttä ja/tai alakuloisuutta, otettiin mukaan tutkimukseen. Henkilöt, joilla ei ollut näiden asioiden suhteen minkäänlaisia ongelmia tai jotka eivät muuten soveltuneet tutkimukseen, jätettiin pois tutkimusjoukosta. Puhelinhaastattelun perusteella tutkimuksesta suljettiin pois yhteensä 510 henkilöä. Näistä 491:llä ei ollut mielialaongelmia, 12 oli huono terveys, kolmella oli muistiongelmia ja neljällä poissulkuun oli muu syy. Jäljelle jäi 475 tutkimukseen soveltuvaa, joista 179 kieltäytyi tutkimukseen osallistumisesta. Puhelinhaastattelun jälkeen syksyllä 2008 suoritettiin ensimmäinen kotihaastattelu 296 henkilölle, joista neljä suljettiin pois tutkimuksesta muistiongelmiensa vuoksi. Tämän tutkimuksen aineistona käytettiin tätä ikääntyneille kotona tehtyä alkuhaastattelua, jonka lopullinen tutkimusjoukko koostui 292 ikääntyneestä (Kuvio 2).



**Kuvio 2.** Tutkimukseen osallistuneiden osallistujakuvio.

Kotihaastattelut suoritti seitsemän yliopisto-opiskelijaa, jotka koulutettiin tehtävään: tämän tutkimuksen tutkija oli yksi haastattelijoista. Haastatteluaineisto koostui strukturoidusta haastattelulomakkeesta, sekä The Social Provisions Scale (SPS) itsearviointiasteikosta, jonka haastateltavat olivat täyttäneet etukäteen ennen kotihaastattelua, ja jota tarvittaessa täydennettiin haastattelutilanteen aluksi. Lisäksi alkuhaastatteluihin kuului WHOQOL-BREF -mittari, jonka haastateltavat täyttivät itse ja palauttivat haastattelun jälkeen.

### 6.1 Tutkimuksen mittarit ja muuttujien uudelleenluokittelu

Alkuperäisistä mittareista on liitteeksi poimittu kysymykset, joita tässä tutkimuksessa on käytetty (Liite 1). Varsinaisesta kotihaastattelulomakkeesta tutkimuksessa käytettiin kysymyksiä, jotka selvittivät tutkittavien sosiodemografisia tekijöitä,

sosiaalisia suhteita sekä sosiaalisia kontakteja sisältäviä harrastuksia ja näiden yleisyyttä. Masentuneisuutta arvioitiin haastattelukaavakkeen sisältämän GDS-15 myöhäisiän depressioseulan avulla, ja masennuksen pisterajana käytettiin kuusi pistettä tai enemmän. WHOQOL-BREF -elämänlaatumittarista otettiin mukaan kysymys terveyteen tyytyväisyydestä, sekä fyysisen terveyden ja sosiaalisten suhteiden summamuuttajat (näiden summamuuttajien kysymykset ovat nähtävissä liitteissä 4 ja 5). Fyysiseen terveyteen liittyvien kysymysten avulla haluttiin selvittää tutkimukseen osallistuneiden koettua elämänlaatua terveyden osalta. Sosiaalisten suhteiden summamuuttaja puolestaan antoi tietoa ikääntyneiden itse koetuista sosiaalisista suhteista. Ihmissuhteita ja sosiaalista tukea mittaavasta Social Provisions Scale -asteikkoa tarkasteltiin kokonaisuudessaan ja kahdessa osiossa, jotka selvittivät emotionaalista ja sosiaalista yhteenkuuluvuutta. Emotionaalinen osuus käsittelee pienempien kokonaisuuksien osuuksia neuvojen ja avun saanti sekä kiintymys. Sosiaalinen osuus sisältää pienemmät kokonaisuudet liittyminen, arvostus ja hoiva. Social Provisions Scale -asteikon vastauksissa oli vähän puuttuvia tietoja ja ne korvattiin alkuperäisessä tutkimushankkeessa kyseisen osion muiden vastausten keskiarvon perusteella.

Tutkimuksessa yhdistettiin alkuperäisen tutkimuksen vastausvaihtoehtoja, jotta saatiin analysoinnin kannalta riittävän suuria muuttajaluokkia. Alkuperäisen tutkimuksessa kysyttiin tutkimukseen osallistuneiden asumista neliluokkaisen muuttujan avulla: yksin, puolison / avopuolison, lasten / lastenlasten tai jonkun muun kanssa. Tämä kysymys uudelleenluokiteltiin kaksiluokkaiseksi muuttujaksi, asuu yksin tai ei asu yksin. Ei asu yksin sisältää vaihtoehdot, asuu puolison / avopuolison tai asuu lasten / lastenlasten kanssa, kukaan tutkimukseen osallistuneista ei asunut jonkun muun kanssa.

Alkuperäisen tutkimuksen siviilisäätyä koskevan kysymyksen erilliset vastausvaihtoehdot naimisissa ja avoliitossa yhdistettiin, koska vain yksi tutkimukseen osallistuneista asui avoliitossa. Haastattelulomakkeessa koettua taloudellista tilannetta kysyttiin vaihtoehdoilla hyvä, kohtalainen, huono ja en osaa sanoa. Vain yksi vastaaja tutkimusjoukosta (n=292) oli valinnut vaihtoehdon en osaa sanoa, joten tämä vaihtoehto on jätetty pois masennuksen ja taloudellisen tilanteen riippuvuuden tarkastelusta.

Tutkimuksessa kysyttiin koulutusta kahdeksanluokkaisen muuttujan avulla. Erikseen kysytyt luokat, vähemmän kuin kansakoulu sekä kansakoulu tai vastaava yhdistettiin samaksi luokaksi: enintään kansakoulu. Vaihtoehto kansakoulu tai vastaava sekä vähintään yhden vuoden ammattikoulutus nimettiin uudelleen luokaksi ammattikoulutus. Vaihtoehdot keskikoulu tai kansankorkeakoulu sekä keskikoulu ja kansankorkeakoulu sekä vähintään yhden vuoden ammattikoulutus yhdistettiin ja nimettiin uudeksi luokaksi keskikoulu tai kansankorkeakoulu. Vaihtoehdot ylioppilastutkinto ja ylioppilastutkinto sekä vähintään yhden vuoden ammattikoulutus yhdistettiin ja nimettiin luokaksi ylioppilastutkinto. Korkeakoulu- tai yliopistotutkinto jäi omaksi luokakseen.

WHOQOL-BREF -elämänlaatumittarin alkuperäisen tutkimuksen viisiluokkaisesta muuttujasta muodostettiin kolmeluokkainen muuttuja yhdistämällä kysymyksestä riippuen vastausvaihtoehdot: erittäin tyytymätön ja melko tyytymätön, melko tyytyväinen ja erittäin tyytyväinen; erittäin paljon ja paljon, vähän ja ei lainkaan; lähes riittävästi ja täysin riittävästi, sekä erittäin huono ja huono, hyvä ja erittäin hyvä. Vastausvaihtoehdot ei tyytyväinen eikä tyytymätön, kohtuullisesti ja ei hyvä eikä huono jätettiin omiksi luokikseen.

Osallistumista kodin ulkopuoliseen toimintaan selvitettiin luokittelemalla alkuperäisen tutkimuksen kysymys kodin ulkopuoliseen toimintaan osallistumisen yleisyydestä uudelleen. Alkuperäisen tutkimuksen muuttujista muodostettiin jako niihin, jotka osallistuivat päivittäin tai lähes päivittäin, vähintään kerran viikossa, 2–3 kertaa kuukaudessa, noin kerran kuukaudessa tai muutamia kertoja vuodessa ja niihin jotka eivät osallistuneet kodin ulkopuoliseen toimintaan lainkaan tai harvemmin kuin muutamia kertoja vuodessa. Kodin ulkopuoliseen vapaa-ajan toimintaan osallistumisen yleisyyttä kysyttiin alkuperäisessä tutkimuksessa edellä luetellun kuusiluokkaisen muuttujan avulla. Tässä tutkimuksessa kysymyksestä on muodostettu neliluokkainen muuttuja yhdistämällä vaihtoehdot päivittäin tai lähes päivittäin ja vähintään kerran viikossa, sekä vaihtoehdot muutamia kertoja vuodessa ja harvemmin. Ne, jotka eivät osallistuneet kodin ulkopuoliseen toimintaan lainkaan, on jätetty pois tästä tarkastelusta.

## 6.2 Analyysimenetelmät

Tämän tutkimuksen aineiston käsittelyssä käytettiin SPSS:n PASW-Statistics 18.0 -ohjelmaa. Aineistoa kuvattiin frekvensseillä ja prosenteilla. Merkitsevyyttä testattiin  $\chi^2$ -testillä, normaalisti jakautuneiden muuttujien keskiarvoeroja Studentin t-testillä ja ei normaalisti jakautuneiden muuttujien eroja Mann-Whitneyn U -testillä. Jakauman normalisuus testattiin Kolmogorov-Smirnovin testillä. Jatkuvien muuttujien korrelaatioita tarkasteltiin Spearmanin korrelaatiokertoimen avulla, koska jatkuvien muuttujien jakaumat eivät olleet normaaleja. Tilastollisten testien merkitsevyytensä on käytetty tasoja  $p < 0,05$  (melkein merkitsevä),  $p < 0,01$  (merkitsevä) ja  $p < 0,001$  (erittäin merkitsevä).

## 7. TULOKSET

### 7.1 Tutkittavien taustatiedot

Tutkimusjoukko koostui 292 jyvaskyläläisestä kotona asuvasta 75–79-vuotiaasta ikääntyneestä, joista naisia oli 223 ja miehiä 69 (Taulukko 2). Tutkimusjoukon taustatiedot on esitetty liitetaulukkona (Liite 2). Masennuspistemäärän kuusi tai enemmän GDS–15 testillä sai miehistä 18,8 % ja naisista 22,4 % (Taulukko 2). Miesten alhaisen määrän vuoksi miehiä ja naisia ei tarkastella tässä tutkimuksessa erikseen. Koko tutkimusjoukossa GDS-15 testin keskiarvo pistevälillä 0–15 (mitä suurempi luku sitä enemmän masennusoireita) oli 4,2, minimiarvon ollessa nolla ja maksimiarvon ollessa 13.

