

**KESKI-IÄSSÄ KOETUN TYÖSTRESSIN YHTEYS MIELENTERVEYSONGELMIIN
IKÄÄNTYNEILLÄ**

Virpi Tikkanen

Gerontologian ja
kansanterveystieteen pro gradu –
tutkielma
Kevät 2015
Terveystieteiden laitos
Jyväskylän yliopisto

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ	3
ABSTRACT	4
1 JOHDANTO	5
2 STRESSIN PITKÄAIKAISVAIKUTUKSET ELÄMÄNKULUN NÄKÖKULMASTA	6
2.1 Elämäntilanne	6
2.2 Stressi elämän eri vaiheissa	7
3 TYÖSTRESSI	10
3.1 Työhön liittyviä taustatekijöitä	10
3.2 Yksilöön liittyviä taustatekijöitä	12
4 MIELENTERVEYSONGELMAT JA NIIDEN ESIINTYMINEN IKÄÄNTYNEILLÄ	14
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	17
6 AINEISTO JA MENETELMÄT	18
6.1 Osallistujat	18
6.2 Menetelmät ja muuttujat	18
6.3 Aineiston analyysi	21
7 TULOKSET	22
7.1 Tutkittavien taustatiedot	22
7.2 Stressioireprofiilien yhteys mielenterveysongelmiin	24
7.3 Yksittäisten stressioireiden yhteys mielenterveysongelmiin	28
8 POHDINTA	32
LÄHTEET	36

TIIVISTELMÄ

Virpi Tikkanen (2015). Keski-iässä koetun työstressin yhteys mielenterveysongelmiin ikääntyneillä. Terveystieteiden laitos, Jyväskylän yliopisto, Gerontologian ja kansanterveystieteen pro gradu- tutkielma, 41 s.

Työssä koetun stressin on aiemmin todettu olevan yhteydessä masennusoireisiin, ja pitkittyneen stressille altistumisen lisäävän psyykkisen oireilun todennäköisyyttä. Tarkoituksena on selvittää, ovatko keski-iässä koetut erityyppiset työstressioireet ja niiden kokemisen kesto yhteydessä 28 vuotta myöhemmin eläkeiässä koettuihin mielenterveysongelmiin.

Aineisto on peräisin Työterveyslaitoksen Kuntatyöntekijöiden työ- ja toimintakyvyn sekä terveyden 28-vuotisseurantatutkimuksesta. Tämän tutkimuksen N=2745 (keskimääräinen ikä vuonna 1981 50 v, naisia 63,4 %) ja se koostuu niistä vuoden 2009 kyselyyn vastanneista, joilla aineistonkeruun alkaessa ei ollut mielenterveysongelmia ja joilta oli stressioireisiin liittyvät tiedot vuosilta 1981 ja 1985. Vuosien 1981 ja 1985 vastausten pohjalta muodostettujen neljän stressioireprofiilin (Kulmala ym. 2013) yhteyttä heidän vuonna 2009 raportoimiinsa mielenterveysongelmiin tarkasteltiin χ^2 -testin ja sovitettujen standardoitujen jäännösten avulla. Stressioireprofiileja olivat työhön liittyvät negatiiviset reaktiot ja masentuneisuus, koetut muistiongelmia, unihäiriöt ja somaattiset oireet. Mielenterveysongelmiksi määriteltiin kaikki itse arvioitua tai lääkärin toteamat lievät tai vakavat mielenterveyden häiriöt ja ongelmat.

Mielenterveysongelmien kokemisessa eläkeiässä oli eroa keski-iässä koettujen stressioireiden ja niiden keston mukaan jokaisen stressioireprofiilin kohdalla. Tilastollisesti merkitsevien sovitettujen standardoitujen jäännösten perusteella mielenterveysongelmia esiintyi odotettua enemmän niillä, joilla oli ollut pitkäkestoisesti negatiivisia reaktioita työhön ja masentuneisuutta, pitkäkestoisia muistiongelmia tai somaattisia stressioireita, tai satunnaisia tai jatkuvia uniongelmia. Odotettua vähemmän mielenterveysongelmia esiintyi niillä, joilla ei ollut tai oli ollut satunnaisesti negatiivisia reaktioita työhön ja masentuneisuutta. Mielenterveysongelmat olivat epätyypillisiä myös niiden keskuudessa, joilla ei ollut muistiongelmia, unihäiriöitä tai somaattisia stressioireita.

Keski-iässä koetut työstressioireet ja niiden kokemisen kesto olivat yhteydessä mielenterveysongelmien kokemiseen eläkeiässä. Mielenterveysongelmia ilmeni odotettua enemmän niillä, joilla oli ollut jatkuvia työstressioireita ja odotettua vähemmän niillä, joilla stressioireita ei ollut.

Avainsanat: työstressi, mielenterveysongelmat, keski-ikä, vanhuus

ABSTRACT

Virpi Tikkanen (2015). Association of perceived work-related stress in midlife and mental health problems in old age. Department of Health Sciences, University of Jyväskylä, Master's thesis, 41 pp.

Earlier studies have shown association between work-related stress and depressive symptoms. Long-term stress has known to increase probability of psychological symptoms. The aim of this study is to research if there is an association between occasional and long-term midlife work-related stress symptoms and mental health problems 28 years later after retirement.

The data of this study is from Finnish Longitudinal Study on Municipal Employees, conducted by the Finnish Institute of Occupational Health. In this study the 2745 participants (mean age in 1981 50y, 63,4 % females) are those who did not have any mental health problems in 1981 and had replied all the questions about stress-related symptoms in 1981 and 1985. Four stressprofiles (Kulmala ym. 2013) based on the data from 1981 and 1985, and self reported mental health problems in 2009 were analyzed using Qii²-test and adjusted standardized residuals. The four stressprofiles used (Kulmala ym. 2013) were negative reactions to work and depressiveness, perceived decrease in cognition, sleep disturbances and somatic symptoms. Mental health problems included all the self-assessed or diagnosed mild or severe mental health problems.

The incidence of mental health problems after retirement differed by the stress symptoms and the length of those symptoms at every stressprofile. Based on the statistically significant adjusted standardized residuals, mental health problems were unexpectedly common among those who had long-term negative reactions to work and depressiveness, long-term decrease in cognition or somatic stress symptoms, or occasional or long-term sleep disturbances. There were less mental health problems than expected among those who didn't have or had occasional negative reactions to work and depressiveness. Mental health problems were less common than expected also among those who didn't have decrease in cognition, sleep disturbances or somatic stress symptoms.

There is an association between perceived work-related stress in midlife and mental health problems in old age. Mental health problems in old age were more common than expected among those who perceived long-term work-related stress symptoms in midlife and less common than expected among those who didn't have stress symptoms.

Key words: work-related stress, mental health problems, midlife, old age

1 JOHDANTO

Pohja vanhuusiän terveydentilalle luodaan pitkälti aiemmissa elämänvaiheissa. Keski-ikä on havaittu olevan erityisen merkittävä elämänvaihe vanhuusiän terveydentilan ja toimintakyvyn kannalta (Breeze ym. 2001, Wahrendorf ym. 2012, Kulmala ym. 2013), mutta stressin pitkäaikaisvaikutuksista on kaiken kaikkiaan olemassa melko vähän tutkimustietoa (Kulmala ym. 2013). Keski-ikässä koetun työstressin yhteyttä vanhuusiän terveyteen on tutkittu, mutta enimmäkseen fyysisen terveyden osalta. Yhteydestä mielenterveyteen löytyy toistaiseksi vain vähän tutkimuksia. Työ voi parhaassa tapauksessa olla terveyttä ylläpitävä ja kohentava tekijä, ja pahimmassa tapauksessa terveyttä heikentävä tekijä (Wahrendorf ym. 2012). Onkin tärkeää selvittää kuinka pitkävaikutteisia työhön liittyvät kuormittavat tai voimavaratekijät voivat olla. Tässä tutkimuksessa lähestymistapa on ongelmakeskeinen; negatiiviset, kuormittavat työstressioireet ja niiden yhteys myöhempisiin mielenterveysongelmiin.

Kulmala ym. (2013) havaitsivat tutkimuksessaan että keski-ikässä koetut stressioireet erityisesti pitkään jatkuneina olivat positiivisesti yhteydessä fyysisen toimintakyvyn rajoitteisiin 28 vuotta myöhemmin. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan samaan Työterveyslaitoksen Kuntatyöntekijöiden työ- ja toimintakyvyn sekä terveyden 28-vuotisseurantatutkimuksen (Työterveyslaitos 2010) aineistoon perustuen, onko keski-ikässä koettujen työstressioireiden ja eläkeikässä koettujen mielenterveysongelmien välillä yhteyttä. Työstressioiremuuttujana käytetään Jenni Kulmalan stressioireprofileja. Ensimmäiset kerätyt tiedot ovat vuodelta 1981, ja seurantakyselyt vuosilta 1985 ja 2009. Vuonna 1981 tutkittavat olivat 44-58-vuotiaita ja vuonna 2009 72-86-vuotiaita.

Koska samoilta tutkittavilta on kerätty tietoja pitkän ajan kuluessa ja otoksessa on mukana sekä miehiä että naisia, antaa aineisto mainiot lähtökohdat stressin mahdollisten pitkän aikavälin vaikutusten tarkasteluun. Toistaiseksi vastaavilla pitkittäisasetelmilla toteutettuja tutkimuksia vanhuusiän mielenterveysongelmiin liittyen on toteutettu hyvin vähän. Tässä työssä käsitellään aluksi stressiä yleisesti elämänkulun näkökulmasta, minkä jälkeen käydään läpi tutkimusaiheen eri osa-alueita. Työstressin osalta esitellään sen taustalla olevia erilaisia työhön ja yksilöön liittyviä tekijöitä, ja ikääntyneiden mielenterveysongelmia käsitellään yleisellä tasolla. Mielenterveysongelmia ei tässä yhteydessä eritellä diagnooseittain tai vakavuusasteen mukaan, sillä tässä tutkimuksessa mielenterveysongelmien vakavuusastetta ei ole otettu huomioon.

2 STRESSIN PITKÄAIKAISVAIKUTUKSET ELÄMÄNKULUN NÄKÖKULMASTA

2.1 Elämänkulku

Elämänkulku-käsitettä, engl. *life course* (Elder 1975) on määritelty eri aikoina ja eri tutkijoiden toimesta. Yksinkertaisimmillaan elämänkulku on määritetty ajan myötä tapahtuvaksi edistymiseksi syntymästä kuolemaan (Clausen 1986). Se voidaan nähdä kulttuuriin liittyvien ikäkohtaisten siirtymien eli normatiivisten tekijöiden kautta (Cain 1964) tai elämäntapahtumista, siirtymistä ja erilaisista elämänpoluista muodostuvana kokonaisuutena (Elder 2000). Uudemmissa määritelmissä yksilön aktiivinen rooli elämänkulkunsa muovaamisessa on saanut aiempaa enemmän huomiota (Elder 1997).

Nykyisin elämänkulun käsitettä käytetään eri painotuksin laajalti yli koulukuntien ja erityisalojen (Alwin 2012). Keskeistä elämänkulun käsitteessä on yksilön kehitys ja muutos ajan kuluessa, biologiset, fysiologiset, psyykkiset, sosiaaliset, historialliset ja evoluutioon liittyvät vaikutukset, sekä niiden ajoitus yksilön elämän varrella (Featherman 1983). Työ voidaan nähdä elämänkulussa normatiivisena tekijänä (Cain 1964) ja yhtenä elämänpolkuna (Elder 2000). Työelämään siirtymistä on perinteisesti pidetty yhtenä nuoren aikuisen kehitystehtävistä (Havighurst 1948).

