

**VAIHDEVUOSIVAIHEIDEN JA -OIREIDEN SEKÄ MIELIALAN YHTEYS KESKI-
IKÄISTEN NAISTEN IKÄKOKEMUKSEEN**

Viivi Luhtanen

Gerontologian ja kansanterveyden pro gradu -tutkielma

Liikuntatieteellinen tiedekunta

Jyväskylän yliopisto

Kevät 2022

TIIVISTELMÄ

Luhtanen, V. 2022. Vaihdevuosivaiheiden ja -oireiden sekä mielialan yhteys keski-ikäisten naisten ikäkokemukseen. Liikuntatieteellinen tiedekunta, Jyväskylän yliopisto, gerontologian ja kansanterveyden pro gradu -tutkielma, 38 sivua.

Ihminen omaksuu elämänsä aikana ikääntymiseen liittyviä ennakkoluuloja, joiden on todettu muuttuvan omaksi kokemukseksi ikääntymisestä keski-ikästä lähtien. Vaihdevuodet sijoittuvat naisten keski-ikään ja niiden aikana saattaa esiintyä erilaisia oireita. Tämän lisäksi vaihdevuosien aikana näyttäisi olevan suurempi riski kokea masentuneisuuden tuntemuksia. Vaihdevuosivaiheiden ja -oireiden sekä vaihdevuosien aikaisten masentuneisuuden tuntemusten yhteyttä ikäkokemukseen on tutkittu vain vähän. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, eroavatko eri vaihdevuosivaiheeryhmiin kuuluvat naiset toisistaan ikäkokemuksen suhteen. Lisäksi tutkimuksessa haluttiin selvittää naisten vaihdevuosioireiden, masentuneisuuden tuntemusten, negatiivisen affektiivisuuden, sekä erilaisten taustatekijöiden yhteyttä ikäkokemukseen.

Tutkimuksessa käytettiin Jyväskylän yliopiston ERMA- tutkimuksen poikkileikkausaineistoa. Tutkittavat olivat 47–55-vuotiaita Jyväskylän alueelta eri vaihdevuosivaiheessa olevia naisia. Analyysissa oli mukana yhteensä 1098 tutkittavaa. Naiset oli jaettu verinäytteestä määritetyn follikkeleita stimuloivan hormonitason ja kuukautisten vuotopäiväkirjan mukaan eri vaihdevuosivaiheeryhmiin: esimenopaussi- (n=304), aikainen perimenopaussi- (n=198), myöhäinen perimenopaussi- (n=209) ja postmenopaussiryhmä (n=387). Tyypillisimpien vaihdevuosioireiden kokemista selvitettiin kyselylomakkeella. Analyysissa oli mukana neljä oireluokkaa: vasomotoriset oireet, somaattiset ja kipuoireet, urogenitaaliset oireet ja psykologiset oireet. Masentuneisuuden tuntemuksia, negatiivista affektiivisuutta ja ikäkokemusta selvitettiin kyselylomakkeilla. Vaihdevuosiryhmien eroja ikäkokemuksen suhteen analysoitiin yksisuuntaisella varianssianalyysillä. Vaihdevuosioireiden, masentuneisuuden tuntemusten, negatiivisen affektiivisuuden sekä taustatekijöiden yhteyttä ikäkokemuksen tarkasteltiin lineaarisella regressioanalyysillä.

Tulosten mukaan ikäkokemus oli kielteisempi postmenopaussi- kuin esimenopaussivaiheessa olevilla naisilla ($F= 3,857$). Vaihdevuosioireista urogenitaaliset ($p=0,003$) sekä somaattiset ja kipuoireet ($p=0,013$) olivat yhteydessä kielteiseen ikäkokemukseen. Masentuneisuuden tuntemukset ($p<0,001$) olivat yhteydessä kielteiseen ikäkokemukseen, mutta negatiivisella affektiivisuudella ei havaittu yhteyttä kielteiseen ikäkokemukseen. Taustamuuttajat eivät selittäneet ikäkokemuksen vaihtelua.

Tutkimus tuotti uutta tietoa vaihdevuosivaiheiden eroista ikäkokemuksen suhteen. Tutkimus tukee aiempia tuloksia urogenitaalisten oireiden, somaattisten ja kipuoireiden sekä masentuneisuuden tuntemusten yhteydestä ikäkokemukseen. Tämän tutkimuksen rajoituksiin kuuluu poikkileikkausasetelma, jonka johdosta ei voida tehdä päätelmiä oireiden ja ikäkokemuksen kausaalisuhteista. Jatkossa tutkimusta tarvitaankin vaihdevuosioireiden sekä masentuneisuuden tuntemusten ja ikäkokemuksen yhteyden taustatekijöistä ja kausaalisuudesta.

Asiasanat: keski-ikä, vaihdevuodet, vaihdevuosioireet, ikäkokemus, masentuneisuus

ABSTRACT

Luhtanen, V. 2022. Association of menopausal status and symptoms, mood, and self-perceptions of aging in middle-aged women. Faculty of Sport and Health Sciences, University of Jyväskylä, Gerontology and Public Health, Master's thesis, 38 pages.

Individuals may internalize aging stereotypes and attitudes during their lifetime. Studies have suggested that self-perceptions of aging become self-relevant around middle age. Menopause is a natural part of women's midlife, but some of them are suffering from bothersome symptoms of menopause. It also seems that women are more likely to have depressive symptoms during menopause. The association of menopausal state, menopausal symptoms, and depressive symptoms to self-perceptions of aging is not well understood. This study aimed to examine the relationship between menopausal status and a self-perception of aging and the association between menopausal symptoms, depressive symptoms, negative affectivity, and self-perceptions of aging.

This study utilized cross-sectional data from the ERMA study. The participants were 47-55-year-old women living in Jyväskylä and its neighboring municipalities. The total number of participants was 1098. Based on hormonal analysis from blood samples and menstrual bleeding diary, women were categorized into four menopausal groups: premenopausal (n=304), early perimenopausal (n=198), late perimenopausal (n=209), and postmenopausal (n=387). Menopausal symptoms were assessed using the baseline questionnaire. Depressive symptoms, negative affectivity, and self-perceptions of aging were evaluated using a standardized and widely used questionnaires. To test differences in self-perceptions of aging between menopausal groups, analysis of variance (ANOVA) was used. Linear regression analyses examined the association between menopausal symptoms, depressive symptoms, negative affectivity, background variables and self-perceptions of aging.

According to the results, postmenopausal women had more negative self-perceptions of aging than premenopausal women ($F= 3,857$). Regression analyses showed a negative association with urogenital ($p=0.003$), somatic and pain symptoms ($p=0.013$), and depressive symptoms ($p<0.001$) for self-perceptions of aging. Negative affectivity and background variables were not related to self-perceptions of aging.

The study's main finding was that postmenopausal women had more negative self-perceptions of aging than premenopausal women. The results align with earlier studies and show that more significant depressive symptoms and urogenital, somatic, and pain menopausal symptoms are related to more negative self-perceptions of aging. The limitation of the present study was the cross-sectional design, and no causal inferences can be made. Future research should focus on the causality of depressive and menopausal symptoms and negative self-perceptions of aging.

Keywords: middle-age, menopause, menopausal symptoms, self-perceptions of aging, depressive symptoms

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | JOHDANTO..... | 1 |
| 2 | IKÄKOKEMUS OSANA NAISTEN IKÄÄNTYMISTÄ..... | 3 |
| 2.1 | Vaihdevuodet ja ikäkokemus | 3 |
| 2.2 | Masentuneisuuden tuntemukset ja ikäkokemus | 4 |
| 3 | VAIHDEVUODET OSANA NAISTEN KESKI-IKÄÄ | 5 |
| 3.1 | Vaihdevuosisiirtymä..... | 5 |
| 3.2 | Vaihdevuosioireet..... | 6 |
| 4 | MASENTUNEISUUDEN TUNTEMUKSET JA MIELIALA..... | 8 |
| 5 | TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET | 11 |
| 6 | TUTKIMUSAINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT | 12 |
| 6.1 | Aineisto ja tutkittavat | 12 |
| 6.2 | Menetelmät ja muuttujat..... | 13 |
| 6.3 | Aineiston analysointi | 14 |
| 7 | TULOKSET | 16 |
| 7.1 | Tutkittavien taustatiedot | 16 |
| 7.2 | Vaihdevuosioireiden kokeminen vaihdevuosiryhmissä | 17 |
| 7.3 | Tutkimusmuuttujien väliset korrelaatiot..... | 20 |
| 7.4 | Vaihdevuosiryhmien erot ikäkokemuksen suhteen | 22 |
| 7.5 | Selittävien muuttujien yhteys ikäkokemukseen lineaarisessa regressiomallissa...22 | |
| 8 | POHDINTA..... | 24 |
| | LÄHTEET | 28 |

1 JOHDANTO

Monissa yhteiskunnissa vallitsee ennakkoluuloja ikääntymisestä, minkä mukaan vanheneminen elämänvaiheena tuo mukanaan väistämättä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn sekä käyttäytymisen rappeutumista (Wurm ym. 2017). Näiden ennakkoluulojen myötä on muotoutunut ikäkokemuksen käsite, jonka teoreettinen viitekehys kuvataan Levyn (2009) stereotyyppien ilmenemisteoriassa (Wurm ym. 2017). Tämän teorian mukaan ikääntymiseen liittyviä ennakkoluuloja sisäistetään ympäristöstä, ja ne muokkaavat omaa kokemusta ikääntymisestä myönteiseksi tai kielteiseksi (Levy 2009). Näyttää siltä, että ikäkokemus alkaa ilmentymään ihmisen elämässä kasvavassa määrin juuri keski-ikästä vanhuuteen asti (Diehl & Wahl 2010; Infurna ym. 2020; Levy 2009). Ikäkokemuksen yhteyttä terveyteen ja toimintakykyyn on tutkittu paljon, mutta yksilöiden ikäkokemuksen muutoksia keski-ikästä vanhuuteen on tutkittu vähemmän (Diehl ym. 2021).

Vaihdevuodet sijoittuvat naisten keski-ikään. Vaihdevuosilla tarkoitetaan kuukautisten lopullista päättymistä, joka seuraa munasarjojen follikkelitoiminnan loppumisesta. Vaihdevuosisiirtymä jaetaan yleensä eri vaiheisiin, joita ovat esimenopaussi, perimenopaussi ja postmenopaussi (Soules ym. 2001). Naiset saattavat kokea vaihdevuosiensa aikana erilaisia oireita ja nämä oireet voivat kestää joistakin kuukausista jopa useisiin vuosiin vaihdevuosisiirtymän aikana (Soules ym. 2001). Yleisimpiä vaihdevuosisoireita ovat esimerkiksi kuumat aallot ja yöhikoilu. Selitystä vaihdevuosisoireiden kokemiseen on haettu vaihdevuosien aikaisista hormonimuutoksista. Näiden oireiden lisäksi naisilla näyttäisi olevan kohonnut riski kokea masentuneisuuden tunteita vaihdevuosien aikana (Bromberger ym. 2007; Bromberger ym. 2010; de Kruif ym. 2016).

Ikäkokemuksen yhteyttä vaihdevuosisoireisiin ja masentuneisuuden tunteisiin on tutkittu jonkin verran. Näiden tutkimusten mukaan on havaittu muun muassa että kielteisempi ikäkokemus on yhteydessä intensiivisempiin vaihdevuosisoireisiin (Busch ym. 2003; Nosek ym. 2010) sekä masentuneisuuden tunteisiin vaihdevuosien aikana (Shea 2006; Wang ym. 2013). Toisaalta Shea (2006) pohtii, että ikäkokemuksen ja oireiden välisten yhteyksien suunta on vielä tuntematon. Hän jatkaa, että myös vaihdevuosisoireiden kokeminen voisi selittää kielteisempää ikäkokemusta. Vaihdevuosisoireiden ja masentuneisuuden tunteiden yhteydestä ikäkokemukseen on vain vähän tutkimustietoa.

Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena on selvittää, eroaako eri vaihdevuosivaiheessa olevien naisten ikäkokemus toisistaan. Lisäksi selvitetään vaihdevuosisoireiden, masentuneisuuden tuntemusten, negatiivisen affektiivisuuden ja taustatekijöiden yhteyttä ikäkokemukseen. Tutkimuksessa käytetään Estrogeeni, vaihdevuodet ja toimintakyky – tutkimuksen (ERMA) poikkileikkausaineistoa.

2 IKÄKOKEMUS OSANA NAISTEN IKÄÄNTYMISTÄ

Ihmisen erityispiirteisiin kuuluu kyky pohtia ja havainnoida omaa persoonallisuutta ja ikääntymisprosessiaan (Westerhof & Wurm 2015). Ikääntyessään ihminen etsii merkityksiä tapahtumille ja toimintakyvyn biologisille, sosiaalisille ja psykologisille muutoksille (Westerhof & Wurm 2015). Ikääntymiseen liittyviä prosesseja kuvataan erilaisilla termeillä, kuten subjektiivinen ikääntyminen, ikäidentiteetti ja ikääntymisen ennakkoluulot (Diehl ym. 2014). Tässä tutkielmassa keskitytään käyttämään termiä ”ikäkokemus”, joka on viimevuosina vakiintunut kuvaamaan aikuisten ikääntymiskokemusta (Diehl ym. 2014).

Levyn (2009) luoman teorian mukaan ihminen omaksuu koko elämänsä ajan ikääntymiseen liittyviä ennakkoluuloja, jotka lopulta muuttuvat omaksi ikäkokemukseksi, kun omaksutut ennakkoluulot kohdistuvat ikääntymisen myötä henkilöön itseän. Ennakkoluulojen omaksuminen on tiedostamatonta, ja omaksumisen myötä ne ovat yhteydessä ihmisen terveyteen ja toimintakykyyn (Levy 2009). Diehl ym. (2015) täydentävät, että Levy (2009) teoriailaan esittää psykologisen viitekehyksen ikästereotyyppien ja ikäsyrjinnän sosiaalisen konseptin ymmärtämiseksi. Yhteenvedon esitetään, että ikäkokemus on perusta, jolle kokemus omasta ikääntymisestä perustuu itsetuntemuksen tapaan (Diehl ym. 2014), ja ikäkokemus muuttuu olennaiseksi osaksi ikääntymistä juuri keski-ikässä selittäen myöhempään terveyttä, toimintakykyä ja pitkäikäisyyttä (Levy 2003; Levy 2009).

2.1 Vaihdevuodet ja ikäkokemus

Useat tutkimukset ovat tarkastelleet ikäkokemuksen yhteyttä vaihdevuosisoireisiin. Kielteisemmin ikääntymisensä kokeneet naiset raportoivat vaihdevuosiensa aikana intensiivisemmistä oireista (Nosek ym. 2010) sekä enemmän vasomotorisia oireita, nivelkipuja, emättimen kuivuutta, seksuaalista haluttomuutta ja urogenitaalisia oireita kuin ikääntymisensä myönteisemmin kokevat naiset (Busch ym. 2003). Shean (2006) tutkimuksessa kielteinen ikäkokemus vaihdevuosien aikana oli yhteydessä muistiongelmien, keskittymisvaikeuksiin, selkäkipuun, huimaukseen ja pääkipuun sekä kielteinen ikäkokemus että ennakkoluulot vaihdevuosista yhdessä, olivat yhteydessä uniongelmiin ja emättimen kuivuuteen. Erilaiset taustatekijät saattavat selittää vaihdevuosisoireiden ja ikäkokemuksen välistä yhteyttä. Nosekin ym. (2010) mukaan naisilla, joilla oli heikompi tulotaso ja enemmän koettua stressiä, oli

kielteisempi ikäkokemus ja enemmän ennakkoluuloja vaihdevuosista. Vaihdevuosisoireiden yhteydestä ikäkokemukseen ei ole tutkimustuloksia. Shea (2006) painottaa, että ikäkokemuksen ja vaihdevuosisoireiden kausaalisuhde on vielä määrittämätön.

Vaihdevuosivaiheiden yhteydestä ikäkokemukseen on ristiriitaista tietoa. Kavirajan ym. (2011) tutkivat postmenopausivaiheessa olevia naisia ja havaitsivat, että korkeampi ikä oli yhteydessä kielteisempään ikäkokemukseen. Sitä vastoin Dasgupta ja Ray (2017) tutkivat perimenopausivaiheessa ja eri-ikäisiä postmenopausivaiheessa olevia naisia. Heidän mukaansa postmenopausivaiheessa olevien naisten, joiden kuukautisten poisjäännistä oli kulunut jo yli viisi vuotta, ikäkokemus oli myönteisempi verrattuna aiemmissa vaihdevuosivaiheissa oleviin naisiin.

2.2 Masentuneisuuden tuntemukset ja ikäkokemus

Monet tutkimukset ovat havainneet ikäkokemuksen olevan yhteydessä masentuneisuuden tuntemuksiin (Freeman ym. 2016; Han & Richardson 2015; Liu ym. 2020) ja samanlaisia yhteyksiä on havaittu myös naisilla vaihdevuosien aikana, kun kielteisemmin ikääntymisensä kokeneet naiset raportoivat enemmän myös masentuneisuuden tuntemuksia (Busch ym. 2003; Dennersteinin ym. 2004; Shea 2006; Wang ym. 2013). Sen lisäksi Buschin ym. (2003) tutkimuksessa kielteisemmin ikääntymisensä kokeneet vaihdevuosi-ikäiset naiset kokivat useammin ärtyisyyttä, mielialan vaihteluita, surullisuutta, sekä uupumusta kuin naiset, jotka kokivat ikääntymisensä myönteisemmin.

Masentuneisuuden tuntemusten yhteyttä ikäkokemukseen on tutkittu vähemmän. Kavirajan ym. (2011) havaitsivat tutkimuksessaan, että postmenopausivaiheessa olevilla yli 70-vuotiailla naisilla suurempi masentuneisuuden tuntemusten määrä oli yhteydessä kielteisempään ikäkokemukseen. Kuten Shea (2006) ja Wang ym. (2013) pohtivat tutkimuksissaan, poikkileikkausasetelmasta johtuen ei voida tehdä päätelmiä ikäkokemuksen ja oireiden kausaalisista yhteyksistä, vaan voi myös olla, että oireet muokkaavat ikäkokemusta, kuten Kavirajan ym. (2011) tutkimuksessa havaittiin.

3 VAIHDEVUODET OSANA NAISTEN KESKI-IKÄÄ

Keski-ian määritellään olevan 40–60 ikävuoden välillä, ja ihmiset itse arvioivat sen alkavan keskimäärin 44-vuotiaana sekä päättyvän 59-vuotiaana (Lachman ym. 2015). Keski-ikä tuo mukanaan naisten elämään monenlaisia muutoksia, joita voivat olla esimerkiksi lasten muuttaminen omilleen, keski-ian kriisi sekä valmistautuminen eläkkeelle jäämiseen (Moustafa ym. 2020). Keski-ian elämänmuutokset voidaan kokea myös myönteisenä. Mitchell ja Helson (1990) havaitsivat, että noin 50-vuotiaat naiset arvioivat elämänlaatunsa, terveytensä ja tulotonsa hyväksi tässä elämänvaiheessa. He lisäävät, että lasten onnistunut kasvatusta ja auttaminen omilleen voivat tuoda tyytyväisyyttä, sekä antaa tilaa uudelle ja vapaammalle elämäntyyliille naisten elämässä. Toisaalta nämä muutokset voivat aiheuttaa stressiä ja ahdistusta, mikä vaikuttaa usein enemmän naisiin kuin miehiin (Moustafa ym. 2020). Kaiken kaikkiaan keski-ikä tarjoaa tärkeän sekä valmistavan siirtymävaiheen vanhuuteen (Lachman 2004).

Myös vaihdevuodet sijoittuvat naisten keski-ikään. Vaihdevuodet saattavat merkitä naisille roolien ja elämäntarkoituksen muuttumista, mikä voidaan kokea kielteisenä (Deeks & McCabe 2004). Vaihdevuodet voivat tuoda mukanaan häiritseviä oireita, jotka haittaavat naisten henkilökohtaista ja sosiaalista elämää sekä työssäkäyntiä (Monteleone ym. 2018). Vaihdevuosilla tarkoitetaan naisten kuukautiskierron päättymistä, joka johtuu siitä, että munasarjojen follikkelitoiminta loppuu. Toisin sanoen tämä tarkoittaa naisten hedelmällisen iän päättymistä. Keskimääräinen ikä vaihdevuosien alkamiselle on 51 vuotta, mutta yksilöllinen vaihtelu hedelmällisyyden päättymiseen on suuri (Jokimaa 2010).

3.1 Vaihdevuosisiirtymä

Vaihdevuosisiirtymä kuvaa vaihdevuosien eri vaiheita ennen ja jälkeen kuukautisten päättymistä. Vaihdevuosien siirtymävaihe määritellään alkavaksi kuukautisten muuttuessa epäsäännöllisiksi noin viisi vuotta ennen kuukautisten poisjääntiä (Jokimaa 2010). Vaihdevuosisiirtymän alkaessa naisten hormonitoiminta muuttuu ja kuukautiskierron pituus alkaa vaihdella lisäten vuodottomia kiertoja (Soules ym. 2001).

Vaihdevuosisiirtymän vaiheita ovat esimenopaussi, aikainen perimenopaussi, myöhäinen perimenopaussi sekä postmenopaussi. Esimenopaussista käytetään myös termiä premenopaussi, jolloin viitataan joko muutamaa edeltävään vuoteen ennen vaihdevuosiä, tai koko edeltävään ajanjaksoon ennen vaihdevuosiä (World Health Organization, WHO 1996). Aikaisessa perimenopaussivaiheessa kuukautiskierron pituus voi alkaa vaihdella esimerkiksi entisen 24 päivän kierrosta 31 päivän kiertoon (Soules ym. 2001). Sitä seuraavassa myöhemmässä perimenopaussivaiheessa kuukautiset alkavat jäämään välistä, sisältäen vähintään yhden yli 60 päivän pituisen jakson ilman kuukautisia. Postmenopaussivaihe alkaa myöhäisen perimenopaussin jälkeen, kun viimeisten kuukautisten poisjäännistä on kulunut 12 kuukautta (Soules ym. 2001).

3.2 Vaihdevuosisoireet

Vaihdevuosien aikana koettujen oireiden kirjo on laaja. Tyypillisimpiä vaihdevuosisoireita ovat kuumat aallot, yöhikoilu, emättimen kuivuus ja univaikeudet (Col ym. 2009; Woods & Mitchell 2005). Tämän lisäksi vaihdevuosi-ikäiset naiset raportoivat erilaisista oireista liittyen esimerkiksi seksuaalisiin toimintahäiriöihin, masennukseen, ahdistukseen, muistin heikentymiseen, uupumukseen, päänsärkyihin, nivelkipuihin ja painonnousuun (Woods & Mitchell 2005). Edellä esitettyjä vaihdevuosisoireita voidaan jakaa yksinkertaisemmin, joko fyysisiin ja psyykkisiin oireisiin (Bruce & Rymer 2009), tai erilaisten oireluokkien mukaan, esimerkiksi vasomotorisiin, urogenitaalisiin, ja mielialaoireisiin sekä unihäiriöihin (Santoro ym. 2015). Oireet alkavat usein jo vuosia ennen varsinaista menopaussia munasarjojen toiminnan muuttumisen myötä (Jokimaa 2010). Naiset kokevat vaihdevuosisoireita hyvin yksilöllisesti, ja ilmenemiseen vaikuttavat erilaiset tekijät, kuten terveydentilanne ja sosioekonominen asema (Monteleone ym. 2018).