**Taulukko 2.** Tutkimukseen osallistuneiden sukupuolijakauma ja masentuneiden määrä tutkimusjoukossa.

Sukupuoli	n	%
Nainen	223	76,4
Mies	69	23,6
Yhteensä	292	100

Masentunut (GDS-15 pisteet 6 tai enemmän)	n	%
Nainen	50	22,4 <sup>*1</sup>
Mies	13	18,8 <sup>*2</sup>
Yhteensä	63	21,6 <sup>*3</sup>

<sup>\*1</sup>Masentuneiden prosenttiosuus tutkimukseen osallistuneista naisista. <sup>\*2</sup>Masentuneiden prosenttiosuus tutkimukseen osallistuneista miehistä. <sup>\*3</sup>Masentuneiden prosenttiosuus koko tutkimusjoukosta.

## 7.2 Sosiodemografiset tekijät ja masennus

Kaikki tutkimukseen osallistuneet asuivat Jyväskylän kaupungissa lähellä keskustaa. Suurin osa osallistuneista asui yksin (64 %). Tutkimusjoukon masentuneiden joukossa oli enemmän yksin asuvia kuin ei masentuneiden joukossa ( $p=0,010$ ) (Taulukko 3). Ne jotka eivät asuneet yksin asuivat yleensä puolison kanssa ja neljä henkilöä ei masentuneista asui omien lastensa kanssa.

Siviilisäädystä oli tilastollisesti merkitsevä ero masentuneiden ja ei masentuneiden välillä ( $p=0,009$ ). Tutkimusjoukon masentuneista naimisissa oli harvempi kuin ei masentuneista. Huomattavasti useampi masentunut oli eronnut tai eli asumuserossa kuin ei masentunut. Naimattomien ja leskien osuuksissa ei ollut suuria eroja masentuneiden ja ei masentuneiden välillä (Taulukko 3).

Suurin osa tutkimukseen osallistuneista koki taloudellisen tilanteensa kohtalaiseksi. Tutkimusjoukon masentuneista suurempi osa koki taloudellisen tilanteensa huonoksi kuin ei masentuneista. Molemmissa ryhmissä huonoksi taloudellisen tilanteensa kokeneiden määrä oli pieni (masentunut  $n=8$ , ei masentunut  $n=5$ ). Hyväksi taloudellisen tilanteensa koki suurempi joukko ei masentuneista ( $p=0,001$ ) (Taulukko 3).

Koulutuksessa ei vähiten kouluttautuneiden (enintään kansakoulu) määrissä ollut suuria eroja masentuneiden ja ei masentuneiden välillä. Korkeammin koulutettuja, vähintään keskikoulun tai kansankorkeakoulun käyneitä oli masentuneiden joukossa 23,8 % kun ei masentuneiden joukossa heitä oli 41,4 % ( $p=0,024$ ) (Taulukko 3). Koulutusvuosilla ei tässä tutkimuksessa ollut yhteyttä masennukseen (Mann-Whitney U -testi  $p=0,106$ ).



**Taulukko 3.** Sosiodemografiset tekijät masentuneiden ja ei masentuneiden 75–79-vuotiaiden jyvaskyläläisten joukossa.

	<b>Masentunut (n=63)</b>		<b>Ei masennusta (n=229)</b>		<b>p-arvo (<math>\chi^2</math>)</b>
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>Asuminen</b>					
Asuu yksin	49	77,8	138	60,3	0,010
Ei asu yksin	14	22,2	91	39,7	
<b>Siviilisäätty</b>					
Naimisissa tai avoliitossa	17	27,0	91	39,7	0,009
Naimaton	8	12,7	19	8,3	
Eronnut tai asumuserossa	15	23,8	22	9,6	
Leski	23	36,5	97	42,4	
<b>Taloudellinen tilanne</b>					
Huono	8	12,7	5	2,2	0,001
Kohtalainen	38	60,3	136	59,6	
Hyvä	17	27,0	87	38,2	
<b>Koulutus</b>					
Enintään kansakoulu	24	38,1	81	35,4	0,024
Ammattikoulutus	24	38,1	53	23,1	
Keskikoulu tai kansankorkeakoulu	8	12,7	53	23,1	
Yo tutkinto	4	6,3	9	3,9	
Korkeakoulu tai yliopistotutkinto	3	4,8	33	14,4	

### 7.3 Masennus, sosiaaliset suhteet ja yhteisyyden tunne

Lapsettomuudessa, lasten määrässä, tai sillä asuivatko lapset ikääntyneiden lähellä, ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja masentuneiden ja ei masentuneiden välillä (Liite 3). Myöskään lapsiin, sisaruksiin tai sukulaisiin yhteydenpidon yleisyydessä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja masentuneiden ja ei masentuneiden välillä.

Masentuneiden joukossa ystävien määrän keskiarvo oli 4,2 ystävää, mediaanin ollessa kolme. Vastaavasti ei masentuneilla ystävien määrän keskiarvo oli 5,6, mediaanin ollessa neljä. Yli viidesosalla masentuneista ystäviä ei ollut lainkaan kun ei masentuneista vastaavaa raportoi harvempi kuin joka kymmenes ( $p=0,003$ ) (Taulukko 4). Masentuneiden ja ei masentuneiden välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa siinä, kuinka usein he tapasivat tai olivat yhteydessä ystäviinsä ( $\chi^2$ -testillä  $p=0,658$ ).

**Taulukko 4.** Ystävien lukumäärä masentuneiden ja ei masentuneiden 75–79-vuotiaiden jyväsyläläisten joukossa.

Ystävien lukumäärä	<u>Masentuneet</u>		<u>Ei masentuneet</u>		p-arvo ( $\chi^2$ )
	n	%	n	%	
Ei ystäviä	14	22,2	18	7,9	
1-2 ystävää	15	23,8	37	16,2	
3-5 ystävää	23	36,5	99	43,2	
6-10 ystävää	9	14,3	54	23,6	
yli 10 ystävää	2	3,2	21	9,2	
Yhteensä	63	100	229	100	0,003

WHOQOL-BREF elämänlaatumittari sisältää osion, joka käsittelee haastateltavien tyytyväisyyttä sosiaalisiin suhteisiin. Tämä osio sisältää kysymykset ihmissuhteista (personal relationships), sosiaalisesta tuesta (social support) ja tyytyväisyydestä sukupuolielämään (sexual activity). WHOQOL-BREF -mittarin sosiaalisten suhteiden

osioon jätti vastaamatta 31 tutkimukseen osallistunutta, joista masentuneita oli 11 (17,5 % masentuneista) ja ei masentuneita 20 (8,7 % ei masentuneista).

WHOQOL-BREF -mittarin sosiaalisten suhteiden osa-alueella masentuneiden summapistemäärän keskiarvo oli 12,8 kun se ei masentuneiden joukossa oli 14,9 (Mann-Whitneyn U –testi  $p < 0,001$ ). Masentuneilla pistemäärät vaihtelivat välillä 5,3–20 ja ei masentuneilla välillä 6,7–20. Masentuneet saivat keskimäärin huonompia pisteitä jokaisesta kysymysosioista. Tyytyväisimpiä ikääntyneet olivat molemmissa ryhmissä ihmissuhteisiinsa ja ystäviltä saatuun tukeen, sukupuolielämään oltiin sitä vastoin tyytymättömpiä (Liite 4). Mitä enemmän haastateltavat saivat pisteitä GDS-15–myöhäisiän depressioseulan mukaan, sitä huonommat pisteet he saivat WHOQOL-BREF:n sosiaalisten suhteiden osa-alueelta. GDS-15 –depressioseulan ja WHOQOL-BREF -mittarin sosiaalisten suhteiden osuuden välinen negatiivinen korrelaatio (Spearmanin korrelaatiokerroin  $-0,372$ ) oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ( $p < 0,001$ ).

Tutkimuksessa selvitettiin tutkittavien yhteisyyden tunnetta sekä emotionaalista ja sosiaalista yhteenkuuluvuutta The Social Provisions Scale (SPS) itsearviointiasteikon avulla. Emotionaalisen yhteenkuuluvuuden kysymyksiin vastausta ei saatu 3,2 %:lta ( $n=2$ ) masentuneista ja 3,5 %:lta ( $n=8$ ) ei masentuneista. Emotionaalisesta osuudesta masentuneiden summapistemäärän pistekeskiarvo oli 35,2 pistettä, kun se ei masentuneilla oli 39,0 (Mann Whitney U-testi  $p < 0,001$ ). Masentuneilla pistemäärä vaihteli välillä 17–48, kun se ei masentuneilla vaihteli välillä 20–48.

Sosiaalisen yhteenkuuluvuuden kysymyksiin ei vastannut 3,2 % ( $n=2$ ) masentuneista ja 3,9 % ( $n=9$ ) ei masentuneista. Summapistemäärän keskiarvo masentuneilla oli 32,7 ja ei masentuneilla 36,8 (Mann Whitney U-testi  $p < 0,001$ ). Masentuneilla pistemäärä vaihteli välillä 22–48 ja ei masentuneilla välillä 15–48. Mitä enemmän haastateltavat kokivat masennusoireita GDS-15–myöhäisiän depressioseulan mukaan, sitä huonommaksi he kokivat yhteisyyden tunteen sekä emotionaalisen ja sosiaalisen yhteenkuuluvuuden (Taulukko 5).

**Taulukko 5.** Masennusoireiden (GDS-15), Social Provisions Scale asteikon yhteisyyden tunteen sekä emotionaalisen ja sosiaalisen yhteenkuuluvuuden korrelaatiotaulukko.