Haitalliset tekijät voivat kumuloitua, eli kasaantua samoille yksilöille elämän varrella. Syntymäkohortin sisäisiä terveyseroja on selitetty kasautuvien haittojen (engl. *cumulative disadvantage*) teoriolla (Dannefer 1987). Esimerkiksi heikon sosioekonomisen aseman on aiemmissa tutkimuksissa havaittu olevan positiivisesti yhteydessä heikkoon terveydentilaan (Szanton ym. 2010) ja alentuneeseen toimintakykyyn (Haas & Rohlfen 2010). Matalan tulotason on arveltu liittyvän terveydentilaan mm. perustarpeista huolehtimisen, terveydenhuollon saatavuuden, koulutuksen ja asumisen kautta (Szanton 2010). Tarkasteltaessa keski-ikässä koettuja stressioireita ja niiden yhteyttä vanhuuden mielenterveysongelmiin voidaan ajatella olevan kyse stressin kasautuvista haitoista ja niiden ilmenemisestä vanhuusiässä.

2.2 Stressi elämän eri vaiheissa

Stressi terminä tunnettiin jo keskiajalla, ja sen alkuperäiset merkitykset olivat enimmäkseen teknisiä (Lazarus 1993). Ihmistieteisiin termin liitti tietävästi ensimmäisenä Robert Hooke 1600-luvulla (Lazarus 1993). Hänen ensimmäisistä stressiin liittyvistä malleistaan nykypäivään asti on säilynyt ajatus stressistä ulkoisena kuormituksena tai vaatimuksena biologiselle, sosiaaliselle tai psykologiselle järjestelmälle (Lazarus 1993). Stressin sairastuttavan vaikutuksen on ajateltu perustuvan fysiologisten stressireaktioiden pitkäaikaiseen kasautumiseen, niin kutsuttuun allostaattiseen kuormaan (Seeman ym. 2001). Siihen sisältyy epäedullisia muutoksia erilaisissa biologisissa mittareissa, kuten esimerkiksi verenpaine, kortisolitaso, verensokeri ja veren rasva-arvot.

Lazaruksen (1993) kehittämän psykologisia selviytymiskeinoja koskevan teorian mukaan psykologinen stressi on luonteeltaan enemmänkin prosessimaista kuin pysyvää. Ihminen pyrkii muokkaamaan olosuhteita tai niistä tekemiään tulkintoja mieluisammiksi erilaisilla selviytymiskeinoilla (*coping*). Selviytymiskeinot liittyvät osittain yksilön persoonallisuuteen, mutta ne ovat myös voimakkaasti tilannesidonnaisia (Lazarus 1993). Selviytymiskeinoja ilmenee stressin yhteydessä kahta päätyyppiä: ongelmakeskeisiä ja tunnekeskeisiä. Ongelmakeskeisillä selviytymiskeinoilla pyritään ratkaisemaan tilanne muuttamalla olosuhteita paremmiksi, ja tunnekeskeisillä muuttamaan omaa suhtautumista tilanteeseen esimerkiksi välttämällä, kieltämällä tai etäännyttämällä (Lazarus 1993).

Westerlund kollegoineen (2012) havaitsi vaikeiden nuoruudenkokemusten olevan positiivisesti yhteydessä työn kuormituksesta johtuvaan fysiologiseen haavoittuvuuteen aikuisiällä. Tutkijat arvelivat tämän johtuvan siitä, että altistuminen vaikeille kokemuksille nuorella iällä vahingoittaisi psykologisia, fysiologisia tai käyttäytymiseen liittyviä valmiuksia kohdata työelämän vaatimuksia. Alastalo ym. (2013) havaitsivat suomalaisen aineistoon perustuvassa tutkimuksessaan, että lapsuudessa koettu vanhemmista erottamisesta aiheutuva stressi oli yhteydessä eläkeiän heikentyneeseen psykososiaaliseen toimintakykyyn miehillä. Psykososiaalisen toimintakyvyn osa-alueita tutkimuksessa käytetyssä mittarissa olivat emotionaalista ongelmista johtuvat roolirajoitteet, energia, emotionaalinen hyvinvointi sekä sosiaalinen toimintakyky.

Terveydelle epäsuotuisten olosuhteiden sijoittumisella elämässä ajallisesti ja kehitysvaiheeseen nähden on jossain määrin merkitystä lopputuloksen kannalta. Szanton

kollegoineen (2010) tutki elinikäisten taloudellisten vaikeuksien yhteyttä terveyteen afroamerikkalaisten aikuisten keskuudessa. Suurin osa tutkimukseen osallistuneista oli kaksosia. Tutkimuksessa todettiin, että elinikäiset taloudelliset vaikeudet olivat positiivisesti yhteydessä masennukseen, huonompaan menestymiseen kognitiivisissa testeissä sekä toimintakyvyttömyyteen. Taloudellisten vaikeuksien yhteys masennukseen ja toimintakyvyttömyyteen oli havaittavissa myös niillä, jotka olivat ainoastaan aikuisiällä kärsineet taloudellisista vaikeuksista. Ainoastaan lapsuudessa taloudellisia vaikeuksia kokeneilla vastaavaa yhteyttä ei havaittu. Huonompi menestys kognitiivisissa testeissä ei sen sijaan koskenut niitä, joilla taloudellisia vaikeuksia oli ollut ainoastaan aikuisiällä, eli kognitiivisten toimintojen kannalta merkityksellisempää oli lapsuuden aikainen taloudellinen toimeentulo.

Siinä missä nuoruusiän kokemukset ovat merkityksellisiä myöhemmän elämän kannalta, näyttäisi keski-iällä olevan merkittävä rooli vanhuusikää ajatellen. Keski-iässä koetun työstressin tiedetään olevan positiivisesti yhteydessä heikompaan fyysiseen terveydentilaan vanhuudessa (Breeze ym. 2001, Wahrendorf ym. 2012, Kulmala ym. 2013), mutta toistaiseksi yhteyttä vanhuusiän mielenterveysongelmiin on tutkittu melko vähän.

Kulmala ym. (2013) tutkivat keski-iässä koetun työstressin yhteyttä eläkeiän fyysiseen toimintakykyyn. Tulokset osoittivat, että mitä jatkuvampaa ja voimakkaampaa keski-iän stressioireilu oli, sitä suurempi vanhuusiän toiminnanvajavuuden riski oli. Toiminnanrajoitteiden mittarina käytettiin vaikeuksia päivittäisissä toiminnoissa (ADL) ja päivittäisissä välinetoiminnoissa (IADL). Liikuntarajoitteeksi katsottiin koetut vaikeudet kahden kilometrin kävelymatkalla. Osittain pitkäkestoisen stressin ja toimintakyvyttömyyden välinen yhteys selittyy kroonisilla sairauksilla ja huonoilla elämäntavoilla (Kulmala ym. 2013), joille niin stressi itsessään kuin siihen liittyvä masentuneisuuskin voivat altistaa (Lawrence 2009, Mikolajczyk ym. 2009, Kulmala ym. 2013). Kulmalan ym. (2013) mukaan on yksilöllisiä eroja siinä, minkälaisia oireita ihmiset kokevat stressin yhteydessä. Tutkimuksessa erilliset stressioireet oli yhdistetty stressiprofiileiksi, joita olivat negatiiviset reaktiot työhön ja masentuneisuus, koetut muistongelmat, unihäiriöt, sekä somaattiset oireet.

Keski-iän työstressin pitkäaikaisvaikutuksia ovat tutkineet myös Wahrendorf kollegoineen (2012). Tutkimuksessa selvitettiin keski-iässä koetun psykososiaalisen työstressin yhteyttä terveyteen eläkkeelle jäämisen jälkeen. Työstressitiedot oli kerätty vuosina 1997 ja 1999, ja terveystiedot vuonna 2007. Työstressikysymykset pohjautuivat työn vaatimusten, hallinnan ja

sosiaalisen tuen malliin (Johnson 1989) sekä panostuksen ja palkkioiden malliin (Siegrist 1996). Terveyskyselyssä mielenterveyden osa-alueita olivat vireys, sosiaalinen toimintakyky, emotionaalisista ongelmista johtuvat roolirajoitteet sekä mielenterveys (Wahrendorf 2012). Tutkijoiden johtopäätöksenä oli, että stressiä aiheuttavat epäedulliset psykososiaaliset työolosuhteet olivat positiivisesti yhteydessä heikentyneeseen terveydentilaan erityisesti mielenterveyden osalta (Wahrendorf 2012).

Nilsen ym. (2014) tutkivat myöhäisen keski-ikäisen työstressin yhteyttä terveysongelmiin vanhuusiässä pitkittäisasetelmalla, jossa seuranta-aika oli 20-24 vuotta. Tulosten mukaan kuormittava työ oli positiivisesti yhteydessä monimuotoisiin terveysongelmiin. Monimuotoisilla terveysongelmilla tarkoitettiin tilannetta, jossa henkilöllä oli kolmesta terveysongelmien osa-alueesta ongelmia vähintään kahdessa. Osa-alueita olivat: sairauksia ja oireita viimeisen vuoden aikana, kognitio ja/tai kommunikaatio, liikkuminen.

Stressille altistumisen pitkittyminen suurentaa psyykkisen (Arián ym. 2010) ja fyysisen (Cohen 2005) oireilun todennäköisyyttä. Stressaavat olosuhteet voivat olla pitkäaikaisia esimerkiksi työelämässä, mutta stressireaktio voi pitkittyä vielä stressitekijän välittömän vaikutuksen poistuttuakin. Yksilöllisellä stressiin suhtautumisella ja selviytymiskeinoilla voi olla vaikutusta siihen millä tavoin stressaavat olosuhteet yksilön terveyteen vaikuttavat (O'Connor ym. 2013). Murehtiminen ja huolten toistuva ajattelu voi pitkittää stressiperäistä fysiologista aktivaatiota voimistamalla lyhyen aikavälin reaktioita, hidastamalla toipumista tai uudelleen aktivoimalla reaktioita vielä stressin kokemisen jälkeenkin (O'Connor ym. 2013).

Työssä koetun stressin on todettu olevan yhteydessä psyykkiseen oireiluun jo työuran aikana; Arián ym. (2010) sveitsiläisillä poliiseilla toteuttamassa kyselytutkimuksessa työhön liittyvien stressitekijöiden kokeminen oli positiivisesti yhteydessä psyykkisten oireiden ilmenemiseen, ja oireilu oli sitä todennäköisempää, mitä pidempi työura oli takana.

3 TYÖSTRESSI

Työ on monelle länsimaalaiselle paitsi toimeentulon lähde, myös tärkeä osa identiteettiä (Haid & Seiffge-Krenke 2013). Aktiivisen toimijuuden työympäristössä on havaittu kohottavan itseluottamusta ja parantavan minäkäsitystä, ja psyykkistä hyvinvointia edistävät myös työn tarjoama selkeä aikarakenne sekä sosiaaliset kontaktit (Haid & Seiffge-Krenke 2013). Työssä voi kuitenkin syntyä erilaisia oireita aiheuttavaa stressiä, joka pitkään jatkuvana on haitallista (Kulmala ym. 2013). Työstressin voidaan ajatella olevan stressin alakäsite, eli stressiä joka syntyy työn kontekstissa tai työn ja muiden elämän osa-alueiden yhteensovittamisen haasteesta.