Vasomotoristen oireiden eli kuumien aaltojen ja yöhikoilun on havaittu olevan vaihdevuosien pääoireita (Thurston & Joffe 2011). Vasomotoriset oireet vaivaavat useimpia naisia vaihdevuosisiirtymän aikana, mutta niiden vakavuus, kesto ja yleisyys vaihtelevat laajasti naisten kesken (Santoro ym. 2015). Pitkittäistutkimuksessa jopa 80 % naisista raportoi vasomotorisia oireita, ja useimmiten naiset kärsivät näistä oireista aikaisen ja myöhäisen perimenopaussivaiheen välillä (Gold ym. 2006).

Urogenitaalisia eli virtsa- ja sukupuolielinten alueella ilmeneviä oireita ovat emättimen kuivuus, yhdyntäkivut sekä virtsankarkailu. Tämän alueen kudokset ovat herkkiä estrogeenihormonin muutoksille, jota tapahtuu vaihdevuosien aikana (Santoro ym. 2015). Estrogeenitaso jää vaihdevuosisiirtymän jälkeen matalammalle tasolle tehden kudoksista hauraammat ja aiheuttaen epämiellyttäviä oireita. Vaihdevuosi-ikäisistä naisista noin 27–60 % kokevat emättimen kuivuuden ja yhdyntäkivut haitaltaan kohtalaisina tai vakavina (Pastore ym. 2004; Santoro & Komi 2009).

Somaattisiin ja kipuoireisiin vaihdevuosien aikana kuuluvat sydämen tykytykset, erilaiset kivut ja säryt päässä, luissa ja nivelissä sekä väsymys ja rintojen arkuus (Bruce & Rymer 2009). Suomalaisista 45–64-vuotiaista naisista 27 % raportoi päänsärystä sekä selkä- ja nivelkivuista vaihdevuosiensa aikana (Hemminki ym. 1995). Moilanen ym. (2010) havaitsivat, että naiset raportoivat häiritsevimmiksi oireiksi yleisimpien vaihdevuosisoireiden lisäksi selkä- ja lihaskivut. He kuitenkin alleviivaavat tutkimuksessaan, että erilaisilla elintapatekijöillä, kuten liikkumattomuudella, ylipainolla ja alkoholinkäytöllä havaittiin yhteys oireiden häiritsevyyteen.

Univaikeudet ovat yleisiä keski-ikäisillä naisilla, ja ne on yhdistetty itse vaihdevuosisiirtymään, kuumien aaltojen oireeseen, ahdistuksen ja masennuksen oireisiin, aiempiin unihäiriöihin, lääkkeiden käyttöön sekä psykososiaalisiin tekijöihin ja käyttäytymiseen (Joffe ym. 2010). Univaikeuksien esiintyminen oli yleisempää perimenopausaalisilla, postmenopausaalisilla sekä kirurgisesti eli munasarjojen poiston myötä menopausaalisilla naisilla verrattuna esimenopausavaiheessa oleviin naisiin (Xu & Lang 2014). Pitkittäistutkimuksen mukaan havaittiin, että yleisin vaihdevuosien aikainen ongelma oli öinen heräileminen (Baker ym. 2018). Edellä esitettyjen oireiden lisäksi naiset kärsivät vaihdevuosiensa aikana mielialaan liittyvistä oireista, kuten masentuneisuuden tuntemuksista.

4 MASENTUNEISUUDEN TUNTEMUKSET JA MIELIALA

Perinteisesti mielenterveyttä luonnehditaan Maailman terveysjärjestön (WHO:n) määritelmällä, jonka mukaan mielenterveys nähdään tilana, jossa yksilö pystyy käsittämään omat henkilökohtaiset kykynsä, selviytymään normaalista elämän kuormituksesta ja työskentelemään tuottavasti sekä toisaalta pystyy vaikuttamaan myös ympärillään olevaan yhteisöön (WHO 2004). Hyvästä mielenterveydestä huolimatta ihmiset kokevat laajasti tunteita surullisuudesta vihaan ja ilottomuuteen (Galderisi ym. 2017). WHO on ennustanut mielenterveyshäiriöiden erityisesti masennuksen johtavaksi kuormituksen aiheuttajaksi maailmanlaajuisesti vuoteen 2030 mennessä (WHO 2012). Lisäksi koronaviruspandemia on lisännyt mielenterveysoireiden taakkaa väestössä erityisesti naisilla. Meta-analyysin mukaan naisilla oli miehiin verrattuna suurempi riski kärsiä masennuksesta ja ahdistuksesta koronaviruspandemian aikana (Wang ym. 2020). Tässä tutkielmassa keskitytään masennuksen oireista koostuviin, lievempiin masentuneisuuden tuntemuksiin, joita naiset saattavat kokea vaihdevuosien aikana.

Masennusta kuvaillaan laajasti ja vaihtelevilla ilmaisuilla satunnaisesta matalasta mielialasta, surullisuuden tunteista sen kliiniseen määrittelyyn (Bromberger ym. 2011). Käypä hoito -suosituksen (2021) mukaan depressio on oireyhtymä, jonka diagnostiikassa keskeistä on yksittäisten masennusoireiden tunnistaminen ja oireyhtymän toteaminen. Diagnoosi edellyttää, että kymmenestä kriteerioireesta esiintyy vähintään neljä, ja että oireita on esiintynyt päivittäin vähintään kahden viikon ajan. Lisäksi oireiden on oltava vaikeusasteeltaan kliinisesti merkittäviä. Käypä hoito ICD-10 tautiluokituksen mukaan masennustilan oireita ovat muun muassa alakuloinen mieliala, kiinnostuksen ja mielihyvän menetys, vähentyneet voimavarat ja väsymys sekä perusteettomat ja kohtuuttomat itsesyytökset. Rosenström ja Jokela (2017) huomauttavat, että masennuksen diagnostinen määritelmä aiheuttaa kuitenkin edelleen kiivasta keskustelua, huolimatta sen keskeisestä roolista kliinisessä hoitotyössä ja tutkimuksessa.

Vaihdevuosien aikana esiintyy mielialahäiriöitä, jotka ovat määrittämättömiä kliinisiä oireyhtymiä ja joita kuvaa masentuneisuus sekä ahdistuneisuus (Bromberger ym. 2007; Campbell ym. 2017; de Kruif ym. 2016; Santoro ym. 2015). Pitkittäistutkimuksessa havaittiin, että naiset raportoivat enemmän masentuneisuuden tuntemuksista perimenopaussin sekä postmenopaussin aikana (Bromberger ym. 2007). Saman suuntaisia tuloksia vahvisti Weberin ym. (2014) tutkimus, jonka mukaan peri- ja postmenopaussivaiheessa olevilla naisilla on

merkitsevästi suurempi riski masennusoireille verrattuna esimenopaussivaiheessa oleviin naisiin. Monteleonen ym. (2018) mukaan naiset ovat alttiita masennusoireille vaihdevuosisiirtymän aikana. Lisäksi naiset, joiden vaihdevuosisiirtymä oli pidempi kuin muilla, raportoivat enemmän masennusoireita (Dennerstein ym. 2004). Vasomotoristen oireiden yhteydestä masennusoireisiin vaihdevuosien aikana on saatu ristiriitaisia tuloksia. Kohorttitutkimuksen mukaan perimenopaussi ja postmenopaussivaiheessa olevilla naisilla on suurempi riski vakavaan masennusjaksoon vaihdevuosien aikana riippumatta vasomotoristen oireiden vaikutuksesta (Bromberger ym. 2011). Toisaalta laajan katsauksen mukaan havaittiin, että vasomotoriset oireet olivat yhteydessä masentuneisuuden tuntemuksiin (Cohen ym. 2006; Natari ym. 2018), mutta eivät vakavaan masennukseen (Nadari ym. 2018).

On esitetty, että naisten masennus olisi yhteydessä lisääntymiskykyyn liittyviin tapahtumiin. Sen mukaan synnytyksen jälkeisessä masennuksessa, kuukautisia edeltävässä dysforisessa häiriössä, ja vaihdevuosien aikaisessa masennuksessa taustalla olisi lisääntymishormonien muutokset, jotka puolestaan mukauttavat mielialan ja käyttäytymisen hermosäätelyjärjestelmiä (Rubinow ym. 1998; Schmidt & Rubinow 2009). Freeman (2015) kuitenkin painottaa, että lopulliset vastaukset näiden välisistä yhteyksistä ja masennuksen etiologiasta sekä lisääntymishormonien roolista masennusoireisiin ovat edelleen epäselviä. Myös kielteisten elämäntapahtumien yhteyttä vaihdevuosien aikaiseen masennukseen on tutkittu. On havaittu, että kielteiset elämäntapahtumat vaihdevuosien aikana selittäisivät heikompa hyvinvointia enemmän kuin itse vaihdevuosien kokeminen (Smith-DiJulio ym. 2008). Toisaalta Cohen ym. (2006) eivät havainneet, että kielteisillä elämäntapahtumilla olisi yhteyttä vaihdevuosien aikaisiin masentuneisuuden tunteisiin.

Kliinisen masennuksen lisäksi naiset saattavat kokea vaihdevuosiensa aikana masennukseen viittaavia oireita, joiden nähdään olevan lievempiä kuin vakavan masennuksen oireet (Joffe ym. 2003). Tällaisia oireita näyttäisivät olevan väsymys ja energianpuute, mielenkiinnon menetys, surullisuuden ja masentuneisuuden tunteet, itkuisuus, ärtyneisyys, ahdistuneisuus, unohtelu, mielialan ailahtelu, muistivaikeudet, tyytymättömyys elämään, etääntyminen, sydämen tykytykset, kireys ja hermostuneisuus, univaikeudet, kiihtymisen ja paniikin tunne sekä keskittymisvaikeudet (Anderson ym. 2011). Näistä oireista muodostuu yksi vaihdevuosisoireiden pääkategoria eli psykologiset oireet (Santoro ym. 2015).

Masentuneisuuden tuntemusten on havaittu olevan yhteydessä positiivisiin ja negatiivisiin affektioihin eli tunteisiin. Vähentyneet positiiviset affektiot olivat yhteydessä surullisuuteen, voimattomuuteen, apaattisuuteen, välinpitämättömyyteen, mielenkiinnon puutteeseen ja itsetunnon heikkenemiseen, jotka ovat myös masentuneisuuden oireita (Watson ym. 1988). Hofmannin ym. (2012) esittelemän transdiagnostisen mallin mukaan mielialahäiriöt johtuisivat säätelemättömistä kielteisistä tunteista ja vähäisistä myönteisistä tunteista. Tätä mallia näyttäisivät vahvistavan tutkimukset, joiden mukaan lisääntyneet ja säätelemättömät negatiiviset affektiot ovat yhteydessä masennusoireisiin (Thomsen 2006; Young & Dietrich 2015).

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, eroavatko eri vaihdevuosivaiheessa olevat naiset ikäkokemuksen suhteen toisistaan. Lisäksi selvitetään vaihdevuosioireiden, masentuneisuuden tuntemusten, negatiivisen affektiivisuuden ja taustatekijöiden yhteyttä keski-ikäisten naisten ikäkokemukseen.

Tutkimuskysymykset ovat

1. Eroavatko eri vaihdevuosivaiheessa olevat naiset ikäkokemuksen suhteen toisistaan?
2. Ovatko vaihdevuosioireet, masentuneisuuden tuntemukset ja negatiivinen affektiivisuus yhteydessä ikäkokemuksen vaihteluun?
3. Ovatko vaihdevuosioireet, masentuneisuuden tuntemukset ja negatiivinen affektiivisuus edelleen yhteydessä ikäkokemuksen vaihteluun, kun taustamuuttajat eli ikä, vaihdevuosivaihe ja itse raportoitu mielialahäiriö otetaan mukaan analyysiin?