	1	2	3	4
1.Masennusoireet (GDS-15)	1,00			
2. Yhteisyyden tunne	-0,434***	1,00		
3. Emotionaalinen yhteenkuuluvuus	-0,385***	0,919***	1,00	
4.Sosiaalinen yhteenkuuluvuus	-0,430***	0,897***	0,919***	1,00

\*\*\* $p < 0,001$

Spearmanin korrelaatiokerroin

#### 7.4 Masennus ja sosiaaliset harrastukset

Tutkimuksessa selvitettiin erikseen liikunnan harrastamista ja muuta harrastustoimintaa. Ohjatun ryhmäliikunnan harrastamisessa (esimerkiksi voimistelu, vesivoimistelu, palloilu tai tanssi) ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja masentuneiden ja ei masentuneiden välillä ( $p=0,252$ ). Kysymys säännöllisestä harrastamisesta sisälsi liikunnan pois lukien kaiken muun harrastustoiminnan, sosiaalisia kontakteja sisältävän (esimerkiksi matkustelu), sekä yksin harrastamisen (esimerkiksi käsityöt, lukeminen). Verrattuna ei masentuneisiin, masentuneista suuremmalla osalla ei ollut säännöllistä harrastusta ( $P=0,005$ ) (Taulukko 6).

Tutkimuksessa tiedusteltiin osallistumista ja osallistumisen yleisyyttä johonkin kodin ulkopuoliseen vapaa-ajan toimintaan. Näitä toimintoja olivat esimerkiksi päiväkeskustoiminta, yhdistystoiminta, kerhot, seurakunnan tilaisuudet, teatterit, näyttelyt, museot ja kirjasto. Masentuneista suurempi osa ei osallistunut kodin ulkopuoliseen vapaa-ajan toimintaan verrattuna ei masentuneisiin ( $p=0,007$ ) (Taulukko 6). Tutkittavilta, jotka eivät osallistuneet mihinkään kodin ulkopuoliseen toimintaan, kysyttiin avoimen kysymyksen avulla syytä osallistumattomuuteen. Masentuneet ilmoittivat suurimmiksi syiksi osallistumattomuuteen vaikeuden liikkua

(n=6) sekä laiskuuden (n=5). Ei masentuneilla suurimmat syyt olivat kiinnostuksen puute (n=6) ja laiskuus (n=4).

**Taulukko 6.** Säännölliset harrastukset ja kodin ulkopuoliseen toimintaan osallistuminen masentuneilla ja ei masentuneilla 75–79-vuotiailla jyvaskyläläisillä.

	<b>Masentunut (n=63)</b>		<b>Ei masentunut (n=229)</b>		<b>p-arvo (<math>\chi^2</math>)</b>
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>Säännöllinen harrastus</b>	45	71,4	189	82,5	0,050
<b>Osallistuu kodin ulkopuoliseen toimintaan</b>	44	69,8	194	84,7	0,007

Niiden joukossa, jotka osallistuivat kodin ulkopuoliseen toimintaan, ei osallistumisen yleisyydessä aktiivisimmassa, eli vähintään kerran viikossa osallistuvien ryhmässä, ollut suurta eroa masentuneiden ja ei masentuneiden joukossa (Taulukko 7). Tätä joukkoa lukuun ottamatta kodin ulkopuoliseen toimintaan osallistuvat masentuneet olivat aktiivisempia kuin ei masentuneet ( $p=0,021$ ).

**Taulukko 7.** Osallistumisyleisyys kodin ulkopuoliseen vapaa-ajan toimintaan masentuneiden ja ei masentuneiden 75–79 –vuotiaiden jyvaskyläläisten joukossa (ne jotka eivät osallistu lainkaan, eivät ole mukana tarkastelussa).

Osallistuminen kodin ulkopuoliseen toimintaan	<u>Masentuneet</u>		<u>Ei masentuneet</u>		p-arvo ( $\chi^2$ )
	n	%	n	%	
Vähintään kerran viikossa	15	34,1	82	39,2	
2-3 kertaa kuukaudessa	15	34,1	40	19,1	
Noin kerran kuukaudessa	9	20,5	27	12,9	
Muutamia kertoja vuodessa tai harvemmin	5	11,4	60	28,7	
Yhteensä	44	100	209	100	0,021

### 7.5 Masennus, koettu terveys ja terveyteen liittyvä elämänlaatu

WHOQOL-BREF -mittarissa selvitettiin haastateltavia tyytyväisyyttä omaan terveyteensä. Kysymykseen terveyteen tyytyväisyydestä jätti vastaamatta 12,7 % masentuneista (n=8) ja 17,9 % ei masentuneista (n=18). Masentuneet olivat terveyteensä tyytymättömämpiä kuin ei masentuneet ( $p < 0,001$ ) (Taulukko 8).

**Taulukko 8.** Terveyteen tyytyväisyys masentuneilla ja ei masentuneilla 75–79-vuotiailla jyvaskyläläisillä WHOQOL-BREF -mittarin mukaan.

Terveyteen tyytyväisyys	Masentunut		Ei masentunut		p-arvo ( $\chi^2$ )
	n	%	n	%	
Erittäin tai melko tyytymätön	21	38,2	19	9,0	
Ei tyytyväinen eikä tyytymätön	15	27,3	59	28,0	
Melko tai erittäin tyytyväinen	19	34,5	133	63,0	
Yhteensä	55	100	211	100	<0.001

WHOQOL-BREF -mittarissa fyysisen terveyden osa-alue sisältää kysymykset päivittäisistä toiminnoista selviytymisestä (activities of daily living), riippuvuudesta lääkkeistä ja avusta (dependence on medicinal substances and medical aids), jaksamisesta (energy and fatigue), liikuntakyvystä (mobility), kivusta (pain and discomfort), unen laadusta (sleep and rest) ja työkyvystä (work capacity). Fyysisen terveyden osiossa vastausta ei saatu 12,7 %:lta masentuneista (n=8) ja 8,3 %:lta ei masentuneista (n=19).

Masentuneiden joukossa WHOQOL-BREF -mittarin koetun fyysisen terveyden keskiarvo oli 12,1, kun se ei masentuneiden joukossa oli 14,5 (Studentin t-testi  $p < 0,001$ ). Masentuneet olivat tyytymättömpiä fyysiseen terveyteensä ja saivat keskimäärin huonompia pisteitä jokaiselta fyysisen terveyden osa-alueelta (Liite 5).

## 8. POHDINTA

### 8.1 Tutkimuksen luotettavuus

Luotettavuustarkastelut ovat oleellinen osa tutkimusta ja tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavien tekijöiden tunnistaminen olisi tärkeää jo ennen varsinaisen tutkimuksen suorittamista. Tutkimuksen luotettavuus on myös suoraan verrannollinen mittarin luotettavuuteen (Metsämuuronen 2005, 64–66). Tutkimuksen luotettavuutta lisääkin se, että tutkimuksessa on käytetty kansainvälisesti kehiteltyjä mittareita, joiden validiteetti ja reliabiliteetti on aiemmissa tutkimuksissa testattu (Metsämuuronen 2005, 58, Hirsjärvi ym. 2009, 231). Useimmat tämän tutkimuksen mittarit, kuten WHOQOL-BREF, GDS-15 ja Social Provisions scale, ovat kansainvälisesti käytettyjä ja niiden sisäinen validiteetti ja reliabiliteetti on useissa tutkimuksissa todistettu (mm. Cutrona & Russell 1986, Lach ym. 2010, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2010). Tutkimuksen validiteettia voi heikentää se, että tutkittavat ovat saattaneet käsittää monet kysymykset aivan eri tavalla kuin tutkija on ajatellut (Hirsjärvi ym. 2009, 231–232). Tässä tutkimuksessa muun muassa tutkittavien ikä ja joidenkin kysymysten käsitteet ovat voineet vaikuttaa tutkimuskysymysten väärin ymmärtämiseen.

Tutkimuksen sisäinen validiteetti tarkoittaa muun muassa sitä, mittaako mittari sitä mitä on tarkoitus ja onko mittari oikein muodostettu (Metsämuuronen 2005, 57). Tämä tutkimus oli osa laajempaa tutkimusta, jonka päätavoite on kehittää ja testata toimintamalli mielenterveyden edistämiseen sekä arvioida mallin vaikuttavuutta iäkkäillä henkilöillä joilla on havaittu masennuksen oireita ja yksinäisyyttä (GeroCenter 2008). Alkuperäisen tutkimuksen tavoitteena ei siis ole ollut tutkia masennukseen yhteydessä olevia sosiaalisia suhteita ja niiden kokemista, joka oli yksi tämän tutkimuksen pääkysymyksistä. Kysymykset eivät ole täysin suunnattu tähän näkökulmaan, eikä sosiaalisia suhteita siten pystytä tämän tutkimuksen avulla selvittämään täysin kattavasti. Tutkimuskysymysten avulla saa kuitenkin hyvän kuvan sosiaalisten suhteiden ja sosiaalisten harrastusten yleisyydestä. Sosiaalisten suhteiden kokemista ja sitä kautta sosiaalisten suhteiden laatua selvittävät



tutkimuskysymyksistä The Social Provisions Scale -mittari, sekä WHOQOL-BREF -elämänlaatumittarin sosiaalisten suhteiden osio.

Tämän tutkimuksen kokonaisotos oli 292 ikääntynyttä, joista 63 oli masentuneita. Aineiston koko on oleellisessa osassa luotettavien johtopäätösten tekemisen kannalta (Holopainen & Pulkkinen 2004, 17). Tämän tutkimuksen aineistolla ja masentuneiden määrällä ei voida tehdä täysin kattavia päätelmiä masentuneiden ja ei masentuneiden eroista, mutta tulokset ovat hyvin suuntaa antavia ja ne ovat yhteneväisiä aikaisempien tutkimustulosten kanssa. Tutkimuksen vähäisen miesten määrän vuoksi miehiä ja naisia ei myöskään ole tarkasteltu erikseen, mikä luo rajoitteita tulosten tulkintaan. Aikaisemmissa tutkimuksissa miesten ja naisten masennuksen esiintyvyys ja masennukseen liittyvät tekijät ovat kuitenkin hieman eronneet toisistaan (mm. Samuelsson ym. 2005, Segulin & Deponte 2007, Laitalainen ym. 2008).