3.1 Työhön liittyviä taustatekijöitä

Työstressin syntyä on pyritty selittämään erilaisten työolosuhteisiin liittyvien mallien avulla. Näitä malleja on käytetty myös viitekehyksinä ja mittareina tutkittaessa työstressin ja terveyden välistä yhteyttä. Mallit auttavat hahmottamaan työstressiä ilmiönä, ja ymmärtämään mitkä asiat työssä voivat tuottaa stressiä ja siihen liittyviä oireita. Useimmissa työstressimalleissa stressin nähdään syntyvän erilaisten työhön, työolosuhteisiin ja työyhteisöön liittyvien ilmiöiden vuorovaikutuksen seurauksena.

Työn vaatimusten ja hallinnan mallissa (*Demand-Control Model*) työn stressaavuutta tarkastellaan työn vaatimustason ja työntekijän vaikutusmahdollisuuksien vuorovaikutuksessa syntyvänä ilmiönä (Karasek 1979). Työn vaatimuksia ei tässä mallissa sinänsä nähdä stressaavina, jos yksilön on mahdollista vaikuttaa työhön ja työympäristöön vaatimustasoon nähden sopivassa määrin. Työn vaatimusten ja hallinnan mallin mukaan stressiperäisten sairauksien riski on suurin niillä joiden työssä vaatimustaso on korkea mutta työntekijän vaikutusmahdollisuudet ovat vähäiset. Kuitenkin myös liian vähäiset työn vaatimukset voivat aiheuttaa stressiä (Wieclaw ym. 2008).

Nilsen ym. (2014) tutkivat myöhäisessä keski-ikässä koetun työstressin yhteyttä vanhuusiän terveysongelmiin työn vaatimusten ja hallinnan mallin pohjalta. Tutkijat havaitsivat korkean vaatimustason työssä olevan positiivisesti yhteydessä kohonneeseen vakavien terveysongelmien riskiin naisilla. Miehillä korkea vaatimustaso työssä näytti olevan vakavilta vanhuusiän terveysongelmilta suojaava tekijä, ja työn vaativuus suojaasi kognitiivisilta

vaikeuksilta sukupuolesta riippumatta. Vaikutusmahdollisuudet työssä pienensivät vanhuusiän vakavien terveysongelmien riskiä, ja vaikutusmahdollisuuksien puute työssä oli positiivisesti yhteydessä kognitiivisiin vaikeuksiin sekä liikuntarajoitteisiin vanhuusiässä.

Laajennetussa vaatimusten ja hallinnan mallissa (*Demand-Control-Support Model*) huomioon on otettu vaatimustason ja vaikutusmahdollisuuksien lisäksi myös työssä koetun sosiaalisen tuen määrä (Johnson ym. 1989). Sosiaalinen tuki tai sen puute voi vaikuttaa työhön liittyvien stressiperäisten sairauksien ilmenemiseen; sosiaalisen tuen puute yhdistettynä kuormittaviin työolosuhteisiin suurentaa mm. sydänsairauden riskiä niin naisilla kuin miehillä (Eller ym. 2009). Wahrendorf ym. (2012) ovat tutkineet keski-iässä koetun psykososiaalisen työstressin yhteyttä terveydentilaan eläkeläisillä. Heidän tutkimuksensa mukaan suurin yhteys tämän mallin mittarilla mitattuna eläkeiän mielenterveyteen ja fyysiseen terveydentilaan oli työn psykologisilla vaatimuksilla. Tarkasteltaessa mielenterveyttä ja fyysistä terveydentilaa erikseen, mielenterveyden kannalta merkittävintä oli Wahrendorffin ym. (2012) mukaan työssä koettu sosiaalinen tuki ja fyysisen terveyden kannalta työn asettamat fyysiset vaatimukset. Psykologisesti vaativa työ oli positiivisesti yhteydessä heikompaan mielenterveyteen, ja haitallisin yhdistelmä näytti olevan psykologisesti vaativa työ, matala sosiaalisen tuen määrä erityisesti työtovereilta, ja korkea työn kuormittavuus.

Panostuksen ja palkkioiden mallin (*Effort-Reward Model*) mukaan epätasapaino työhön käytetyn panostuksen ja työstä saadun palkkion välillä johtaa stressiin (Siegrist ym. 2004). Palkkiolla mallissa tarkoitetaan työn arvostusta, turvallisuutta, sen tarjoamia etenemismahdollisuuksia ja siitä maksettua rahallista korvausta (Siegrist 1996, Siegrist ym. 2004). Eläkeiän heikentyneeseen mielenterveyteen panostuksen ja palkkioiden mallilla tarkasteltuna positiivisesti yhteydessä oli Wahrendorffin ym. (2012) mukaan korkea panostuksen määrä, matala palkkioiden määrä ja liiallinen sitoutuminen työhön. Heikentyneeseen fyysiseen terveyteen eläkeiässä tämän mallin mittareilla on positiivisesti yhteydessä panostuksen ja palkkioiden välinen epätasapaino (Wahrendorff 2012).

Organisaation epäoikeudenmukaisuuden malli (*Organizational Injustice Model*) perustuu käsitykseen, että työntekijän kokema epäoikeudenmukaisuus työorganisaatiossa on yhteydessä stressiperäisiin sairauksiin (Kivimäki ym. 2005). Epäoikeudenmukaisuuden kokemisen on havaittu olevan positiivisesti yhteydessä kohonneeseen sydänsairauden riskiin miehillä (Eller ym. 2009).

Siinä missä työtehtävät ovat monilla aloilla muuttuneet fyysisiltä vaatimuksiltaan kevyemmiksi, henkistä kuormitusta koetaan yhä hyvin yleisesti. Teollistuneissa länsimaissa koulutus kestää nykyisin pidempään kuin menneinä vuosisatoina, urasuunnittelu on epävarmempaa kuin ennen ja työttömyys on yhä yleisempää (Haid & Seiffge-Krenke 2013). Etenkin lama-aikoina työn epävarmuus korostuu, mikä näkyy masennustapausten yleistymisenä (Meltzer ym. 2010). Epävarmuus työn jatkumisesta voi vaikuttaa stressin kokemiseen samankaltaisesti kuin työn menettäminen (Haid & Seiffge-Krenke 2013). Yksittäisiä stressaavia työn ominaisuuksia ovat muun muassa ammatti, joka altistaa väkivallalle sekä tiivis ihmisten parissa työskentely ja suuret emotionaaliset vaatimukset työssä (Wieclaw ym. 2006, Arial ym. 2010).

3.2 Yksilöön liittyviä taustatekijöitä

Liiallinen sitoutuminen työhön ennustaa mielenterveysongelmia myöhemmin eläkeiässä (Wahrendorff 2012). Osittain liiallinen sitoutuminen voi johtua työn vaatimuksista ja työolosuhteista, mutta taustalla voi mahdollisesti olla myös yksilön omaa ylitunnollisuutta ja perfektionismia. Yksilön muut elämänaalueet voivat vaikuttaa stressin syntyyn; työn ja kodin keskenään ristiriidassa olevat vaatimukset koetaan stressaavana (Arial 2010). Työn ja perhe-elämän yhdistämistä työnantaja ja yhteiskunta voivat tietenkin tukea, mutta se vaatii suunnittelua, tasapainottamista ja valintoja myös työntekijältä itseltään.

Kaikki eivät reagoi stressiin samalla tavoin. Montero-Marín ja García-Campayo (2010) ovat havainneet kliinisen loppuunpalamisen suhteen olevan erotettavissa erilaisia profiileja sen mukaan miten loppuunpalaminen ilmenee. Kulmala ym. (2013) esittävät, että erityyppiset stressioireet ovat mahdollisesti erityyppisten kliinisten loppuunpalamisoireyhtymien esiasteita. Loppuunpalamisen osalta on pystytty erottelemaan joitain ilmenemistapaan yhteydessä olevia tekijöitä, joista osa liittyy yksilöön itseensä tai hänen yksityiselämäänsä ja osa työhön. Näitä tekijöitä ovat mm. sukupuoli, koulutus, vanhemmuus, läheiset ihmissuhteet, viikottainen työtuntimäärä sekä ammatin ja työsopimuksen tyyppi (Montero-Marín ym. 2011).

Yksilön suhtautuminen stressaavaan tapahtumaan ja hänen käyttämänsä selviytymiskeinot vaikuttavat jossain määrin siihen, mitä seurauksia tapahtumalla on. Stressaavan tapahtuman runsas jälkepäin murehtiminen ja pohdiskelu nostaa kortisolitasoja (Zoccola ym. 2011).

Tilanteeseen sopimattomat psykologiset selviytymiskeinot (Lazarus 1993) tai huonot selviytymiskeinot kuten päihteidenkäyttö voivat huonontaa ennustetta (Lawrence 2009, Mikolajczyk ym. 2009, Kulmala ym. 2013).

4 MIELENTERVEYSONGELMAT JA NIIDEN ESIINTYMINEN IKÄÄNTYNEILLÄ

Ikääntymisen myötä menetysten kokeminen yleistyy, ja yksinäisyys on ikääntyneiden keskuudessa tavallista (Schaie & Willis 2002, 223-444). Se voi aiheuttaa lievää masennusta (Schaie & Willis 2002, 443-444). Kuitenkaan yksin oleminen sinänsä ei ole voimakkaasti yhteydessä vakavaan masennukseen iäkkäillä, vaan merkittävämpiä ovat läheiset henkilökohtaiset ihmissuhteet, joita mikä tahansa sosiaalinen vuorovaikutus ei voi korvata (Schaie & Willis 2002, 443-444). Leskeytyminen lisää mielenterveysongelmien riskiä, ja on luonnollisesti iäkkäillä yleisempää kuin nuoremmilla (Schaie & Willis 2002, 439).

Eläkkeelle siirtyminen voi joillekin olla stressaava elämäntapahtuma, joka laukaisee psykologisen haavoittuvuuden (Schaie & Willis 2002, 439). Toisaalta aikaa ja voimavaroja säästyy työltä muulle elämälle, mutta aiemman aseman menettäminen voi nousta helpotusta suuremmaksi asiaksi (Schaie & Willis 2002, 439).

Iän myötä toimintakyvyn rajoitteita ja sairauksia tulee yhä useammalle, ja toimintakyvyn heikkenemisen myötä tarvitaan usein jossain määrin ulkopuolista apua (Schaie & Willis 2002, 433). Tämä voi aiheuttaa joillekin ihmisille minäkäsityksen uudelleen arviointia, jos riippumattomuus ja itsenäisyys on aiemmin ollut hyvin tärkeää (Schaie & Willis 2002, 433). Merkittävä psykologinen haaste ikääntyessä on myös oman kuoleman lähestyminen, sen tiedostaminen ja käsittely (Santrock 1983, 612). Vaikka vakavaa sairautta ei olisikaan, korkea ikä tarkoittaa sitä ettei aikaa ole jäljellä samalla tavalla epämääräisen paljon kuin nuorempana, ja kuolemaa saatetaan käsitellä jo etukäteen ilman kovin tarkkaa arviota sen ajankohdasta. (Santrock 1983, 612).

Mielenterveyden häiriöiden vallitsevuuden ja ilmaantuvuuden tutkimiseen ikääntyneillä liittyy joitakin huomioon otettavia erityispiirteitä. Kroonisista psyykkisistä sairauksista kärsivät eivät välttämättä elä kovin pitkäikäisiksi, tai sitten he ovat viettäneet suuren osan elämästään laitoksissa (Schaie & Willis 2002, 434). Tutkimukset eivät välttämättä tavoita laitoshoidossa olevia, ja seurantatutkimuksista sairaimmat jättäytyvät usein kesken pois. Pisimpään elävät yleensä ne joilla on kaiken kaikkiaan hyvä terveys ja erilaisia voimavaroja käytettävissä. Siitä syystä pitkäikäiset ovat usein valikoitunutta joukkoa. Tämän tutkimuksen asetelmaa ajatellen huomionarvoista on se, että vakavista mielenterveydenhäiriöistä esimerkiksi skitsofrenia

puhkeaa ja tulee diagnosoiduiksi yleensä jo nuorena aikuisena, jolloin uusien tapauksien ilmeneminen eläkeikäisillä on harvinaista.

