

ONKO 75- JA 80-VUOTIAIDEN YKSINÄISYYS MUUTTUNUT?

1910- ja 1930–1940-luvulla syntyneiden kohorttien vertailu

Nelli Nummisalo

Gerontologian ja kansanterveyden pro gradu -tutkielma

Liikuntatieteellinen tiedekunta

Jyväskylän yliopisto

Kevät 2022

TIIVISTELMÄ

Nummisalo, N. 2022. Onko 75- ja 80-vuotiaiden yksinäisyys muuttunut? 1910- ja 1930–1940-luvulla syntyneiden kohorttien vertailu. Liikuntatieteellinen tiedekunta, Jyväskylän yliopisto, gerontologian ja kansanterveyden pro gradu -tutkielma, 36 s.

Yksinäisyys on yleisintä yli 75-vuotiailla henkilöillä, ja yksinäisyyteen yhteydessä olevat tekijät voidaan jakaa sosiodemografisiin, sosiaalisiin sekä terveyteen liittyviin tekijöihin. Yksinäisyyden esiintyvyyden muutoksista löytyy kuitenkin rajallisesti kirjallisuutta 75-vuotiailla ja tätä vanhemmilla henkilöillä. Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena oli selvittää, onko yksinäisyyden esiintyvyydessä tapahtunut muutoksia 28 vuoden aikana, kun vertaillaan 1910- ja 1930–1940-luvuilla syntyneitä 75- ja 80-vuotiaita. Lisäksi tutkielmassa tarkasteltiin mahdollisten kohorttierojen taustalla olevia yksinäisyyteen yhteydessä olevia tekijöitä.

Tämä tutkielma perustui Ikivihreät- ja AGNES-aineistoihin. Tutkittavat olivat 75- ja 80-vuotiaita jyvaskyläläisiä kotona asuvia henkilöitä. Ikivihreät-aineiston tutkittavat olivat syntyneet vuosina 1910 ja 1914 ($n = 617$) ja AGNES-aineiston tutkittavat vuosina 1938–1939 ja 1942–1943 ($n = 794$). Aineistoja kerättiin kotihaastattelulla ja postikyselyllä. Yksinäisyyttä mitattiin kysymällä tutkittavilta seuraavaa: ”Kuinka usein tunnette itsenne yksinäiseksi?”. Selittäviä muuttujia olivat ikä, sukupuoli, kohortti, yksinasuminen, koulutustaso, siviilisääty, ystävien sekä tuttavien tapaaminen, koettu terveys ja masentuneisuuden tuntemukset. Kohorttieroja analysoitiin ristiintaulukoinnilla, khiin neliö -testillä ja sovitetuilla standardoiduilla jäännöksillä (ASR). Kohorttieroja selittäviä tekijöitä tarkasteltiin logistisella regressioanalyysillä.

Kohorttien välillä havaittiin tilastollisesti merkitseviä eroja yksinäisyydessä sekä 75-vuotiailla ($p = 0,003$) että 80-vuotiailla ($p < 0,001$). Aiemmassa 75-vuotiaiden kohortissa oli enemmän niitä, jotka kokivat yksinäisyyttä usein tai melkein aina (10,8 %, ASR = 3,3) kuin myöhemmässä kohortissa (4,6 %, ASR = -3,3). 80-vuotiaiden aiemmassa kohortissa oli puolestaan suurempi osuus hyvin harvoin tai ei lainkaan (72,7 %, ASR = 4,3) yksinäisyyttä kokevia kuin myöhemmässä kohortissa (55,1 %, ASR = -4,3) sekä pienempi osuus harvoin yksinäisyyttä kokevia (18,9 %, ASR = -4,8) kuin myöhemmässä kohortissa (37,1 %, ASR = 4,8). Muissa yksinäisyyden luokissa ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja. Vain 75-vuotiaat otettiin mukaan jatkotarkasteluun, sillä 80-vuotiaiden kohorttien välillä ei havaittu eroja ($p = 0,878$) yksinäisyyden ollessa kaksiluokkaisena muuttujana. Kohortti ei ollut tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä yksinäisyyteen 75-vuotiailla ($p > 0,05$) koulutustason, koetun terveyden sekä masentuneisuuden tuntemusten kontrolloimisen jälkeen. Muut muuttujat eivät muuttaneet kohortin ja yksinäisyyden yhteyttä tilastollisesti merkitsevästi.

Näyttää siltä, ettei yksinäisyys ole yleistynyt viimeisten vuosikymmenten aikana 75- ja 80-vuotiailla kotona asuvilla henkilöillä. 75-vuotiaiden aiempi kohortti oli myöhempää kohorttia yksinäisempi, mutta 80-vuotiailla kohorteilla ei havaittu yhtä selkeitä eroja yksinäisten välillä. Myöhemmän kohortin parempi koulutustaso, koettu terveys sekä lievemmät masentuneisuuden tuntemukset selittivät osittain kohorttieroja yksinäisyydessä 75-vuotiailla. Tulokset voivat muuttaa käsityksiä yksinäisyydestä ikääntyvillä henkilöillä. Aiheesta tarvitaan kuitenkin lisää tutkimusta yli 80-vuotiailla, toimintakyvyltään rajoittuneilla ja muualla kuin kotona asuvilla henkilöillä.

Asiasanat: yksinäisyys, ikääntyminen, syntymäkohortti, kohorttitutkimukset

ABSTRACT

Nummisalo, N. 2022. Has the loneliness of 75- and 80-year-olds changed? A comparison of cohorts born in the 1910s and the 1930s–1940s. Faculty of Sport and Health Sciences, University of Jyväskylä, Master's thesis in Gerontology and Public Health, 36 pp.

Loneliness is most common among people over the age of 75. The factors associated with loneliness can be divided into sociodemographic, social and health-related phenomena, but limited research has examined changes in the incidence of loneliness among people of those ages. The purpose of this master's thesis was to find out whether there have been changes in the prevalence of loneliness over 28 years by comparing 75- and 80-year-olds born in the 1910s with those born in the 1930s–1940s. In addition, the factors underlying possible cohort differences were investigated.

The data in this study were drawn from the Evergreen and AGNES studies. The participants were 75- and 80-year-old home-dwelling older adults living in Jyväskylä, Central Finland. The participants in the Evergreen study were born in 1910 and 1914 ($n = 617$) while the participants in the AGNES study were born in 1938–1939 and 1942–1943 ($n = 794$). The data were collected through home interviews and a postal survey. Loneliness was measured by asking, “How often do you feel lonely?”. The potential explanatory variables were age, gender, cohort, living alone, level of education, marital status, social contacts with close friends and acquaintances, perceived health and depressive symptoms. Cohort differences were analysed by cross-tabulations with chi-square tests and adjusted standardised residuals (ASR). The factors explaining potential cohort differences were examined by logistic regression analysis.

Statistically significant differences in loneliness were observed between the cohorts among both the 75-year-olds ($p = 0.003$) and the 80-year-olds ($p < 0.001$). More people among the earlier-born cohort's 75-year-olds experienced loneliness often or almost always (10.8 %, ASR = 3.3) than in the later-born cohort (4.8 %, ASR = -3.3). The earlier-born cohort's 80-year-olds had a higher proportion of people who experienced loneliness very rarely or never (72.7 %, ASR = 4.3) than in the later-born cohort (55.1 %, ASR = -4.3) and a lower proportion of those who experienced loneliness rarely (18.9 %, ASR = -4.8) than in the later-born cohort (37.1 %, ASR = 4.8). No statistically significant differences were observed in the other categories of loneliness. Only the 75-year-olds were included in further analysis as no differences were observed between the 80-year-old cohorts when employing loneliness as a dichotomous variable ($p = 0.878$). Birth-decade cohort was no longer statistically significantly associated with loneliness in 75-year-olds ($p > 0.05$) after controlling for levels of education, perceived health and depressive symptoms. Other variables did not statistically significantly alter the association between cohort and loneliness.

Loneliness does not appear to have become more prevalent in the past decades among people aged 75 or 80 and living at home. The earlier-born cohort's 75-year-olds were lonelier than the later-born ones, but the 80-year-olds did not exhibit as clear differences in loneliness between the cohorts. The higher educational levels of those in the later-born cohort as well as their better perceived health and fewer depressive symptoms partly explained cohort differences in loneliness in 75-year-olds. The results may change perceptions of loneliness in older people. However, further research is needed on the subject in people over 80 years of age, in those with disabilities and in those living outside the home.

Keywords: loneliness, aging, birth cohort, cohort studies

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO.....	1
2 YKSINÄISYYS	2
2.1 Yksinäisyyden määritelmä ja arviointi	2
2.2 Yksinäisyyden esiintyvyys ikääntyvillä henkilöillä	3
2.3 Yksinäisyyteen yhteydessä olevat tekijät ikääntyvillä henkilöillä	4
3 YKSINÄISYYDEN KOHORTTIEROT.....	10
3.1 Yksinäisyyden kohorttierot ikääntyvillä henkilöillä.....	10
3.2 Yksinäisyyden kohorttieroja selittävät tekijät ikääntyvillä henkilöillä	11
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	13
5 TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄT.....	14
5.1 Tutkimusaineiston ja tutkittavien kuvaus	14
5.2 Tutkimusmuuttajat	15
5.3 Tilastolliset menetelmät.....	18
6 TULOKSET	20
6.1 Kohorttierot selittävien tekijöiden osalta.....	20
6.2 Yksinäisyyden esiintyvyys ja kohorttierot	22
6.3 Yksinäisyyden yhteys kohorttiin	23
7 POHDINTA.....	26
LÄHTEET	31

1 JOHDANTO

Yksinäisyys on yhteydessä korkeampaan ikään (esim. Honigh-de Vlaming ym. 2014), ja kaikista ikäryhmistä yli 75-vuotiaat henkilöt kokevat eniten yksinäisyyttä Suomessa (Tilastokeskus 2018a). Yksinäisyys on riskitekijä muun muassa toimintakyvyn heikentymisille (Perissinotto ym. 2012) sekä ennenaikaiselle kuolleisuudelle (Perissinotto ym. 2012; Shiovitz-Ezra & Ayalon 2010; Tilvis ym. 2011). Ikääntymiseen liittyy usein myös menetyksiä ja ihmissuhteiden päättymistä (Tiikkainen 2011, 61–72), joten yksinäisyyden tunnistaminen ja tutkiminen on tärkeää ikääntyvillä henkilöillä.

Teknologiset ratkaisut ovat tuoneet uusia mahdollisuuksia yhteydenpitoon muiden kanssa viimeisinä vuosikymmeninä (Tiikkainen 2011, 66), mikä on saattanut helpottaa yksinäisyyden tunnetta. Lisäksi sosiokulttuuriset muutokset, kuten koulutustason nousu, useiden työtehtävien muutos toiminnallisista tehtävistä asiantuntijatehtäviin sekä parantunut terveydenhuolto ovat voineet vaikuttaa ikääntymisen psykologisiin muutoksiin positiivisesti (Schaie 2011). Toisaalta muun muassa muuttoliike (Tiikkainen 2011, 66), perheiden keskikoon pienentyminen ja yksinasuvien ikääntyvien henkilöiden määrän lisääntyminen viimeisten vuosikymmenten aikana (Tilastokeskus 2018b; Tilastokeskus 2019; Tilastokeskus 2020) ovat saattaneet herättää huolen siitä, että yksinäisyys olisi yleistynyt ikääntyvillä henkilöillä.

Aiempaa kirjallisuutta yksinäisyyden muutoksista löytyy rajallisesti. Kohorttitutkimusten tutkittavat ovat olleet melko nuoria ikääntyviä henkilöitä (esim. Eloranta ym. 2015), ja heillä on saattanut olla jopa vuosikymmenten ikäero toisiinsa nähden (esim. Dahlberg ym. 2018; Hulus ym. 2016), jolloin tulokset eivät ole olleet täysin vertailukelpoisia ja yleistettävissä. Koska yksinäisyyden esiintyvyys voi vaihdella eri ikäisten henkilöiden välillä (esim. Tilastokeskus 2018a), on ikääntyvien henkilöiden tutkiminen yhtenä homogeenisena joukkona myös tältä osin ongelmallista.

Tässä pro gradu -tutkielmassa selvitetään, onko ikääntyvien henkilöiden kokemassa yksinäisyydessä tapahtunut muutoksia 28 vuoden aikana, kun vertaillaan 75- ja 80-vuotiaita kohortteja Ikivihreät- ja AGNES-aineistoista. Lisäksi tutkielmassa tarkastellaan, mitkä yksinäisyyteen yhteydessä olevat tekijät voivat olla mahdollisten kohorttierojen taustalla.

2 YKSINÄISYYS

2.1 Yksinäisyyden määritelmä ja arviointi

Yksinäisyys on henkilön subjektiivinen kielteinen tunne ja kokemus, ja se liittyy puutteellisiin sosiaalisiin suhteisiin (Gierveld & Tilburg 2006; Tiikkainen 2011, 60). Yksinäisyyden tunne on kokijalleen ahdistavaa (Tiikkainen 2011, 60), ja sen taustalla on ristiriita ja tyytymättömyys yksilön toivomien sosiaalisten suhteiden ja nykyisten sosiaalisten suhteiden välillä (Kemperman ym. 2019; Perissinotto ym. 2012; Pinquart & Sörensen 2001). Yksinäisyys ei ole kuitenkaan synonyymi yksin olemiselle tai sosiaaliselle eristäytymiselle (Betts & Bicknell 2011, 3–4; Hawkley & Cacioppo 2010): yksin oleva henkilö ei välttämättä koe itseään yksinäiseksi ja toisaalta henkilö voi kokea itsensä yksinäiseksi, vaikka hän olisi muiden seurassa tai hänellä olisi paljon sosiaalisia suhteita (Betts & Bicknell 2011, 3–4; Hawkley & Cacioppo 2010; Perissinotto ym. 2012; Tiikkainen 2011, 60).