Tässä tutkimuksessa tutkimusjoukko ei ole satunnaisotos, vaan tutkimukseen osallistuneille on ensin suoritettu puhelinhaastattelu, jossa on kartoitettu muun muassa osallistujien yksinäisyyttä, mielialaa ja sosiaalista tukea. Tämä voi olla yksi syy siihen, että masennuksen esiintyvyys tutkimusjoukossa on suurempi kuin ikääntyneessä väestössä keskimäärin aikaisempien tutkimusten perusteella (mm. Kivelä 2003). Vertailuryhmän ei masentuneet eivät täysin vastaa väestöstä otettua satunnaisotosta, koska myös he ovat puhelinhaastattelun perusteella kokeneet, tutkimusjoukon masentuneiden tapaan, ainakin hieman yksinäisyyttä ja/tai alakuloisuutta. Tämän vuoksi useat tässä tutkimuksessa esiin tulleet erot masentuneiden ja ei masentuneiden välillä saattaisivat olla satunnaisotoksella tehdyn tutkimuksen kontrolliryhmään verrattaessa erisuuruiset. Erot masentuneiden ja ei masentuneiden välillä olivat tässä tutkimuksessa otantamenetelmästä huolimatta selkeät.

Ulkoinen validiteetti mittaa sitä onko tutkimus yleistettävissä muihin ryhmiin (Metsämuuronen 2005, 57). Tässä tutkimuksessa tutkittiin kaupungissa asuvien ikääntyneiden masennusta ja tulokset voisivat olla yleistettävissä myös muissa Suomen kaupungeissa asuviin yli 75-vuotiaisiin henkilöihin, jotka kokevat

yksinäisyyttä tai alakuloa. Yleistettävyyttä tukee tulosten samansuuntaisuus aikaisempien, myös kansainvälisten, tutkimusten kanssa.

Tutkimuksen toteuttamisessa on käytetty pääosin haastattelijoita. Haastattelijoiden avulla saatiin vastaukset kaikkiin varsinaisen kyselylomakkeen kysymyksiin, joten tutkimustulosten luotettavuuteen vaikuttava kato on saatu minimoitua (Holopainen & Pulkkinen 2004, 17). The Social Provisions scale- ja WHOQOL-BREF -kaavakkeet tutkimukseen osallistuneet henkilöt ovat täyttäneet itse ja näissä oli enemmän puuttuvia tietoja. Vastausten tulkinnassa on otettava huomioon haastattelijan vaikutus siihen miten luotettavasti ja rehellisesti haastateltavat kysymyksiin vastasivat. Haastattelijoita oli kaikkiaan seitsemän, joka voi vaikuttaa tutkimustulosten vertailtavuuteen ja luotettavuuteen. Eri haastattelijoille on voitu vastata kysymyksiin hieman eri tavalla.

Tutkimus on osa suuremmasta tutkimusaineistosta, ja tutkijan kannalta luotettavuuteen vaikuttava tekijä on se, onko laajasta aineistosta osattu valita tutkimuskysymysten kannalta juuri oleelliset muuttujat. Pohdinnan arvoista on myös se, mitä informaatiota on mahdollisesti menetetty, jos tutkija on jättänyt oleellisia muuttujia tarkastelun ulkopuolelle. Osa mittareista, esimerkiksi WHOQOL-BREF –mittaria, on käytetty vain osin, joka on voinut vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin ja tulosten luotettavuuteen. Käyttämällä vain tutkijaa tutkimuskysymysten kannalta kiinnostavia osioita, on voitu menettää arvokasta tietoa.

HyväMieli –tutkimuksen alkuperäisen aineiston vastausvaihtoehtoja on tässä tutkimuksessa yhdistetty, jotta on saatu aineiston käsittelyn mahdollistavia suurempia osajoukkoja. Tässä on saatettu menettää arvokasta tarkempaa informaatiota. Esimerkiksi kysymyksessä, jossa tarkasteltiin kodin ulkopuoliseen toimintaan osallistumista, tutkijan määrittelemä osallistumisen ja osallistumattomuuden raja oli merkittävä tekijä tutkimustulosten kannalta. Määriteltäessä jako tutkijan määrittämään kohtaan, saatiin masentuneiden ja ei masentuneiden välinen tilastollisesti merkitsevä ero esille. Jos jako olisi tehty toisin, olisi ero hävinnyt, koska toimintaan osallistuvat masentuneet olivat ei masentuneita aktiivisempia (ks. taulukko 6 ja 7).

## 8.2 Tutkimustulokset suhteessa aikaisempiin tutkimuksiin

Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää ovatko sosiaaliset suhteet ja niiden kokeminen yhteydessä masennukseen jyvaskyläläisillä 75–79-vuotiailla kotona asuvilla henkilöillä, jotka olivat ilmoittaneet kokevansa yksinäisyyttä ja/tai alakuloisuutta vähintään silloin tällöin. Tutkimuksessa tarkasteltiin myös masennuksen yleisyyttä, sekä sosiodemografisten tekijöiden, sosiaalisia kontakteja sisältävän harrastamisen ja itse arvioidun terveyden yhteyttä masennukseen.

### 8.2.1 Masennuksen yleisyys

Tutkimustulosten mukaan ikääntyneiden naisten joukossa masennus oli yleisempää kuin ikääntyneiden miesten, kuten myös aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu (mm. Hybels ym. 2001, Segulin & Deponte 2007, Laitalainen ym. 2008). Naisista yli yksi neljästä ja miehistä lähes neljännes kärsi tutkimuksen mukaan masennuksesta. Miesten vähäinen määrä tutkimusjoukossa estää kuitenkin tekemästä pitkälle vietyjä johtopäätöksiä ikääntyneiden miesten ja naisten masennuksen yleisyyden eroista.

Tässä tutkimusjoukossa masennus oli hieman yleisempää kuin aiemmissa kotimaisissa tutkimuksissa on todettu (mm. Kivelä 2003). Tämä johtuu todennäköisesti tutkimuksen otantamenetelmästä, jossa tutkimukseen on otettu mukaan henkilöt, jotka puhelinhaastattelun mukaan kokivat edes joskus yksinäisyyttä ja/tai alakuloisuutta. Aikaisemmissa tutkimuksissa on myös käytetty tästä tutkimuksesta poikkeavia masennuksen arviointimenetelmiä ja pisterajoja. Tämä on myös voinut aiheuttaa eroa masennuksen esiintyvyyteen tutkimusten välillä.

### 8.2.2 Sosiodemografiset tekijät

Yksin asumisella ja masennuksella oli tutkimuksen mukaan yhteys, kuten myös aiemmissa tutkimuksissa on tullut esille (Wilson ym. 2007, Weyerer ym. 2008). Naimisissa tai avoliitossa eli harvempi masentuneista kuin ei masentuneista ja masentuneista useampi oli eronnut. Aikaisempien tutkimusten mukaan naimattomuus (Hybels ym. 2001, Taqui ym. 2007), leskeys (Samuelsson ym. 2005, Taqui ym. 2007, Vink 2009) ja eroaminen puolisoista ovat yhteydessä masennukseen

(Taqi ym. 2007, Weyerer ym. 2008). Tässä tutkimuksessa naimattomien ja leskien välillä ei ollut suuria eroja masentuneiden ja ei masentuneiden välillä.

Tämän tutkimuksen tulokset taloudellisen tilanteen ja masennuksen osalta ovat yhdenmukaiset aikaisempien tutkimusten kanssa. Aikaisemmissa tutkimuksissa alhaisella varallisuudella on havaittu olevan yhteys ikääntyneiden masennukseen (Heikkinen & Kauppinen 2004, Samuelsson ym. 2005, Wilson ym. 2007). Tässä tutkimuksessa masentuneet kokivat taloudellisen tilanteensa huonommaksi kuin ei masentuneet.

Koulutustaustan ja masennuksen yhteydestä on saatu aikaisemmissa tutkimuksissa ristiriitaisia tuloksia (mm. Rozzini ym. 1997, Hybels ym. 2001, Yang 2007, Vink ym. 2009). Tämän tutkimuksen mukaan ei masentuneiden joukossa oli enemmän korkeammin koulutettuja, mutta koulutusvuosilla ei kuitenkaan ollut yhteyttä masennukseen.

### 8.2.3 Sosiaaliset suhteet ja yhteisyyden tunne

On tutkittu, että asuminen kaukana perheestä on yhteydessä masennukseen (Wilson ym. 2007). Tässä tutkimuksessa lasten asuinpaikalla ei kuitenkaan ollut yhteyttä 75–79-vuotiaiden henkilöiden masennukseen. Tutkimustulosten mukaan myöskään lapsettomuus ei ollut yhteydessä masennukseen. Bures ym. (2009) saivat tutkimuksessaan samansuuntaisia tuloksia. Heidän tutkimustulostensa mukaan lapsettomuus yleisesti ei ollut yhteydessä masennukseen. He tekivät kuitenkin vertailunsa kahdella eri aineistolla, ja saivat näistä aineistoista ristiriitaisia tuloksia jaettuaan lapsettomuuden biologiseen ja sosiaaliseen lapsettomuuteen (ei biologisia lapsia, poika- tai tytärpuolia tai adoptoituja lapsia). Toisen aineiston mukaan sosiaalinen lapsettomuus oli yhteydessä masennukseen mutta biologinen ei (Bures ym. 2009). Tässä tutkimuksessa lapsettomuutta ei kuitenkaan tarkasteltu biologisesta ja sosiaalisesta näkökulmasta.