Erotusdiagnostisesti merkittävää on, että ikääntyneiden oireet saatetaan myös tulkita eri tavalla kuin nuorempien; oireet jotka nuorella ihmisellä tulkittaisi psykoottisiksi, tulkitaan iäkkäillä herkästi dementiaksi (Schaie & Willis 2002, 434). Psykykkisiin sairauksiin muutenkin liittyvä erotusdiagnostiikan haastavuus siis korostuu ikääntyneiden kohdalla. Orgaaniset, aivoperäiset häiriöt aiheuttavat suuren osan ikääntyneiden mielenterveyden ongelmista (Schaie & Willis 2002, 450). Akuutteja aivojen toimintahäiriöitä voivat aiheuttaa esimerkiksi aivohalvaukset, sydänkohtaukset, aliravitsemus, päävammat, aivokasvaimet, tulehdukset, diabetes, kilpirauhashomoinin epätasapaino sekä maksasairaudet (Schaie & Willis 2002, 451). Akuutit aivojen toimintaan vaikuttavat tilat ovat yleensä hoidettavissa ja fyysinen sekä psyykinen terveys saadaan palautumaan ennalleen (Schaie & Willis 2002, 451).

Kroonisia aivosairauksia ovat muistisairaudet, jotka yleistyvät iän myötä. Ne alkavat tyypillisesti lievin oirein ja ovat eteneviä (Schaie & Willis 2002, 451). Aivoissa tuhoutuu tiettyjä alueita, ja seurauksena on kognitiivisen kyvykkyyden laskua ja lopulta seniliteetti. Vaikka muistisairaudet sinänsä eivät olekaan mielenterveysongelmia, niihin liittyy usein mielialaongelmia, masentuneisuutta, ahdistuneisuutta, sekavuutta ja käytöshäiriöitä (Schaie & Willis 2002, 451-452).

Tutkimustulokset vanhuuden mielenterveyden suhteen ovat osin ristiriitaisia. Masennusoireiden kokeminen eläkeikäisten suomalaisten keskuudessa näyttäisi olevan nykyisin harvinaisempaa kuin 1990-luvulla (Helldán & Helakorpi 2014, 13). Osassa tutkimuksista on ollut havaittavissa kohenemistä mielenterveydessä ikääntymisen myötä 70-vuotiaaksi saakka, mutta ei kaikissa (Jokela ym. 2013). Masennuksen ilmenemisen yleistymistä on yli 70-vuotiailla havaittu (Vink ym. 2009) ja myös tyytyväisyys elämään näyttäisi laskevan 70 ikävuoden jälkeen (Baird ym. 2010).

Jokela ym. (2013) havaitsivat ikääntyneiden mielenterveysongelmien esiintyvyyttä ja hoitoa käsitelleessä brittiläisillä toteutetussa väestötutkimuksessaan, että 75 ikävuoden jälkeen yleisten mielenterveyden häiriöiden kuten masennuksen ja ahdistuneisuuden esiintyvyys kasvaa, mikä voi katkaista ikääntymiseen liittyvän mielenterveyden positiivisen kehityksen. Myös täysin päinvastaisia tutkimustuloksia on saatu; Mc Manus ym. (2009) ovat todenneet, että yli 75-vuotiailla yleisten mielenterveyshäiriöiden esiintyminen on kaikista ikäryhmistä epätodennäköisintä. Ristiriitaiset tulokset saattavat osittain liittyä käytettyihin

mielenterveyshäiriöiden mittareihin. Jokelan ym. (2013) tutkimuksessa käytettiin taloustutkimuksen yhteydessä kerättyjä vastauksia oirekyselyyn, ja mielenterveyden ongelma määritettiin itseraportoitujen oireiden perusteella.

Aiheesta tarvittaisi paljon lisäselvityksiä. On mahdollista, että etenkin ikääntyneiden kohdalla somaattisten sairauksien aiheuttamille virhelähteille alttiiden oirekyselyiden pohjalta tarkasteltuna mielenterveysongelmat vaikuttavat todellista yleisemmiltä, ja diagnosoitujen mielenterveyden häiriöiden perusteella todellista harvinaisemmilta.

Brittiläisiä koskevan väestötutkimuksen mukaan yli 65-vuotiaat saavat psykoterapiahoitoa vähiten kun tarkastellaan 15-100-vuotiaiden hoitoonohjausta, ja psykoterapian käyttö hoitomuotona vähenee jo 55 ikävuoden jälkeen (Jokela ym. 2013). Näin ollen ikääntyneistä juuri ne joilla on todennäköisimmin masennusta, saavat kaikkein epätodennäköisimmin psykoterapiaa (Jokela ym. 2013). Suomessa tällaiset tulokset voisivat liittyä psykoterapioiden korvattavuuteen; Kansaneläkelaitos tukee kuntoutusta ja terapiota ensisijaisena tavoitteenaan työkyvyn säilyttäminen tai palauttaminen. Eläkeiän ylittäneet eivät ole tavoitteen kohderyhmää, vaikka taloudellisten kriteerien ohella olisi hoidon saatavuutta tarkasteltava myös eettisistä lähtökohdista käsin. Yleistettäessä tutkimustuloksia yhteiskunnasta toiseen on kuitenkin noudatettava varovaisuutta, sillä käytännöt esimerkiksi kuntoutuksen suhteen vaihtelevat maittain.

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tavoitteena on selvittää Työterveyslaitoksen Kuntatyöntekijöiden työ- ja toimintakyvyn sekä terveyden 28-vuotisseurantatutkimuksen (Työterveyslaitos 2010) aineiston pohjalta onko keski-iässä koettu työstressi ja sen kesto yhteydessä mielenterveysongelmiin ikääntyneenä. Aineistossa kuntatyöntekijöiltä on kysytty stressioireita vuosina 1981 ja 1985. Viimeisin seuranta, jossa kartoitettiin tutkittavien terveydentilaa, on vuodelta 2009.

Tutkimuskysymykset:

1. Onko keski-iässä koettu työstressioireilu ja oireilun kesto yhteydessä mielenterveysongelmien esiintymiseen ikääntyneenä?
2. Ovatko keski-iässä koetut yksittäiset stressiin liitetyt oireet yhteydessä mielenterveysongelmien esiintymiseen ikääntyneenä?

Analyyysien yhteydessä tutkimuskysymyksiä on tarkasteltu myös sukupuolittain mahdollisten sukupuolierojen havaitsemiseksi.

6 AINEISTO JA MENETELMÄT

6.1 Osallistujat

Alkuperäisestä suomalaisesta kuntatyöntekijäaineistosta (N=6257) (Ilmarinen ym. 1991) karsiutuivat pois ne jotka olivat jättäytyneet tutkimuksesta tai kuolleet ennen vuoden 2009 seuranta-ajankohtaa. Analyysistä rajattiin ulkopuolelle sellaiset tutkittavat, joilla oli mielenterveysongelmia jo tutkimuksen alkaessa vuonna 1981 sekä ne joilta puuttui vastauksia stressioireprofiileihin sisältyvistä kysymyksistä. Rajaamisen jälkeen tutkimusjoukon koko oli 2745, joista naisia oli 1741 ja miehiä 1004. Tutkimuksen alkaessa vuonna 1981 tutkittavat olivat iältään 44-58-vuotiaita, ja vuonna 2009 72-86-vuotiaita.

6.2 Menetelmät ja muuttujat

Taustamuuttujiksi valittiin ikä, sukupuoli, peruskoulutus ja siviilisääty. Elämäntapatekijöistä mukaan otettiin alkoholinkäyttö, tupakointi ja liikunnan harrastaminen tutkimuksen alkaessa. Tarkasteltiin, onko vanhuuden mielenterveysongelmien ilmenemisessä eroa näiden taustamuuttujien ja elämäntapatekijöiden mukaan.

Ikää on tarkasteltu tutkittavien vuoden 1981 keskimääräisen iän, ja sukupuolijakaumaa prosenttiosuuden avulla. Peruskoulutus-muuttujaa ja siviilisääty-muuttujaa on käytetty alkuperäisissä neliluokkaisissa muodoissaan (Ilmarinen 1991). Siviilisääty-muuttujan luokkia ovat naimaton, naimisissa tai avoliitossa, eronnut tai asumuserossa ja leski. Peruskoulutus-muuttujan luokkia ovat kansakoulu osittain tai ei lainkaan, kansakoulu tai osa keskikoulua, keskikoulu tai osa lukiota ja ylioppilas.

Alkoholinkäyttöä päihtymiseen asti oli kysytty muodossa ”Kuinka usein keskimäärin nautitte alkoholia niin, että olette vähintään lievästi päihtynyt?”. Vastausvaihtoehdot olivat päivittäin, pari kertaa viikossa, kerran viikossa, pari kertaa kuukaudessa, noin kerran kuukaudessa, harvemmin ja ei koskaan. Alkoholinkäyttö-muuttujaa on käytetty tässä tutkimuksessa alkuperäisessä seitsemänluokkaisessa muodossaan (Ilmarinen ym. 1991).

Kaksiluokkainen tupakointi-muuttuja on muodostettu päivittäisten savukkeiden määräkysymyksestä SPSS-ohjelman visual binning-toiminnolla. Ei-vastausvaihtoehtoon

sisällytettiin ne jotka eivät polttaneet ollenkaan, kyllä-luokkaan sisällytettiin kaikki muut päivittäisten savukkeiden määrät.

Liikunneharrastamista vapaa-ajalla oli kysytty muodossa ”Miten paljon harrastitte liikuntaa keskimäärin koko vuoden 1980 aikana? Liikunnaksi lasketaan tässä kerrallaan vähintään 15-20 minuuttia kestänyt, hengästymistä aiheuttanut urheilu, kuntoilu tai ruumiillisesti rasittava vapaa-ajan toiminto.” (Ilmarinen ym. 1991). Vastausvaihtoehdot olivat ripeää liikuntaa ainakin kaksi kertaa viikossa, ripeää liikuntaa ainakin kerran viikossa, jotakin liikuntaa kerran viikossa, jotakin liikuntaa harvemmin kuin kerran viikossa ja ei harrasta lainkaan liikuntaa. Liikunneharrastamisen viisiluokkaista muuttujaa on käytetty tässä tutkimuksessa alkuperäisessä muodossaan (Ilmarinen ym. 1991).

Päämuuttujista työstressin mittarina käytettiin Kulmalan ym. (2013) muodostamia stressioireprofiileja: Työhön liittyvät negatiiviset reaktiot ja masentuneisuus, Koetut muistiongelmät, Unihäiriöt, Somaattiset oireet. Kulmalan ym. (2013) stressiprofiilit ovat summamuuttujia, jotka on muodostettu pääkomponenttianalyysillä. Pääkomponenttiin eli stressiprofiiliin on sisällytetty sellaiset muuttujat, joiden kohdalla pääkomponenttianalyysin antama lataus oli 0.4 tai suurempi (Kulmala ym. 2013). Kuhunkin pääkomponenttiin kuuluvat muuttujat on summattu summamuuttujiksi (Kulmala ym. 2013). Jokaisella tutkittavalla oli jokaisen stressiprofiilin kohdalla muuttujan arvo 0=ei oireita, 1=satunnaisia oireita, tai 2=jatkuvia oireita. Satunnaisiksi oireet on katsottu siinä tapauksessa, että oireita on ollut joko vuonna 1981 tai 1985 kyselyajankohtana. Mikäli tutkimushenkilöllä on ollut oireita sekä vuoden 1981 että 1985 kyselyajankohtana, on oireilun katsottu olevan jatkuvaa.