Useimmiten yksinäisyyttä koetaan ainakin jossain vaiheessa elämää (Betts & Bicknell 2011, 2, Tiikkainen 2011, 67). Se voi olla tilannesidonnaista, hetkittäistä tai kroonista (Shiovitz-Ezra & Ayalon 2010; Tiikkainen 2011, 60–66). Yksinäisyys voi esimerkiksi korostua tietyissä tilanteissa, kuten juhlapyhinä, joissa yhdessäolo muiden kanssa on yhteiskunnallinen normi (Tiikkainen 2011, 66).

Yksinäisyys voidaan Weissin (1973) teorian mukaan jakaa tarkemmin emotionaaliseen ja sosiaaliseen yksinäisyyteen. Emotionaalisessa yksinäisyydessä yksilö kokee luottamuksen, kiintymyksen ja turvallisuuden tunteen puutetta sosiaalisissa suhteissaan. Sosiaalinen yksinäisyys voi puolestaan aiheutua siitä, ettei yksilöllä ole riittävästi sosiaalisia verkostoja tai häneltä puuttuu elämästään ihmisiä, joiden kanssa kokisi yhteenkuuluvuutta ja samankaltaisuutta (Tiikkainen 2011, 70; Weiss 1973). Teorian pohjalla on ajatus siitä, että ihminen kaipaa erilaisia vuorovaikutussuhteita elämäänsä (Tiikkainen 2011, 69).

Yksinäisyyden arviointiin on kehitetty useita eri mittareita, joiden laajuus voi vaihdella yhdestä kahteenkymmeneen kysymykseen tai väittämään. Yksi käytetyimmistä yksinäisyyden mittareista on Russelin ym. (1978) kehittämä The UCLA Loneliness Scale. Se sisältää 20 yksinäisyyteen liittyvää erilaista väittämää, kuten ”Tunnen oloni yksinäiseksi”, ”Tunnen oloni täysin ulkopuoliseksi” ja ”Sosiaaliset suhteeni ovat pinnallisia”. Kyseisestä mittarista on kehitetty

myös kolmen väittämän lyhennetty versio (Hughes ym. 2004). Sekä pidemmän että lyhyemmän mittarin reliabiliteetti ja validiteetti on todettu hyväksi väestöpohjaisissa tutkimuksissa, ja ne korreloivat vahvasti toistensa kanssa (Hughes ym. 2004; Russel ym. 1978). Muita käytettyjä yksinäisyyden mittareita ovat muun muassa 1980-luvulla De Jong Gierveldin tutkimusryhmän kehittämä 11 väittämän mittari ja siitä lyhennetty kuuden väittämän mittari (Gierveld & Tilburg 2006). Mittarit erottelevat emotionaalista ja sosiaalista yksinäisyyttä: sekä lyhyessä että pidemmässä mittarissa olevia väittämiä ovat esimerkiksi ”Tunnen yleistä tyhjyyden tunnetta”, ”Ympäriini on useita ihmisiä, joihin voin tukeutua, mikäli minulla on ongelmia” ja ”Tunnen usein oloni torjutuksi” (Gierveld & Tilburg 2006). Suuressa osassa tutkimuksia yksinäisyyttä on mitattu kuitenkin yksittäisellä kysymyksellä (Pinquart & Sörensen 2001). Yksittäisen kysymyksen on todettu mittaavan yksinäisyyttä hyvin: se on helppokäyttöinen ja korreloi erittäin vahvasti esimerkiksi UCLA:n kolmen väittämän mittarin kanssa (Newmyer ym. 2021). Yksittäinen kysymys sopii sekä kysely- että haastattelututkimuksiin, mutta ei erottele tai kuvaa yksinäisyyden syitä ja laatua (Victor ym. 2005).

Vaikka koulutustaso, sosiaaliset verkostot sekä erilaiset kulttuuriset tekijät voivat vaikuttaa yksinäisyyden mittareiden validiteettiin (Newmyer ym. 2021; Victor ym. 2005), näyttäisivät kaikki edellä mainitut yksinäisyyden arviointitavat olevan käyttökelpoisia tutkimusten perusteella. Laajat mittarit voivat olla liian pitkiä sekä haastavia toteuttaa esimerkiksi puhelimitse (Hughes ym. 2004), joten suuremmilla otosjoukoilla tehtävissä tutkimuksissa yksinäisyyttä voi olla yksinkertaisinta mitata yhdellä kysymyksellä. Myös tässä tutkielmassa oli käytössä yksittäinen kysymys, jolloin yksinäisyyttä ei eritelty emotionaalisen ja sosiaalisen yksinäisyyden kategorioihin.

2.2 Yksinäisyyden esiintyvyys ikääntyvillä henkilöillä

Yksinäisyyden esiintyvyys vaihtelee jonkin verran maittain, mutta laajan kansainvälisen meta-analyysin mukaan keskimäärin lähes kolmasosa yli 75-vuotiaista henkilöistä kokee jonkin asteista yksinäisyyttä (Chawla ym. 2021). Suomessa esiintyvyys on samansuuntaista: noin kolmasosa vähintään 75-vuotiaista tuntee ainakin joskus yksinäisyyttä (Tilastokeskus 2018a). Keskimäärin noin 7–8 % prosenttia vähintään 75-vuotiaista kokee itsensä yksinäiseksi koko ajan tai suurimman osan ajasta (Chawla ym. 2021; Tilastokeskus 2018a).

Chawlan ym. (2021) meta-analyysissä ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja yksinäisyydessä eri ikäisten ikääntyvien henkilöiden välillä, mutta Suomessa 65–74-vuotiaat henkilöt kokevat yksinäisyyttä kuitenkin verrattain vähän tai jopa vähiten kaikista ikäryhmistä (Tilastokeskus 2018a). Tästä ikäryhmästä noin yksi viidestä kokee vähintään joskus yksinäisyyttä, eli saman verran ja jopa vähemmän kuin keski-ikäisten ikäryhmä (Tilastokeskus 2018a). Yksinäisyyden esiintyvyys saattaa kuitenkin olla tutkittua yleisempää, sillä yksinäisyyteen voi liittyä häpeää (Tiikkainen 2011, 66), eikä yksinäisyyttä välttämättä haluta myöntää (Tiikkainen & Heikkinen 2005; Tiikkainen 2011, 66; Tomstad ym. 2017). Lisäksi yksinäiset henkilöt saattavat jättää osallistumatta tutkimuksiin ei-yksinäisiä helpommin (Pinquart & Sörensen 2001).

Yksinäisyyden kokemus voi olla maantieteellis- ja kulttuurisidonnaista (Luhmann & Hawkey 2016; Lykes & Kimmelmeier 2014; Tiikkainen 2011, 66). On havaittu, että yksinäisyyden esiintyvyys on vähäisempää yksilökeskeisissä kulttuureissa kuin yhteisöllisissä kulttuureissa (Lykes & Kimmelmeier 2014; Tiikkainen 2011, 66). Esimerkiksi Euroopassa ikääntyvien henkilöiden yksinäisyyden esiintyvyys on vähäisintä Pohjoismaissa ja korkeinta Etelä- ja Itä-Euroopassa (Chawla ym. 2021). On esitetty, että yksilökeskeisissä kulttuureissa yksinasumisen ja itsenäisen elämän hyväksyminen voi olla helpompaa kuin perhekeskeisyyttä korostavissa kulttuureissa, mikä voi vaikuttaa yksinäisyyden eroihin maiden välillä (Tiikkainen 2011, 66). Maiden suora vertailu on kuitenkin haastavaa, sillä erilaiset mittarit ja otoskoot voivat vaikuttaa maiden välisiin eroihin (Chawla ym. 2021).

2.3 Yksinäisyyteen yhteydessä olevat tekijät ikääntyvillä henkilöillä

Yleisimmät yksinäisyyteen yhteydessä olevat tekijät tunnetaan kirjallisuudessa melko hyvin, ja ne voidaan jakaa pääosin sosiodemografisiin, sosiaalisiin sekä terveyteen liittyviin tekijöihin. Myös persoonallisuuteen liittyvistä piirteistä yksinäisyyteen on yhdistetty esimerkiksi sulkeutuneisuus, heikko itsetunto, neuroottisuus, viha ja jännittyneisyys (Tiikkainen 2011, 65).

Sosiodemografisista tekijöistä yksinäisyyden on havaittu olevan positiivisesti yhteydessä korkeaan ikään (Dahlberg ym. 2015; Doménech-Abella ym. 2017; Honigh-de Vlaming ym. 2014; Luhmann & Hawkey 2016; Pinquart & Sörensen 2001; Suanet & van Tilburg 2019; Tomstad ym. 2017; Victor & Yang 2012). Yhteys on ollut joissakin tutkimuksissa U-muotoinen, jolloin

sekä nuoret että kaikista iäkkäimmät henkilöt ovat kokeneet eniten yksinäisyyttä (Pinquart & Sörensen 2001; Victor & Yang 2012). Lisäksi Dahlberg ym. (2015) huomasivat pitkittäistutkimuksessaan yksinäisyyden lisääntyvän iän myötä. Korkean iän ja yksinäisyyden yhteyttä voivat selittää kuitenkin erilaiset muutokset ja menetykset liittyen asumismuotoon (Lykes & Kimmelmeier 2014), omaan ja läheisten terveyteen sekä kuolemaan (Tiikkainen 2011, 61–72). Joidenkin tutkimusten monimuuttuja-analyysien mukaan yhteyttä ei ole havaittu esimerkiksi asumismuodon (Tomstad ym. 2017), siviilisäädyn (Dahlberg ym. 2015; Luhmann & Hawkley 2016; Lykes & Kimmelmeier 2014), sosiaalisten kontaktien (Luhmann & Hawkley 2016; Tomstad ym. 2017), toimintakyvyn rajoitteiden (Luhmann & Hawkley 2016) tai kroonisten sairauksien (Lykes & Kimmelmeier 2014) kontrolloinnin jälkeen. Toisaalta yksinäisyyden ja korkean iän välinen yhteys säilyi Honigh-de Vlamingin ym. (2014) tutkimuksessa, vaikka analyyseissä huomioitiin sukupuoli, koulutus- ja tulotaso, siviilisääty, toimintakyvyn rajoitteet sekä krooniset sairaudet.

Sosiodemografisista tekijöistä sukupuolen on havaittu olevan yhteydessä yksinäisyyteen: naisten on todettu olevan miehiä yksinäisempiä (Dahlberg ym. 2015; Dahlberg ym. 2018; Doménech-Abella ym. 2017; Honigh-de Vlaming ym. 2014; Lykes & Kimmelmeier 2014; Pinquart & Sörensen 2001; Tomstad ym. 2017; Victor & Yang 2012). Yhteys sukupuolen ja yksinäisyyden välillä säilyi esimerkiksi iän, koulutus- ja tulotason, siviilisäädyn, toimintakyvyn rajoitteiden sekä kroonisten sairauksien kontrolloimisen jälkeen (Honigh-de Vlaming ym. 2014). Ainakin yhdessä tutkimuksessa sukupuolen ja yksinäisyyden välillä ei kuitenkaan havaittu yhteyttä (Eloranta ym. 2015). Lisäksi useissa monimuuttuja-analyyseissä sukupuoli ei ole ollut yhteydessä yksinäisyyteen esimerkiksi asumismuodon (Tomstad ym. 2017), siviilisäädyn (Dahlberg ym. 2015; Dahlberg ym. 2018; Doménech-Abella ym. 2017; Lykes & Kimmelmeier 2014; Pinquart & Sörensen 2001), masentuneisuuden (Dahlberg ym. 2015; Dahlberg ym. 2018; Doménech-Abella ym. 2017) sekä sosiaalisen verkoston koon (Doménech-Abella ym. 2017) huomioimisen jälkeen. Sukupuolten välisiä eroja yksinäisyydessä saattaa myös selittää se, että naisille yksinäisyyden myöntäminen voi olla kulttuurisesti hyväksytympää kuin miehille, ja miehet voivat aliraportoida yksinäisyyttä (Pinquart & Sörensen 2001). Toisaalta ainakin yhden tutkimuksen mukaan miehet olivat naisia yksinäisempiä (Suanet & van Tilburg 2019).

Alhaisen sosioekonomisen aseman on todettu olevan positiivisesti yhteydessä yksinäisyyteen: alemmin koulutettujen (Doménech-Abella ym. 2017; Hawkley ym. 2019; Honigh-de Vlaming

ym. 2014; Pinguart & Sörensen 2001; Victor ym. 2005; Victor & Yang 2012) ja matalatuloisempien (Doménech-Abella ym. 2017; Honigh-de Vlaming ym. 2014; Pinguart & Sörensen 2001) on havaittu olevan yksinäisempiä verrattuna korkeammin koulutettuihin ja parempituloisempiin ikääntyviin henkilöihin. Yhteys alhaisen koulutuksen ja yksinäisyyden välillä on säilynyt useissa tutkimuksissa, vaikka esimerkiksi ikä (Honigh-de Vlaming ym. 2014; Victor ym. 2005), sukupuoli (Honigh-de Vlaming ym. 2014), siviilisääty (Honigh-de Vlaming ym. 2014; Victor ym. 2005), koettu terveys (Victor ym. 2005) ja toimintakyvyn rajoitteet sekä krooniset sairaudet (Honigh-de Vlaming ym. 2014) on huomioitu. Joissakin tutkimuksissa yhteyttä ei kuitenkaan ole havaittu esimerkiksi sukupuolen, asumismuodon, siviilisäädyn ja muiden sosiaalisten tekijöiden kuten kontaktien määrän (Doménech-Abella ym. 2017; Suanet & van Tilburg 2019) sekä masentuneisuuden kontrolloinnin jälkeen (Doménech-Abella ym. 2017).

Yksinasumisen on havaittu olevan positiivisesti yhteydessä yksinäisyyteen (Eloranta ym. 2015; Hawkley ym. 2019; Lykes & Kimmelmeier 2014; Nyqvist ym. 2017; Pynnönen ym. 2018; Routasalo ym. 2006; Tomstad ym. 2017; Victor ym. 2005). Yhteys on säilynyt useissa tutkimuksissa, vaikka esimerkiksi ikä, sukupuoli (Hawkley ym. 2019; Tomstad ym. 2017), sosiaaliset kontaktit (Nyqvist ym. 2017), sosiaalisen verkoston koko (Hawkley ym. 2019), koettu terveys (Eloranta ym. 2015; Hawkley ym. 2019; Nyqvist ym. 2017; Tomstad ym. 2017) ja masentuneisuus (Eloranta ym. 2015; Nyqvist ym. 2017) on otettu huomioon. Lisäksi Nyqvistin ym. (2017) tutkimuksessa havaittiin, että laitosympäristössä asuvat olivat kotona muiden kanssa asuvia henkilöitä todennäköisemmin yksinäisiä, joten erilaiset asuinympäristöt olisi hyvä huomioida tutkittaessa yksinäisyyttä.