Tutkimuksen hypoteesina on, että postmenopausivaiheessa olevilla naisilla on kielteisempi ikäkokemus kuin esimenopausivaiheessa olevilla naisilla. Lisäksi oletetaan, että enemmän vaihdevuosioireita, masentuneisuuden tuntemuksia sekä negatiivisia affektioita kokevilla naisilla on kielteisempi ikäkokemus.

6 TUTKIMUSAINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT

6.1 Aineisto ja tutkittavat

Tässä pro gradu- tutkielmassa hyödynnettiin Estrogeeni, vaihdevuodet ja toimintakyky – ERMA-tutkimuksessa tuotettua aineistoa. ERMA-tutkimuksen ensisijainen tavoite oli tutkia vaihdevuosien hormonien molekyylimekanismien vaikutusta luurankolihaksiin (Kovanen ym. 2018). Lisäksi tutkimuksessa tarkasteltiin sitä, kuinka keski-ikäisten naisten hormonaaliset eroavaisuudet vaihdevuosien vaiheiden aikana vaikuttavat fyysiseen ja psyykkiseen toimintakykyyn (Kovanen ym. 2018). Tutkimus oli väestöpohjainen kohorttitutkimus, jossa oli sekä poikkileikkaus- että pitkittäistutkimusasetelma (Kovanen ym. 2018). Keski-Suomen sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta oli antanut tutkimukselle hyväksyntänsä vuonna 2014 (Kovanen ym. 2018).

ERMA-tutkimukseen kutsuttiin Jyväskylän ja sen lähialueen 47–55-vuotiaita naisia satunnaisotannalla väestötietorekisterikeskuksen asukasrekisteristä (Kovanen ym. 2018). Kutsu lähetettiin 82 %:lle ikäkohortista (n=6878). Ensimmäisen vaiheen läpäisseet osallistujat kutsuttiin mukaan tutkimuksen toiseen vaiheeseen, joka sisälsi laboratoriomittauksia, suostumuksen ERMA-tutkimuksen toiseen ja kolmanteen vaiheeseen, terveystietokyselyn sekä paastoverikokeen (n=1393) (Kovanen ym. 2018). Tutkimuksen kolmannessa vaiheessa oli haastattelu, kehonkoostumusmittaus, fyysisen, psyykkisen ja kognitiivisen toimintakyvyn mittaus (n=1158) (Kovanen ym. 2018). Ennen laboratorioskäynnille osallistumista naiset pitivät vuotopäiväkirjaa kuukautisistaan vähintään 12 viikkoa ja ERMA-tutkimuksen loppuun asti (Kovanen ym. 2018).

Tutkimuksesta poissulkevia kriteereitä olivat muun muassa hormonikorvaushoito, molemminpuolinen munasarjojen poistaminen, munasarjojen monirakkulaoireyhtymä, hormonaalisen ehkäisyvälineen käyttö, ylipaino, sairaus tai lääkitys, ja näitä selvitettiin esitietolomakkeella. Tutkittavat kävivät läpi luonnolliset vaihdevuodet ja heidät jaettiin neljään eri vaihdevuosivaiheeseen kuukautisten vuotopäiväkirjan ja follikkeleita stimuloivan hormonitason mukaan (Kovanen ym. 2018). Tässä tutkielmassa käytettiin ERMA poikkileikkaustutkimuksen osa-aineistoa (n=1098), jossa esimenopaussiryhmään kuului 304 naista, aikaiseen perimenopaussiryhmään 198 naista, myöhäiseen perimenopaussiryhmään 209 naista ja postmenopaussiryhmään 387 naista (Kovanen ym. 2018).

6.2 Menetelmät ja muuttujat

Tämän tutkielman päämuuttujia olivat ikäkokemus, vaihdevuosisoireet, masentuneisuuden tuntemukset sekä negatiivinen affektiivisuus. Ikääntymisen kokemusta mitattiin ikääntymisen ennakkoluuloja mittaavalla Attitudes towards Own Aging -mittarilla (Levy ym. 2002; Liang & Bollen 1983). Mittarissa pyydetään vastaamaan viiteen väittämään 1= ”Ei” tai 2= ”Kyllä”. Väittämiä olivat esimerkiksi ”Asiat muuttuvat haastavammiksi, kun vanhenen”. Mittarista muutettiin analyysiin summapistemäärästä muodostettu muuttuja, jonka arvot vaihtelivat 2–11 pisteen välillä. Mitä suurempi arvo oli, sitä myönteisempi ikäkokemus oli. Mittarin reliabiliteetti oli 0,53.

Vaihdevuosisoireita selvitettiin kysymällä yleisimpiä oireita eli *hikoilemista, kuumia aaltoja, uniongelmia ja unettomuutta, päänsärkyä, nivelkipua, väsymystä ja tehottomuutta, muutoksia mielialassa ja alakuloisuutta, emätinoireita, virtsatieoireita ja seksuaalista haluttomuutta*. Näistä oireista oli mukana muuttujina oireryhmät: ”vasomotoriset oireet”, ”somaattiset oireet ja kivut”, ”urogenitaaliset oireet” ja ”psykologiset oireet”. Vasomotoristen oireiden ja somaattisten oireiden asteikko oli 0–3, urogenitaalisten oireiden asteikko 0–4 ja psykologisten oireiden asteikko 0–5, koettujen oireiden lukumäärän mukaan.

Masentuneisuuden tuntemuksia selvitettiin CES-D-mittarilla (Centre for Epidemiological Studies Depression Scale) (Radloff 1977). Mittarissa pyydetään arvioimaan henkilökohtaisia kokemuksia ja tunteita kuluneen viikon ajalta erilaisten mielialoja kuvaavien väittämien mukaan. Vaihtoehdot väittämille olivat 0= ”Harvoin tai ei koskaan”, 1= ”Joskus”, 2= ”Melko usein” ja 3= ”Lähes koko ajan”. Väittämiä olivat esimerkiksi ”Minun ei ole tehnyt mieli syödä”. Mittarista muutettiin analyysiin summapistemäärästä muodostettu muuttuja, jonka arvot vaihtelivat 0–49 pisteen välillä. Mitä suurempi arvo oli, sitä enemmän masentuneisuuden tunteita oli. Mittarin reliabiliteetti oli 0,90.

Naisten mielialaa selvitettiin positiivista ja negatiivista affektiivisuutta mittaavalla PANAS-mittarilla (Thompson 2007). Mittarissa pyydettiin kuvailemaan koettuja tunteita esimerkiksi *hermostunut*. Mittarin vastausvaihtoehdot olivat 1= ”Ei kuvaa minua lainkaan”, 2= ”Kuvaa minua hieman”, 3= ”Kuvaa minua jossain määrin”, 4= ”Kuvaa minua melko hyvin” sekä, 5=

"Kuvaa minua erittäin hyvin". Analyysissä oli mukana negatiivisen affektiivisuuden viiden väittämän summapistemäärästä muodostettu muuttuja, minkä arvot vaihtelivat 4–20 pisteen välillä. Mitä suurempi arvo oli, sitä kielteisempiä tunteita oli. Mittarin reliabiliteetti oli 0,75.

Taustamuuttujina olivat mukana naisten ikä, vaihdevuosivaihe, koulutus, työtilanne, siviilisäätty, lasten lukumäärä ja itse raportoitu mielialahäiriö. Koulutustasot yhdistettiin analyysiin kolmeen luokkaan 1="Peruskoulu", 2="Toisen asteen koulutus" ja 3="Korkeakoulutus". Työtilanteesta muodostettiin muuttuja 1="Töissä" tai 2="Työtön tai eläköitynyt". Siviilisäätty yhdistettiin luokkiin 1="Naimaton", 2="Parisuhteessa" ja 3="Eronnut tai leski". Lasten lukumäärä muutettiin luokkiin 1="Ei yhtään", 2="1–2 lasta" ja 3="3 tai enemmän". Itse raportoitu mielialahäiriö oli kaksiluokkainen muuttuja 1="Kyllä" tai 2="Ei".

6.3 Aineiston analysointi

Aineiston analysoinnissa käytettiin IBM SPSS Statistics 28 -ohjelmaa. Tilastollisen merkitsevyyden rajaksi asetettiin $p < 0.050$. Aineiston analyysimenetelmänä käytettiin lineaarista regressiomallia, joka soveltui hyvin vastaamaan tutkimuskysymyksiin ja valittuihin muuttujiin.

Päämuuttujien ja taustamuuttujien normaalijakautuneisuutta havainnoitiin vinouden ja huipukkuuden arvojen avulla sekä histogrammeja tarkastelemalla. Lisäksi normaalijakautuneisuutta testattiin Kolmogorov-Smirnovin -testillä. Näiden tarkastelujen perusteella havaittiin, etteivät kaikki päämuuttujat ja osa taustamuuttujista olleet täysin normaalisti jakautuneita.

Vaihdevuosivaiheiryhmiä tarkasteltiin luokiteltujen muuttujien osalta ristiintaulukoinnilla frekvensseinä ja prosentiosuuksina. Lisäksi näiden ryhmien välisiä eroja luokitelluissa muuttujissa tarkasteltiin Pearsonin χ^2 -testillä. Jatkuvien muuttujien keskiarvoja tarkasteltiin yksisuuntaisella varianssianalyysillä (One-Way ANOVA). Tilastollisesti merkitsevien vaihdevuosiryhmien välisiä eroja tarkasteltiin Bonferronin post hoc- testillä varianssien ollessa yhtä suuret, tai varianssien erotessa Tamhanen T2 -testillä. Vaihdevuosioireiden eroja vaihevuosiryhmissä tarkasteltiin ristiintaulukoinnilla ja testin ollessa tilastollisesti merkitsevä käytettiin sovitettujen standardoitujen jäännösten (adjusted standardized residuals, ASR)

analyysiä (Bergman ym. 2003), jolla osoitettiin missä soluissa tilastollisesti merkitsevät erot esiintyivät. Sovitetun standardoidun jäännöksen raja-arvo olivat $\leq -1,96$ ja $\geq 1,96$. Muuttujien välisiä korrelaatioita tarkasteltiin Spearmanin korrelaatiokertoimella.

Lopuksi vaihdevuosisoireiden, masentuneisuuden tuntemusten ja negatiivisen affektiivisuuden yhteyttä ikäkokemuksen vaihteluun tarkasteltiin lineaarisella regressioanalyysillä. Ensimmäisessä analyysissä selitettävänä muuttujana oli ikäkokemus ja selittävinä muuttujina vaihdevuosisoireet, masentuneisuuden tuntemusten ja negatiivinen affektiivisuus. Ensimmäisestä analyysistä jätettiin pois yksitellen muuttujat, jotka eivät olleet tilastollisesti merkitsevästi ($p < 0,050$) yhteydessä ikäkokemukseen. Multikollineaarisuuden suhteen ei havaittu ongelmia. Toiseen analyysiin lisättiin yhtä aikaa selitettävä muuttuja ikäkokemus, selittäviksi muuttujiksi tilastollisesti merkitsevät oireet, sekä ikäkokemuksen kanssa korreloineet taustamuuttujat Spearmanin korrelaatiokertoimesta. Tarvittaessa muuttujia muutettiin malliin sopivaksi dummy-muuttujaksi. Multikollineaarisuutta havaittiin, mutta selittävien muuttujien korrelaatiokerroin oli maltillinen.