Mielenterveysongelmien mittarina on käytetty kaksiluokkaista (kyllä=1/ei=0) summamuuttujaa, joka on muodostettu vuoden 2009 kyselyn yhteydessä kysytyjen sairauksiin ja oireisiin liittyvien kysymysten kohdista ”Mielisairaus tai vakava mielenterveyden ongelma” ja ”Lievä mielenterveyden häiriö tai ongelma (masennus, ahdistus)”. Vastausvaihtoehdot alkuperäisiin kysymyksiin olivat ”Kyllä (oma mielipide)” ja ”Lääkäriin toteama”. Jos tutkittava oli rastittanut jommankumman tai molemmat vastausvaihtoehdot toisesta tai kummastakin kysymyksestä, hänellä katsottiin olevan mielenterveysongelmia. Kyseiseen kohtaan vastaamatta jättäminen katsottiin merkiksi siitä, ettei oireita tai sairauksia ollut. Tässä tutkimuksessa mielenterveysongelmien vakavuusastetta ei ole tarkasteltu erikseen. Mielenterveysongelmalla ei myöskään tarkoiteta, että kyseessä

olisi välttämättä lääkärin diagnosoima tai diagnostisten kriteerien mukainen psyykkinen sairaus vaan henkilön oma kokemus mielenterveysongelmasta on riittänyt.

Taulukossa 1 esitettäviä erillisiä oirekysymyksiä joista stressioireprofiilit (Kulmala 2013) on muodostettu, käytettiin muuttujina tutkimuskysymys 2:n yhteydessä. Kysymyksiä on 16, ja viidellä vastausvaihtoehdolla on selvitetty oireen ilmenemisen useutta (0=ei koskaan, 1=melko harvoin, 2=silloin tällöin, 3=melko usein, 4=usein/jatkuvasti/aina). Uneen liittyvissä kahdessa kysymyksessä vastausvaihtoehdot ovat hiukan eri muodossa (Unen päästä kiinni saaminen: 1=erittäin helppoa, 2=melko helppoa, 3=ei helppoa eikä vaikeaa, 4=melko vaikeaa, 5=erittäin vaikeaa ja Yöunen jatkuvuus: 0=ei yleensä herää kesken unien, 1=herää kerran yössä, 2=pari kertaa yössä, 3=3-4 kertaa yössä, 4=yöuni pätkittäistä). Kulmalan ym. (2013) pääkomponenttianalyyseissa jonka pohjalta stressiprofiili-summamuuttujat on muodostettu, oli lisäksi mukana kaksi stressiprofiilien ulkopuolelle matalan (<0.4) latautumisen vuoksi jätettyä oirekysymystä. Nämä oireet olivat jännittyneisyys ja hermostuneisuus. Niiden yhteyttä vanhuusiän mielenterveysongelmiin on tässä tutkimuksessa kuitenkin mielenkiinnon vuoksi tarkasteltu stressiprofiileihin sisällytettyjen stressioireiden analyysin yhteydessä.

TAULUKKO 1. Stressioireprofiileihin (Kulmala ym. 2013) sisällytetyt oireet.

Negatiiviset reaktiot työhön ja masentuneisuus	Koetut muistiongelmät	Unihäiriöt	Somaattiset oireet
Masentuneisuus	Ponnisteltava muistaakseen	Unen päästä kiinni saaminen	Vatsakivut
Tavallisista päivittäisistä toimista nauttiminen	Ajatusten katkeileminen	Herääminen liian varhain, kyvyttömyys nukahtaa uudelleen	Ahdistusta tai kipua rinnassa
Töihin lähtiessä jäisi mieluummin kotiin	Vaikeuksia muistamisessa ja mieleen palauttamisessa	Yöunen jatkuvuus	Huimaus
Haluttomuus	Vaikeuksia muistamisessa ja mieleen palauttamisessa		
Halu jäädä pois työstä ilman pakottavaa syytä			
Toimeliaisuus ja vireys			
Toivorikkaus tulevaisuuden suhteen			

6.3 Aineiston analyysi

Aineiston analyysi toteutettiin IBM SPSS Statistics 20 -ohjelmalla. Aineiston analysointiin käytettiin riippumattomien ryhmien t-testiä (Karhunen ym. 2011, 68), χ^2 -testiä (Karhunen ym. 2011, 67) ja sovitettuja standardoituja jäännöksiä (Bergman ym. 2003). Sovitettujen standardoitujen jäännösten välillä -1.96 ja 1.96 saamat arvot tarkoittavat, että kyseisessä solussa olevien kohdalla mitattava ilmiö on tyypillinen. Arvoa -1.96 pienemmät luvut tarkoittavat, että ilmiötä esiintyy odotettua vähemmän, ja arvoa 1.96 suuremmat, että ilmiötä esiintyy odotettua enemmän. Regressioanalyysin käyttäminen ei ollut kannattavaa selittävien muuttujien keskinäisestä korrelaatiosta johtuen: kaikissa stressiprofiilien välisissä korrelaatioissa Pearsonin korrelaatiokerroin >0.3 , suurimmassa osassa Pearsonin korrelaatiokerroin >0.4 .

Taustamuuttujista iän kohdalla käytettiin riippumattomien ryhmien t-testiä (Karhunen ym. 2011, 68) sen selvittämiseksi, onko tutkittavien keskimääräisessä iässä eroa mielenterveysongelmien mukaan. Muiden taustamuuttujien sekä alkoholinkäytön, tupakoinnin ja liikunnanharrastamisen kohdalla käytettiin χ^2 -testiä (Karhunen ym. 2011, 67) sen selvittämiseksi, onko muuttujan arvoissa eroa mielenterveysongelmia eläkeiässä kokeneiden, ja niiden jotka eivät ole eläkeiässä kokeneet mielenterveysongelmia välillä.

Tutkimuskysymyksen 1 vastaamiseksi toteutettiin ristiintaulukointi, jonka yhteydessä valittiin χ^2 -testi sekä sovitettut standardoidut jäännökset. Ristiintaulukoinnissa rivimuuttujiksi valittiin stressioireprofiilit (Kulmala ym. 2013), ja sarakemuuttujaksi kaksiluokkainen mielenterveysongelmia-muuttuja. Sukupuolten välistä eroa selvitettiin molempien tutkimuskysymysten yhteydessä χ^2 -testillä (Karhunen ym. 2011, 67). Mahdollisia sukupuolieroja kartoittaessa ensimmäisen tutkimuskysymyksen kohdalla rivimuuttujiksi valittiin stressioireprofiilit, ja toisen tutkimuskysymyksen kohdalla kaikki taulukossa 1 esitetyt stressioireet sekä jännittyneisyys ja hermostuneisuus. Sarakemuuttujaksi valittiin molemmissa tapauksissa sukupuoli ja layeriksi asetettiin mielenterveysongelmia-muuttuja.

7 TULOKSET

7.1 Tutkittavien taustatiedot

Mielenterveysongelmien esiintymisessä oli tilastollisesti merkitsevää eroa siviilisäädyn mukaan (taulukko 2) siten, että leskillä näyttäisi olevan kohonnut mielenterveysongelmien riski verrattuna muihin. Muiden taustatietojen kohdalla tilastollisesti merkitsevää eroa mielenterveysongelmien esiintymisessä ei ollut.

TAULUKKO 2. Tutkittavien taustatiedot sekä alkoholinkäyttö, tupakointi ja liikunnan harrastaminen jaoteltuna sen mukaan, onko heillä esiintynyt mielenterveysongelmia eläkeiässä vai ei. N=2745.

Mielenterveysongelmia eläkeiässä					
	Kyllä n=184		Ei n=2561		p-arvo*
	ka	kh	ka	kh	
Ikä (v. 1981)	49.71	3.43	49.61	3.37	0.718
		%		%	p-arvo**
Naisia		70.7		62.9	0.035
Peruskoulutus					0.226
Kansakoulu osittain tai ei lainkaan		15.4		15.6	
Kansakoulu tai osa keskikoulua		48.9		51.9	
Keskikoulu tai osa lukiota		25.8		19.8	
Ylioppilas		9.9		12.7	
Siviilisääty					0.018
Naimaton		12.0		11.3	
Naimisissa/avoliitossa		71.2		76.8	
Eronnut/asumuserossa		7.1		7.3	
Leski		9.8		4.6	
Alkoholinkäyttö (päihtymiseen asti)					0.108
Päivittäin		0.0		0.0	
Pari kertaa viikossa		3.8		1.5	
Kerran viikossa		6.0		5.4	
Pari kertaa/kk		9.8		10.1	
Noin kerran/kk		12.6		8.4	
Harvemmin		41.0		42.8	
Ei koskaan		26.8		31.8	
Tupakointi					0.942
Kyllä		10.9		11.1	
Ei		89.1		88.9	
Liikunta vapaa-ajalla					0.632
Kahdesti viikossa		30.4		33.1	
Ainakin kerran viikossa ripeästi		17.7		20.4	
Jotakin kerran viikossa		30.9		26.5	
Jotakin harvemmin		15.5		14.0	
Ei lainkaan		5.5		5.9	

*t-testi

** χ^2 -testi

7.2 Stressioireprofiilien yhteys mielenterveysongelmiin

Kuten taulukosta 3 voidaan nähdä, mielenterveysongelmien kokemisessa eläkeiässä oli tilastollisesti merkitsevää eroa keski-iässä koettujen stressioireiden ja niiden keston mukaan jokaisen stressioireprofiilin kohdalla. Taulukossa 4 nähtävien tilastollisesti merkitsevien sovitettujen standardoitujen jäännösten perusteella mielenterveysongelmia esiintyi odotettua enemmän niillä, joilla oli ollut pitkäkestoisesti negatiivisia reaktioita työhön ja masentuneisuutta, pitkäkestoisia muistiongelmia tai somaattisia stressioireita, tai satunnaisia tai jatkuvia uniongelmia. Odotettua vähemmän mielenterveysongelmia esiintyi niillä, joilla ei ollut tai oli ollut satunnaisesti negatiivisia reaktioita työhön ja masentuneisuutta. Mielenterveysongelmat olivat epätyypillisiä myös niiden keskuudessa, joilla ei ollut muistiongelmia, unihäiriöitä tai somaattisia stressioireita.

Taulukossa 5 esitetään stressiprofiilien ja mielenterveysongelmien välinen yhteys sukupuolittain, ja voidaan havaita että stressioireprofiilien ja eläkeiässä ilmenevien mielenterveysongelmien välisessä yhteydessä on tilastollisesti merkitsevää eroa sukupuolten välillä vain niiden keskuudessa, joilla mielenterveysongelmia ei ilmennyt.

TAULUKKO 3. Tutkittavien keski-ikässä kokemat stressioireet jaoteltuna sen mukaan, ovatko he kokeneet mielenterveysongelmia eläkkeelle jäämisen jälkeen.