Siviilisäädyn on havaittu olevan yhteydessä yksinäisyyteen ikääntyvillä henkilöillä: naimisissa olevilla on havaittu vähemmän yksinäisyyttä kuin muihin siviilisäätyryhmiin kuuluvilla (Böger & Huxhold 2020; Dahlberg ym. 2018; Doménech-Abella ym. 2017; Honigh-de Vlaming ym. 2014; Luhmann & Hawkley 2016; Lykes & Kimmelmeier 2014; Victor & Yang 2012). Etenkin leskien on havaittu olevan naimisissa olevia todennäköisemmin yksinäisiä (Dahlberg ym. 2015; Dahlberg ym. 2018; Lykes & Kimmelmeier 2014; Victor & Yang 2012). Leskeksi jäämisen ajankohta saattaa vaikuttaa yksinäisyyden tunteeseen: juuri leskeksi jääneet ikääntyvät henkilöt olivat muita siviilisäätyjä ja jo pidemmän aikaa leskenä olleita todennäköisemmin yksinäisiä (Dahlberg ym. 2015). Naimisissa olevien on todettu olevan muita siviilisäätyryhmiä vähemmän yksinäisiä, vaikka esimerkiksi sukupuoli (Dahlberg ym. 2015; Doménech-Abella ym. 2017;

Honigh-de Vlaming ym. 2014), asumismuoto (Lykes & Kimmelmeier 2014), koulutus- ja tulo-
loto (Doménech-Abella ym. 2017; Honigh-de Vlaming ym. 2014), sosiaaliset kontaktit
(Dahlberg ym. 2015; Doménech-Abella ym. 2017), toimintakyvyn rajoitteet ja krooniset sai-
raudet (Honigh-de Vlaming ym. 2014) sekä masentuneisuus (Dahlberg ym. 2015; Doménech-
Abella ym. 2017) on otettu huomioon.

Muista sosiaalisista tekijöistä sosiaalisten kontaktien määrän (Dahlberg ym. 2018; Doménech-
Abella ym. 2017; Pinquart & Sörensen 2001; Suanet & van Tilburg 2019; Tomstad ym. 2017),
suhteiden hyvä laadun (Doménech-Abella ym. 2017; Pinquart & Sörensen 2001; Victor & Yang
2012), sosiaalisen tuen (Dahlberg ym. 2018) ja sosiaalisen verkoston koon (Doménech-Abella
ym. 2017; Luhmann & Hawkley 2016; Suanet & van Tilburg 2019) on todettu olevan negatiiv-
visesti yhteydessä yksinäisyyteen. Sosiaalisten suhteiden hyvä laatu on ollut joidenkin tutki-
musten mukaan kontaktien määrää selkeämmin negatiivisesti yhteydessä yksinäisyyteen (Pin-
quart & Sörensen 2001). Lisäksi sosiaalisen verkoston tyypillä voi olla merkitystä yksinäisyy-
den kannalta: läheisten ystävien ja perheenjäsenten vähäisellä määrällä oli positiivinen yhteys
yksinäisyyteen, mutta kun verkoston laatua ei ollut määritelty, ei yhteyttä havaittu (Nyqvist ym.
2017). Toisaalta joissakin tutkimuksissa sosiaalisten kontaktien määrällä (Routasalo ym. 2006;
Victor ym. 2005) tai laadulla (Victor ym. 2005) ei ole havaittu olevan yhteyttä yksinäisyyteen,
ja ainakin yhdessä tutkimuksessa yksinäisyys oli positiivisesti yhteydessä sosiaalisten kontak-
tien vähäiseen määrään vain miehillä (Dahlberg ym. 2015). Lisäksi Doménech-Abellan ym.
(2017) tutkimuksessa sosiaalisten kontaktien määrällä tai sosiaalisten suhteiden hyvällä laa-
dulla ei havaittu negatiivista yhteyttä yksinäisyyteen esimerkiksi siviilisäädyn, sosiaalisen ver-
koston ja masentuneisuuden vakioinnin jälkeen. Yksinäisyyden kokemuksen kannalta sosiaali-
sia kontakteja olennaisempaa oli Routasalon ym. (2006) tutkimuksessa se, vastasivatko sosiaa-
liset suhteet odotuksiin ja kokiko yhteenkuuluvuutta läheisten ihmisten kanssa, mikä mukailee
yksinäisyyden määritelmää. Saattaa myös olla, että yksinäisyys ennustaa esimerkiksi koettua
yhteenkuuluvuuden tunnetta eikä toisinpäin (Pynnönen ym. 2018), mutta aiheesta tarvitaan jat-
kotutkimusta.

Terveysteen liittyvistä tekijöistä heikon koetun terveyden on havaittu olevan positiivisesti yh-
teydessä ikääntyvien henkilöiden yksinäisyyteen (Eloranta ym. 2015; Hawkley ym. 2019; Ny-
qvist ym. 2017; Routasalo ym. 2006; Tomstad ym. 2017; Victor ym. 2005). Yhteys heikon
koetun terveyden ja yksinäisyyden välillä on säilynyt useissa tutkimuksissa, vaikka esimerkiksi
asumismuoto (Eloranta ym. 2015; Hawkley ym. 2019), sosiaalisen verkoston koko (Hawkley

ym. 2019), krooniset sairaudet (Hawkley ym. 2019), muisti sekä masentuneisuus (Eloranta ym. 2015) on otettu huomioon. Toisaalta toisissa tutkimuksissa heikon koetun terveyden ja yksinäisyyden välillä ei ole havaittu yhteyttä esimerkiksi iän, sukupuolen, asumismuodon (Tomstad ym. 2017), koulutustason, siviilisäädyn (Victor ym. 2005) ja mielenterveysongelmien (Tomstad ym. 2017; Victor ym. 2005) kontrolloinnin jälkeen.

Lisäksi erilaisten toimintakyvyn heikentymien ja rajoitteiden (Dahlberg ym. 2015; Dahlberg ym. 2018; Hawkley ym. 2019; Honigh-de Vlaming ym. 2014; Luhmann & Hawkley 2016; Routasalo ym. 2006; Suanet & van Tilburg 2019) sekä kroonisten sairauksien (Honigh-de Vlaming ym. 2014; Lykes & Kemmelmeier 2014) on todettu olevan positiivisesti yhteydessä yksinäisyyteen. Yhteys toimintakyvyn rajoitteiden, kroonisten sairauksien ja yksinäisyyden välillä säilyi muun muassa iän, sukupuolen, koulutus- ja tulotason ja siviilisäädyn vakioinnin jälkeen (Honigh-de Vlaming ym. 2014), mutta toisessa tutkimuksessa krooniset sairaudet eivät olleet yhteydessä yksinäisyyteen muun muassa iän, sukupuolen, asumismuodon ja mielenterveyden huomioimisen jälkeen (Tomstad ym. 2017). Yhteys voi selittyä myös sosiaalisten kontaktien vähenemisen kautta: rajoittunut toimintakyky voi vähentää sosiaalisia kontakteja, mikä voi puolestaan lisätä yksinäisyyden tunnetta (Pinquart & Sörensen 2001). Toisaalta iän myötä fyysisen toimintakyvyn rajoitteiden hyväksyminen ja sallivuus voivat toimia ikääntyvien henkilöiden eduksi: heikko fyysinen terveys oli positiivisesti yhteydessä yksinäisyyteen vain nuorilla henkilöillä Victorin ja Yangin (2012) tutkimuksessa.

Yksinäisyydestä ja masentuneisuudesta löytyy paljon aiempaa kirjallisuutta. Yksinäisyyden on havaittu olevan positiivisesti yhteydessä masentuneisuuteen (Eloranta ym. 2015; Dahlberg ym. 2015; Doménech-Abella ym. 2017; Nyqvist ym. 2017; Routasalo ym. 2006; Victor & Yang ym. 2012). Yhteys säilyi muun muassa sukupuolen, koulutus- ja tulotason, siviilisäädyn ja sosiaalisen verkoston vakioinnin jälkeen (Doménech-Abella ym. 2017). On kuitenkin huomioitava, että yksinäisyys voi olla sekä masennuksen syy että seuraus (Dahlberg ym. 2015; Doménech-Abella ym. 2017; Hawkley & Cacioppo 2010), sillä kausaalisuhdetta ei voida osoittaa poikkileikkaustutkimuksissa. Masennuksen ja yksinäisyyden välinen yhteys voi myös osittain selittyä sosiaalisten kontaktien tai yhteenkuuluvuuden tunteen kautta: masentuneella tai yksinäisellä henkilöllä ei välttämättä ole energiaa tavata muita tai ylläpitää sosiaalisia suhteitaan (Pynnönen ym. 2018). Lisäksi negatiiviset ajatukset voivat vähentää yhteenkuuluvuuden tunnetta muiden kanssa, mikä voi puolestaan lisätä yksinäisyyttä sekä masentuneisuuden tunteuksia (Pynnönen ym. 2018).

Suurimmassa osassa aiemmista tutkimuksista ikääntyviä henkilöitä ei ollut tarkasteltu eri ikäryhmissä, vaikka yksinäisyyttä selittävät tekijät saattavat olla erilaisia eri ikäisillä henkilöillä. Lisäksi tutkimuksissa ei ollut eroteltu Routasen ym. (2006) tutkimusta lukuun ottamatta esimerkiksi tuttavien tai ystävien tapaamista. Tähän tutkielmaan pyrittiin sisällyttämään mahdollisimman monia kansainvälisen kirjallisuuden perusteella valittuja yksinäisyyteen yhteydessä olevia sosiodemografisia, sosiaaliin suhteisiin sekä terveyteen liittyviä tekijöitä. Edellytyksenä valittaville muuttujille oli se, että ne löytyivät tutkielmassa käytetyistä Ikivihreät- ja AGNES-aineistoista vertailukelpoisuuden säilyttämiseksi. Näitä tekijöitä olivat iän lisäksi sukupuoli, asumismuoto, koulutustaso, siviilisääty, ystävien ja tuttavien tapaaminen, koettu terveys sekä masentuneisuuden tuntemukset.

3 YKSINÄISYYDEN KOHORTTIEROT

3.1 Yksinäisyyden kohorttierot ikääntyvillä henkilöillä

Tässä tutkielmassa yksinäisyyden kohorttieroilla tarkoitetaan eroja eri aikana syntyneiden saman ikäisten syntymäkohorttien välillä. Ikääntyvien henkilöiden yksinäisyyden kohorttieroista löytyy jonkin verran aiempia poikkileikkaustutkimuksia viime vuosikymmeneltä Suomesta (Eloranta ym. 2015), Ruotsista (Dahlberg ym. 2018), Hollannista (Honigh-de Vlaming ym. 2014; Suanet & van Tilburg 2019) ja Saksasta (Hulur ym. 2016).

Eloranta ym. (2015) vertailivat vuosina 1920 ja 1940 syntyneitä 70-vuotiaita kohortteja vuonna 1991 sekä 2011, Honigh-de Vlaming ym. (2014) tarkastelivat keski-ikältään 74-vuotiaita kohortteja vuosina 2005 ja 2010 ja Hulur ym. (2016) tutkivat keskimäärin vuosina 1916 ja 1939 syntyneitä 75-vuotiaita kohortteja vuosina 1990–1993 sekä 2013–2014. Suanet ja van Tilburg (2019) vertailivat vuosien 1908–1917 ja 1938–1947 välillä syntyneitä 75-vuotiaita kohortteja vuonna 1992 ja 2016, ja Dahlberg ym. (2018) tutkivat keski-ikältään 78-vuotiaita kohortteja vuonna 2004 ja 2014 sekä keski-ikältään 83-vuotiaita kohortteja vuosina 1992, 2002, 2004, 2011 ja 2014. Yksinäisyyttä tutkittiin yhdellä kysymyksellä (Eloranta ym. 2015; Dahlberg ym. 2018), 11 kysymyksen De Jong Gierveldin mittarilla (Honigh-de Vlaming ym. 2014; Suanet & van Tilburg 2019) ja UCLA:n mittarilla, josta hyödynnettiin seitsemää kohtaa (Hulur ym. 2016).

Myöhemmin syntyneet kohortit eivät olleet yksinäisempiä kuin aiemmin syntyneet kohortit tutkimusten perusteella. Osassa tutkimuksista tilastollisesti merkitseviä eroja kohorttien välillä ei havaittu (Dahlberg ym. 2018; Honigh-de Vlaming ym. 2014), ja osassa tutkimuksista yksinäisyyttä esiintyi tilastollisesti merkitsevästi vähemmän myöhemmissä kohorteissa verrattuna aiempiin kohortteihin (Eloranta ym. 2015; Hulur ym. 2016; Suanet & van Tilburg 2019). Suurin osa tutkittavista koki vähän tai ei ollenkaan yksinäisyyttä kaikissa tutkimuksissa.

Tehdyissä kohorttitutkimuksissa on rajoitteensa. Elorannan ym. (2015) tutkimusta lukuun ottamatta tutkimusten kohorteissa saattoi olla jopa kymmenien vuosien sisäinen ikäero, mikä vaikeuttaa kohorttien luotettavaa vertailua. Kaikkien ikääntyvien henkilöiden pelkistäminen yhdeksi isoksi ikäryhmäksi on myös yksinäisyyden tutkimisen kannalta ongelmallista, sillä eri ikäisten henkilöiden välillä voi olla suuria eroja yksinäisyyden esiintyvyydessä (Tilastokeskus

2018a). Laajan ikäryhmävaihtelun lisäksi esimerkiksi Elorannan ym. (2015) tutkimuksessa tutkittavat olivat melko nuoria ikääntyviä henkilöitä, joten tämä tutkielma laajentaa tietämystä tätä vanhempien ikääntyvien henkilöiden yksinäisyydestä.