7 TULOKSET

7.1 Tutkittavien taustatiedot

Tutkittavien taustatiedot on esitetty taulukossa 1. Vaihdevuosiryhmät erosivat iän suhteen tilastollisesti merkitsevästi toisistaan. Esi- ja aikaisen perimenopaussiryhmän naiset olivat nuorempia kuin myöhemmän perimenopaussiryhmän ja postmenopaussiryhmän naiset. Myöhemmän perimenopaussivaiheen naiset olivat vanhempia kuin esimenopaussivaiheen ja aikaisen perimenopaussiryhmän naiset. Postmenopaussivaiheen naiset olivat vanhempia kuin muiden ryhmien naiset. Masentuneisuuden tuntemusten suhteen oli tilastollisesti merkitseviä eroja vaihdevuosivaihe-ryhmissä. Aikaisen perimenopaussiryhmän ja postmenopaussiryhmän naisilla oli enemmän näitä tuntemuksia kuin esimenopaussiryhmän naisilla, kuten Bondarev ym. (2020) ovat aiemmin raportoineet.

TAULUKKO 1. Tutkittavien taustatiedot vaihdevuosiryhmittäin esitettynä. Ikä, masentuneisuuden tuntemukset ja negatiivinen affektiivisuus raportoitu keskiarvona ja keskihajontana. Muut tiedot frekvensseinä ja prosenttiosuuksina.

| Muuttuja | Esi- menopaussi (304) | Aikainen perimenopaussi (198) | Myöhäinen perimenopaussi (209) | Post- menopaussi (387) | P-arvo |
|---|-----------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| Ikä | 50,3 (1,67) | 50,7 (1,81) | 51,6 (1,90) | 52,3 (1,98) | <0,001 * ¹ |
| Koulutus | 304 | 198 | 209 | 387 | 0,11 ² |
| Peruskoulu | 5 (2) | 3 (2) | 7 (3) | 9 (2) | |
| Toisen asteen koulutus | 165 (54) | 109 (55) | 106 (51) | 239 (62) | |
| Korkeakoulutus | 134 (44) | 86 (43) | 96 (46) | 139 (36) | |
| Työtilanne | 298 | 188 | 206 | 366 | 0,08 ² |
| Töissä | 273 (92) | 168 (89) | 182 (88) | 334 (91) | |
| Työtön tai eläkkeellä | 25 (25) | 20 (20) | 24 (24) | 32 (32) | |
| Siviilisäätty | 303 | 197 | 209 | 387 | 0,29 ² |
| Naimaton | 21 (23) | 19 (20) | 16 (17) | 37 (40) | |
| Parisuhteessa | 242 (29) | 148 (18) | 164 (20) | 278 (33) | |
| Eronnut tai leski | 40 (23) | 30 (18) | 29 (17) | 72 (42) | |
| Lasten lukumäärä | 304 | 197 | 209 | 386 | 0,93 ² |
| Ei yhtään | 35 (25) | 25 (18) | 26 (19) | 53 (38) | |
| 1–2 lasta | 179 (29) | 114 (18) | 114 (18) | 219 (35) | |
| 3 tai enemmän | 90 (27) | 58 (18) | 69 (21) | 114 (34) | |
| Itse raportoitu mielialahäiriö | 29 (32) | 21 (23) | 16 (18) | 25 (26) | 0,26 ² |
| Masentuneisuuden tuntemukset | 8,41 (6,70) | 10,24 (7,94) | 9,35 (7,00) | 9,93 (7,52) | 0,02 * ¹ |
| Negatiivinen affektiivisuus | 7,54 (2,32) | 7,81 (2,51) | 7,80 (2,56) | 7,83 (2,70) | 0,47 ¹ |

¹ One-Way ANOVA, ² χ^2 -testi, * Tilastollisesti merkitsevä ero p-arvon ollessa <0,050.

7.2 Vaihdevuosisoireiden kokeminen vaihdevuosiryhmissä

Taulukko 2 kuvailee naisten raportoimia vaihdevuosisoireita. Vaihdevuosiryhmät erosivat toisistaan tilastollisesti merkitsevästi sekä oireiden kokemisen että oireiden lukumäärien suhteen. Eroja vaihdevuosiryhmien ja oireiden suhteen tarkasteltiin sovitettujen standardoitujen jäännösten perusteella. Naisia, jotka eivät kokeneet vaihdevuosisoireita oli odotettua suurempi määrä esimenopausivaiheessa olevien naisten ryhmässä. Lisäksi esimenopausiryhmän naisilla oli odotettua suuremmat arvot ei vasomotorisia oireita, ei psykologisia oireita, ei somaattisia tai kipuoireita ja ei urogenitaalisia oireita. Myöhäisellä perimenopausiryhmällä oli odotettua suuremmat arvot oireiden kokemisessa, yli kahden vasomotorisen oireen, yli kahden psykologisen oireen ja yli kahden somaattisen ja kipuoireen kokemisessa. Postmenopausivaiheessa olevilla oli odotettua suuremmat arvot oireiden kokemisessa, ja oireista erityisesti vasomotoristen oireiden, yli kahden vasomotorisen oireen, psykologisten oireiden, somaattisten ja kipuoireiden sekä urogenitaalisten oireiden kokemisessa.

TAULUKKO 2. Vaihdevuosisoireiden frekvenssit, prosenttiosuudet ja sovitetut standardoidut jäännökset vaihdevuosivaiheittain.

| | Esi- menopaussi | ASR | Aikainen perimenopaussi | ASR | Myöhäinen perimenopaussi | ASR | Postmenopaussi | ASR | P-arvo |
|--------------------------------|--------------------|--------------|----------------------------|-------------|-----------------------------|-------------|----------------|--------------|-------------------|
| Vaihdevuosisoireita | 168 (20) | -10,2 | 148 (18) | -0,7 | 172 (21) | 2,1 | 353 (42) | 8,4 | <0.001* |
| Ei oireita | 134 (53) | 10,2 | 50 (20) | 0,7 | 37 (15) | -2,1 | 34 (13) | -8,4 | |
| Vasomotorisia oireita | 91 (14) | -11,9 | 103 (16) | -2,1 | 131 (20) | 1,3 | 318 (50) | 11,7 | <0.001* |
| Ei oireita | 213 (47) | 11,9 | 95 (21) | 2,1 | 78 (17) | -1,3 | 69 (15) | -11,7 | |
| Oireiden lukumäärä | | | | | | | | | <0.001* |
| Ei yhtään | 212 (47) | 11,9 | 95 (21) | 2,1 | 78 (17) | -1,3 | 69 (15) | -11,7 | |
| 1 oire | 72 (22) | -2,8 | 72 (22) | 2,1 | 54 (16) | -1,5 | 132 (40) | 2,1 | |
| 2≥ oiretta | 19 (6) | -10,1 | 31 (10) | -4,4 | 77 (25) | 3,0 | 186 (59) | 10,6 | |
| Psykologisia oireita | 96 (18) | -7,5 | 92 (17) | -1,1 | 111 (20) | 1,0 | 249 (45) | 7,1 | <0.001* |
| Ei oireita | 208 (38) | 7,5 | 106 (19) | 1,1 | 98 (18) | -1,0 | 138 (25) | -7,1 | |
| Oireiden lukumäärä | | | | | | | | | <0.001* |
| Ei yhtään | 207 (38) | 7,5 | 106 (19) | 1,1 | 98 (18) | -1,0 | 138 (25) | -7,0 | |
| 1 oire | 45 (19) | -3,5 | 36 (15) | -1,4 | 37 (15) | -1,7 | 123 (51) | 5,8 | |
| 2≥ oiretta | 51 (17) | -5,1 | 56 (18) | 0,1 | 74 (24) | 2,7 | 126 (41) | 2,5 | |
| Somaattisia oireita | 33 (13) | -6,3 | 50 (19) | 0,4 | 61 (23) | 1,9 | 120 (46) | 4,0 | <0.001* |
| Ei oireita | 271 (33) | 6,3 | 148 (18) | -0,4 | 148 (18) | -1,9 | 267 (32) | -4,0 | |
| Oireiden lukumäärä | | | | | | | | | <0.001* |
| Ei yhtään | 270 (32) | 6,3 | 148 (18) | -0,4 | 148 (18) | -1,9 | 267 (32) | -4,0 | |
| 1 oire | 28 (14) | -5,0 | 37 (18) | 0,0 | 43 (21) | 0,7 | 98 (48) | 4,1 | |
| 2≥ oiretta | 5 (9) | -3,3 | 15 (22) | 0,9 | 18 (31) | 2,4 | 22 (38) | 0,4 | |
| Urogenitaalisia oireita | 58 (15) | -6,8 | 67 (17) | -0,4 | 70 (18) | -0,5 | 189 (49) | 7,1 | <0.001* |
| Ei oireita | 246 (35) | 6,8 | 131 (18) | 0,4 | 139 (20) | 0,5 | 198 (28) | -7,1 | |
| Oireiden lukumäärä | | | | | | | | | <0.001* |
| Ei yhtään | 245 (34) | 6,8 | 131 (18) | 0,4 | 139 (28) | 0,5 | 197 (28) | -7,1 | |
| 1 oire | 39 (18) | -3,6 | 42 (19) | 0,6 | 35 (16) | -1,2 | 101 (47) | 3,9 | |
| 2≥ oiretta | 19 (11) | -5,1 | 25 (15) | -1,1 | 35 (21) | 0,7 | 88 (53) | 5,1 | |

χ^2 -testi, * Tilastollisesti merkitsevä ero p-arvon ollessa <0.050.

ASR= Sovitettu standardoitu jäännös, tilastollisesti merkitsevä (p <0.05) arvon ollessa |1,96|.

7.3 Tutkimusmuuttujien väliset korrelaatiot

Vaihdevuosivaiheiden ja -oireiden, negatiivisen affektiivisuuden, masentuneisuuden tuntemusten, taustamuuttujien ja ikäkokemuksen välisiä korrelaatioita tarkasteltiin Spearmanin korrelaatiokertoimen avulla. Tulokset on esitetty taulukossa 3. Masentuneisuuden tuntemukset korreloivat tilastollisesti merkitsevästi ikäkokemuksen kanssa. Negatiivinen affektiivisuus, itse raportoitu mielialahäiriö, vaihdevuosioireiden kokeminen sekä oireista psykologisten oireiden, somaattisten oireiden ja urogenitaalisten oireiden kokeminen korreloi tilastollisesti merkitsevästi ikäkokemuksen kanssa. Myös vaihdevuosivaihe ja ikä korreloivat ikäkokemuksen kanssa, mutta vasomotoriset oireet eivät korreloineet ikäkokemuksen kanssa.