Mielenterveysongelmia eläkeiässä					
Stressioireet	Kyllä n=184		Ei n=2561		p-arvo*
	%	(n)	%	(n)	
Työhön liittyvät negatiiviset reaktiot ja masentuneisuus					<0.001
ei oireita	13.6	(25)	26.4	(675)	
	-3.8		3.8		
satunnaisia oireita	50.0	(92)	58.1	(1489)	
	-2.2		2.2		
jatkuvia oireita	36.4	(67)	15.5	(397)	
	7.3		-7.3		
Koetut muistiongelmät					<0.001
ei oireita	18.5	(34)	29.2	(748)	
	-3.1		3.1		
satunnaisia oireita	55.4	(102)	58.6	(1502)	
	-0.9		0.9		
jatkuvia oireita	26.1	(48)	12.1	(311)	
	5.4		-5.4		
Unihäiriöt					<0.001
ei oireita	16.8	(31)	33.8	(865)	
	-4.7		4.7		
satunnaisia oireita	57.1	(105)	48.7	(1247)	
	2.2		-2.2		
jatkuvia oireita	26.1	(48)	17.5	(449)	
	2.9		-2.9		
Somaattiset oireet					<0.001
ei oireita	15.8	(29)	27.4	(701)	
	-3.4		3.4		
satunnaisia oireita	52.2	(96)	54.0	(1382)	
	-0.5		0.5		
jatkuvia oireita	32.1	(59)	18.7	(478)	
	4.4		-4.4		

*yhteyksiä testattu χ^2 testillä. Tutkittavien prosenttiosuus (ja lukumäärät) stressioireiden keston mukaan esitetty solun ylemmällä, ja sovitetut standardoidut jäännökset alemmalla rivillä.

TAULUKKO 4. Stressioireprofiilit ja niihin liittyvien oireiden kokemisen kesto

Stressioireet	Ei oireita	Satunnainen	Jatkuva
	% (n)	% (n)	% (n)
Negatiiviset reaktiot	25.5 (700)	57.6 (1581)	16.9 (464)
työhön/masentuneisuus	-3.8	-2.2	7.3
Koetut muistiongelmät	28.5 (782)	58.4 (1604)	13.1 (359)
	-3.1	-.9	5.4
Unihäiriöt	32.6 (896)	49.3 (1352)	18.1 (497)
	-4.7	2.2	2.9
Somaattiset oireet	26.6 (730)	53.8 (1478)	19.6 (537)
	-3.4	-.5	4.4

^{x2}-testi, p<.001. Tutkittavien prosenttiosuus (ja lukumäärät) stressioireiden keston mukaan esitetty solun ylemmällä, ja sovitetut standardoidut jäännökset alemmalla rivillä.

TAULUKKO 5. Tutkittavien keski-ikässä koetut stressioireet jaoteltuna sen mukaan, ovatko he kokeneet mielenterveysongelmia eläkkeelle jäätyään.

	Mielenterveysongelmia eläkeiässä			
	Kyllä n=184		Ei n=2561	
	Naiset n=130	Miehet n=54	Naiset n=1611	Miehet n=950
	%	%	%	%
Työhön liittyvät negatiiviset reaktiot ja masentuneisuus				
ei oireita	12.3	16.7	24.3	29.9
satunnaisia oireita	49.2	51.9	59.3	56.1
jatkuvia oireita	38.5	31.5	16.4	14.0
p-arvo	0.578		0.005	
Koetut muistiongelmat				
ei oireita	20.0	14.8	27.3	32.5
satunnaisia oireita	56.2	53.7	61.1	54.5
jatkuvia oireita	23.8	31.5	11.7	12.9
p-arvo	0.485		0.004	
Unihäiriöt				
ei oireita	16.2	18.5	31.8	37.1
satunnaisia oireita	60.0	50.0	50.1	46.3
jatkuvia oireita	23.8	31.5	18.1	16.6
p-arvo	0.439		0.027	
Somaattiset oireet				
ei oireita	14.6	18.5	25.6	30.3
satunnaisia oireita	53.8	48.1	54.4	53.2
jatkuvia oireita	31.5	33.3	19.9	16.5
p-arvo	0.725		0.013	

*yhteyksiä testattu χ^2 -testillä

7.3 Yksittäisten stressioireiden yhteys mielenterveysongelmiin

Tarkasteltaessa stressioireprofiileihin (Kulmala ym. 2013) sisältyviä muuttujia yksittäin ja kahta profiilien ulkopuolelle jäänyttä stressioiretta, jännittyneisyyttä ja hermostuneisuutta (taulukko 6) kävi ilmi, että 18 kohdasta kahta lukuun ottamatta kaikki olivat tilastollisesti merkitsevästi ja positiivisesti yhteydessä eläkeiässä koettuihin mielenterveysongelmiin. Vain kysymysten ”oletteko viimeaikoina kyennyt nauttimaan tavallisista päivittäisistä toimistanne” ja ”tuntuuko teistä koskaan, että haluaisitte jäädä pois työstä ilman pakottavaa syytä (pakottavalla syyllä tarkoitetaan sairautta tai yksityisasioita, jotka on hoidettava työpäivän aikana)” kohdalla yhteys ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Kun halua poissaoloon on kysytty hiukan eri muodossa esitetyllä kysymyksellä ”tuntuuko teistä työhön lähtiessänne, että haluaisitte mieluummin jäädä kotiin”, oli yhteys tilastollisesti merkitsevä.

Analyysissä ilmeni jonkin verran alhaisia solufrekvenssejä, ja tiivistämällä luokkia olisi voinut lisätä testin luotettavuutta. Alhaisia solufrekvenssejä ei kuitenkaan ollut kaikissa oiremuuttujissa, eikä kokonaisuutena ajatellen kovin monessa yksittäisessä solussa. Riski niiden vaikutuksesta χ^2 -testin tuloksiin on oletettavasti pieni, joten luokkia ei lähdetty yhdistämään. Pieniä solufrekvenssejä oli seuraavissa soluissa: nukahtaminen erittäin vaikeata ja mielenterveysongelmia, ei koskaan jännittynyt ja mielenterveysongelmia, ei ole pystynyt viimeaikoina nauttimaan päivittäisistä toimista koskaan ja mielenterveysongelmia, rintakipuja hyvin usein ja mielenterveysongelmia, hermostuneisuutta ei koskaan ja mielenterveysongelmia, hermostuneisuutta jatkuvasti ja mielenterveysongelmia, huimausta hyvin usein ja mielenterveysongelmia, ajatusten katkeilua hyvin usein ja mielenterveysongelmia, halu työstä poissaoloon aina tai hyvin usein ja mielenterveysongelmia, masentuneisuutta jatkuvasti ja mielenterveysongelmia, masentuneisuutta jatkuvasti ja ei mielenterveysongelmia, toimeliaisuus ja vireys viime aikoina ei koskaan ja mielenterveysongelmia, toimeliaisuus ja vireys viime aikoina ei koskaan ja ei mielenterveysongelmia.

Yksittäisten keski-ikäen stressioireiden ja eläkeiän mielenterveysongelmien välisessä yhteydessä oli eroa sukupuolten välillä osassa stressioireita. Niillä, joilla ilmeni mielenterveysongelmia eläkeiässä, tilastollisesti merkitsevää eroa sukupuolten välillä ($p=0.002$) oli vain yöunen jatkuvuuteen liittyvän stressioireen osalta (”oletteko viime aikoina herännyt liian aikaisin kykenemättä nukahtamaan enää uudelleen”). Muiden stressioireiden kohdalla ei ollut

tilastollisesti merkitsevää sukupuolten välistä eroa niiden keskuudessa joilla ilmeni mielenterveysongelmia eläkeiässä.

Sukupuolten välillä oli eroa stressioireiden ja mielenterveysongelmien välisessä yhteydessä seuraavissa oireissa niillä, joilla mielenterveysongelmia ei ilmennyt: Jännittyneisyys ($p=0.006$), vatsakivut (0.006), päivittäisistä toiminnoista nauttiminen ($p<0.001$), halu kotiinjäätämiseen ($p<0.001$), huimaus ($p<0.001$), haluttomuus ($p<0.001$), ajatusten katkeilu ($p<0.001$), masentuneisuus ($p<0.001$), kyky nukahtaa uudelleen ($p=0.030$) ja toivorikkaus tulevaisuuden suhteen ($p<0.001$). Muiden stressioireiden kohdalla ei ollut tilastollisesti merkitsevää sukupuolten välistä eroa niiden keskuudessa, joilla ei ilmennyt mielenterveysongelmia eläkeiässä.

TAULUKKO 6. Yksittäiset keski-ikä stressioireet jaoteltuna mielenterveysongelmien ilmenemisen mukaan eläkeiässä.

Mielenterveysongelmia eläkeiässä			
	Kyllä %	Ei %	p-arvo
Unen päästä kiinni saaminen			0.003
Erittäin helppoa	18.0	26.2	
Melko helppoa	35.5	38.9	
Ei helppoa eikä vaikeaa	33.3	26.1	
Melko vaikeaa	10.4	7.9	
Erittäin vaikeaa	2.7	0.9	
Oletteko jännittynyt			0.000
En koskaan	1.6	3.4	
Melko harvoin	23.4	36.9	
Silloin tällöin	50.0	49.6	
Melko usein	21.2	9.3	
Aina tai hyvin usein	3.8	0.8	
Onko teillä vatsakipuja			0.033
Ei koskaan	12.6	19.6	
Melko harvoin	40.7	43.8	
Silloin tällöin	32.4	27.0	
Melko usein	11.0	7.5	
Aina tai hyvin usein	3.3	2.0	
Ponnistettava muistaakseen			0.000
Ei koskaan	3.3	3.9	
Melko harvoin	17.9	23.0	
Silloin tällöin	42.9	51.2	
Melko usein	24.5	17.8	
Hyvin usein	11.4	4.1	
Päivittäisistä toimista nauttiminen viimeaikoina			0.016
Usein	16.0	19.8	
Melko usein	32.6	40.5	
Silloin tällöin	34.8	29.6	
Melko harvoin	16.0	9.7	
Ei koskaan	0.6	0.4	
Puristusta/ahdistusta/ kipua rinnassa			0.000
Ei koskaan	29.5	41.9	
Melko harvoin	28.4	29.7	
Silloin tällöin	31.7	23.7	
Melko usein	8.7	4.0	
Hyvin usein	1.6	0.8	
Jäisi mieluummin kotiin (töistä)			0.000
Ei koskaan	14.1	20.0	
Melko harvoin	39.1	43.1	
Silloin tällöin	30.4	28.5	
Melko usein	10.3	6.6	
Usein tai lähes aina	6.0	1.8	
Oletteko hermostunut			0.000
Ei koskaan	1.1	4.2	
Melko harvoin	28.8	47.9	
Silloin tällöin	57.1	41.9	
Melko usein	12.0	5.7	
Jatkuvasti	1.1	0.2	
Huimausta			0.002
Ei koskaan	24.5	37.3	
Melko harvoin	41.3	36.9	
Silloin tällöin	28.3	20.7	
Melko usein	4.3	4.5	
Hyvin usein	1.6	0.5	
Tuntunut haluttomalta viimeaik.			0.000
Ei koskaan	5.4	11.9	
Melko harvoin	35.3	43.9	
Silloin tällöin	35.9	34.2	
Melko usein	20.1	9.4	
Jatkuvasti	3.3	0.6	