3.2 Yksinäisyyden kohorttieroja selittävät tekijät ikääntyvillä henkilöillä

Tutkimusnäyttö kohorttieroja selittävistä tekijöistä on vähäistä ja osittain ristiriitaista. Kun kohortti oli selittävänä tekijänä mallissa yksin (Eloranta ym. 2015) tai iän kanssa (Suanet & van Tilburg 2019), oli se tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä yksinäisyyteen (Eloranta ym. 2015; Suanet & van Tilburg 2019). Hulus ym. (2016) havaitsivat, että kohorttierot pysyivät tilastollisesti merkitseväinä, vaikka tutkimuksessa huomioitiin asuminen vanhassa Saksan demokraattisessa tasavallassa ennen sen yhdistymistä, tulotaso, uskonnolliseen järjestöön kuuluminen, sairaudet sekä kognitiivinen toimintakyky. Yhteys kohortin ja yksinäisyyden välillä hävisi kuitenkin toisissa tutkimuksissa esimerkiksi asumismuodon, koetun terveyden sekä muistin kontrolloimisen jälkeen (Eloranta ym. 2015) ja hallinnan tunteen sekä minäpystyvyyden vakioimisen jälkeen (Suanet & van Tilburg 2019).

Yllä mainituissa tekijöissä tapahtuneet suotuisat muutokset selittivät osittain aiemmin ja myöhemmin syntyneiden kohorttien välisiä eroja yksinäisyydessä. Myöhemmin syntynyt kohortti asui yleisemmin yhdessä jonkun kanssa ja koki terveytensä sekä muistinsa paremmaksi kuin aiemmin syntynyt kohortti (Eloranta ym. 2015). Myös muissa tutkimuksissa on havaittu, että koettu terveys ja kognitiiviset toiminnot ovat olleet parempia myöhemmin syntyneillä kohorteilla verrattuna aiemmin syntyneisiin kohortteihin (Heikkinen ym. 2011; Munukka ym. 2021). Myöhemmin syntyneellä kohortilla oli myös parempi sisäinen hallintakäsitys sekä minäpystyvyys verrattuna aiemmin syntyneeseen kohorttiin (Suanet & van Tilburg 2019). Lisäksi Hulusin ym. (2016) tutkimuksessa aiemmin syntyneellä kohortilla havaittiin tilastollisesti merkitsevästi enemmän ulkoista hallintakäsitystä kuin myöhemmin syntyneellä kohortilla. On todettu, että ne henkilöt, joilla on korkea ulkoinen hallintakäsitys, uskovat esimerkiksi kohtalon, vaikutusvaltaisten ihmisten sekä sattuman ohjaavan elämää (Lachman ym. 2011).

Tutkimuksissa havaittujen tekijöiden lisäksi useat muut suotuisat sosiokulttuuriset ja terveydeliset muutokset ovat voineet olla yksinäisyyden kohorttierojen taustalla, sillä moni niistä on

myös yhteydessä yksinäisyyteen. Esimerkiksi koulutus- ja tulotaso on parantunut ja työtehtävien luonne on muuttunut (Heikkinen ym. 2011; Schaie 2011), ja etenkin miesten eliniän pitenemisen seurauksena leskeksi jäädään myöhemmällä iällä (Tilastokeskus 2020). Lisäksi terveydenhuolto (Schaie 2011) ja fyysinen toimintakyky (Heikkinen ym. 2011; Koivunen ym. 2020) ovat parantuneet ikääntyvillä henkilöillä, vaikka toisaalta krooniset sairaudet ovat yleistyneet (Heikkinen ym. 2011). Ikääntyvien henkilöiden yleistynyt informaatioteknologian käyttö sekä parempi toimintakyky ovat saattaneet helpottaa sosiaalisten kontaktien ylläpitoa (Hulur ym. 2016; Piquart & Sörensen 2001) ja täten vähentää yksinäisyyttä. Masentuneisuuden osalta esiintyvyys on pysynyt melko samanlaisena useiden vuosikymmenten ajan kansainvälisesti (Charlson ym. 2013). Masennuslääkkeiden käyttö on kuitenkin yleistynyt ikääntyvillä henkilöillä (THL 2022), mikä voi johtua masentuneisuuden paremmasta tunnistamisesta ja hoidosta. Koska masentuneisuus ja yksinäisyys ovat positiivisesti yhteydessä toisiinsa (esim. Doménech-Abella ym. 2017), on masennuksen tunnistaminen ja hoito voinut vaikuttaa myös yksinäisyyden tunteen vähenemiseen.

Kohorttitutkimuksissa oli Suanetin ja van Tilburgin (2019) tutkimusta lukuun ottamassa lisätty kaikki kontrollimuuttajat malleihin yhtä aikaa kohorttimuuttujan kanssa, joten tutkimuksissa ei saatu selville, mitkä yksittäiset yksinäisyyteen yhteydessä olevat tekijät heikensivät kohortin yhteyttä yksinäisyyteen. Mikäli kohorttieroja havaitaan tässä tutkielmassa, pyritään yksittäisiä yksinäisyyden kohorttieroja selittäviä tekijöitä tunnistamaan.

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämä pro gradu -tutkielma selvittää, havaitaanko yksinäisyyden esiintyvyydessä muutoksia eri vuosikymmenillä syntyneiden ikääntyvien ihmisten välillä. Tutkielmassa vertaillaan samoilla menetelmillä kerättyä aineistoa 75- ja 80-vuotiaista henkilöistä vuonna 1989–1990 ja 2017–2018. Lisäksi tutkielmassa tarkastellaan, heikentävätkö muut yksinäisyyteen yhteydessä olevat tekijät kohortin yhteyttä yksinäisyyteen, mikäli kohorttieroja havaitaan.

Tutkimuskysymykset:

1. Onko yksinäisyyden esiintyvyydessä eroa 1910- ja 1930–1940-luvuilla syntyneiden 75- ja 80-vuotiaiden kohorttien välillä?
2. Mikäli kohorttieroja havaitaan yksinäisyydessä, selittävätkö muut yksinäisyyteen yhteydessä olevat tekijät kohorttieroja?

Tutkielman ensimmäinen hypoteesi on, että yksinäisyyden esiintyvyys on vähäisempää myöhemmin syntyneillä kohorteilla tai pysynyt samanlaisena kohorttien välillä. Toinen hypoteesi on, että kohortti ei ole yhteydessä yksinäisyyteen muiden tekijöiden kontrolloinnin jälkeen, mikäli yksinäisyyden kohorttieroja havaitaan.

5 TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄT

5.1 Tutkimusaineiston ja tutkittavien kuvaus

Tämän pro gradu -tutkielman tutkimusaineistona hyödynnettiin Ikivihreät- ja AGNES-tutkimuksia. Ikivihreät-tutkimushankkeeseen kuului useita osatutkimuksia, joista tässä tutkielmassa käytettiin vuosina 1989–1990 kerättyä poikkileikkausaineistoa. AGNES-tutkimushankkeesta hyödynnettiin puolestaan vuosina 2017–2018 kerättyä poikkileikkausaineistoa. Molemmissa tutkimuksissa selvitettiin kattavasti aktiivisuuden, terveyden ja toimintakyvyn yhteyttä hyvinvointiin.

Tutkimusten rekrytointiprosessit olivat samankaltaisia. Rekrytoitavien tiedot saatiin väestötietojärjestelmästä (Rantanen ym. 2018; Koivunen ym. 2020). Tutkimuksiin kutsuttiin kirjeitse kaikki 75- ja 80-vuotiaat kotonaan itsenäisesti asuvat henkilöt, jotka asuivat noin 10 kilometrin säteellä Jyväskylän keskustasta tai paikallisen joukkoliikenteen ulottuvilla (Heikkinen & Suutama 1991; Koivunen ym. 2020; Rantanen ym. 2018). AGNES-tutkimukseen kutsuttiin myös 85-vuotiaat henkilöt (Rantanen ym. 2018). Poissulkukriteereinä olivat haluttomuus osallistua tutkimukseen sekä kyvyttömyys kommunikointiin (Koivunen ym. 2020; Rantanen ym. 2018). Ennen tutkimuksen toteutusta AGNES-tutkimukselle myönnettiin Keski-Suomen sairaanhoitopiirin tutkimuseettisen toimikunnan puoltava lausunto, ja tutkittavilla oli mahdollisuus vetäytyä pois tutkimuksesta missä tahansa vaiheessa (Rantanen ym. 2018). Lisäksi AGNES-tutkimuksen osallistujat allekirjoittivat kirjallisen suostumuksen ennen aineistonkeruuta (Rantanen ym. 2018).

Ikivihreät-tutkimuksessa 75- ja 80-vuotiaita oli yhteensä 617, ja AGNES-tutkimuksessa 75-, 80- ja 85-vuotiaita oli yhteensä 1021. Kohorttien vertailtavuuden vuoksi AGNES-tutkimuksesta hyödynnettiin tässä tutkielmassa vain 75- ja 80-vuotiaista tutkittavista kerättyä materiaalia, jolloin tutkittavia oli yhteensä 794. Ikivihreät-tutkimuksen kohortit olivat syntyneet vuosina 1910 ja 1914 (Heikkinen & Suutama 1991) ja AGNES-tutkimuksen kohortit vuosina 1938–1939 sekä 1942–1943 (Koivunen ym. 2020). AGNES-tutkimuksen tutkittavat olivat aineistonkeruun aikana 74–76-vuotiaita sekä 78–80-vuotiaita, mutta heitä käsiteltiin tutkielmassa Ikivihreät-tutkimuksen tapaan 75- ja 80-vuotiaina.

Molemmissa tutkimuksissa kerättiin tietoa tutkittavien poisjäämisen syistä. Ikivihreät-tutkimuksesta kieltäytyneitä pyydettiin ilmoittamaan kutsukirjeen saapumisen jälkeen syy kieltäytymiselle (Koivunen ym. 2020). AGNES-tutkimuksessa tutkijat soittivat kutsutuille tutkittaville viikon päästä kutsukirjeen lähettämisestä, ja kieltäytymisen syy kysyttiin puhelun aikana (Rantanen ym. 2018). Lisäksi Koivunen ym. (2020) tekivät kohorttivertailututkimuksessaan aineistoista sensitiivisyysanalyysit, joissa vertailtiin ei-osallistuneita tutkittavia keskenään. Analyysissa todettiin, että ei-osallistujien syyt jättäytyä pois tutkimuksista olivat samankaltaisia eri kohorttien välillä: suurin osa jättäytyi pois kiireiden, kiinnostuksen vähäisyyden tai muun määrittelemättömän syyn takia, ja kummastakin aineistosta noin 20 % jättäytyi pois huonon terveyden vuoksi. Ei-osallistuneiden henkilöiden välillä ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja koetun terveyden osalta. Näin ollen myös tutkimuksiin osallistuneet tutkittavat olivat todennäköisemmin vertailukelpoisia ja valintaharhan todennäköisyys vähäinen (Koivunen ym. 2020). Tutkielmassa käytetyt aineistot ei kuitenkaan vastaa täysin Koivunen ym. (2020) käyttämiä aineistoja johtuen erilaisista mittareista ja poissulkukriteereistä.

Tutkimusaineistoa kerättiin kotihaastatteluilla ja toimintakyvyn mittauksilla laboratoriossa (Koivunen ym. 2020), ja AGNES-tutkimuksessa aineistoa kerättiin myös postitetulla kyselylomakkeella (Rantanen ym. 2018). Laboratorioympäristö sekä mittausvälineet olivat pääosin samanlaisia kummassakin tutkimuksessa (Koivunen ym. 2020). Tässä tutkielmassa hyödynnettiin postikyselyllä sekä haastatteluilla kerättyä aineistoa molemmista tutkimuksista. Tutkimuksissa oli käytetty pääosin samoja mittareita ja muuttujia, mikä mahdollisti vertailun kohorttien välillä.

5.2 Tutkimusmuuttujat

Tutkielman päämuuttuja oli yksinäisyys. Selittäviä tekijöitä olivat ikä, sukupuoli, kohortti, asumuoto, koulutustaso, siviilisääty, ystävien sekä tuttavien tapaaminen, koettu terveys ja masentuneisuuden tuntemukset.

Yksinäisyyttä tutkittiin kummassakin aineistossa kysymyksellä ”Kuinka usein tunnette itsenne yksinäiseksi?”. Ikivihreät-tutkimuksessa kysymys esitettiin haastattelussa ja AGNES-tutkimuksessa postikyselyn yhteydessä. Vastausvaihtoehtoja oli molemmissa tutkimuksissa neljä: 1 = hyvin harvoin/ei koskaan, 2 = harvoin, 3 = usein tai 4 = melkein aina. Vastausvaihtoehdot luokiteltiin tutkielmassa kolmeen luokkaan tutkittavien tietosuojan vuoksi, sillä joissain

vastausluokissa oli hyvin vähän havaintoja. Uudet vastausluokat olivat 1 = hyvin harvoin/ei koskaan, 2 = harvoin ja 3 = usein/melkein aina. Tutkielman jatkoanalyysiin yksinäisyydestä muodostettiin kaksiluokkainen muuttuja, jossa harvoin, hyvin harvoin tai ei koskaan yksinäisyyttä kokevat saivat arvon 0 = ei-yksinäinen ja usein tai melkein aina yksinäisyyttä kokevat saivat arvon 1 = yksinäinen.

Tutkittavien ikä ja sukupuoli saatiin molemmissa tutkimuksissa väestötietojärjestelmästä. Sukupuoli jaettiin dikotomisesti 1 = miehiin ja 2 = naisiin. Jotta kohortteja pystyttiin vertailemaan keskenään, luotiin uusi kohorttimuuttuja: 1 = aiempi kohortti (Ikivihreät) ja 2 = myöhempi kohortti (AGNES).