TAULUKKO 3. Spearmanin korrelaatiokertoimet muuttujille.

| | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. | 10. | 11. | 12. | 13. | 14. | 15. |
|---------------------------------|---------|---------|--------|--------|--------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-----|
| 1. Vaihdevuosivaihe | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Ikäkokemus | -0,07** | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Masentuneisuuden tuntemukset | 0,05 | -0,39** | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Negatiivinen affektiivisuus | 0,21 | -0,18** | 0,48** | | | | | | | | | | | | |
| 5. Ikä | 0,40** | -0,06* | -0,02 | -0,01 | | | | | | | | | | | |
| 6. Koulutus | -0,06* | 0,04 | -0,01 | 0,01 | -0,05 | | | | | | | | | | |
| 7. Työtilanne | 0,00 | -0,03 | 0,10** | 0,07* | 0,00 | -0,09** | | | | | | | | | |
| 8. Siviilisäätö | 0,03 | 0,01 | 0,04 | 0,05 | 0,01 | -0,06* | 0,06* | | | | | | | | |
| 9. Lasten lukumäärä | -0,05 | 0,05 | 0,12** | -0,05 | -0,0 | -0,07* | 0,02 | 0,14** | | | | | | | |
| 10. Mielialahäiriö | -0,05 | -0,08** | 0,21** | 0,16** | -0,02 | 0,03 | 0,11** | -0,00 | -0,06* | | | | | | |
| 11. Vaihdevuosioireet | 0,33** | -0,12** | 0,17** | 0,10** | 0,17** | -0,00 | -0,01 | -0,00 | -0,06* | 0,05 | | | | | |
| 12. Vasomotoriset oireet | 0,46** | -0,05 | 0,12** | 0,07* | 0,23** | -0,04 | -0,00 | 0,00 | -0,03 | 0,01 | 0,59** | | | | |
| 13. Psykologiset oireet | 0,24** | -0,22** | 0,42** | 0,25** | 0,09** | -0,04 | -0,03 | -0,02 | -0,06* | 0,08** | 0,51** | 0,34** | | | |
| 14. Somaattiset ja kipuoireet | 0,17** | -0,17** | 0,23** | 0,15** | 0,05 | -0,08** | 0,01 | 0,03 | -0,00 | 0,01 | 0,30** | 0,24** | 0,38** | | |
| 15. Urogenitaaliset oireet | 0,24** | -0,16** | 0,18** | 0,11** | 0,13** | -0,03 | -0,02 | -0,05 | -0,05 | 0,03 | 0,39** | 0,28** | 0,37** | 0,20** | |

Tilastollisesti merkitsevä p-arvon ollessa * <0,05, ** <0,01.

7.4 Vaihdevuosiryhmien erot ikäkokemuksen suhteen

Vaihdevuosiryhmät erosivat toisistaan tilastollisesti merkitsevästi ikäkokemuksen suhteen. Esimenopaussiryhmän ja postmenopaussiryhmän välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero. Postmenopaussivaiheessa olevilla naisilla oli kielteisempi ikäkokemus verrattuna esimenopaussivaiheessa oleviin naisiin. Muiden vaihdevuosiryhmien kesken ei ollut merkitseviä eroja ikäkokemuksen suhteen (Taulukko 4).

TAULUKKO 4. Vaihdevuosiryhmien ikäkokemuksen summamuuttujan (suurempi arvo myönteinen ikäkokemus) keskiarvon vaihtelu ryhmien välillä yksisuuntaisessa varianssianalyysissä.

| | n | Ikäkokemus | | | |
|---------------------------|-----|------------|-------------|---------|------------|
| | | Keskiarvo | 95 %:n LV | F-testi | Bonferroni |
| 1. Esimenopaus | 304 | 9,46 | 9,326–9,607 | 3,857* | 1 > 4 |
| 2. Aikainen perimenopaus | 198 | 9,28 | 9,087–9,478 | | |
| 3. Myöhäinen perimenopaus | 209 | 9,40 | 9,213–9,590 | | |
| 4. Postmenopaus | 387 | 9,12 | 8,970–9,384 | | |

* Tilastollisesti merkitsevä ero p-arvon ollessa <0,050. LV= luottamusväli.

7.5 Selittävien muuttujien yhteys ikäkokemukseen lineaarisessa regressiomallissa

Vaihdevuosioiden (vasomotoriset oireet, psykologiset oireet, somaattiset ja kipuoireet sekä urogenitaaliset oireet), masentuneisuuden tuntemusten ja negatiivisen affektiivisuuden yhteyttä ikäkokemukseen selvitettiin lineaarisella regressioanalyysillä. Ikäkokemus oli selitettävä muuttuja ja vaihdevuosioiden, masentuneisuuden tuntemukset ja negatiivinen affektiivisuus selittäviä muuttujia. Koska analyysistä poistettiin selittävät muuttujat, jotka eivät olleet tilastollisesti merkitseviä, lopullisessa mallissa olivat mukana urogenitaaliset oireet, somaattiset ja kipuoireet sekä masentuneisuuden tuntemukset. Masentuneisuuden tuntemukset, urogenitaaliset oireet sekä somaattiset ja kipuoireet osoittautuivat tilastollisesti merkitseviksi selittäjiksi kielteiselle ikäkokemukselle, ja mitä enemmän näitä oireita oli, sitä kielteisempi ikäkokemus oli. Malli selitti 19 % ja se sopi hyvin aineistoon – $F(3, 1091) = 85,636$ $p < 0,001$ (Taulukko 5).

TAULUKKO 5. Ikäkokemuksen vaihtelu selittävien tekijöiden suhteen vaihdevuosi-ikäisillä naisilla lineaarisessa regressioanalyysissä. Mallissa mukana vain tilastollisesti merkitsevät selittäjät.

| | Beta | 95 % LV | β | t | p-arvo |
|------------------------------|-------|--------------|---------|--------|------------------|
| Masentuneisuuden tuntemukset | -0,07 | -0,08– -0,06 | -0,38 | -13,72 | <0,001 |
| Urogenitaaliset oireet | -0,14 | -0,23– -0,04 | -0,08 | -2,96 | 0,003 |
| Somaattiset ja kipuoireet | -0,17 | -0,31– -0,03 | -0,07 | -2,49 | 0,013 |

β =standardoitu regressiokerroin, LV=luottamusväli, Beta=standardoimaton regressiokerroin, t=t-testisuure.

Seuraavassa vaiheessa lineaarisella regressioanalyysillä tarkasteltiin ikäkokemuksen (selitettävän muuttujan) vaihtelua, jossa selittävinä tekijöinä olivat ikä, vaihdevuosivaihe, itse raportoitu mielialahäiriö sekä ensimmäisessä vaiheessa tilastollisesti merkitsevät muuttujat eli masentuneisuuden tuntemukset, urogenitaaliset oireet ja somaattiset oireet. Lineaariseen regressioanalyysiin mukaan lisätyt muuttujat eivät selittäneet merkitsevästi ikäkokemuksen vaihtelua. Lisäksi ensimmäisessä mallissa olleet tilastollisesti merkitsevät muuttujat (masentuneisuuden tuntemukset, urogenitaaliset oireet sekä somaattiset ja kipuoireet) selittivät edelleen merkitsevästi ikäkokemuksen vaihtelua. Malli selitti 19 % ja se sopi hyvin aineistoon – $F(6, 1081) = 50,286$ $p < 0,001$ (Taulukko 6).

TAULUKKO 6. Ikäkokemuksen vaihtelu selittävien tekijöiden ja kontrolloivien tekijöiden suhteen lineaarisessa regressioanalyysissä.

| | Beta | 95 % LV | β | t | p-arvo |
|------------------------------|-------|--------------|---------|--------|------------------|
| Ikä | -0,04 | -0,08– -0,00 | -0,05 | -1,93 | 0,054 |
| Vaihdevuosivaihe | -0,01 | -0,08– -0,05 | -0,01 | -0,49 | 0,621 |
| Mielialahäiriö | -0,01 | -0,29– -0,26 | -0,00 | -0,08 | 0,936 |
| Masentuneisuuden tuntemukset | -0,07 | -0,08– -0,06 | -0,38 | -13,07 | <0,001 |
| Urogenitaaliset oireet | -0,12 | -0,22– -0,03 | -0,07 | -2,59 | 0,010 |
| Somaattiset ja kipuoireet | -0,16 | -0,03– -0,02 | -0,06 | -2,30 | 0,021 |

β =standardoitu regressiokerroin, LV=luottamusväli, Beta=standardoimaton regressiokerroin, t=t-testisuure.

8 POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää keski-ikäisten naisten vaihdevuosisivaiheiden, koettujen vaihdevuosioireiden, masentuneisuuden tuntemusten, negatiivisen affektiivisuuden ja ikäkokemuksen välisiä yhteyksiä. Tutkimuksen tuloksena postmenopausivaiheessa olevien naisten ikäkokemus oli kielteisempi kuin esimenopausivaiheessa olevien naisten ikäkokemus. Naisten kokemat masentuneisuuden tuntemukset olivat yhteydessä kielteisempään ikäkokemukseen, mutta negatiivisella affektiivisuudella ei havaittu yhteyttä ikäkokemukseen. Lisäksi tutkimuksessa havaittiin, että vaihdevuosioireista urogenitaaliset oireet sekä somaattiset ja kipuoireet olivat yhteydessä kielteisempään ikäkokemukseen. Urogenitaaliset oireet, somaattiset ja kipuoireet sekä masentuneisuuden tuntemukset olivat edelleen yhteydessä kielteisempään ikäkokemukseen, kun taustamuuttajat lisättiin mukaan analyysiin.

Vaihdevuosisivaiheiden yhteydestä ikäkokemukseen oli vielä vähän aiempaa tutkimustietoa. Kavirajan ym. (2011) tutkimuksessa havaittiin, että korkeampi ikä oli yhteydessä kielteisempään ikäkokemukseen. Sen perusteella tämän tutkimuksen tulosta voitiin pitää odotettuna, koska postmenopausivaiheessa olevat naiset olivat vanhempia kuin esimenopausivaiheessa olevat naiset. Toisaalta Dasguptan ja Rayn (2017) tutkimuksessa havaittiin, että perimenopausivaiheessa olevien naisten ikäkokemus oli kielteisempi kuin postmenopausivaiheessa olevien naisten ikäkokemus. Heidän tutkimuksessaan vaihdevuosisivaiheerohdat eivät täysin täsmänneet tähän tutkimukseen, mikä täytyy huomioida tutkimusten tuloksien vertaamisessa.

Vaihdevuosioireiden yhteydestä ikäkokemukseen oli myös niukasti aiempaa tutkimustietoa, mutta joidenkin tutkimusten mukaan havaittiin viitteitä kielteisen ikäkokemuksen yhteydestä vaihdevuosioireiden kokemiseen. Dasgupta ja Ray (2013) havaitsivat, että vaihdevuosioireista virtsanpidätysvaikeudet ennustivat kielteisiä kokemuksia vaihdevuosista ja ikääntymisestä. Nosekin ym. (2010) mukaan niillä naisilla, joilla oli kielteisempi ikäkokemus, raportoivat intensiivisemmistä vaihdevuosioireista. Toisaalta heidän tutkimuksessaan oli yhdistetty vaihdevuosioireiden kokeminen vain neljään yleisimpään oireeseen: kuumat aallot, yöhikoilu, päivähikoilu ja emättimen kuivuus. Buschin ym. (2003) tutkimuksessa ikääntymisensä kielteisenä kokeneet naiset raportoivat nivelkivuista, urogenitaalisista oireista ja emättimen kuivuudesta enemmän kuin naiset, jotka kokivat ikääntymisensä myönteisempänä. Toisaalta tämän tutkimuksen tulokset olivat ristiriidassa

Buschin ym. (2003) tuloksiin, jossa ikääntymisensä kielteisempänä kokeneet naiset raportoivat enemmän vasomotorisia oireita. Tässä tutkimuksessa ei havaittu vasomotoristen oireiden ja ikäkokemuksen välillä yhteyttä. Tulosten vertailussa tulee kuitenkin huomioida, että nämä kolme tutkimusta tarkastelivat ikäkokemusta mittarilla, mikä selvitti myös ennakkoluuloja ja kokemuksia vaihdevuosista.

Aiempien tutkimusten mukaan kielteinen ikäkokemus oli yhteydessä masentuneisuuden tuntemuksiin (Busch ym. 2003; Dennerstein ym. 2004; Shea 2006; Wang ym. 2013), mutta aiempaa tutkimustietoa masentuneisuuden tuntemusten yhteydestä ikäkokemukseen oli vähemmän. Kavirajan ym. (2011) tulokset tukevat tämän tutkimuksen tuloksia masentuneisuuden tuntemusten yhteydestä kielteisempään ikäkokemukseen. Sen sijaan negatiivisella affektiivisuudella ei havaittu yhteyttä ikäkokemukseen tässä tutkimuksessa. Useat tutkimukset ovat havainneet, että masentuneisuuden tuntemukset ja negatiivinen affektiivisuus ovat yhteydessä toisiinsa (Thomsen 2006; Young & Dietrich 2015; Iqbal & Dar 2015). Tämän perusteella negatiivisen affektiivisuuden olisi voinut olettaa olevan masentuneisuuden tuntemusten tapaan yhteydessä ikäkokemukseen tässä tutkimuksessa. Voi olla, että masentuneisuuden tuntemukset ovat pidempiaikaisia sekä terveyttä, hyvinvointia ja ikäkokemusta enemmän selittävä tila kuin negatiivinen affektiivisuus.