Mielenterveysongelmia eläkeiässä			
	Kyllä %	Ei %	p-arvo
Katkeilevatko ajatukset			0.009
Ei koskaan	12.0	18.2	
Melko harvoin	40.4	45.6	
Silloin tällöin	38.3	31.1	
Melko usein	7.7	4.4	
Hyvin usein	1.6	0.7	
Halu työstä poissaoloon			0.762
Ei koskaan	49.2	49.5	
Melko harvoin	32.2	33.5	
Silloin tällöin	13.1	13.3	
Melko usein	4.9	3.1	
Aina tai hyvin usein	0.5	0.6	
Masentunut			0.000
Ei lainkaan	6.5	21.7	
Melko harvoin	35.3	46.6	
Silloin tällöin	44.0	27.8	
Melko usein	13.6	3.8	
Jatkuvasti	0.5	0.2	
Toimelias ja vireä			0.000
Aina	7.1	12.7	
Melko usein	38.8	49.3	
Silloin tällöin	34.4	29.3	
Melko harvoin	19.7	8.5	
Ei koskaan	0.0	0.2	
Herännyt liian aikaisin kykenemättä nukahtamaan uudelleen			0.000
Ei koskaan	12.5	23.8	
Melko harvoin	39.7	40.3	
Silloin tällöin	27.2	22.0	
Melko usein	13.6	10.6	
Usein	7.1	3.3	
Vaikeuksia muistamisessa			0.000
Ei koskaan	3.3	5.7	
Melko harvoin	21.7	34.1	
Silloin tällöin	51.6	44.8	
Melko usein	13.6	12.5	
Hyvin usein	9.8	3.0	
Toiveikkaus tulevaisuudesta			0.000
Jatkuvasti	8.2	15.8	
Melko usein	27.9	33.9	
Silloin tällöin	30.1	29.1	
Melko harvoin	30.6	18.3	
Ei koskaan	3.3	2.9	

8 POHDINTA

Tulokset osoittavat keski-iässä koetun työstressin ja eläkeiässä koettujen mielenterveysongelmien välillä olevan yhteyden; pitkittynyt stressioireilu kasvattaa todennäköisyyttä kokea mielenterveysongelmia eläkeiässä. Tämä havainto vahvistaa vallitsevaa käsitystä keski-ian merkityksellisyydestä myöhemmän elämänkulun kannalta (Breeze ym. 2001, Wahrendorf ym. 2012, Kulmala ym. 2013, Nilsen ym. 2014), ja on yhteneväinen aiemman keski-ian työstressin ja vanhuusiän mielenterveyden osalta tehdyn tutkimuksen kanssa (Wahrendorf ym. 2012, Nilsen ym. 2014). Leskillä mielenterveysongelmien todennäköisyys on hiukan muita suurempi, aivan kuten tutkimuksissa on aiemminkin osoitettu (Schaie & Willis 2002, 439).

Tulokset ovat tilastollisesti erittäin merkitseviä jokaisen stressioireprofiilin osalta, ja mielenterveysongelmia esiintyi odotettua enemmän pitkäkestoisten oireiden osalta kaikissa stressioireprofiileissa. Stressioireprofiileja olivat työhön liittyvät negatiiviset reaktiot ja masentuneisuus, koetut muistiongelmat, unihäiriöt ja somaattiset oireet. Uniongelmien kohdalla myös satunnaisesti oireilleilla ilmeni odotettua enemmän mielenterveysongelmia, kun taas satunnaisia oireita profiilissa ”negatiiviset reaktiot työhön ja masentuneisuus” kokeneilla mielenterveysongelmia ilmeni odotettua vähemmän. Jokaisen stressioireprofiilin kohdalla odotettua vähemmän mielenterveysongelmia ilmeni myös niillä, joilla stressioireita ei ollut ollenkaan.

Satunnaistenkin uniongelmien haitallisuus voisi selittyä unen ilmeisellä merkityksellä psyykkiselle hyvinvoinnille ja univajeen lyhyen aikavälin haitoilla. Toisaalta unettomuus voisi olla varhainen merkki tulevasta mielenterveysongelmista, sillä esimerkiksi kliinisessä masennuksessa uniongelmat ovat tyypillinen sairauden oire (Salokangas 1995, 120). Negatiiviset reaktiot työhön ja masentuneisuus satunnaisesti koettuna ei ollut ollenkaan haitallista, vaan mielenterveysongelmia ilmeni jopa odotettua vähemmän. Tämä voisi selittyä yleisyydellä; ehkäpä tämäntyyppinen oireilu on lyhytkestoisena ja ohimenevänä tavallinen osa kiireisten keski-ikäisten ihmisten elämää. Pitkäkestoisen stressioireilun haitallisuus voisi selittyä allostaaattisella kuormalla, eikä pitkäkestoisten oireiden haitallisuus ole sinänsä yllättävää ottaen huomioon oireiden oletettavat vaikutukset yksilön elämänlaatuun ja jaksamiseen yleensä.

Sukupuolten välistä tilastollisesti merkitsevää eroa työstressin ja mielenterveysongelmien välisessä yhteydessä ilmeni vain siinä joukossa, jossa mielenterveysongelmia eläkeiässä ei esiintynyt. Tämä joukko oli huomattavasti suurempi kuin se jossa mielenterveysongelmia ilmeni. Koska yleensä suuremmalla otoksella saadaan herkemmin tilastollisesti merkitseviä tuloksia, voisi ryhmien kokoero osaksi selittää sitä, miksi sukupuolten välistä eroa mielenterveysongelmaisten keskuudessa ei ollut havaittavissa. Niistä, joilla ilmeni mielenterveysongelmia eläkeiässä, ylivoimainen enemmistö oli naisia. Tätä saattaisi osittain selittää naisten pidempi elinikä tai naisten mahdollinen taipumus raportoida oireita herkemmin. Miesten keskimäärin naisia lyhyemmästä eliniästä johtuen iäkkäät miehet voivat olla valikoituneempi joukko kuin iäkkäät naiset. Jos jäljellä on enää sitkeimmät ja terveimmät yksilöt, ei psyykkistä haavoittuvuuttakaan heidän keskuudessaan välttämättä ilmene kovin paljoa. Lisäksi naisille etenkin aiempina vuosikymmeninä sosiaalisiin rooleihin liittyvät odotukset ovat voineet aiheuttaa naisille enemmän haasteita esimerkiksi työn ja perheen yhteensovittamisessa verrattuna miehiin.

Vaikka sopiva määrä tilapäistä, positiivista stressiä voi parantaa tehtävistä suoriutumista, on pitkään jatkuva oireita aiheuttava stressi hyvinvointia uhkaava tekijä niin lyhyemmällä (Arial 2010) kuin pidemmälläkin aikavälillä tarkasteltuna (Wahrendorf ym. 2012, Kulmala ym. 2013). Panostaminen työhyvinvointiin on tärkeää, ja stressiin liittyviä oireita olisi hyvä kartoittaa esimerkiksi työterveyshuollon terveystarkastuksissa. Stressiperäisen oireilun yhteydessä yksilötasolla olisi myös tärkeää pohtia stressin syitä ja ratkaisuja liian stressaavaksi koettuun tilanteeseen.

Työstressin taustalla on moninaisia yksilöllisiä tekijöitä, eivätkä syyt stressin kokemiseen ole kaikilla samat. Silti yleisiä työstressin taustalla olevia tekijöitä, kuten epätasapainoa työn vaatimusten ja työntekijän vaikutusmahdollisuuksien (Karasek 1979), vaatimusten, vaikutusmahdollisuuksien ja sosiaalisen tuen (Johnson ym. 1989), sekä panostuksen ja palkkioiden (Siegrist ym. 2004) välillä voisi olla tarpeellista tarkastella työyhteisöissä myös ennaltaehkäisevässä mielessä. Lisäksi stressiprofiilien (Kulmala ym. 2013) pohjalta voisi tulevaisuudessa laatia stressioireilua kartoittavan testin työterveystarkastuksissa käytettäväksi. Tulevaisuudessa väestön ikärakenteen muutos on suomalaiselle yhteiskunnalle suuri haaste. Niin yksilön kuin yhteiskunnankin kannalta toimintakyvyn säilyminen mahdollisimman pitkään on merkityksellistä. Yksilön kohdalla hyvä toimintakyky mahdollistaa mielekkääksi koetun elämän ja mahdollisuuden toteuttaa omia tavoitteitaan. Niin yksilön kuin yhteiskunnankin näkökulmasta kysymys on myös taloudellinen. Suomen talouspoliittisena

tavoitteena on pidentää työuria, ja jopa työpäivän pituuden kasvattamisen mahdollisuutta on ehdotettu. Tällaiset muutokset eivät kuitenkaan voi tapahtua työhyvinvoinnin kustannuksella. Jos työntekijät ovat liian lujilla keski-ikäisenä, on epätodennäköisempää jaksaa työssä eläkeikään asti, ja eläkeiässä ilmenevät ongelmat lisäävät terveydenhuollon kustannuksia. Mielenterveysongelmien ennaltaehkäiseminen on mitä todennäköisimmin helpompaa ja halvempaa kuin niiden hoitaminen, ja ennaltaehkäisyyn tulisikin panostaa läpi elämänkaaren.

Tämän tutkimuksen ehdoton vahvuus on pitkä, 28 vuoden seuranta-aika samoilla tutkittavilla, joissa oli niin naisia kuin miehiäkin. Alkuperäisen tutkimusaineiston suuri otoskoko (N=6257) mahdollisti tämän tutkimuksen suuren otoskoon (N=2745) siitäkin huolimatta, että vuoden 2009 kyselyyn mennessä alkuperäisistä tutkittavista oli kuollut 2079 henkilöä (Kulmala ym. 2013).

Tutkittavat olivat valikoitunutta joukkoa jo alun perin, mikä on muistettava yleistettävyyttä ajatellen. Tutkimuksen alkaessa tutkittavat olivat keski-ikäisiä kuntatyöntekijöitä, mikä rajaa ulkopuolelle työttömät ja aiemmin sairaseläkkeelle jääneet. Koska kaikki tutkittavat olivat työelämässä, työkyvyn voidaan olettaa olleen heidän keskuudessaan hiukan parempi kuin väestössä keskimäärin, eikä tuloksia voida yleistää koskemaan kaikkia suomalaisia. Lisäksi vuoden 2009 kyselyyn osallistuneet, joita kaikki tämän tutkimuksen otokseen kuuluvat olivat, ovat todennäköisesti olleet terveempiä kuin suomalainen vanhusväestö keskimäärin. Heikoimman terveydentilan omaavat ovat oletettavasti kuolleet jo ennen vuoden 2009 seuranta-ajankohtaa, ja kyselyyn osallistuneet ovat olleet riittävän toimintakykyisiä vastataksaan kyselyyn. Erillinen katoanalyysi lisäisi tutkimuksen luotettavuutta. Tämän tutkimuksen tulosten pohjalta ei voida tehdä päätelmiä syy-yhteydestä, ja jatkossa mahdollisia välittäviä tekijöitä työstressin ja mielenterveysongelmien välisessä yhteydessä olisikin hyvä selvittää eri menetelmin.

Mielenterveysongelmien mittarina käytetty kaksiluokkainen summamuuttuja sisälsi kaikki tutkittavien itse raportoimat mielenterveysongelmat vakavuusastetta tai diagnoosia erittelemättä. Tarkastelemalla diagnosoituja ja oman kokemuksen perusteella ilmoitettuja mielenterveysongelmia erillisinä ja ottamalla mielenterveysongelmien vakavuusasteen huomioon voitaisi saada yksityiskohtaisempaa tietoa, mutta vakavien mielenterveysongelmien vähäisestä määrästä johtuen se ei tällä aineistolla olisi mielekäästä. Itseilmoitetut mielenterveysongelmat eivät välttämättä tarkoita kliinistä diagnoosia edellyttävän tasoista ongelmaa, mutta toisaalta itseraportoinnin avulla voidaan löytää alidiagnosoituja ongelmia ja

sellaisia lieviä, elämänlaatua heikentäviä ongelmia jotka eivät varsinaisesti vastaa minkään psyykkisen sairauden kliinistä taudinkuvaa.