Molemmissa aineistoissa asumismuotoa kartoitettiin haastattelun yhteydessä. Ikivihreät-tutkimuksessa kysymys oli muotoa ”Asutteko yksin?”. Vastausvaihtoehdot olivat 1 = kyllä tai 2 = ei, josta seurasi tarkentava jatkokysymys, mikäli tutkittava asui jonkun kanssa. AGNES-tutkimuksessa asumismuotoa kysyttiin kysymyksellä ”Kenen kanssa asutte?”. Vastausvaihtoehdot olivat 1 = yksin, 2 = avio- tai avopuolison kanssa, 3 = omien lasten tai lastenlasten kanssa ja 4 = sukulaisten, sisarusten tai muiden kanssa. Asumismuotoa käytettiin tutkielmassa vertailukelpoisuuden vuoksi dikotomisena muuttujana, jolloin yksinasuminen sai arvot 1 = kyllä tai 2 = ei.

Koulutustasoa kysyttiin molemmissa tutkimuksissa haastattelussa kysymyksellä ”Mikä on korkein koulutusaste, jonka olette suorittanut?”. Ikivihreät-tutkimuksessa vastausvaihtoehdot olivat 1 = vähemmän kuin kansakoulu, 2 = kansakoulu tai keskikoulu, 3 = lukio- tai opistotaso ja 4 = yliopistotutkinto tai vastaava. AGNES-tutkimuksessa vastausvaihtoehdot olivat puolestaan 1 = vähemmän kuin kansakoulu, 2 = kansakoulu tai vastaava 3 = keskikoulu tai kansankorkeakoulu, 4 = ammattikoulututkinto, 5 = opistotutkinto, 6 = ylioppilastutkinto sekä 7 = korkeakoulu- tai yliopistotutkinto. Tutkielmassa koulutustaso jaoteltiin vertailukelpoisuuden vuoksi ensin neljään luokkaan: 1 = vähemmän kuin kansakoulu, 2 = kansakoulu, keskikoulu tai kansankorkeakoulu, 3 = ylioppilas-, ammattikoulu- tai opistotutkinto sekä 4 = korkeakoulu-, yliopistotutkinto tai vastaava. Sen jälkeen vastausvaihtoehdot luokiteltiin vielä suurempiin luokkiin tutkittavien tietosuojan vuoksi: 1 = matala (vähemmän kuin kansakoulu, kansakoulu, keskikoulu tai kansankorkeakoulu), 2 = keskitaso (ylioppilas-, ammattikoulu- tai opistotutkinto) sekä 3 = korkea (korkeakoulu-, yliopistotutkinto tai vastaava). Tutkielman jatkoanalyysiin

koulutuksesta muodostettiin kaksiluokkainen muuttuja: 1 = matala (vähemmän kuin kansakoulu, kansakoulu, keskikoulu tai kansankorkeakoulu) ja 2 = vähintään keskitaso (ylioppilas-, ammattikoulu- tai opistotutkinto, korkeakoulu-, yliopistotutkinto tai vastaava).

Siviilisäätyä kysyttiin molemmissa tutkimuksissa haastattelun yhteydessä kysymyksellä ”Mikä on siviilisäätyne tällä hetkellä?”. Ikivihreät-tutkimuksessa vastausvaihtoehdot olivat 1 = naimaton, 2 = naimisissa, 3 = leski ja 4 = eronnut. AGNES-tutkimuksessa vastausvaihtoehdot olivat 1 = naimaton, 2 = naimisissa, 3 = avoliitossa, 4 = leski ja 5 = eronnut. Tutkielmassa siviilisääty jaoteltiin vertailukelpoisuuden vuoksi uudestaan neljään luokkaan: 1 = naimaton, 2 = eronnut, 3 = leski ja 4 = naimisissa/avoliitossa.

Sosiaalisia kontakteja kartoitettiin Ikivihreät-tutkimuksessa haastattelun yhteydessä ja AGNES-tutkimuksessa postikyselyllä. Kysymykset olivat muotoa ”Kuinka usein tapaatte läheisiä ystäviäanne?” ja ”Kuinka usein tapaatte muita tuttavianne?”. Ikivihreät-tutkimuksessa vastausvaihtoehdot olivat 1 = joka päivä, 2 = joka viikko, 3 = joka kuukausi, 4 = muutamia kertoja vuodessa, 5 = harvoin johtuen maantieteellisistä eroista (pitkät välimatkat), 6 = vähän tai ei lainkaan ja 7 = ei ole ystäviä/tuttavia. AGNES-tutkimuksessa vastausvaihtoehdot olivat puolestaan 5 = joka päivä, 4 = joka viikko 3 = joka kuukausi, 2 = muutamia kertoja vuodessa, 1 = vähän tai ei ollenkaan ja 0 = ei ole ystäviä. Tässä tutkielmassa vastausluokat luokiteltiin vertailukelpoisuuden vuoksi ensin kuuteen luokkaan ja sen jälkeen uudestaan viiteen luokkaan tutkittavien tietosuojan vuoksi. Uudet vastausluokat olivat 0 = harvoin/ei yhteyksiä, 1 = muutamia kertoja vuodessa, 2 = joka kuukausi, 3 = joka viikko ja 4 = joka päivä.

Koettu tai itsearvioitu terveys on laajasti käytetty ja validi mittari kuvaamaan terveyttä, ja se korreloi hyvin myös muilla tavoilla mitatun fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn kanssa (Baćak & Ólafsdóttir 2017). Sen reliabiliteetti on hyvä sekä koko väestöllä että iäkkäämillä henkilöillä tarkasteltuna (Lundberg & Manderbacka 1996). Koettua terveyttä tutkittiin molemmissa aineistoissa haastattelun yhteydessä kysymyksellä ”Millaiseksi arvioisitte nykyisen terveydentilanne yleisesti?”. Vastausvaihtoehtoja oli viisi: 1 = erittäin hyvä, 2 = hyvä, 3 = tyydyttävä, 4 = huono ja 5 = erittäin huono. Ne luokiteltiin vielä suurempiin luokkiin tutkittavien tietosuojan vuoksi: 1 = huono/erittäin huono, 2 = tyydyttävä ja 3 = hyvä/erittäin hyvä.

Masentuneisuuden tuntemuksia mitattiin molemmissa tutkimuksissa 20-kohdan Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale -kyselyllä (CES-D) haastattelun yhteydessä. CES-D-

kyselyn reliabiliteetti ja validiteetti on todettu hyväksi niin koko väestöllä kuin ikääntyvillä henkilöillä (Radloff 1977). Tutkittavat arvioivat masentuneisuuden tuntemusten esiintyvyyttä viimeisen viikon sisällä esimerkiksi oheisten väittämien avulla: ”Tunsin oloni alakuloiseksi perheeni ja ystäväni tuesta huolimatta”, ”Tunsin itseni masentuneeksi”, ”Olin onnellinen”, ”Tulevaisuus tuntui toiveikkaalta” ja ”En saanut itseäni kunnolla käyntiin”. CES-D-kyselyssä on myös yksinäisyyttä kuvaava toteamus: ”Tunsin itseni yksinäiseksi”. Vastausvaihtoehdot väittämiin olivat 0 = harvoin tai ei koskaan, 1 = joskus, 2 = melko usein ja 3 = lähes koko ajan. Tuloksista laskettiin summapistemäärä, jossa korkeampi pistemäärä kuvasi suurempaa masentuneisuuden tunteiden esiintyvyyttä (0–60). Mikäli CES-D-kyselystä saa vähintään 16 pistettä, voidaan henkilö luokitella masennusoireista kärsiväksi (Sawyer Radloff & Teri 1986, Rantasen ym. 2018 mukaan). Tässä tutkielmassa masentuneisuutta hyödynnettiin kuitenkin jatkuvana muuttujana.

5.3 Tilastolliset menetelmät

Tutkielman aineistoa analysoitiin IBM SPSS Statistics 27 -ohjelmalla, ja kaikkien tilastollisten testien merkitsevyytasoiksi asetettiin $p < 0.05$. Mann-Whitney U-testin p-arvot merkittiin kaikissa muuttujissa Monte Carlo -arvona.

Luokitelluissa muuttujissa aineistoa kuvailtiin frekvensseillä sekä prosentteilla ja jatkuvissa muuttujissa keskiarvoilla sekä mediaaneilla. Jatkuvien muuttujien jakautuneisuutta tarkasteltiin histogrammeilla, vinouden sekä huipukkuuden arvoilla ja Kolmogorov-Smirnov- sekä Shapiro-Wilk-testeillä. Aiemmin syntyneitä kohortteja verrattiin myöhemmin syntyneisiin kohortteihin Fisherin tarkalla testillä (sukupuoli, yksinasuminen ja yksinäisyys 2-luokkaisena), ristiintaulukoinnilla ja khiin neliö -testillä (yksinäisyys 3-luokkaisena, koulutustaso, siviilisääty, läheisten ystävien ja tuttavien tapaaminen sekä koettu terveys). Jos kohorttiero oli tilastollisesti merkitsevä, tarkasteltiin ristiintaulukoinnissa ja khiin neliö -testissä sovitettuja standardoituja jäännöksiä (Adjusted Standardised Residuals, ASR), jotta saatiin selville, missä luokissa tilastollisesti merkitsevät erot havaittiin. ASR-tarkastelu osoittaa, missä soluissa havaittu frekvenssi on tilastollisesti merkitsevästi suurempi (tyyppi) ja missä puolestaan pienempi (antityyppi) kuin odotettu frekvenssi (Bergman ym. 2003). Itseisarvoiltaan yli kahden ASR-arvot ovat tilastollisesti merkitseviä (Tähtinen ym. 2020). Yksinäisyyden ja kohorttien riippuvuuden voimakkuutta testattiin lisäksi Cramérin V -testillä, jossa arvot välillä 0,00–0,29 kuvaavat heikkoa yhteyttä,

0,30–0,49 kohtalaista yhteyttä ja 0,50–1,00 voimakasta yhteyttä (Tähtinen ym. 2020). Kohorttien välisiä eroja testattiin epänormaalisti jakautuneissa jatkuvissa muuttujissa (ikä, masentuneisuuden tuntemukset) Mann-Whitneyn U-testillä.

Yksinäisyyden yhteyttä kohorttiin analysoitiin binäärisellä logistisella regressioanalyysillä. Ennen regressiomalleja kirjallisuuden perusteella valittujen selittävien tekijöiden yhteyksiä yksinäisyyteen tarkasteltiin Fisherin tarkalla testillä (sukupuoli, yksinasuminen, koulutustaso), khiin neliö -testillä (siviilisääty, koettu terveys, ystävien ja tuttavien tapaaminen) ja Spearmanin korrelaatiokertoimella (ikä, masentuneisuuden tuntemukset). Malleihin valittiin ne muuttujat, joissa havaittiin tilastollisesti merkitseviä eroja kohorttien välillä ja jotka olivat yhteydessä yksinäisyyteen. Muuttujien viiteryhmäluokat valittiin malleissa sen perusteella, missä luokissa yksinäisyyttä oletettiin olevan vähemmän aiemman kirjallisuuden mukaan. Ensimmäinen malli sisälsi ainoastaan kohorttimuuttujan ja seuraaviin malleihin lisättiin muita tekijöitä yksitellen kohorttimuuttujan kanssa.

6 TULOKSET

6.1 Kohorttiero selittävien tekijöiden osalta

Taulukossa 1 on esitetty kohorttiero selittävien tekijöiden osalta. Ikivihreät-aineistossa tutkittavia oli yhteensä 617, josta 75-vuotiaita oli 355 ja 80-vuotiaita oli 262. AGNES-aineistossa tutkittavia oli yhteensä 794, joista 75-vuotiaita oli 458 ja 80-vuotiaita oli 336.

Kohorttien välillä havaittiin tilastollisesti merkitseviä eroja kaikissa muuttujissa Fisherin tarkan testin, khiin neliö -testin ja Mann-Whitneyn U-testin perusteella (taulukko 1). Sovitettujen standardoitujen jäännöstarkastelujen perusteella aiemmissä kohorteissa oli enemmän naisia (ASR = 2,5 & 4) ja yksinasuvia (ASR = 4,1 & 5,2) kuin myöhemmissä kohorteissa. Aiemmilla kohorteilla oli tyypillisemmin matala koulutustaso (ASR = 17,1 & 12,8), kun taas myöhemmillä kohorteilla keskitason koulutus (ASR = 12,2 & 9) tai korkeakoulutus (ASR = 7,8 & 6,3). Aiemmissä kohorteissa oli enemmän naimattomia (ASR = 2,5 & 4,4) ja leskiä (ASR = 7,1 & 5,6), kun taas myöhemmissä kohorteissa naimisissa tai avoliitossa olevia (ASR = 6,8 & 7,3). Eronneiden osalta ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja. Aiemmissä kohorteissa sekä ystäviä (ASR = 9,8 & 8,2) että tuttavien (ASR = 4,6 & 3,7) tavattiin myöhempiä kohortteja tyypillisemmin harvoin tai ei ollenkaan. 75-vuotiaiden myöhempi kohortti tapasi ystäviään aiempaa kohorttia yleisemmin muutaman kerran vuodessa (ASR = 4), ja molemmat myöhemmät kohortit tapasivat tuttaviansa aiempia kohortteja tyypillisemmin muutamia kertoja vuodessa (ASR = 4 & 2,1). 80-vuotiaiden myöhempi kohortti tapasi ystäviään aiempaa kohorttia yleisemmin joka kuukausi (ASR = 2,5). Myöhemmissä kohorteissa ystäviä tavattiin aiempia kohortteja yleisemmin joka viikko (ASR = 4,7 & 4,5), kun taas 75-vuotiaiden aiempi kohortti tapasi ystäviään myöhempiä kohortteja yleisemmin joka päivä (ASR = 2,4). Muilla sosiaalisten kontaktien luokilla ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja. Aiemmissä kohorteissa terveys koettiin tyypillisemmin huonoksi tai erittäin huonoksi (ASR = 4,7 & 6,9), kun taas myöhemmissä kohorteissa hyväksi tai erittäin hyväksi (ASR = 11,3 & 6,9). 75-vuotiaiden aiempi kohortti koki terveytensä myöhempiä kohortteja yleisemmin tyydyttäväksi (ASR = 8,6), mutta 80-vuotiailla ei havaittu eroja tässä luokassa. Lisäksi myöhemmät kohortit kokivat vähemmän masentuneisuuden tunteuksia kuin aiemmat kohortit.