Tutkielman taustamuuttujiksi valittiin ikä, vaihdevuosivaihe, siviilisääty, koulutus, työtilanne, lasten lukumäärä sekä itse raportoitu mielialahäiriö. Analyysiin mukaan valituilla taustamuuttujilla, eli iällä, vaihdevuosivaiheella tai itse raportoidulla mielialahäiriöllä ei havaittu olevan yhteyttä ikäkokemukseen. Masentuneisuuden tuntemukset, urogenitaaliset oireet sekä somaattiset ja kipuoireet olivat edelleen merkitsevästi yhteydessä kielteiseen ikäkokemukseen taustamuuttujien lisäämisen jälkeen analyysiin.

Tällä tutkimuksella oli heikkouksia, jotka tulee huomioida tulosten luotettavuudessa ja yleistettävyydessä. Tutkimuksessa käytettiin ERMA-tutkimuksen alkumittauksen poikkileikkausaineistoa, joka rajoittaa kausaalisten johtopäätösten tekemistä tuloksista. Tästä syystä ei voida tehdä päätelmiä esimerkiksi sen suhteen, onko kielteinen ikäkokemus masentuneisuuden tuntemusten taustalla tai toisinpäin. Tämän tutkimuksen yksi heikkous oli ikäkokemusmuuttujan suhteellisen matala tulos reliabiliteettianalyysissa. Tämä saattoi johtua siitä, että mittarin viides osio oli kolmiluokkainen, joka johti analyysissa muita mittarin osioita suurempaan painoarvoon. Ikäkokemuksen mittarin neljän ensimmäisen osion asteikot olivat

kaksiluokkaisia. Tästä tutkimuksesta jätettiin taustamuuttujien osalta pois erilaiset elintapatekijät, kuten tupakointi, alkoholinkäyttö ja liikunta-aktiivisuus. On mahdollista, että näillä tutkimuksesta rajatuilla elintapatekijöillä on myös yhteys keski-ikäisten naisten ikäkokemukseen tai vaihdevuosisoireisiin, masentuneisuuden tuntemuksiin ja negatiiviseen affektiivisuuteen. Esimerkkinä Bondarev ym. (2020) havaitsivat, että aktiivisesti liikkuvat vaihdevuosi-ikäiset naiset kokivat vähemmän masentuneisuuden tuntemuksia kuin naiset, jotka liikkuvat vähemmän.

Tutkimuksen vahvuuksia oli ERMA-tutkimuksen suuri otoskoko 47–55 vuotiaista naisista sekä tarkasti määritellyt jaot eri vaihdevuosisivaieryhmiin kuukautisten vuotopäiväkirjan ja verinäytteestä follikkeleita stimuloivan hormonitason mukaan (Kovanen ym. 2018). Vahvuutena voidaan pitää myös tutkimuksesta saatuja uusia tuloksia keski-ikäisten naisten ikäkokemuksesta ja vaihdevuosisivaiheista, kun postmenopaussivaiheessa olevilla naisilla havaittiin olevan kielteisempi ikäkokemus verrattuna esimenopaussivaiheessa oleviin naisiin. Eri vaihdevuosisivaiheita sisälsivät eri määrän oireita, joten vaihdevuosisivaiheita koskevaan tulokseen täytyy suhtautua varauksella (Laakkonen ym. 2017). Kuitenkin muut tutkimuksessa käytetyt mittarit, kuten masentuneisuuden tunteita mittaava CES-D-mittari (Radloff 1977) ovat vakiintuneet laajasti mittaamaan kyseisiä ilmiöitä.

Tämä tutkimus noudatti hyviä tutkimuseettisiä käytänteitä sekä tietosuojaan liittyviä ohjeita. Tutkimuksessa käytetty aineisto oli valmiiksi anonymisoitu, jonka avulla varmistettiin tutkittavien anonymiteetti. Tämän lisäksi henkilötietoihin liittyviä muuttujia yhdistettiin osaksi suurempia luokkia, jolla varmistettiin, ettei kukaan yksittäinen tutkittava ole tunnistettavissa tuloksista. Aineistoa käsiteltiin suojatussa verkkoyhteydessä ja tallennettiin salasanalla suojatulla yliopiston verkkoasemalla. Kaikista tutkimuksesta saaduista tuloksista raportoitiin rehellisesti.

Tämän tutkimus onnistui esittämään vaihdevuosisivaiheiden, vaihdevuosisivaiheista urogenitaalisten ja somaattisten sekä kipuoireiden ja masentuneisuuden tuntemusten välisen yhteyden kielteisempään ikäkokemukseen. Tutkimus vahvistaa ajatusta, että ikääntymisen myötä masentuneisuuden tuntemukset, vaihdevuosisivaiheet sekä kielteinen ikäkokemus kumuloituvat epätasaisesti naisille. Terveystieteissä tulisi kiinnittää huomiota vaihdevuosisivaiheisten naisten kertomiin oireisiin, jotta voidaan tarjota apua varhaisessa vaiheessa oireiden helpottamiseksi. Jatkotutkimusta tulisi suunnata vielä vaihdevuosisivaiheiden, keski-ikässä

esiintyvien erilaisten oireiden, masentuneisuuden tuntemusten sekä ikäkokemuksen kausaliiteetin selvittämiseksi. Näiden toimien myötä voidaan tulevaisuudessa taata fyysisesti ja psyykkisesti terveempi ikääntyminen kaikille naisille.

LÄHTEET

- Anderson, D., Melby, M. K., Sievert, L. L., & Obermeyer, C. M. (2011). Methods used in cross-cultural comparisons of psychological symptoms and their determinants. *Maturitas*, 70 (2), 120–126. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2011.07.014>
- Baker, F. C., de Zambotti, M., Colrain, I. M., & Bei, B. (2018). Sleep problems during the menopausal transition: Prevalence, impact, and management challenges. *Nature and Science of Sleep*, Volume 10, 73–95. <https://doi.org/10.2147/NSS.S125807>
- Bondarev, D., Sipilä, S., Finni, T., Kujala, U. M., Aukee, P., Laakkonen, E. K., Kovanen, V., & Kokko, K. (2020). The role of physical activity in the link between menopausal status and mental well-being. *Menopause*, 27 (4), 398–409. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001490>
- Bromberger, J. T., Kravitz, H. M., Chang, Y.-F., Cyranowski, J. M., Brown, C., & Matthews, K. A. (2011). Major depression during and after the menopausal transition: Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Psychological Medicine*, 41 (9), 1879–1888. <https://doi.org/10.1017/S003329171100016X>
- Bromberger, J. T., Matthews, K. A., Schott, L. L., Brockwell, S., Avis, N. E., Kravitz, H. M., Everson-Rose, S. A., Gold, E. B., Sowers, M., & Randolph, J. F. (2007). Depressive symptoms during the menopausal transition: The Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Journal of Affective Disorders*, 103 (1–3), 267–272. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.01.034>
- Bromberger, J. T., Schott, L. L., Kravitz, H. M., Sowers, M., Avis, N. E., Gold, E. B., Randolph, J. F., & Matthews, K. A. (2010). Longitudinal change in reproductive hormones and depressive symptoms across the menopausal transition: Results from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Archives of General Psychiatry*, 67 (6), 598. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.55>
- Bruce, D., & Rymer, J. (2009). Symptoms of the menopause. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 23 (1), 25–32. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2008.10.002>
- Busch, H., Barth-Olofsson, A. S., Rosenhagen, S., & Collins, A. (2003). Menopausal transition and psychological development: *Menopause*, 10 (2), 179–187. <https://doi.org/10.1097/00042192-200310020-00011>

- Campbell, K. E., Dennerstein, L., Finch, S., & Szoek, C. E. (2017). Impact of menopausal status on negative mood and depressive symptoms in a longitudinal sample spanning 20 years. *Menopause*, 24 (5), 490–496. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000805>
- Cohen L. S., Soares, C. N., Vitonis, A. F., Otto, M. W., Harlow, B. L. (2006) Risk for new onset of depression during the menopausal transition: the Harvard study of moods and cycles. *Archives of General Psychiatry* 63(4), 385–390. <https://doi:10.1001/archpsyc.63.4.385>
- Col, N. F., Guthrie, J. R., Politi, M., & Dennerstein, L. (2009). Duration of vasomotor symptoms in middle-aged women: A longitudinal study. *Menopause*, 16 (3), 453–457. <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e31818d414e>
- Dasgupta, D., & Ray, S. (2013). Attitude toward menopause and aging: A study on postmenopausal women of West Bengal. *Journal of Women & Aging*, 25 (1), 66–79. <https://doi.org/10.1080/08952841.2012.720203>
- Dasgupta, D., & Ray, S. (2017). Is menopausal status related to women's attitudes toward menopause and aging? *Women & Health*, 57 (3), 311–328. <https://doi.org/10.1080/03630242.2016.1160965>
- de Kruif, M., Spijker, A. T., & Molendijk, M. L. (2016). Depression during the perimenopause: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 206, 174–180. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.07.040>
- Deeks, A. A., & McCabe, M. P. (2004). Well-being and menopause: An investigation of purpose in life, self-acceptance and social role in premenopausal, perimenopausal and postmenopausal women. *Quality of Life Research*, 13 (2), 389–398. <https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000018506.33706.05>
- Dennerstein, L., Guthrie, J. R., Clark, M., Lehert, P., & Henderson, V. W. (2004). A population-based study of depressed mood in middle-aged, Australian-born women. *Menopause*, 11 (5), 563–568. <https://doi.org/10.1097/01.GME.0000113844.74462.F6>
- Diehl M. & Wahl, H. W. (2010). Awareness of age-related change: Examination of a (mostly) unexplored concept. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 65B, 340–350. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbp110>
- Diehl, M., Wahl, H.-W., Brothers, A. F. & Miche, M. (2015). Subjective aging and awareness of aging. Toward a new understanding of the aging self. Teoksessa M. Diehl & H.-W. Wahl (toim.) *Annual reviews of gerontology and geriatrics. Subjective aging: New Developments and future directions*. New York: Springer Publishing Company, 2.