Lasten määrällä ja lasten, sukulaisten tai ystävien tapaamisyleisyydellä ei tutkimuksessa ollut yhteyttä masennukseen. Voils ym. (2007) ovat tutkineet ikääntyneiden masentuneiden sosiaalisia verkostoja ja niiden laatua. Tutkimuksen

mukaan masentuneemmilla oli laajempi sosiaalinen verkosto ja hieman suurempi konkreettisen tuen määrä, heillä oli kuitenkin sosiaalinen kanssakäyminen ja subjektiivinen tuki vähäisempää (Voils ym. 2007). Tiikkainen (2006) on myös todennut, että ikääntyneiden vuorovaikutussuhteissa määrää tärkeämpi tekijä on ikääntyneen henkilön oma kokemus vuorovaikutussuhteiden laadusta (Tiikkainen 2006). Tässä tutkimuksessa masentuneet kokivat elämänlaatunsa sosiaalisten suhteiden osalta huonommaksi kuin ei masentuneet. Masentuneilla oli myös vähemmän ystäviä, ja heidän joukossaan oli enemmän niitä, joilla ystäviä ei ollut lainkaan. Aikaisempien tutkimusten mukaan sosiaalinen tuki, jota myös ystäviltä usein saadaan, on yhteydessä vähäisempään masennuksen esiintyvyyteen (Hybels ym. 2001, Greenglass 2006, Mechakra-Tahir ym. 2009).

Tiikkaisen ja Heikkisen (2005) tutkimuksen mukaan niillä ikääntyneillä, jotka kokevat enemmän yhteisyyden tunnetta, on vähemmän depressiivisiä oireita (Tiikkainen & Heikkinen 2005). Tämän tutkimuksen tulokset olivat yhteneväisiä Tiikkaisen ja Heikkisen tutkimuksen kanssa. Tutkimustulosten mukaan ne henkilöt, jotka saivat enemmän masennuspisteitä GDS-15-masennusasteikolla, kokivat vähemmän yhteisyyden tunnetta sekä sosiaalista ja emotionaalista yhteenkuuluvuutta toisten kanssa.

#### 8.2.4 Sosiaaliset harrastukset ja koettu terveys

Harrastukset ja sosiaaliset aktiviteetit ovat aikaisempien tutkimusten mukaan yhteydessä vähäisempään masennukseen (Glass ym. 2006, Fiske ym. 2009). Tässä tutkimuksessa kodin ulkopuoliseen toimintaan osallistumattomia oli masentuneiden joukossa enemmän kuin ei masentuneiden, ei masentuneilla oli myös enemmän harrastuksia. Masentuneet, jotka osallistuivat kodin ulkopuoliseen toimintaan, olivat kuitenkin aktiivisempia kuin ei masentuneet. Ohjatun ryhmäliikunnan harrastamisella ei ollut yhteyttä masennuksen esiintyvyyteen.

Masentuneet kokivat terveytensä huonommaksi kuin ei masentuneet. Aikaisemmissa tutkimuksissa masennuksella ja terveyden huonoksi kokemisella on myös havaittu olevan yhteys (Hybels ym. 2001, Lampinen 2004, Heikkinen & Kauppinen 2004, Chang-Quan ym. 2010). Masennuksen on todettu myös alentavan ikääntyneiden

terveyteen liittyvää elämänlaatua (Moussavi ym. 2007, Gallegos-Carrillo ym. 2009), jota myös tämän tutkimuksen WHOQOL-BREF- mittarilla mitatut tulokset osoittivat.

Tutkimustuloksia tulkittaessa on otettava huomioon aiemmissakin tutkimustuloksissa havaittu masennuksen ja siihen yhteydessä olevien tekijöiden kaksisuuntaisuus (mm. Mitchell & Subramaniam 2005, Moussavi ym. 2007, Weyerer ym. 2008). Useat masennukseen yhteydessä olevat tekijät voivat olla sekä masennuksen syitä että seurauksia. Tässä tutkimuksessa huonoksi koetut sosiaaliset suhteet, yhteisyyden tunne ja terveys, sekä vähäinen sosiaalisia suhteita sisältävä harrastaminen ja ystävien lukumäärä voivat olla tekijöitä, jotka altistavat masennukselle, mutta ne voivat myös olla masennuksen seurausta. Vaikutussuunnasta riippumatta, näiden masennukseen yhteydessä olevien tekijöiden huomioiminen on tärkeää masennuksen tunnistamisen, hoidon ja interventioiden kehittämisen kannalta.

### **8.3 Johtopäätökset ja suositukset**

Ikääntyneiden masennuksen tutkiminen ja masennukseen yhteydessä olevien tekijöiden tunteminen on tärkeää, koska masennus on ikääntyneiden joukossa yleistä. Tiedostamalla masennukseen liittyvät tekijät voidaan masennuksesta kärsivät ikääntyneet tunnistaa paremmin ja masennuksen ehkäisyyn ja hoitoon suunniteltavat interventiot osataan suunnitella ja kohdentaa oikein. Masennukseen liittyvien tekijöiden tunteminen olisi tärkeää sekä ikääntyneiden kanssa työskenteleville että heidän omaisilleen, jotta masennusriskissä olevat henkilöt tunnistettaisiin ja ohjattaisiin avun piiriin nykyistä useammin. Joskus omainen voi olla ainoa, jolla on mahdollisuus havaita yksin kotona asuvan ikääntyneen masennus.

Tutkimuksen perusteella päädyttiin seuraaviin johtopäätöksiin:

- Noin joka viides 75–79-vuotiaista kotona asuvista ikääntyneistä, jotka olivat ilmoittaneet kokevansa yksinäisyyttä ja/tai alakuloa vähintään silloin tällöin oli masentunut.
- Yksin asumisella, siviilisäädyllä, taloudellisella tilanteella ja koulutuksella oli yhteys masennukseen tutkimusjoukossa.

- Ystävien määrä oli yhteydessä masennukseen, mutta ystävien, lasten tai sukulaisten tapaamisyleisyys ei ollut yhteydessä masennukseen.
- Masentuneet kokivat sosiaaliset suhteensa ja yhteisyyden tunteensa huonommaksi kuin ei masentuneet.
- Sosiaalisia kontakteja sisältävä harrastustoiminta oli yhteydessä masennukseen.
- Masentuneet kokivat terveytensä huonommaksi kuin ei masentuneet.

Johtopäätösten perusteella voidaan todeta, että ikääntyneiden masennukseen on sen yleisyys huomioon ottaen kiinnitettävä jatkossa entistä enemmän huomiota. Yksinäisyyttä ja alakuloa tuntevat ikääntyneet tulisi masennuksen seulonnassa ottaa erityisesti huomioon, koska heidän joukossaan masennus on tämän tutkimuksen mukaan hieman yleisempää kuin ikääntyneiden joukossa keskimäärin.

Masennukseen yhteydessä olevat sosiodemografiset tekijät on hyvä tunnistaa kartoitettaessa masennuksen riskiryhmää. Yksin asuvat, eronneet, huonoksi taloudellisen tilanteensa kokevat ja vähemmän kouluttautuneet olivat tämän tutkimuksen mukaan useammin masentuneita. Useisiin masennuksen sosiodemografisiin riskitekijöihin ei voida enää ikääntyneiden kohdalla vaikuttaa, mutta taloudellisen eriarvoisuuden vähenemisellä voisi olla positiivisia vaikutuksia masennuksen esiintyvyyteen.

Sosiodemografisten tekijöiden ohella masentuneiden huonommaksi kokema terveys tulisi ottaa huomioon masennuksen diagnosoinnissa, hoidossa ja ennaltaehkäisyssä. Masentuneet, jotka kokevat terveytensä huonommaksi voi olla helpompi saada avun piiriin, koska he todennäköisesti hakeutuvat helpommin hoitoon muiden oireiden ja vaivojen vuoksi. Huonoksi koettu terveys voi olla kuitenkin myös este sosiaaliseen toimintaan osallistumiselle, ja sitä kautta lisätä masennusta ja eristää ikääntyneen sosiaalisista kontakteista.

Ikääntyneiden masennuksen hoidossa ja ennaltaehkäisyssä sosiaalisten suhteiden laatu tulisi ottaa huomioon toimintaa ja interventioita suunniteltaessa. Tämänkin tutkimuksen mukaan sosiaalisten suhteiden koettu laatu korostui sosiaalisten kontaktien määrään verrattuna. Ystävien merkitys oli ikääntyneiden masennuksen

kannalta suuri, joten myös toimintakyky- ja liikkumisrajoitteisille ikääntyneille ystävyys-suhteiden mahdollistaminen olisi tärkeää.

Sosiaalisia suhteita sisältävän harrastamisen merkitys masennuksen ehkäisyssä tulisi ottaa huomioon järjestämällä ikääntyneille mielekästä sosiaalisia kontakteja sisältävää toimintaa. Tutkimustulosten mukaan myös masentuneet osallistuvat aktiivisesti kodin ulkopuoliseen toimintaan, joten masentuneille ja masennusriskissä oleville kodin ulkopuolisen toiminnan suunnittelu voisi saada mukaan aktiivisia osallistujia. Yksinäisyyden vähentämiseen ja ikääntyneiden sosiaaliseen osallistamiseen tulisi tulevaisuudessa keskittyä masennuksen ehkäisyssä. Sosiaalisesta osallistamisesta ja ikääntyneiden harrastamisesta tulisi kehittää pysyvä toimintatapa, jolla turvattaisiin sosiaalisten kontaktien jatkuvuus.

#### **8.4 Jatkotutkimusaiheet**

Tässä tutkimuksessa tutkimusjoukko koostui henkilöistä, jotka kokivat yksinäisyyttä ja/tai alakuloa. Jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista tutkia satunnaisotoksella valittua joukkoa, jossa esille voisi tulla tekijöitä, joilla tässä tutkimuksessa ei masennukseen ollut yhteyttä. Masennukseen yhteydessä olevien tekijöiden tutkiminen suuremmalla otannalla mahdollistaisi masennukseen liittyvien tekijöiden tarkemman analysoinnin. Mielenkiintoista olisi myös verrata kaupungissa ja taajama- sekä haja-asutusalueella asuvien ikääntyneiden masennukseen liittyvien tekijöiden eroja.