TAULUKKO 1. 75- ja 80-vuotiaiden kohorttiero selittävien tekijöiden osalta (Ikivihreät-aineisto, synt. 1910 ja 1914, AGNES-aineisto synt. 1938–1939 ja 1942–1943).

	75 vuotta		Kohorttiero	80 vuotta		Kohorttiero
	Ikivihreät	AGNES		p-arvo ¹	Ikivihreät	
			p-arvo ¹			p-arvo ¹
Sukupuoli, n (%)			0,013*			< 0,001*
Mies	119 (33,5)	193 (42,1)		74 (28,2)	149 (44,3)	
Nainen	236 (66,5)	265 (57,9)		188 (71,8)	187 (55,7)	
Ikä, ka (md)	75,00 (75,00)	74,86 (75,00)	< 0,001*	80,00 (80,00)	79,13 (79,00)	< 0,001*
Yksin asuminen, n (%)			< 0,001*			< 0,001*
Kyllä	166 (47,7)	152 (33,3)		153 (61,0)	130 (39,0)	
Ei	182 (52,3)	304 (66,7)		98 (39,0)	203 (61,0)	
Koulutustaso, n (%)			< 0,001*			< 0,001*
Matala	302 (86,5)	116 (25,6)		219 (85,2)	105 (32,0)	
Keskitaso	33 (9,5)	228 (50,3)		25 (9,7)	143 (43,6)	
Korkea	14 (4,0)	109 (24,1)		13 (5,1)	80 (24,4)	
Siviilisääty, n (%)			< 0,001*			< 0,001*
Naimaton	40 (11,3)	29 (6,4)		34 (13,0)	11 (3,3)	
Eronnut	28 (7,9)	51 (11,2)		18 (6,9)	28 (8,4)	
Leski	137 (38,6)	75 (16,4)		125 (47,7)	86 (25,7)	
Naimisissa/avoliitossa	150 (42,3)	301 (66,0)		85 (32,4)	209 (62,6)	
Ystävien tapaaminen, n (%)			< 0,001*			< 0,001*
Harvoin/ei yhteyksiä	86 (25,0)	10 (2,2)		64 (26,1)	10 (3,0)	
Muutamia kertoja vuodessa	32 (9,3)	75 (16,6)		40 (16,3)	49 (14,9)	
Joka kuukausi	67 (19,5)	107 (23,7)		37 (15,1)	77 (23,4)	
Joka viikko	112 (32,6)	222 (49,1)		79 (32,2)	168 (51,1)	
Joka päivä	47 (13,7)	38 (8,4)		25 (10,2)	25 (7,6)	
Tuttavien tapaaminen, n (%)			< 0,001*			< 0,001*
Harvoin/ei yhteyksiä	38 (11,1)	13 (2,9)		32 (13,2)	15 (4,5)	
Muutamia kertoja vuodessa	49 (14,3)	116 (25,8)		35 (14,5)	71 (21,5)	
Joka kuukausi	80 (23,3)	105 (23,4)		48 (19,8)	68 (20,6)	
Joka viikko	115 (33,5)	172 (38,3)		82 (33,9)	133 (40,3)	
Joka päivä	61 (17,8)	43 (9,6)		45 (18,6)	43 (13,0)	
Koettu terveys, n (%)			< 0,001*			< 0,001*
Huono/erittäin huono	39 (12,3)	16 (3,5)		56 (22,6)	13 (3,9)	
Tyydyttävä	232 (73,0)	190 (41,6)		152 (61,3)	178 (53,3)	
Erittäin hyvä/hyvä	47 (14,8)	251 (54,9)		40 (16,1)	143 (42,8)	
Masentuneisuuden tuntemukset, ka (md)	13,48 (12,00)	7,94 (6,00)	< 0,001*	14,44 (14,00)	8,78 (7,00)	< 0,001*

ka = keskiarvo, md = mediaani. ¹Kohorttien väliset erot testattu luokitelluissa muuttujissa Fisherin tarkalla testillä ja χ^2 -testillä sekä jatkuvissa muuttujissa Mann-Whitneyn U -testillä. *Tilastollisesti merkitsevä kohorttiero.

6.2 Yksinäisyyden esiintyvyys ja kohorttiero

Yksinäisyyden esiintyvyys ja kohorttiero on esitetty taulukossa 2. Kaikista kohorteista 89–95 % koki yksinäisyyttä harvoin, hyvin harvoin tai ei koskaan ja 5–11 % usein tai melkein aina. Khiin neliö -testin perusteella saman ikäisten kohorttien välillä oli eroa yksinäisyydessä sekä 75-vuotiailla ($\chi^2(2) = 11,59$, $p = 0,003$) että 80-vuotiailla ($\chi^2(2) = 23,33$, $p < 0,001$). Aiemmin syntyneet 75-vuotiaat kokivat enemmän yksinäisyyttä verrattuna myöhemmin syntyneisiin: aiempi kohortti koki myöhempää kohorttia tyypillisemmin usein tai melkein aina yksinäisyyttä (ASR = 3,3). 80-vuotiaiden aiempi kohortti koki puolestaan myöhempää kohorttia yleisemmin hyvin harvoin tai ei koskaan yksinäisyyttä (ASR = 4,3) ja myöhempää kohorttia epätyypillisemmin harvoin yksinäisyyttä (ASR = -4,8). Muissa luokissa ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja kummassakaan ikäryhmässä. Cramérin V -testillä tarkasteltuna kohorttien välisten erojen voimakkuudet olivat kuitenkin heikkoja sekä 75-vuotiailla ($V = 0,12$) että 80-vuotiailla ($V = 0,20$).

Yksinäisyydestä luotiin jatkoanalyysyjä varten kaksiluokkainen muuttuja yksinäisten, eli usein tai melkein aina yksinäisyyttä kokevien, tutkimiseksi. Fisherin tarkan testin perusteella 75-vuotiailla havaittiin tilastollisesti merkitseviä eroja kohorttien välillä ($\chi^2(1) = 10,91$, $p = 0,001$), mutta 80-vuotiailla eroja ei enää havaittu ($\chi^2(1) = 0,08$, $p = 0,878$), joten 80-vuotiaat jätettiin pois jatkotarkastelusta.

TAULUKKO 2. 75- ja 80-vuotiaiden kohorttiero yksinäisyyden osalta (Ikivihreät-aineisto, synt. 1910 ja 1914, AGNES-aineisto synt. 1938–1939 ja 1942–1943).

	75 vuotta		Kohorttiero p-arvo ¹	80 vuotta		Kohorttiero p-arvo ¹
	Ikivihreät	AGNES		Ikivihreät	AGNES	
Yksinäisyys, n (%)			0,003*			< 0,001*
Hyvin harvoin/ei koskaan	204 (59,3)	275 (60,6)		181 (72,7)	184 (55,1)	
Harvoin	103 (29,9)	158 (34,8)		47 (18,9)	124 (37,1)	
Usein/melkein aina	37 (10,8)	21 (4,6)		21 (8,4)	26 (7,8)	

¹Kohorttien väliset erot testattu χ^2 -testillä. *Tilastollisesti merkitsevä kohorttiero.

6.3 Yksinäisyyden yhteys kohorttiin

Yksinäisyyden yhteyttä kohorttiin tarkasteltiin yhden ja kahden muuttujan binäärisillä logistisilla regressiomalleilla 75-vuotiailla henkilöillä (taulukko 3). Selittävästä muuttujista ikä ($p = 0,889$) ja ystävien tapaaminen eivät olleet yhteydessä yksinäisyyteen ($p = 0,107$), joten ne jätettiin pois regressiomalleista. Yhden muuttujan mallissa kohortti oli yhteydessä yksinäisyyteen: aiempaan kohorttiin kuuluvat olivat myöhempään kohorttiin kuuluvia todennäköisemmin yksinäisiä (OR = 2,49). Kohortin yhteys säilyi tilastollisesti merkitsevänä ($p < 0,05$) kahden muuttujan malleissa sukupuolen, yksinasumisen, siviilisäädyn ja tuttavien tapaamisen kontrolloinnin jälkeen. Kohortti ei kuitenkaan ollut enää tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä yksinäisyyteen ($p > 0,05$) koulutustason, koetun terveyden ja masentuneisuuden tuntemusten kontrolloinnin jälkeen. Kuten taulukosta 1 ja sovitettujen standardoitujen jäännösten tarkastelusta kävi ilmi, näissä muuttujissa oli selkeitä eroja kohorttien välillä. Myöhemmän kohortin parempi koulutustaso, koettu terveys sekä vähäisemmät masentuneisuuden tuntemukset selittivät osittain kohorttien välisiä eroja yksinäisyydessä.

Lisäksi kaikki selittävät tekijät olivat yhteydessä yksinäisyyteen kahden muuttujan malleissa ($p < 0,05$) (taulukko 3). Naiset olivat miehiä todennäköisemmin (OR = 2,71) ja yksinasuvat muiden kanssa asuvia todennäköisemmin (OR = 7,60) yksinäisiä. Matalasti koulutetut olivat vähintään keskitason koulutuksen saaneita todennäköisemmin yksinäisiä (OR = 3,33). Siviilisäädyltään naimattomat (OR = 3,80), eronneet (OR = 11,78) ja lesket (OR = 4,76) olivat naimisissa tai avoliitossa olevia todennäköisemmin yksinäisiä. Tuttaviaan harvoin tai ei ollenkaan tapaavat olivat päivittäin tuttaviaan näkeviä todennäköisemmin yksinäisiä (OR = 2,99), mutta muilla ryhmillä ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja. Terveytensä huonoksi tai erittäin huonoksi kokevat (OR = 9,70) ja tyydyttäväksi kokevat (OR = 3,06) olivat hyväksi tai erittäin hyväksi terveytensä kokevia todennäköisemmin yksinäisiä. Lisäksi masentuneisuuden tuntemukset olivat yhteydessä yksinäisyyteen: mitä enemmän masentuneisuuden tuntemuksia henkilö raportoi, sitä todennäköisemmin hän oli yksinäinen (OR = 1,12). Saadut mallit sopivat hyvin aineistoon (taulukko 3).

TAULUKKO 3. Binäärinen logistinen regressio yksinäisyyden ja kohortin yhteydestä selittäville tekijöillä yksittäin kontrolloituna 75-vuotiailla henkilöillä.

	75 vuotta		
	Kohortti		
Malli 1	OR	95 % LV	p-arvo
Kohortti			
Ikivihreät	2,49	1,43–4,33	0,001*
Agnes ¹	1,00		
$\chi^2 (1) = 10,82, p = 0,001$			
Malli 2	OR	95 % LV	p-arvo
Kohortti			
Ikivihreät	2,35	1,35–4,11	0,003*
Agnes ¹	1,00		
Sukupuoli			
Mies ¹	1,00		
Nainen	2,71	1,38–5,32	0,004*
$\chi^2 (2) = 20,59, p < 0,001$			
Malli 3	OR	95 % LV	p-arvo
Kohortti			
Ikivihreät	2,09	1,17–3,73	0,013*
Agnes ¹			
Yksinasuminen			
Kyllä	7,60	3,76–15,35	< 0,001*
Ei ¹	1,00		
$\chi^2 (2) = 54,41, p < 0,001$			
Malli 4	OR	95 % LV	p-arvo
Kohortti			
Ikivihreät	1,44	0,73–2,83	0,290
Agnes ¹	1,00		
Koulutustaso			
Matala	3,33	1,51–7,36	0,003*
Vähintään keskitaso ¹	1,00		
$\chi^2 (2) = 22,36, p < 0,001$			
Malli 5	OR	95 % LV	p-arvo
Kohortti			
Ikivihreät	2,23	1,22–4,10	0,009*
Agnes ¹	1,00		
Siviilisäätty			< 0,001*
Naimaton	3,80	1,32–10,97	0,014*
Eronnut	11,78	5,08–27,32	< 0,001*
Leski	4,76	2,20–10,29	< 0,001*
Naimisissa/avoliitossa ¹	1,00		
$\chi^2 (4) = 50,33, p < 0,001$			

Malli 6	OR	95 % LV	p-arvo
Kohortti			
Ikivihreät	2,22	1,24–3,99	0,007*
Agnes ¹			
Tuttavien tapaaminen			0,041*
Harvoin/ei yhteyksiä	2,99	1,11–8,05	0,030*
Muutamia kertoja vuodessa	0,77	0,26–2,15	0,617
Joka kuukausi	0,86	0,33–2,23	0,760
Joka viikko	0,98	0,41–2,34	0,966
Joka päivä ¹	1,00		
$\chi^2 (5) = 20,23, p = 0,001$			
Malli 7	OR	95 % LV	p-arvo
Kohortti			
Ikivihreät	1,66	0,90–3,06	0,107
Agnes ¹	1,00		
Koettu terveys			
Huono/erittäin huono	9,70	3,46–27,17	< 0,001*
Tyydyttävä	3,06	1,29–7,28	0,011*
Hyvä/erittäin hyvä ¹	1,00		
$\chi^2 (3) = 31,79, p < 0,001$			
Malli 8	OR	95 % LV	p-arvo
Kohortti			
Ikivihreät	1,44	0,77–2,69	0,260
Agnes ¹	1,00		
Masentuneisuuden tuntemukset	1,12	1,09–1,16	< 0,001*
$\chi^2 (2) = 66,07, p < 0,001$			

OR = ristitulosuhte, LV = luottamusväli. ¹Viiteryhmä on merkitty 1,00. *Tilastollisesti merkitsevä yhteys.