- Diehl, M., Wahl, H.-W., Barrett, A. E., Brothers, A. F., Miche, M., Montepare, J. M., Westerhof, G. J., & Wurm, S. (2014). Awareness of aging: Theoretical considerations on an emerging concept. *Developmental Review*, 34 (2), 93–113. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2014.01.001>
- Diehl, M., Wettstein, M., Spuling, S. M., & Wurm., S. (2021). Age-related change in self-perceptions of aging: Longitudinal trajectories and predictors of change. *Psychology and Aging*, 36(3), 344–359. <https://doi.org/10.1037/pag0000585>
- El Khoudary, S. R., Greendale, G., Crawford, S. L., Avis, N. E., Brooks, M. M., Thurston, R. C., Karvonen-Gutierrez, C., Waetjen, L. E., & Matthews, K. (2020). The menopause transition and women’s health at midlife: A progress report from the Study of Women’s Health Across the Nation (SWAN). *Obstetrical & Gynecological Survey*, 75 (3), 172–173. <https://doi.org/10.1097/01.ogx.0000655420.43344.88>
- Freeman, A. T., Santini, Z. I., Tyrovolas, S., Rummel-Kluge, C., Haro, J. M., & Koyanagi, A. (2016). Negative perceptions of ageing predict the onset and persistence of depression and anxiety: Findings from a prospective analysis of the Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). *Journal of Affective Disorders*, 199, 132–138. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.042>
- Freeman, E. W. (2015). Depression in the menopause transition: Risks in the changing hormone milieu as observed in the general population. *Women’s Midlife Health*, 1 (1), 2. <https://doi.org/10.1186/s40695-015-0002-y>
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2017). A proposed new definition of mental health. *Psychiatria Polska*, 51 (3), 407–411. <https://doi.org/10.12740/PP/74145>
- Gold, E. B., Colvin, A., Avis, N., Bromberger, J., Greendale, G. A., Powell, L., Sternfeld, B., & Matthews, K. (2006). Longitudinal analysis of the association between vasomotor symptoms and race/ethnicity across the menopausal transition: Study of Women’s Health Across the Nation. *American Journal of Public Health*, 96 (7), 1226–1235. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.066936>
- Han, J., & Richardson, V. E. (2015). The relationships among perceived discrimination, self-perceptions of aging, and depressive symptoms: A longitudinal examination of age discrimination. *Aging & Mental Health*, 19 (8), 747–755. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.962007>

- Hemminki, E., Topo, P. & Kangas, I. (1995). Experience and opinions of climacterium by Finnish women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 62, 81–87. [https://doi.org/10.1016/0301-2115\(95\)02118-Q](https://doi.org/10.1016/0301-2115(95)02118-Q)
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Fang, A., & Asnaani, A. (2012). Review: Emotion dysregulation model of mood and anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 29 (5), 409–416. <https://doi.org/10.1002/da.21888>
- Infurna, F. J., Gerstorf, D. & Lachman, M. E. (2020). Midlife in the 2020s: Opportunities and challenges. *American Psychologist*, 75, 470–485. <https://doi.org/10.1037/amp0000591>
- Iqbal, N., & Dar, K. A. (2015). Negative affectivity, depression, and anxiety: Does rumination mediate the links? *Journal of Affective Disorders*, 181, 18–23. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.002>
- Joffe, H., Massler, A., & Sharkey, K. (2010). Evaluation and management of sleep disturbance during the menopause transition. *Seminars in Reproductive Medicine*, 28 (05), 404–421. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1262900>
- Joffe, H., Soares, C. N., & Cohen, L. S. (2003). Assessment and treatment of hot flushes and menopausal mood disturbance. *Psychiatric Clinics of North America*, 26 (3), 563–580. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(03\)00045-5](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(03)00045-5)
- Jokimaa, V. (2010). Munasarja ikääntyy -mikä muuttuu. *Suomen Lääkärilehti* 39, 3115–3121.
- Kavirajan, H., Vahia, I. V., Thompson, W. K., Depp, C., Allison, M., & Jeste, D. V. (2011). Attitude toward own aging and mental health in post-menopausal women. *Asian Journal of Psychiatry*, 4 (1), 26–30. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2011.01.006>
- Kovanen, V., Aukee, P., Kokko, K., Finni, T., Tarkka, I. M., Tammelin, T., Kujala, U. M., Sipilä, S., & Laakkonen, E. K. (2018). Design and protocol of Estrogenic Regulation of Muscle Apoptosis (ERMA) study with 47 to 55-year-old women's cohort: Novel results show menopause-related differences in blood count. *Menopause*, 25 (9), 1020–1032. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001117>
- Käypä hoito -suositus. (2021). Depressio. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 11.5.2022. www.kaypahoito.fi
- Laakkonen, E. K., Kulmala, J., Aukee, P., Hakonen, H., Kujala, U. M., Lowe, D. A., Kovanen, V., Tammelin, T., & Sipil, S. (2017). Female reproductive factors are associated with objectively measured physical activity in middle-aged women. *PLOS ONE*, 16. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0172054>

- Lachman, M. E. (2004). Development in midlife. *Annual Review of Psychology* 55, 305–331. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141521>
- Lachman, M. E., Teshale, S., & Agrigoroaei, S. (2015). Midlife as a pivotal period in the life course: Balancing growth and decline at the crossroads of youth and old age. *International Journal of Behavioral Development*, 39 (1), 20–31. <https://doi.org/10.1177/0165025414533223>
- Levy, B. (2009). Stereotype Embodiment: A psychosocial approach to aging. *Current Directions in Psychological Science*, 18 (6), 332–336. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01662.x>
- Levy, B. R. (2003). Mind Matters: Cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. *The Journals of Gerontology: Series B*, 58 (4), 203–211. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.4.P203>
- Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., & Kasl, S. V. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83 (2), 261–270. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.2.261>
- Liang, J., & Bollen, K. A. (1983). The Structure of the Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A Reinterpretation. *Journal of Gerontology*, 38 (2), 181–189. <https://doi.org/10.1093/geronj/38.2.181>
- Liu, D., Xi, J., Hall, B. J., Fu, M., Zhang, B., Guo, J., & Feng, X. (2020). Attitudes toward aging, social support and depression among older adults: Difference by urban and rural areas in China. *Journal of Affective Disorders*, 274, 85–92. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.052>
- Mitchell, V., & Helson, R. (1990). Women's prime of life: Is it the 50s? *Psychology of Women Quarterly*, 14, 451–470. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1990.tb00224.x>
- Moilanen, J. (2010). Prevalence of menopause symptoms and their association with lifestyle among Finnish middle-aged women. *Maturitas*, 67, 368–370. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2010.08.007>
- Monteleone, P., Mascagni, G., Giannini, A., Genazzani, A. R., & Simoncini, T. (2018). Symptoms of menopause—Global prevalence, physiology and implications. *Nature Reviews Endocrinology*, 14 (4), 199–215. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2017.180>
- Moustafa, A. A., Crouse, J. J., Herzallah, M. M., Salama, M., Mohamed, W., Misiak, B., Frydecka, D., Al-Dosari, N. F., Megreya, A. M., & Mattock, K. (2020). Depression Following Major Life Transitions in Women: A Review and Theory. *Psychological Reports*, 123 (5), 1501–1517. <https://doi.org/10.1177/0033294119872209>

- Natari, R. B., Clavarino, A. M., McGuire, T. M., Dingle, K. D., & Hollingworth, S. A. (2018). The bidirectional relationship between vasomotor symptoms and depression across the menopausal transition: A systematic review of longitudinal studies. *Menopause*, 25 (1), 109–120. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000949>
- Nosek, M., Kennedy, H. P., Beyene, Y., Taylor, D., Gilliss, C., & Lee, K. (2010). The Effects of perceived stress and attitudes toward menopause and aging on symptoms of menopause. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55 (4), 328–334. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2009.09.005>
- 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. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Pastore, L. M. Carter, R. A., Hulka, B., S. & Wells, E. (2004). Self-reported urogenital symptoms in postmenopausal women: Women's Health Initiative. *Maturitas* 4 (49), 292–303. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2004.06.019>
- Rosenström, T & Jokela, M. (2017). Reconsidering the definition of Major Depression based on Collaborative Psychiatric Epidemiology Surveys. *Journal of Affective Disorders*, (207) 38–46. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.09.014>
- Rubinow, D. R, Schmidt, P. J. & Roca C. A. (1998). Estrogen-serotonin interactions: implications for affective regulation. *Biological Psychiatry* 44 (9) 839–50.
- Santoro, N. & Komi, J. (2009). Prevalence and Impact of Vaginal Symptoms among Postmenopausal Women. *The Journal of Sexual Medicine* 8 (6), 2133-2141. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01335.x>
- Santoro, N., Epperson, C. N., & Mathews, S. B. (2015). Menopausal symptoms and their management. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 44 (3), 497–515. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2015.05.001>
- Schmidt, P. J., & Rubinow, D. R. (2009). Sex hormones and mood in the perimenopause. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1179 (1), 70–85. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04982.x>
- Shea, J. L. (2006). Chinese women's symptoms: Relation to menopause, age and related attitudes. *Climacteric*, 9 (1), 30–39. <https://doi.org/10.1080/13697130500499914>
- Smith-DiJulio K., Woods, N. F. & Mitchell, E. S. (2008). Well-being during the menopausal transition and early postmenopause: a longitudinal analysis. *Menopause* 15, 1095–1102. <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e3181728451>

- Soules, M. R., Sherman, S., Parrott, E., Rebar, R., Santoro, N., Utian, W., & Woods, N. (2001). Executive summary: Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW) Park City, Utah, July, 2001: *Menopause*, 8 (6), 402–407. <https://doi.org/10.1097/00042192-200111000-00004>
- Thompson, E. R. (2007). Development and validation of an internationally reliable short-form of the positive and negative affect schedule (PANAS). *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 38 (2), 227–242. <https://doi.org/10.1177/0022022106297301>
- Thomsen, D. K. (2006). The association between rumination and negative affect: A review. *Cognition and Emotion*, 20 (8), 1216–1235. <https://doi.org/10.1080/02699930500473533>
- Thurston, R. C., & Joffe, H. (2011). Vasomotor symptoms and menopause: Findings from the Study of Women’s Health across the Nation. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 38 (3), 489–501. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2011.05.006>
- Tully-Wilson, C., Bojack, R., Millear, P. M., Stallman, H. M., Allen, A., & Mason, J. (2021). Self-perceptions of aging: A systematic review of longitudinal studies. *Psychology and Aging*, 36 (7), 773–789. <https://doi.org/10.1037/pag0000638>
- Wang, H.-L., Booth-LaForce, C., Tang, S.-M., Wu, W.-R., & Chen, C.-H. (2013). Depressive symptoms in Taiwanese women during the peri- and post-menopause years: Associations with demographic, health, and psychosocial characteristics. *Maturitas*, 75 (4), 355–360. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.04.021>
- Wang, Y., Kala, M. P., & Jafar, T. H. (2020). Factors associated with psychological distress during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on the predominantly general population: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 15 (12), e0244630. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244630>
- Watson, D., Clark, L. A., & Carey, G. (1988). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 97 (3), 346–353. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.97.3.346>
- Weber, M. T., Maki, P. M., & McDermott, M. P. (2014). Cognition and mood in perimenopause: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology*, 142, 90–98. <https://doi.org/10.1016/j.jsbmb.2013.06.001>
- Westerhof, G. J. & Wurm, S. (2015). Longitudinal research on subjective aging, health, and longevity. Current evidence and new directions for research. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 1 (13) 145–165. <https://doi.org/10.1891/0198-8794.35.145>

- World Health Organization. (1996). Research on the menopause in the 1990's. Report of a WHO Scientific Group. Raportti. Viitattu 15.10.2022
- World Health Organization. (2012). Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level Raportti. Viitattu 7.6.2022
- World Health Organization. (2004). Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Raportti. Viitattu 11.5.2022.
- World Health Organization. (2022). Mental Health. Verkkosivu. Viitattu 12.5.2022. https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_2
- Woods, N. F., & Mitchell, E. S. (2005). Symptoms during the perimenopause: Prevalence, severity, trajectory, and significance in women's lives. *The American Journal of Medicine*, 118 (12), 14–24. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2005.09.031>
- Wurm, S., Diehl, M., Kornadt, A. E., Westerhof, G. J., & Wahl, H.-W. (2017). How do views on aging affect health outcomes in adulthood and late life? Explanations for an established connection. *Developmental Review*, 46, 27–43. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2017.08.002>
- Young, C. C. & Dietrich M. S. (2015). Stressful life events, worry, and rumination predict depressive and anxiety symptoms in young adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 1 (28), 35–42. <https://doi.org/10.1111/jcap.12102>
- Xu, Q., & Lang, C. P. (2014). Examining the relationship between subjective sleep disturbance and menopause: A systematic review and meta-analysis. *Menopause*, 21 (12), 1301–1318. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000000>