Koska tässä tutkimuksessa sukupuolieroja tarkasteltiin muiden tutkimusongelmien ohessa, ei sukupuolten välisistä eroista voida tehdä varmoja johtopäätöksiä näiden tulosten pohjalta. Sukupuolen merkitystä keski-ikäisen työstressin ja vanhuusiän mielenterveysongelmien väliselle yhteydelle tulisi jatkossa selvittää tarkemmin useammilla pitkittäisasetelmilla. Mielenkiintoista olisi tutkia myös sitä, onko ammattiasemalla (von Bonsdorff ym. 2011) merkitystä keski-ikäisen työstressin ja vanhuusiän mielenterveysongelmien välisessä yhteydessä. Myös sukupuolen ja ammattiaseman yhteistä roolia työstressin ja mielenterveysongelmien väliseen yhteyteen voisi samassa yhteydessä kartoittaa. Lisäksi tulevaisuudessa on tarvetta erilaisille interventiotutkimuksille, joissa tavoitteena on ennaltaehkäistä tai vähentää työstressiä, ja muuttaa työelämän rakenteita ja käytäntöjä elinikäistä hyvinvointia paremmin palvelevaksi.

LÄHTEET

- Alasoini, T. 2012. Psykologinen sopimus organisaation ja työntekijöiden yhteisenä etuna. Teoksessa P. Pyöriä (toim.) Työhyvinvointi ja organisaation menestys. Helsinki: Gaudeamus, 99-118.
- Alastalo, H., Bonsdorff, M. B. von, Räikkönen, K., Pesonen, A. K., Osmond, C., Barker, D. J. P., Heinonen, K., Kajantie, E., Eriksson, J. G. 2013. Early life stress and physical and psychosocial functioning in late adulthood. PLoS ONE 8 (7): e69011. doi:10.1371/journal.pone.0069011.
- Alwin, D. F. 2012. Integrating varieties of life course concepts. The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences & Social Sciences 67 (2), 206-220.
- Arial, M., Gonik, V., Wild, P., Danuser, B. 2010. Association of work related chronic stressors and psychiatric symptoms in a Swiss sample of police officers; a cross sectional questionnaire study. International Archives of Occupational & Environmental Health 83, 323-31.
- Baird, B., Lucas, R., Donnellan, M. 2010. Life satisfaction across the lifespan: findings from two nationally representative panel studies. Social Indicators Research 99, 183-203.
- 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.
- Bonsdorff von, M., Seitsamo, J., Ilmarinen, J., Nygård, C-H., Bosdorff von, M. E., Rantanen, T. 2011. Work ability in midlife as a predictor of mortality and disability in later life: a 28-year prospective follow-up study. CMAJ 183 (4). doi:10.1503/cmaj.100713
- Breeze, E., Fletcher, A. E., Leon, D. A., Marmot, M. G., Clarke, R. J., Shipley, M.J. 2001. Do socioeconomic disadvantages persist into old age? Self-reported morbidity in a 29-year follow-up of the Whitehall Study. American Journal of Public Health 91, 277-83.
- Cain, L. D. Jr. 1964. Life course and social structure. Teoksessa: R. E. E. Faris (toim.) Handbook of sociology. Chicago: Rand McNally, 272-309.
- Clausen, J. A. 1986. The life course: A sociological perspective. New Jersey: Prentice-Hall.

- Cohen, S. 2005. The Pittsburgh common cold studies: psychosocial predictors of susceptibility to respiratory infectious illness. *International Journal of Behavioral Medicine* 12, 123-131.
- Dannefer, D. 1987. Aging as intracohort differentiation: accentuation, the matthew effect, and the life course. *Sociological forum* 2, 211-36.
- Elder, G. H. Jr. 1975. Age differentiation and the life course. *Annual Review of Sociology* 1, 165-190.
- Elder, G. H. Jr. 1997. The life course and human development. Teoksessa: R.M. Lerner (toim.) *Handbook of child psychology 1: Theoretical models of human development*. New York: John Wiley, 939-991.
- Elder, G. H. Jr. 2000. The life course. Teoksessa: E. F. Borgatta & R. J. V. Montgomery (toim.) *Encyclopedia of sociology*. 2. painos. New York: Macmillan reference, 1614-1622.
- Eller, N. H., Netterstrom, B., Gyntelberg, F., Kristensen, T. S., Nielsen, F., Steptoe, A., Theorell, T. 2009. Work-related psychosocial factors and the development of ischemic heart disease. A systematic review. *Cardiology in review* 17, 83-97.
- Featherman, D. L. 1983. Life span perspectives in social science research. Teoksessa P. B. Baltes & G. Jr. Brim (toim.) *Life-span development and behavior*. New York: Academic press,
- Haas, S., Rohlfen, L. 2010. Life course determinants of racial and ethnic disparities in functional health trajectories. *Social Science & Medicine* 70, 240-250.
- Haid, M-L., Seiffge-Krenke, I. 2013. Effects of (un)employment on young couples' health and life satisfaction. *Psychology & Health* 28, 284-301.
- Havighurst, R. J. 1948. *Developmental tasks and education*. New York, NY: Longman.
- Helldán, A., Helakorpi, S. 2014. Eläkeikäisen väestön terveystyytyminen ja terveys keväällä 2013 ja niiden muutokset 1993-2013. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 15/2014*.

- Houtman, I. L., Bongers, P. M., Smulders, P. G., Kompier, M. A. 1994. Psychosocial stressors at work and musculoskeletal problems. *Scandinavian Journal of Work & Environmental Health* 20, 139-145.
- Ilmarinen, J., Tuomi, K., Eskelinen, L., Nygard, C. H., Huuhtanen, P., Klockars, M. 1991. Background and objectives of the Finnish research project on aging workers in municipal occupations. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health* 17, 7-11.
- Johnson, J. V., Hall, E. M., Theorell, T 1989. Combined effects of job strain and social isolation on cardiovascular disease morbidity and mortality in a random sample of the Swedish male working population. *Scandinavian Journal of Work & Environmental Health* 15, 434-41.
- Jokela, M., Batty, G. D., Kivimäki, M. 2013. Ageing and the prevalence and treatment of mental health problems. *Psychological Medicine* 43, 2037-2045.
- Karasek, R. A. 1979. Job demands, job decision latitude, and mental strain – Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly* 24, 285-308.
- Karhunen, V., Rasi, I., Lepola, E., Muhli, A., Kanninen, A. 2011. IBM SPSS Statistics Perusteet. Oulun yliopisto.
- Kivimäki, M., Ferrie, J. E., Brunner, E. 2005. Justice at work and reduced risk of coronary heart disease among employees: the Whitehall II Study. *Archives of International Medicine* 165, 2245-2251.
- Kulmala, J., Bonsdorff, M. B. von, Stenholm, S., Törmäkangas, T., Bonsdorff, M. E. von, Nygård, C-H., Klockars, M., Seitsamo, J., Ilmarinen, J., Rantanen, T. 2013. Perceived stress symptoms in midlife predict disability in old age: A 28-year prospective cohort study. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences & Medical Sciences* 68, 984-991.
- Lawrence, D., Mitrou, F., Zubrick, S. R. 2009. Smoking and mental illness: results from population surveys in Australia and the United States. *BMC Public Health* 9, 285-98.
- Lazarus, R. S. 1993. From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology* 44, 1-21.

- Mc Manus, S., Meltzer, H., Brugha, T., Bebbington, P., Jenkins, R. 2009. Adult psychiatric morbidity in England, 2007: Results of a household survey. NHS Information Centre for Health and Social Care.
- Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., Shapira, I. 2006. Burnout and risk of type 2 diabetes: a prospective study of apparently healthy employed persons. *Psychosomatic Medicine* 68, 863-69.
- Mikolajczyk, R. T., El Ansari, W., Maxwell, A. E. 2009. Food consumption frequency and perceived stress and depressive symptoms among students in three European countries. *Nutrition Journal* 8, 31-38.
- Montero-Marín, J., García-Campayo, J. 2010. A newer and broader definition of burnout: validation of the “Burnout clinical subtype questionnaire (BCSQ-36)”. *BMC Public Health* 10, 302.
- Montero-Marín, J., García-Campayo, J., Fajó-Pascual, M. 2011. Sociodemographic and occupational risk factors associated with the development of different burnout types: the cross-sectional University of Zaragoza study. *BMC Psychiatry* 11, 49.
- Nakao, M. 2010. Work-related stress and psychosomatic medicine. *BioPsychoSocial Medicine* 4, 4.
- Nilsen C., Andel R., Fors S., Meinow B., Mattson A. D., Kåreholt I. 2014. Associations between work-related stress in late midlife, educational attainment, and serious health problems in old age: a longitudinal study with over 20 years of follow-up. *BMC Public Health* 14, 878-890.
- O’Connor, D. B., Walker, S., Hendrickx, H., Talbot, D., Schaefer, A. 2013. Stress-related thinking predicts the cortisol awakening response and somatic symptoms in healthy adults. *Psychoneuroendocrinology* 38, 438-46.
- Salokangas, R. K. R. Miten depression voidaan tunnistaa? Teoksessa Suomen akatemia, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim (toim.) *Depressio – Tunnistaminen ja hoito*. Helsinki: Painatuskeskus Oy, 116-131.
- Santrock, J. W. 1983. *Life-span development*. USA: Wm. C. Brown Company Publishers.
- Schaie, K. W., Willis, S. L. 2002. *Adult development and aging*. New Jersey: Prentice Hall.

- Seeman, T., McEwen, B. S., Rowe, J. W. 2001. Allostatic load as a marker of cumulative biological risk: MacArthur studies of successful aging. *Proceedings of the National Academy of Science USA* 98, 4770-4775.
- Siegrist, J. 1996. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*. 1, 27-41.
- Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T. 2004. The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine* 58, 1483-1499.
- Szanton, S. L., Thorpe, R. J., Whitfield, K. 2010. Life-course financial strain and health in African-Americans. *Social Science & Medicine* 71, 259-265.
- Työterveyslaitos 2010. Työkyky ja kolmannen iän hyvinvointi. Viitattu 20.5.2015.
http://www.ttl.fi/fi/tutkimus/hankkeet/tyokyky_ja_kolmannen_ian_hyvinvointi/Sivut/default.aspx
- Vink, D., Aartsen, M., Comijs, H., Heymans, M., Penninx, B., Stek, M., Deeg, D. J., Beekman, A. T. 2009. Onset of anxiety and depression in the aging population: comparison of risk factors in a 9-year prospective study. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 17, 642-652.
- Wahrendorf, M., Sembajwe, G., Zins, M., Berkman, L., Goldberg, L., Goldberg, M., Siegrist, J. 2012. Long-term effects of psychosocial work stress in midlife on health functioning after labor market exit – results from the GAZEL study. *The journals of gerontology* 67, 471-480.
- Wang, J. L., Schmitz, N., Dewa, C., Standfeld, S. 2009. Changes in perceived job strain and the risk of major depression: results from a population-based longitudinal study. *American Journal of Epidemiology* 169, 1085-1091.
- Westerlund, H., Gustafsson, P. E., Theorell, T., Janlert, U., Hammarström, A. 2012. Social adversity in adolescence increases the physiological vulnerability to job strain in adulthood: a prospective population-based study. *PLoS ONE* 7 (4)
- Wiewclaw, J., Abergö, E., Mortensen, P. B., Burr, H., Tüchsen, F., Bonde, J.P. 2006. Work related violence and threats and the risk of depression and stress disorders. *Journal of Epidemiology & Community Health* 60, 771-775.

- Wiewclaw, J., Agerbo, E., Mortensen, P. B., Burr, H., Tüchsen, F., Bonde, J.P. 2008. Psychosocial working conditions and the risk of depression and anxiety disorders in the Danish workforce. *BMC Public Health* 8, 280.
- Zoccola, P. M., Dickerson, S. S., Yim, I. S. 2011. Trait and state perseverative cognition and the cortisol awakening response. *Psychoneuroendocrinology* 36, 592-595.