7 POHDINTA

Tässä tutkielmassa selvitettiin, havaitaanko 1910- ja 1930–1940-luvuilla syntyneiden 75- ja 80-vuotiaiden kohorttien välillä eroja yksinäisyydessä. Lisäksi tutkielmassa tarkasteltiin, mitkä yksinäisyyteen yhteydessä olevat tekijät voivat olla mahdollisten yksinäisyyden kohorttierojen taustalla. Tulokset osoittivat, että aiemmin syntyneet 75-vuotiaat henkilöt olivat yksinäisempiä kuin myöhemmin syntyneet saman ikäiset henkilöt. Vaikka 80-vuotiailla havaittiin kohorttieroja yksinäisyydessä, ei selkeitä johtopäätöksiä yksinäisyyden muutoksista voida tehdä, sillä eroja usein tai melkein aina yksinäisten välillä ei havaittu. Kohorttien välisten erojen voimakkuudet olivat heikkoja kummallakin ikäryhmällä. Kaiken kaikkiaan suurin osa kaikista kohorteista koki yksinäisyyttä harvoin, hyvin harvoin tai ei koskaan, kun taas 5–10 % koki yksinäisyyttä usein tai melkein aina. Kohortti ei ollut tilastollisesti merkitsevä selittäjä yksinäisyydelle muiden tekijöiden kontrolloimisen jälkeen: kohorttierot 75-vuotiailla selittyivät osittain parantuneella koulutustasolla, koetulla terveydellä sekä vähäisemmällä masentuneisuuden tuntemuksilla.

Lisäksi 75-vuotiailla havaittiin, että naiset olivat miehiä todennäköisemmin yksinäisiä, yksinasuvat muiden kanssa asuvia todennäköisemmin yksinäisiä ja matalasti koulutetut vähintään keskitason koulutustason käyneitä todennäköisemmin yksinäisiä. Sosiaalisista tekijöistä siviilisäädyltään naimattomat, eronneet ja lesket olivat naimisissa tai avoliitossa olevia todennäköisemmin yksinäisiä ja tuttaviaan harvoin tai ei ollenkaan näkevät yksinäisempiä kuin päivittäin tuttaviaan näkevät. Terveytensä tyydyttäväksi tai sitä huonommaksi kokevat olivat terveytensä hyväksi tai erittäin hyväksi kokevia todennäköisemmin yksinäisiä. Lisäksi mitä enemmän henkilöllä oli masentuneisuuden tuntemuksia, sitä todennäköisemmin hän oli yksinäinen. Analyysissä ei kuitenkaan kontrolloitu kaikkia selittäviä tekijöitä yhtä aikaa, sillä kiinnostuksen kohteena olivat yksittäiset tekijät, jotka heikensivät kohortin yhteyttä yksinäisyyteen.

Yksinäisyyden esiintyvyyys oli samansuuntaista aiemman kirjallisuuden kanssa, jonka mukaan noin 7–8 % vähintään 75-vuotiaista kokee yksinäisyyttä suuren osan ajasta (Chawla ym. 2021; Tilastokeskus 2018a). Tulokset yksinäisyyden kohorttieroista mukailivat aiempia tutkimuksia, joiden mukaan myöhemmin syntyneet ikääntyvät henkilöt kokivat yksinäisyyttä saman verran (Dahlberg ym. 2018; Honigh-de Vlaming ym. 2014) tai vähemmän verrattuna aiemmin syntyneisiin kohortteihin (Eloranta ym. 2015; Hulus ym. 2016; Suanet & van Tilburg 2019). Se, ettei

kohortti ollut yhteydessä yksinäisyyteen muiden tekijöiden kontrolloinnin jälkeen saa myös tukea aiemmasta kirjallisuudesta (Eloranta ym. 2015; Suanet & van Tilburg 2019), vaikka Hurlin ym. (2016) tutkimuksessa kohorttierot säilyivät tilastollisesti merkitsevinä muiden tekijöiden vakioinnin jälkeen. Yksinäisyyden yhteys sukupuoleen, yksinasumiseen, koulutustasoon, siviilisäätyyn, koettuun terveyteen ja masentuneisuuden tuntemuksiin oli samankaltaista, mitä aiemmissa tutkimuksissa on havaittu (esim. Dahlberg ym. 2018; Doménech-Abella ym. 2017; Eloranta ym. 2015). Suora vertailu tutkielman tuloksiin on kuitenkin haasteellista muun muassa tutkittavien ikäerojen, erilaisten mittarien sekä selittävien tekijöiden eroavaisuuksien vuoksi.

Ystävien sekä tuttavien tapaamisen osalta tulokset poikkesivat jonkin verran aiemmasta kirjallisuudesta. Tuttaviaan harvoin tai ei ollenkaan näkevät olivat todennäköisemmin yksinäisiä kuin päivittäin tuttaviaan näkevät, mutta ystävien tapaaminen ei ollut yhteydessä yksinäisyyteen. Kirjallisuudessa on havaittu, että luotettavat läheiset henkilöt, joiden kanssa koetaan yhteenkuuluvuuden tunnetta, voivat suojata yksinäisyydeltä (Tiikkainen 2011, 60–70). Tutkielman tulos poikkeaa täten siitä oletuksesta, että läheisten ystävien tapaaminen olisi tuttavien tapaamista olennaisempaa yksinäisyyden tunteen kannalta. Toisaalta tutkittavilta kerättiin tietoa vain tapaamisista, eikä esimerkiksi puhelinkontakteista, joten tieto tapaamisten määrästä ei kuvannut kaikkia sosiaalisia kontakteja. Lisäksi joissakin tutkimuksissa sosiaalisten kontaktien vähäisellä määrällä ei ole havaittu yhteyttä yksinäisyyteen (Routasalo ym. 2006; Victor ym. 2005) ja kuten yksinäisyyttä tutkittaessa on havaittu, voi yksinäisyyttä kokea, vaikka olisi paljon sosiaalisia kontakteja tai muiden ympäröimänä (esim. Betts & Bicknell 2011, 3–4). Ystävien ja tuttavien tapaamista ei myöskään yhdistetty tutkielmassa yhdeksi sosiaalisia kontakteja kuvaavaksi muuttujaksi, mikä saattoi osaltaan vaikuttaa poikkeaviin tuloksiin. Olennaisia sosiaalisia tekijöitä olisivat voineet olla läheisten perheenjäsenten tapaaminen, sosiaalisen verkoston koko ja suhteiden laatu tai tyytyväisyys omiin sosiaalisiin suhteisiin, mutta näitä ei ollut vertailukelpoisina muuttujina aineistoissa.

Erilaiset lapsuuden ja aikuisuuden tapahtumat voivat vaikuttaa yksinäisyyden tunteeseen (Nicolaisen & Thorsen 2014). Myöhemmillä kohorteilla on ollut esimerkiksi koulutuksen suhteen erilaiset lähtökohdat kuin aiemmillä kohortilla, sillä nelivuotinen oppivelvollisuus säädettiin Suomessa vuonna 1921 (Lampinen 2000, 58), ja 1950–1960-luvulla perustettiin paljon ammatillisia oppilaitoksia sekä lukioita (Lampinen 2000, 23–24). Kouluruokailu tuli pakolliseksi

1940–1950-luvun taitteessa (Opetushallitus 2019), ja fyysinen toimintakyky on parantunut vuosikymmenten aikana (esim. Heikkinen ym. 2011; Koivunen ym. 2020). Näillä tekijöillä on voinut olla merkitystä esimerkiksi myöhemmän kohortin paremman koetun terveyden kannalta. Aiemmat kohortit ovat myös altistuneet myöhempiä kohortteja useammille sodille ja joutuneet taistelemaan sotarintamalla, millä on voinut olla mielenterveyttä heikentäviä vaikutuksia. Lisäksi suhtautuminen mielenterveyden ongelmiin on ollut 1990-luvulla todennäköisesti epäsuovaitsevaisempi verrattuna nykypäivään. Lewerin ym. (2015) tutkimuksessa leimaavat asenteet mielenterveysongelmia kohtaan olivat yhteydessä muun muassa masennuslääkkeiden vähäisempään käyttöön, joten hoitoon hakeutuminen on saattanut olla hankalampaa aiemmillä kohorteilla verrattuna myöhempiin kohortteihin. Muun muassa nämä suotuisat muutokset ovat voineet olla myöhemmän kohortin paremman koulutustason, koetun terveyden ja vähäisempien masentuneisuuden tuntemusten taustalla ja täten myös yksinäisyyden kohorttierojen taustalla 75-vuotiailla. On kuitenkin huomioitava, että 80-vuotiaiden myöhemmällä kohortilla havaittiin koulutustason, koetun terveyden ja masentuneisuuden tuntemusten osalta samankaltaisia suotuisia muutoksia, mutta yksinäisyyden esiintyvyys ei ollut vähäisempää myöhemmässä kohortissa. Tämä voi viitata selittävien tekijöiden eroihin eri ikäryhmillä.

Tutkielmassa on rajoitteensa. Tuloksista ei voida tehdä kausaalisia päätelmiä, sillä kyseessä oli poikittaistutkimusasetelma ja tutkittavien elämäkulusta ei ollut tarkkaa tietoa. Kohorttien samankaltaisuudesta ei voida olla täysin varmoja: esimerkiksi AGNES-tutkimuksen osallistumisprosentti oli pienempi kuin Ikivihreät-tutkimuksessa (Koivunen ym. 2020), mikä voi viitata myöhempien kohorttien valikoituneisuuteen. Toisaalta kuten todettu, ei-osallistuneiden tutkittavien poisjäämisen syissä ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja, vaikka tutkielman aineisto ja Koivusen ym. (2020) aineisto eivät vastaakaan täysin toisiaan. Tutkimuksiin on myös voinut valikoitua vähemmän yksinäisiä henkilöitä, sillä on todettu, että yksinäiset saattavat jättäytyä pois tutkimuksista ei-yksinäisiä helpommin (Pinquart & Sörensen 2001). Lisäksi tulokset painottavat naisten havainnot: naisia oli yliedustettuna kaikissa kohorteissa miehiin verrattuna, mikä voi selittyä osittain naisten pidemmällä eliniällä. Tuloksia voi olla haasteellista yleistää sosiokulttuurisesti Suomesta poikkeaviin maihin.

Yksinäisyyden mittaamiseen liittyy heikkouksia. Vaikka yhtä kysymystä pidetään kelpona tutkittaessa yksinäisyyttä (Newmyer ym. 2021; Pinquart & Sörensen 2001), ei yksittäinen kysymys kuvaa yksinäisyyden kokemusta laajasti. Yksinäisyyden määritelmä voi myös olla vieras tutkittaville (Eloranta ym. 2015). Yksinäisyyttä mitattiin Ikivihreät-tutkimuksessa haastattelun

yhteydessä, kun taas AGNES-tutkimuksessa postikyselyllä (Rantanen ym. 2018). Tutkittavat ovat täten voineet vastata rehellisemmin kysymyksiin postikyselyssä kuin haastattelutilanteessa, sillä yksinäisyyteen voi liittyä häpeää, negatiivisia mielikuvia sekä aliraportointia (esim. Pinguart & Sörensen 2001; Tiikkainen & Heikkinen 2005; Tiikkainen 2011, 66).

Tutkielmassa on myös useita vahvuuksia. Aihetta on tutkittu kansainvälisesti hyvin vähän, joten tutkielmalla on uutuusarvoa. Tutkimusaihe- ja kysymykset eivät olleet sensitiivisiä, vaikka esimerkiksi yksinäisyydestä ja masentuneisuudesta kysyminen on saattanut herättää ikäviä tunteita ja muistoja tutkimustilanteessa. Yhtenä suurimpana vahvuutena voidaan pitää tutkielman otoskokoja sekä Ikivihreät- ja AGNES-tutkimusten vertailukelpoisia ja väestötietopohjaisia rekrytointiprosesseja: kohortit olivat saman ikäisiä mittaushetkinä ja mukaan kutsuttiin kaikki sisäänottokriteerit täyttävät 75- ja 80-vuotiaat henkilöt. Otskoon riittävyys mahdollisti esimerkiksi usein tai melkein aina yksinäisyyttä kokevien tutkimisen tutkielmassa. Lisäksi tutkielmaan sisällytettiin useita tutkimusaiheen kannalta olennaisia ja vertailukelpoisia muuttujia.

Tutkittavien yksityisyydestä pidettiin huolta tutkimusprosesseissa. Lisätietoa tutkittavien yksityisyydestä ja kohtelusta löytyy AGNES-tutkimuksen osalta Rantasen ym. (2018) tutkimuksesta. Tässä tutkielmassa aineistoa säilytettiin ja käsiteltiin tietoturvalisella tavalla suojatulla asemalla sekä verkkoyhteydessä. Lisäksi muuttujia uudelleenluokiteltiin havaintomääriltään suurempiin luokkiin tutkittavien tietosuojan vuoksi. Tutkielman tiedonkeruussa pyrittiin mahdollisimman kattavaan otantaan useista eri tietolähteistä, hyödyntäen pääasiassa vertaisarvioituja tieteellisiä artikkeleita. Tutkimuskysymysten kannalta olennaiset tulokset raportoitiin.

Tutkielma herätti useita jatkotutkimusaiheita. Yli 80-vuotiaiden ja tätä vanhempien ikääntyvien henkilöiden yksinäisyyttä olisi hyvä tarkastella jatkossa sekä vertailla eri ikäryhmiä ja sukupuolia mahdollisten eroavaisuuksien havaitsemiseksi. Hoivakoti- ja laitospäristöissä asuvien on havaittu olevan yksinäisempiä kuin kotona asuvien ikääntyvien henkilöiden (Nyqvist ym. 2017; Pinguart & Sörensen 2001), ja Honigh-de Vlaming ym. (2014) havaitsivat, että yksinäisyys oli yleisempää myöhemmällä kohortilla verrattuna aiempaan kohorttiin, kun tutkimusjoukko oli rajattu toimintakyvyltään rajoittuneisiin henkilöihin. Näin ollen tutkimuksiin olisi tärkeää sisällyttää toimintakyvyltään eri tasoisia ja muualla kuin kotona asuvia ikääntyviä henkilöitä. Kohorttierojen taustalla on myös voinut olla esimerkiksi tulotasoon, sosiaaliseen, fyysiseen ja psyykkiseen toimintakykyyn sekä teknologiaan liittyviä tekijöitä, joita ei ollut otettu

huomioon tässä tutkielmassa. Jatkotutkimuksissa kohorttieroja olisi hyvä selvittää sekä pitkittäis- että poikkileikkausasetelmilla, ja yksinäisyyttä kattavammin kuvaavien mittareiden, esimerkiksi kolmen tai kuuden väittämän mittarien, käyttöä tulisi harkita.