Tässä tutkimuksessa keskityttiin ystävien, lasten ja sukulaisten tapaamisen osalta enemmän määrällisiin mittoihin, mutta myös ystävyys- ja sukulaisuussuhteiden laadun tarkempaa yhteyttä masennukseen olisi jatkossa mielenkiintoista selvittää. Jatkotutkimusta tarvittaisiin myös erilaisten sosiaalista osallistumista lisäävien interventioiden vaikutuksesta masennuksen esiintyvyyteen ja pitkittäistutkimuksia näiden interventioiden vaikuttavuudesta. Keskeinen kysymys ja jatkotutkimusaihe tulevaisuudessa on myös, kuinka ikääntyneet masennuksesta kärsivät henkilöt saataisiin paremmin hoidon piiriin ja masennuksen esiintyvyys vähenemään.



## LÄHTEET

Blazer DG. Depression in Late Life: Review and Commentary. *J Gerontol* 2003;58A:249–65.

Bures RM, Koropecj-Cox T, Loree M. Childlessness, Parenthood, and Depressive Symptoms Among Middle-Aged and Older Adults. *J Fam Issues* 2009;30:670–87.

Cepoiu M, McCusker J, Cole MG, Sewitch M, Ciampi A. Recognition of Depression in Older Medical Inpatients. *JGIM* 2007;22:559-64.

Chang-Quan H, Xue-Mei Z, Bi-Rong D, Zhen-Chan L, Ji-Rong Y, Qing-Xiu L. Systematic Reviews. Health status and risk for depression among the elderly: a meta-analysis of published literature. *Age and Ageing* 2010;39:23–30.

Christ SL, Lee DJ, Fleming LE, LeBlanc WG, Arheart KL, Chung-Bridges K, Caban AJ, McCollister KE. Employment and Occupation Effects on Depressive Symptoms in Older Americans: Does Working Past Age 65 Protect Against Depression? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2007;62:S399–403.

Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: A systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003;160:1147-56.

Crabb R, Hunsley J. Utilization of Mental Health Care Services Among Older Adults With Depression. *J Clin Psychol* 2006;62:299–312.

de Craen AJM, Heeren TJ, Gussekloo J. Accuracy of the 15-item Geriatric Depression Scale (GDS-15) in a community sample of the oldest old. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;18:63–6.

Cutrona C, Russell D. Social Support and Adaptation to Stress by the Elderly. *Psychol Aging* 1986;1:47–54.

Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand* 2006;113:372–87.

Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in Older Adults. *Annu Rev Clin Psychol* 2009;5:363–89.

Friedman B, Heisel MJ, Delavan RL. Psychometric Properties of the 15-Item Geriatric Depression Scale in Functionally Impaired, Cognitively Intact, Community-Dwelling Elderly Primary Care Patients. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:1570–6.

Forsman AK, Schierenbeck I, Wahlbeck K. Psychosocial Interventions for the Prevention of Depression in Older Adults: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Aging Health* 2010 [WWW-dokumentti]. Julkaistu 8.10.2010 [viitattu 21.10.2010]. <http://jah.sagepub.com/content/early/2010/10/07/0898264310378041>.

Fukukawa Y, Nakashima C, Tsuboi S, Niino N, Ando F, Kosugi S, Shimokata H. The Impact of Health Problems on Depression and Activities in Middle-Aged and Older Adults: Age and Social Interactions as Moderators. *J Gerontol* 2004;59B:P19–26.

Gallegos-Carrillo K, García-Peña C, Mudgal J, Romero X, Durán-Arenas L, Salmerón J. Role of depressive symptoms and comorbid chronic disease on health-related quality of life among community-dwelling older adults. *J Psychosom Res* 2009;66:127–35.

Gallo WT, Bradley EH, Dubin JA, Jones RN, Falba TA, Teng H-M, Stanislav VK. The Persistence of Depressive Symptoms in Older Workers Who Experience Involuntary Job Loss: Results From the Health and Retirement Survey. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2006;61:S221–8.

GeroCenter. HyväMieli – läkkäiden henkilöiden mielenterveyden edistäminen. 2008. [WWW-dokumentti] Päivitetty 17.8.2010 [Viitattu 18.9.2010]. [http://gerocenter.fi/hanke\\_hyvamieli.html](http://gerocenter.fi/hanke_hyvamieli.html)

Glass TA, Mendes De Leon CF, Bassuk SS, Berkman LF. Social Engagement and Depressive Symptoms in Late Life : Longitudinal Findings. *J Aging Health* 2006;18:604–28.

Greenglass E, Fiksenbaum L, Eaton J. The relationship between coping, social support, functional disability and depression in the elderly. *Anxiety Stress Coping* 2006;19:15–31.

Han B. Depressive Symptoms and Self-Rated Health in Community-Dwelling Older Adults: A Longitudinal Study. *JAGS* 2002;50:1549–56.

Heikkinen E. Sosiaalis-taloudellisten tekijöiden ja elintapojen yhteys vanhenemiseen. Teoksessa Heikkinen E, Rantanen T (toim.) *Gerontologia*. Helsinki: Duodecim, 2008:331-44.

Heikkinen R-L, Kauppinen M. Depressive symptoms in late life: a 10-year follow-up. *Arch Gerontol Geriatr* 2004;38:239–50.

Hirsjärvi S, Remes P, Sajavaara P. Tutki ja kirjoita. 5., uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 2009.

Holopainen M, Pulkkinen P. Tilastolliset menetelmät. Helsinki: WSOY, 2004.

Hybels CF, Blazer DG, Pieper CF. Towards a threshold for subthreshold depression: An analysis of depression by severity of symptoms using data from an elderly community sample. *Gerontologist* 2001;41:357–65.

Jang Y, Bergman E, Schonfeld L, Molinari V. The Mediating Role of Health Perceptions in the Relation Between Physical and Mental Health. A Study of Older Residents in Assisted Living Facilities. *J Aging Health* 2007;19:439–52.

Kahn JH, Hessling RM, Russell DW. Social support, health, and well-being among the elderly: what is the role of negative affectivity? *Pers Individ Differ* 2003;35:5–17.

Kauppila T, Pesonen A, Tarkkila P, Rosenberg PH. Cognitive dysfunction may decrease activities in daily life more strongly than pain in community-dwelling elderly adults living with persistent pain. *Pain Pract* 2007;7:241-7.

Kivelä S-L. Vanhusten masennustilat. Teoksessa Tilvis R, Hervonen A, Jäntti R, Lehtonen A, Sulkava R (toim.) *Geriatrics*. Helsinki: Duodecim, 2003:111–20.

Lach HW, Chang Y-P, Edwards D. Can Older Adults with Dementia Accurately Report Depression Using Brief Forms? Reliability and Validity of the Geriatric Depression Scale. *J Gerontol Nurs* 2010;36:30–7.

Laitalainen E, Helakorpi S, Uutela A. Eläkeikäisen väestön terveystietäytyminen ja terveys keväällä 2007 ja niiden muutokset 1993-2007. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B14 / 2008.

Lampinen P. Fyysinen aktiivisuus, harrastustoiminta ja liikkumiskyky iäkkäiden ihmisten hyvinvoinnin ennustajina. 65-84-vuotiaiden jyvaskyläläisten 8-vuotisseuruututkimus. *Studies in Sport, Physical Education and Health* 99. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto, 2004.

Licht-Strunk E, van der Windt DAWM, van Marwijk HWJ, de Haan M, Beekman ATF. The prognosis of depression in older patients in general practice and the community. A systematic review. *Fam Pract* 2007;24:168–80.

Marc LG, Raue PJ, Bruce ML. Screening Performance of the Geriatric Depression Scale (GDS-15) in a Diverse Elderly Home Care Population. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008;16:914–21

Mechakra-Tahir S, Zunzunegui MV, Prévaille M, Dube M. Social relationships and depression among people 65 years and over living in rural and urban areas of Quebec. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009;24:1226–36.

Metsämuuronen J. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Helsinki: International Methelp Ky, 2005.

Mitchell AJ, Subramaniam H. Prognosis of Depression in Old Age Compared to Middle Age: A Systematic Review of Comparative Studies. *Am J Psychiatry* 2005;162:1588–601.

Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet* 2007;370:851–8.

Pahkala K. Iäkkäiden depressiot. Epidemiologinen tutkimus. Väitöskirja. Lääkintöhallituksen tutkimuksia 55. Oulun yliopiston kansanterveystieteen laitos. Helsinki 1990.

Penninx BWJH, Leveille S, Ferrucci L, Van Eijk J, Guralnik JM. Exploring the effect of depression on physical disability: Longitudinal evidence from the established populations for epidemiologic studies of the elderly. *Am J Public Health* 1999;89:1346–52.

Rinaldi P, Mecocci P, Benedetti C, Ercolani S, Bregnocchi M, Menculini G, Catani M, Senin U, Cherubini A. Validation of the Five-Item Geriatric Depression Scale in Elderly Subjects in Three Different Settings. *JAGS* 2003;51:694–8.

Rozzini R, Frisoni GB, Ferrucci R, Trabucchi M. Co-occurens of disadvantage conditions in elderly subjects with depressive symptoms. *J Affect Disord* 1997;46:247-54.

Samuelsson G, McCamish-Svensson C, Hagberg B, Sundström G, Dehlin O. Incidence and risk factors for depression and anxiety disorders: Results from a 34-year longitudinal Swedish cohort study. *Aging Ment Health* 2005;9:571–5.

Segulin N, Deponte A. The evaluation of depression in the elderly: A modification of the geriatric depression scale (GDS). *Arch Gerontol Geriatr* 2007;44:105–12.

Sobocki P, Ekman M, Ågren H, Krakau I, Runeson B, Mårtensson B, Jönsson B. Health-Related Quality of Life Measured with EQ-5D in Patients Treated for Depression in Primary Care. *Value Health* 2007;10:153–60.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveystietokanta 2010. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:1.

Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin ja Suomen psykiatriayhdistys ry:n asettama työryhmä. Käypä hoito. Depressio. [WWW-dokumentti]. Päivitetty 21.10.2010 [viitattu 23.10.2010]. <http://www.kaypahoito.fi/>

Taqi AM, Itrat A, Qidwai W, Qadri Z. Depression in the elderly: Does family system play a role? A cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 2007;7:57–69.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. TOIMIA. Toimintakyvyn ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Social Provision Scale, SPS. Tietoja pätevydestä. [WWW-dokumentti] Päivitetty 2.12.2010 [viitattu 1.4.2011]. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/liitetiedosto/141/>

Theuns P, Hofmans J, Mazaheri M, Van Acker F, Bernheim JL. Cross-national comparability of the WHOQOL-BREF: A measurement invariance approach. *Qual Life Res* 2010;19:219–24.

The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychol Med* 1998;28:551–8.

Tiikkainen P, Heikkinen R-L, Leskinen E. The Structure and Stability of Perceived Togetherness in Elderly People during a 5-Year Follow-Up. *J Appl Gerontol* 2004;23:279–94.

Tiikkainen P, Heikkinen R-L. Associations between loneliness, depressive symptoms and perceived togetherness in older people. *Aging Ment Health* 2005;9:526–34.

Tiikkainen P. Vanhuusiän yksinäisyys. Seuruututkimus emotionaalista ja sosiaalista yksinäisyyttä määrittävistä tekijöistä. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto, 2006.

Tiikkainen P, Leskinen E, Heikkinen R-L. Predictors of perceived togetherness in very old men and women: A 5-year follow-up study. *Arch Gerontol Geriatr* 2008;46:387–99.

Tiikkainen P, Heikkinen R-L. Sosiaalisen toimintakyvyn arviointi ja mittaaminen väestötutkimuksissa. [www-dokumentti] Päivitetty 26.1.2011 [viitattu 1.4.2011]. [http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/01/26/S008\\_suositus\\_sosiaalinen\\_vt\\_110126.pdf](http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/01/26/S008_suositus_sosiaalinen_vt_110126.pdf)

Vaarama M, Siljander E, Luoma M-L, Meriläinen S. Suomalaisten kokema elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen. Teoksessa Vaarama M, Moisio P, Karvonen S (toim.) Suomalaisten hyvinvointi. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010a: 126–49.

Vaarama M, Siljander E, Luoma M-L, Meriläinen S. 80 vuotta täyttäneiden koettu elämänlaatu. Teoksessa Vaarama M, Moisio P, Karvonen S (toim.) Suomalaisten hyvinvointi. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010b: 150–67.

Vink D, Aartsen MJ, Comijs HC, Heymans MW, Penninx BWJH, Stek ML, Deeg DJH, Beekman ATF. Onset of Anxiety and Depression in the Aging Population: Comparison of Risk Factors in a 9-Year Prospective Study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2009;17:642–52.

Voils CI, Allaire JC, Olsen MK, Steffens DC, Hoyle RH, Boshworth HB. Five-year trajectories of social networks and social support in older adults with major depression. *Int Psychogeriatr* 2007;19:1110–24.

Wancata J, Alexandrowicz R, Marquart B, Weiss M, Friedrich F. The criterion validity of the Geriatric Depression Scale: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 2006;114:398–410.

Weyerer S, Eifflaender-Gorfer S, Köhler L, Jessen F, Maier W, Fuchs A, Pentzek M, Kaduszkiewicz H, Bachmann C, Angermeyer MC, Lupp M, Wiese B, Mösch E, Bickel H. Prevalence and risk factors for depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older. *J Affect Disord* 2008;111:153–63.

Wilson K, Mottram P, Sixsmith A. Depressive symptoms in the very old living alone: prevalence, incidence and risk factors. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007;22:361–6.

World Health Organization. WHOQOL-BREF. Introduction, administration, scoring and generic version of assessment. Geneva:1996.

World Health Organization. Division of mental health and prevention of substance abuse. WHOQOL Measuring Quality of Life. Geneva:1997.

Yang Y. Is Old age Depressing? Growth Trajectories and Cohort Variations in Late-Life Depression. *J Health Soc Behav* 2007;48:16–32.

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leireer VO. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1983;17:37–49.



### Puhelinseulontalomake

5. Sukupuoli

1. mies
2. nainen

### Kotihaastattelulomake

4 Asunto on

1. kerrostalossa
2. rivitalossa
3. omakotitalossa
4. palvelutalossa
5. muu, mikä \_\_\_\_\_

5 Miten asutte? (voi olla useampi vaihtoehto)

1. Yksin
2. Puolison / avopuolison kanssa
3. Lasten / lastenlasten kanssa
4. Jonkun muun kanssa, kenen \_\_\_\_\_

6 Mikä on siviilisäätynne?

1. naimisissa
2. avoliitossa
3. naimaton
4. eronnut tai asumuserossa
5. leski

7 Mitä kouluja ja kursseja olette käynyt?

1. vähemmän kuin kansakoulu (< 4 vuotta)
  2. kansakoulu tai vastaava
  3. kansakoulu tai vastaava sekä vähintään yhden vuoden ammattikoulutus
  4. keskikoulu tai kansankorkeakoulu
  5. keskikoulu tai kansankorkeakoulu sekä vähintään yhden vuoden ammattikoulutus (myös lukio-opinnot)
  6. ylioppilastutkinto
  7. ylioppilastutkinto sekä vähintään yhden vuoden ammattikoulutus (myös korkeakouluopinnot)
  8. korkeakoulu- tai yliopistotutkinto
  9. muu koulutus, mikä?
- 

9 Mikä oli pääasiallinen (pitkäaikaisin) ammattinne työuranne aikana?  
(mahdollisimman tarkka kuvaus)

---

10 Mitä mieltä olette taloudellisesta tilanteestanne?

3. hyvä (rahat riittävät hyvin tarpeisiin tai jää ylikin)
2. kohtalainen (rahat riittävät, mutta joutuu vähän tinkimään kulutuksesta)
1. huono (joutuu tinkimään paljon kulutuksesta / rahat eivät riitä)
0. en osaa sanoa / vaikea arvioida

11 Onko Teillä lapsia? (0 = ei ole koskaan ollut lapsia)

Jos kyllä, monta? \_\_\_\_\_ lasta, joista \_\_\_\_\_ elossa

12 Jos lapsia, asuuko joku tai jotkut lapsistanne / lastenlapsista

1. lähellä naapurustossa
2. samalla paikkakunnalla
3. kukaan lapsista / lastenlapsista ei asu lähellä

13 Kuinka usein tapaatte tai olette puhelinyhteydessä lapsianne, lastenlapsianne ja/tai lastenlastenlapsianne?

1. päivittäin tai lähes päivittäin
2. noin kerran viikossa
3. 2-3 kertaa kuukaudessa
4. noin kerran kuukaudessa
5. noin kerran puolessa vuodessa
6. harvemmin
7. en koskaan
0. ei ole lapsia /lastenlapsia / lastenlastenlapsia

14 Kuinka usein tapaatte tai olette puhelinyhteydessä sisaruksiinne ja/tai sukulaisiinne?

1. päivittäin tai lähes päivittäin
2. noin kerran viikossa
3. 2-3 kertaa kuukaudessa
4. noin kerran kuukaudessa
5. noin kerran puolessa vuodessa
6. harvemmin
7. en koskaan
0. ei ole sisaruksia/sukulaisia/läheisiä ystäviä

15 Onko Teillä ystäviä?

0. Ei siirry kysymykseen 17
  1. Kyllä, monta? \_\_\_\_\_
- 

16 Kuinka usein tapaatte tai olette puhelinyhteydessä ystäviinne?

1. päivittäin tai lähes päivittäin
2. noin kerran viikossa
3. 2-3 kertaa kuukaudessa
4. noin kerran kuukaudessa
5. noin kerran puolessa vuodessa
6. harvemmin
7. en koskaan
0. ei ole ystäviä

**GDS-15 Pisteet:**

	<b>0</b>	<b>Liite 1/3 1</b>
1 Oletteko periaatteessa tyytyväinen elämäänne	kyllä	en
2 Oletteko luopunut monista riennoistanne ja harrastuksistanne?	en	kyllä
3 Tuntuuko elämänne tyhjältä	ei	kyllä
4 Pitkästyttkö usein	en	kyllä
5 Oletteko enimmäkseen hyvällä tuulella	kyllä	en
6 Pelkäätekö, että teille voi tapahtua jotain	en	kyllä
7 Tunnetteko enimmäkseen olevanne iloinen	kyllä	en
8 Tunnetteko itsenne usein avuttomaksi	en	kyllä
9 Oletteko mieluummin kotona kuin lähdette ulos ja teette uusia asioita?	en	kyllä
10 Onko teillä mielestänne enemmän muistihäiriöitä kuin ihmisillä yleensä?	ei	kyllä
11 Onko teidän tällä hetkellä hyvä elää?	kyllä	ei
12 Tunnetteko itsenne nykyisellään jokseenkin arvottomaksi?	en	kyllä
13 Tunnetteko olevanne täynnä tarmoa?	kyllä	en
14 Tuntuuko teistä, että tilanteenne on toivoton?	ei	kyllä
15 Tuntuuko, että useimmilla ihmisillä menee paremmin kuin teillä?	ei	kyllä

16 **GDS-yhteispistemäärä** (summa 1 pisteen vastauksista) \_\_\_\_\_

53 Kuinka usein harrastatte ohjattua **ryhmäliikuntaa** (yhteensä vähintään 30 min /pvä), esim. voimistelua, vesivoimistelua, palloilua, tanssia? (kysy onko eroa talvella ja kesällä)

4. <5 krt / vko
3. 3-4 krt / viikko
2. 1-2 krt / viikko
1. Vähemmän kuin kerran viikossa
0. En harrasta

54 Onko Teillä jokin säännöllinen harrastus (muu kuin liikuntaharrastus, esim. opiskelu, käsityöt, puutarhanhoito, kalastus, lukeminen, soittaminen, laulaminen, valokuvaus, maalaaminen, keräily, matkustelu)?