Näyttää siltä, ettei yksinäisyys ole yleistynyt viime vuosikymmenten aikana ikääntyvillä henkilöillä. Tulokset antoivat viitteitä siitä, että myöhemmin syntyneet 75-vuotiaat kokivat yksinäisyyttä vähemmän verrattuna aiemmin syntyneisiin 75-vuotiaisiin, mutta 80-vuotiailla ei havaittu selkeitä ääripäitä yksinäisyydessä kohorttien välillä. Myöhemmän kohortin parempi koulutustaso, koettu terveys sekä vähäisemmät masentuneisuuden tuntemukset selittivät osittain yksinäisyyden suotuista muutosta 75-vuotiailla. Aiheesta tarvitaan kuitenkin lisää tutkimusta erilaiset sosiodemografiset, sosiaaliset ja terveydelliset tekijät huomioiden. Vaikka tulosten yleistettävyyteen tulee suhtautua varauksella Suomen ulkopuolella ja muilla kuin kotona asuvilla henkilöillä, lisää tutkielma tietoutta yksinäisyyden esiintyvyyden suuntauksista ja tekijöistä, joita kannattaa ottaa huomioon ennaltaehkäiseviä palveluja suunnitellessa. Tulokset voivat myös vähentää yksinäisyyteen ja ikääntyviin henkilöihin kohdistuvia olettamuksia.

LÄHTEET

- Bačák, V., & Ólafsdóttir, S. (2017). Gender and validity of self-rated health in nineteen European countries. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45 (6), 647–653. doi:10.1177/1403494817717405.
- Bergman, L., R., Magnusson, D. & El-Khoury, B. M. (2003). *Studying Individual development in an interindividual context: a person-oriented approach*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Betts, L. R & Bicknell, A. S. A. (2011). Experiencing loneliness in childhood: Consequences for psychosocial adjustment, school adjustment, and academic performance. Teoksessa Bevinn, S. J. (toim.) *Psychology of Loneliness*. E-kirja. New York: Nova Science Publishers, 2–4. Viitattu 20.4.2022.
- Böger, A. & Huxhold, O. (2020). The changing relationship between partnership status and loneliness: Effects related to aging and historical time. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences & Social Sciences* 75 (7), 1423–1432. doi: 10.1093/geronb/gby153.
- Charlson, F. J., Ferrari, A. J., Flaxman, A. D., & Whiteford, H. A. (2013). The epidemiological modelling of dysthymia: application for the Global Burden of Disease Study 2010. *Journal of Affective Disorders*, 151 (1), 111–120. doi: 10.1016/j.jad.2013.05.060
- Chawla, K., Kunonga, T. P., Stow, D., Barker, R., Craig, D. & Hanratty, B. (2021). Prevalence of loneliness amongst older people in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *PloS One* 16 (7), e0255088. doi: 10.1371/journal.pone.0255088.
- Dahlberg, L., Agahi, N. & Lennartsson, C. (2018). Lonelier than ever? Loneliness of older people over two decades. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 75, 96–103. doi: 10.1016/j.archger.2017.11.004.
- Dahlberg, L., Andersson, L., McKee, K. J. & Lennartsson, C. (2015). Predictors of loneliness among older women and men in Sweden: a national longitudinal study. *Aging & Mental Health* 19 (5), 409–417. doi: 10.1080/13607863.2014.944091.
- Doménech-Abella, J., Lara, E., Rubio-Valera, M., Olaya, B., Moneta, M. V., Rico-Urbe, L. A., Ayuso-Mateos, J. L., Mundó, J. & Haro, J. M. (2017). Loneliness and depression in the elderly: the role of social network. *Social Psychiatry and Psychiatric epidemiology* 52 (4), 381–390. doi: 10.1007/s00127-017-1339-3.

- Eloranta, S., Arve, S., Isoaho, H., Lehtonen, A. & Viitanen, M. (2015). Loneliness of older people aged 70: A comparison of two Finnish cohorts born 20 years apart. *Archives of Gerontology & Geriatrics* 61 (2), 254–260. doi: 10.1016/j.archger.2015.06.004.
- Gierveld, J. D. J., & Tilburg, T. V. (2006). A 6-item scale for overall, emotional, and social loneliness: Confirmatory tests on survey data. *Research on aging*, 28 (5), 582–598. doi: 10.1177/0164027506289723.
- Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of behavioral medicine*, 40 (2), 218–227. doi: 10.1007/s12160-010-9210-8.
- Hawkey, L. C., Wroblewski, K., Kaiser, T., Luhmann, M. & Schumm, L. P. (2019). Are U.S. older adults getting lonelier? Age, period, and cohort differences. *Psychology & Aging* 34 (8), 1144–1157. doi: 10.1037/pag0000365.
- Heikkinen, E., Kauppinen, M., Rantanen, T., Leinonen, R., Lyyra, T. M., Suutama, T., & Heikkinen, R. L. (2011). Cohort differences in health, functioning and physical activity in the young-old Finnish population. *Aging clinical and experimental research*, 23 (2), 126–134. doi: 10.3275/6932
- Heikkinen, R-L. & Suutama, T. (1991). Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn ja terveyden arviointi. Ikivihreät -projekti, osa 2. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja 1991:10.
- Honigh-de Vlaming, R., Haveman-Nies, A., Bos-Oude Groeniger, I., de Groot, L. & van 't Veer, P. (2014). Determinants of trends in loneliness among Dutch older people over the period 2005-2010. *Journal of Aging & Health* 26 (3), 422–440. doi: 10.1177/0898264313518066.
- Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2004). A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. *Research on aging*, 26 (6), 655–672. doi:10.1177/0164027504268574.
- Hulur, G., Drewelies, J., Eibich, P., Duzel, S., Demuth, I., Ghisletta, P., Steinhagen-Thiessen, E., Wagner, G. G., Lindenberger, U. & Gerstorf, D. (2016). Cohort differences in psychosocial function over 20 years: Current older adults feel less lonely and less dependent on external circumstances. *Gerontology* 62 (3), 354–361. doi: 10.1159/000438991.
- Kemperman, A., van den Berg, P., Weijs-Perrée, M., & Uijtdewillegen, K. (2019). Loneliness of older adults: Social network and the living environment. *International journal of environmental research and public health*, 16 (3), 406. doi: 10.3390/ijerph16030406.

- Lachman, M. E., Neupert, S. D. & Agrigoroaei, S. (2011). The Relevance of Control Beliefs for Health and Aging. Teoksessa K. W. Schaie and S. L. Willis (toim.) *Handbook of the Psychology of Aging*. 7. painos. E-kirja. Yhdysvallat: Elsevier Science & Technology, 175–190. Viitattu 25.10.2021.
- Lampinen, O. (2000). *Suomen koulutusjärjestelmän kehitys*. 2. korjattu painos. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Lewer, D., O'Reilly, C., Mojtabai, R., & Evans-Lacko, S. (2015). Antidepressant use in 27 European countries: associations with sociodemographic, cultural and economic factors. *The British Journal of Psychiatry*, 207 (3), 221–226. doi: 10.1192/bjp.bp.114.156786.
- Luhmann, M. & Hawkey, L. C. (2016). Age differences in loneliness from late adolescence to oldest old age. *Developmental Psychology* 52 (6), 943. doi: 10.1037/dev0000117.
- Lundberg, O., & Manderbacka, K. (1996). Assessing reliability of a measure of self-rated health. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 24 (3), 218–224. doi: 10.1177/140349489602400314
- Lykes, V. A. & Kemmelmeier, M. (2014). What predicts loneliness? Cultural difference between individualistic and collectivistic societies in Europe. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 45 (3), 468–490. doi: 10.1177/0022022113509881.
- Munukka, M., Koivunen, K., von Bonsdorff, M., Sipilä, S., Portegijs, E., Ruoppila, I., & Rantanen, T. (2021). Birth cohort differences in cognitive performance in 75- and 80-year-olds: a comparison of two cohorts over 28 years. *Aging Clinical and Experimental Research*, 33 (1), 57–65. doi: 10.1007/s40520-020-01702-0.
- Newmyer, L., Verdery, A. M., Margolis, R., & Pessin, L. (2021). Measuring Older Adult Loneliness Across Countries. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76 (7), 1408–1414. doi: 10.1093/geronb/gbaa109.
- Nicolaisen, M., & Thorsen, K. (2014). Loneliness among men and women – A five-year follow-up study. *Aging & mental health*, 18 (2), 194–206. doi: 10.1080/13607863.2013.821457.
- Nyqvist, F., Cattan, M., Conradsson, M., Näsman, M. & Gustafsson, Y. (2017). Prevalence of loneliness over ten years among the oldest old. *Scandinavian Journal of Public Health* 45 (4), 411–418. doi: 10.1177/1403494817697511.
- Perissinotto, C. M., Cenzer, I. S. & Covinsky, K. E. (2012). Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death. *Archives of Internal Medicine* 172 (14), 1078–1084. doi: 10.1001/archinternmed.2012.1993.

- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: a meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology* 23 (4), 245–266. doi: 10.1207/153248301753225702.
- Pynnönen, K., Rantanen, T., Kokko, K., Tiikkainen, P., Kallinen, M. & Törmäkangas, T. (2018). Associations between the dimensions of perceived togetherness, loneliness, and depressive symptoms among older Finnish people. *Aging & Mental Health* 22 (10), 1329–1337. doi: 10.1080/13607863.2017.1348479.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied psychological measurement*, 1 (3), 385–401. doi: 10.1177/014662167700100306.
- Rantanen, T., Saajanaho, M., Karavirta, L., Siltanen, S., Rantakokko, M. ym. (2018). Active aging – resilience and external support as modifiers of the disablement outcome: AGNES cohort study protocol. *BMC Public Health* 18, 565. doi: 10.1186/s12889-018-5487-5.
- Routasalo, P. E., Savikko, N., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E., & Pitkälä, K. H. (2006). Social contacts and their relationship to loneliness among aged people—a population-based study. *Gerontology*, 52 (3), 181–187. doi: 10.1159/000091828.
- Russell, D., Ferguson, M. L. & Peplau, L. A. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment* 42 (3), 290–294. doi: 10.1207/s15327752jpa4203_11.
- Schaie, K. W. (2011). Historical Influences on Aging and Behavior. Teoksessa K. W. Schaie and S. L. Willis (toim.) *Handbook of the Psychology of Aging*. 7. painos. E-kirja. Yhdysvallat: Elsevier Science & Technology, 45–55. Viitattu 25.10.2021.
- School Meals for All. Opetushallitus. (2019). Julkaisut ja oppimismateriaalit. Viitattu 14.3.2022.
https://www.oph.fi/sites/default/files/documents/um_casestudyfinland_schoolfeeding_june2019_netti.pdf.
- Shiovitz-Ezra, S. & Ayalon, L. (2010). Situational versus chronic loneliness as risk factors for all-cause mortality. *International Psychogeriatrics* 22 (3), 455–462. doi: 10.1017/S1041610209991426.
- Suanet, B. & van Tilburg, T. G. 2019. Loneliness declines across birth cohorts: The impact of mastery and self-efficacy. *Psychology and Aging* 34 (8), 1134–1143. doi: 10.1037/pag0000357.

- Tähtinen, J., Laakkonen, E. & Broberg, M. (2020). Tilastollisen aineiston käsittelyn ja tulkinnan perusteita. 2. uudistettu painos. E-kirja. Turku: Turun yliopisto. Viitattu 31.3.2022. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-8091-8>.
- Tiikkainen, P., & Heikkinen, R. L. (2005). Associations between loneliness, depressive symptoms, and perceived togetherness in older people. *Aging & Mental Health*, 9 (6), 526–534. doi: 10.1080/13607860500193138.
- Tiikkainen, P. (2011). Yksinäisyys teorioiden valossa. Teoksessa T. Heiskanen & L. Saaristo (toim.) *Kaiken keskellä yksin: yksinäisyyden syyt, seuraukset ja hallintakeinot*. Jyväskylä: PS-kustannus, 59–75.
- Tilastokeskus. (2018a). Elinolotilasto 2018. Viitattu 13.10.2021. http://www.stat.fi/til/eot/2017/eot_2017_2019-05-24_fi.pdf
- Tilastokeskus. (2018b). Perheet 2018. Liitetaulukko 2. Viitattu 5.11.2021. https://tilastokeskus.fi/til/perh/2018/perh_2018_2019-05-22_fi.pdf
- Tilastokeskus. (2019). Asunnot ja asuinolot 2019. Viitattu 14.10.2021 https://www.stat.fi/til/asas/2019/asas_2019_2020-05-20_fi.pdf
- Tilastokeskus. (2020). Asunnot ja asuinolot 2020. Viitattu 14.10.2021. https://www.stat.fi/til/asas/2020/asas_2020_2021-05-20_fi.pdf
- THL. (2022). Depressiolääkkeistä korvausta saaneet 65 vuotta täyttäneet, % vastaavan ikäisestä väestöstä. Viitattu 24.4.2022. <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s070BwA=®ion=s07MBAA=&year=sy5ztC7U0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=202109301228>.
- Tilvis, R. S., Laitala, V., Routasalo, P. E., & Pitkälä, K. H. (2011). Suffering from loneliness indicates significant mortality risk of older people. *Journal of Aging Research* 2011, 534781–5. doi: 10.4061/2011/534781.
- Tomstad, S., Dale, B., Sundsli, K., Sævareid, H. I. & Söderhamn, U. (2017). Who often feels lonely? A cross-sectional study about loneliness and its related factors among older home-dwelling people. *International Journal of Older People Nursing* 12 (4), e12162. doi: 10.1111/opn.12419.
- Victor, C. R. & Yang, K. (2012). The prevalence of loneliness among adults: A case study of the United Kingdom. *The Journal of Psychology* 146 (1-2), 85–104. doi: 10.1080/00223980.2011.613875.

- Victor, C. R., Scambler, S. J., Bowling, A. N. N., & Bond, J. (2005). The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: a survey of older people in Great Britain. *Ageing & Society*, 25 (6), 357–375. doi: 10.1017/S0144686X04003332.
- Weiss, Robert S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge, MA: MIT Press.