0. ei
1. kyllä

55 Kuinka usein osallistutte johonkin vapaa-ajan toimintaan kodin ulkopuolella, esim. päiväkeskukset, yhdistystoiminta, kerhot, seurakunnan tilaisuudet, teatterit, näyttelyt, museot, kirjasto? (kaikki yhteensä)

6. päivittäin tai lähes päivittäin
  5. vähintään kerran viikossa
  4. 2-3 kertaa kuukaudessa
  3. noin kerran kuukaudessa
  2. muutamia kertoja vuodessa
  1. harvemmin
  0. ei osallistu mihinkään
- Jos ette osallistu vapaa-ajan toimintaan, niin miksi ette?
-

**Ihmissuhteet ja sosiaalinen tuki**

<b>Täysin eri mieltä</b>	<b>Eri mieltä</b>	<b>Samaa mieltä</b>	<b>Täysin samaa mieltä</b>	
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	
1. Tunnen ihmisiä, joilta tiedän saavani apua silloin kun sitä todella tarvitsen.	1	2	3	4
2. Minulla ei ole lainkaan läheisiä ihmissuhteita.	1	2	3	4
3. Minulla ei ole ketään, keneltä voisin kysyä neuvoa ja opastusta vaikeina aikoina.	1	2	3	4
4. On ihmisiä, jotka kääntyvät puoleeni tarvitessaan apua.	1	2	3	4
5. Tunnen ihmisiä, jotka pitävät samoista vapaa-ajan harrastuksista kuin minä.	1	2	3	4
6. Ihmiset eivät pidä minua täysin pätevänä.	1	2	3	4
7. Tunnen olevani henkilökohtaisesti vastuussa jonkun toisen ihmisen hyvinvoinnista.	1	2	3	4
8. Tunnen kuuluvani ryhmään, jolla on samat mielipiteet ja uskomukset kuin minulla.	1	2	3	4
9. Mielestäni ihmiset eivät kunnioita taitojani ja kykyjäni	1	2	3	4
10. Jos jokin menisi pieleen, kukaan ei tulisi avukseni.	1	2	3	4
11. Minulla on läheisiä ihmissuhteita, jotka antavat minulle henkistä turvallisuuden tunnetta.	1	2	3	4
12. Voin keskustella elämäni liittyvistä tärkeistä päätöksistä jonkun toisen kanssa.	1	2	3	4
13. Minulla on ihmissuhteita, joissa pätevyyttäni ja taitojani arvostetaan.	1	2	3	4
14. En tunne ketään, joka olisi kiinnostunut samoista asioista kuin minä.	1	2	3	4
15. Minulla ei ole ketään, joka todella tarvitsisi apuani.	1	2	3	4
16. Tunnen luotettavan henkilön, jonka puoleen voisin kääntyä, jos minulla olisi ongelmia.	1	2	3	4
17. Minulla on erittäin lämmin ja läheinen suhde ainakin yhden ihmisen kanssa.	1	2	3	4
18. En tunne ketään, kenen puoleen kääntyä, jos tarvitsen apua.	1	2	3	4
19. En tunne ketään, jonka kanssa minun on helppo puhua ongelmistani.	1	2	3	4
20. On ihmisiä, jotka ihailevat kykyjäni ja taitojani	1	2	3	4
21. Minulla ei ole todella intiimiä suhdetta kenenkään kanssa.	1	2	3	4
22. En tunne ketään, joka pitää samoista asioista kuin minä.	1	2	3	4
23. Tunnen ihmisiä, joiden puoleen voin kääntyä hätätilanteessa.	1	2	3	4
24. En tunne ketään, joka enää tarvitsisi huolenpitoani.	1	2	3	4

## Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot.

<b>Asumismuoto</b>	<b>n (=292)</b>	<b>%</b>
Kerrostalo	251	86,0
Rivitalo	18	6,2
Omakotitalo	22	7,5
Palvelutalo	1	0,3
<b>Asumismuoto</b>		
<b>Asumismuoto</b>		
Yksin	187	64,0
Puolison kanssa	101	34,6
Lasten kanssa	4	1,4
<b>Siviilisääty</b>		
<b>Siviilisääty</b>		
Naimisissa	107	36,6
Avoliitossa	1	0,3
Naimaton	27	9,2
Eronnut tai asumuserossa	37	12,7
Leski	120	41,4
<b>Pitkäaikaisin ammatti</b>		
<b>Pitkäaikaisin ammatti</b>		
Kotirouva	5	1,7
Emäntä, maatalousyrittäjä	8	2,7
Ammattitaidoton työntekijä	103	35,3
Ammattityöntekijä	42	14,4
Alempi toimihenkilö	92	31,5
Ylempi toimihenkilö	29	9,9
Yrittäjä	13	4,5

## Liite 3

Lasten lukumäärä, lasten asuminen, sekä lapsiin, sisaruksiin sekä sukulaisiin yhteyden yleisyys masentuneilla ja ei masentuneilla 75–79-vuotiailla jyvaskyläläisillä ikääntyneillä.

	Masentunut		Ei masentunut		p-arvo ( $\chi^2$ )
	n	%	n	%	
<b>Lapsettomia</b>	13	20,6	35	15,3	0,310
<b>Elossa olevien lasten lukumäärä</b>					
Ei lapsia elossa	1	2,0	4	2,1	
1-2 lasta	30	60,0	104	53,6	
3-4 lasta	18	36,0	80	41,2	
6-9 lasta	1	2,0	6	3,1	
Yhteensä	50	100	194	100	–
<b>Lapset asuvat</b>					
Naapurustossa	3	6,1	26	13,7	
Samalla paikkakunnalla	25	51,0	106	55,8	
Ei asu lähellä	21	42,9	58	30,5	
Yhteensä	49	100	190	100	0,150
<b>Yhteydessä lapsiin *</b>					
Päivittäin tai lähes päivittäin	21	42,9	82	43,2	
Noin kerran viikossa	18	36,7	85	44,7	
1-3 kertaa kuukaudessa	6	12,2	20	10,5	
Noin kerran puolessa vuodessa tai harvemmin	4	8,2	3	1,6	
Yhteensä	49	100	190	100	0,092
<b>Yhteydessä sisaruksiin ja sukulaisiin *</b>					
Päivittäin tai lähes päivittäin	10	17,5	28	12,4	
Noin kerran viikossa	22	20,2	78	34,7	
1-3 kertaa kuukaudessa	13	22,8	90	40,0	
Noin kerran puolessa vuodessa, harvemmin tai ei koskaan	12	21,1	29	12,9	
Yhteensä	57	100	225	100	0,077

– =liian pieni frekvenssi merkitsevyyserojen laskemiseen luokitellulla aineistolla, Mann-Whitneyn U-testillä luokittelemattomalla aineistolla p=0,318.

\* Uudelleenluokiteltu neliluokkainen muuttuja alkuuperäisestä seitsemänluokkaisesta muuttujasta.

## Liite 4

Sosiaalisten suhteiden kokeminen masentuneilla ja ei masentuneilla 75–79-vuotiailla jyvaskyläläisillä WHOQOL-BREF -elämänlaatumittarin mukaan.

Tyytyväisyys	Masentunut						Ei masennusta						P-arvo ( $\chi^2$ )
	Erittäin tai melko tyytymätön		Ei tyytyväinen eikä tyytymätön		Melko tai erittäin tyytyväinen		Erittäin tai melko tyytymätön		Ei tyytyväinen eikä tyytymätön		Melko tai erittäin tyytyväinen		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Ihmissuhteisiin</b>	10	18,2	16	29,1	29	52,7	4	1,9	37	17,6	169	80,5	<0,001
<b>Sukupuolielämään</b>	17	45,9	18	48,6	2	5,4	29	18,6	89	57,1	38	24,4	0,001
<b>Ystäviltä saatuun tukeen</b>	7	13,5	18	34,6	27	51,9	9	4,3	48	23,0	152	72,7	0,005

Koettu fyysinen terveys masentuneilla ja ei masentuneilla 75–79-vuotiailla jyvaskyläläisillä.

	Masentunut						Ei masentunut						p-arvo ( $\chi^2$ )
	Erittäin paljon tai paljon		Kohtuullisesti		Vähän tai ei lainkaan		Erittäin paljon tai paljon		Kohtuullisesti		Vähän tai ei lainkaan		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Kipu estää tekemästä päivittäisen elämän kannalta tarpeellisia asioita	13	24,1	19	35,2	22	40,7	19	9,0	52	24,8	139	66,2	0,001
Tarvitsee lääkettä tai muuta hoitoa pystyäkseen toimimaan päivittäisessä elämässä	21	38,2	22	40,0	12	21,8	39	18,7	71	34,0	99	47,4	0,001
	Ei lainkaan tai vähän		Kohtuullisesti		Lähes tai täysin riittävästi		Ei lainkaan tai vähän		Kohtuullisesti		Lähes tai täysin riittävästi		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Riittävästi tarmoa arkipäivän elämää varten	17	30,9	25	45,5	13	23,6	14	6,7	68	32,4	128	61,0	<0,001
	Erittäin huono tai huono		Ei hyvä eikä huono		Hyvä tai erittäin hyvä		Erittäin huono tai huono		Ei hyvä eikä huono		Hyvä tai erittäin hyvä		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Liikuntakyky	14	25,9	31	57,4	9	16,7	33	16,0	79	38,3	94	45,6	0,001
	Erittäin tai melko tyytymätön		Ei tyytyväinen eikä tyytymätön		Melko tai erittäin tyytyväinen		Erittäin tai melko tyytymätön		Ei tyytyväinen eikä tyytymätön		Melko tai erittäin tyytyväinen		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tyytyväisyys unen laatuun	18	32,7	16	29,1	21	38,2	38	18,0	48	22,7	125	59,2	0,013
Tyytyväisyys selviytymiseen päivittäisistä toiminnoista	11	20,0	14	25,5	30	54,5	8	3,8	27	12,8	176	83,4	<0,001
Tyytyväisyys työkykyyn	20	38,5	19	36,5	13	25,0	26	12,4	47	22,4	137	65,2	<0,001