

**MASENTUNEISUUDEN JA TOIMINTAKYVYN VÄLI-
NEN YHTEYS 75-VUOTIAILLA JYVÄSKYLÄLÄISILLÄ**

Hoitotieteen pro gradu-tutkielma
Jyväskylän yliopisto
Liikuntatieteellinen tiedekunta
Terveystieteen laitos
Eila Lähtenmäki
Kevät 1997

TIIVISTELMÄ

Eila Lähteenmäki

MASENTUNEISUUDEN JA TOIMINTAKYVYN VÄLINEN YHTEYS 75 - VUOTIAILLA JYVÄSKYLÄLÄISILLÄ

Hoitotieteen pro gradu-tutkielma

Terveystieteen laitos

Jyväskylän yliopisto

Kevät 1997

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin masentuneisuuden ja toimintakyvyn välistä yhteyttä 75-vuotiailla jyvaskyläläisillä. Aineisto koostui Ikivihreät-projektin vuonna 1989 suorittaman terveys- ja toimintakykytutkimuksen haastattelu- ja laboratoriotutkimusaineistosta. Tutkimus käsitti kaikki elossa olleet vuonna 1914 syntyneet. Haastatteluihin osallistui 92.9 % ikäluokasta (n=355): miehiä 119 ja naisia 236.

Tässä tutkimuksessa toimintakykyä käsiteltiin laajana yleisenä toimintakyynä, joka koostuu keskenään vuorovaikutuksessa olevasta fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta ulottuvuudesta.

Masentuneisuuden mittaamiseen käytettiin CES-D-asteikkoa, jossa vähintään 16 pistettä saaneet luokiteltiin masentuneiksi. Yksinäisyyttä arvioitiin UCLA-asteikolla ja sosiaalisen joustavuuden mittaamiseen käytettiin BIC-asteikkoa.

Masennus oli yleisempää naisilla kuin miehillä. Ero oli tilastollisesti merkitsevä. Miehillä masentuneisuutta lisäsi leskeys, naisilla avioero. Heikko taloudellinen tilanne, asunnon huono sopivuus tutkittavien terveydentilaan ja asuinalueella esiintyvät vaaralliset tienristeykset olivat yhteydessä naisten masentuneisuuteen.

Molemmilla sukupuolilla tuli esille selvä yhteys yksinäisyyden kokemisen ja masentuneisuuden välillä, muttei yhteyttä sosiaaliseen joustavuuteen. Stressaantuneisuus, ahdistuneisuus, fyysisten oireiden esiintyminen ja univaikeudet osoittautuivat olevan yhteydessä naisten masentuneisuuteen. Melkein merkitsevä yhteys masentuneisuuteen löytyi niillä, sekä miehillä että naisilla, jotka kokivat fyysisen kuntonsa huonommaksi kuin muut samikäiset.

Apuvälineiden käyttö oli ikäluokassa vähäistä. Ainoa yhteys masennukseen tuli esille kävelykeppiä käyttävien miesten ryhmässä. Samoin löytyi yhteys masentuneisuuteen niiden miesten kohdalla, joilla oli vaikeuksia seurata vähintään kolmen hengen keskustelua.

PADL-toiminnoissa esiintyvien vaikeuksien ja masentuneisuuden välinen yhteys oli miehillä melkein merkitsevä ja naisilla merkitsevä. Molemmilla löytyi yhteys ylävartalon puukemisessa, varpaan kynsien hoitamisessa ilmenevien ongelmien suhteen ja naisilla lisäksi kodissa liikkumisvaikeuksiin ja ylävartalon pesemiseen. IADL-toimintojen ja masennuksen välistä yhteyttä esiintyi miehillä ainoastaan vaikeuksissa hoitaa raha-asioita. Yhteys oli erittäin merkitsevä. Naisilla selvin yhteys löytyi vaikeuksissa julkisten kulkuvälineiden käytössä ja imuroinnissa.

Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn ylläpitämiseen ja parantamiseen kannattaa panostaa. Toimintakyky riippuu paitsi terveydestä myös ympäristöolosuhteista ja sosiaalisesta verkostosta. Masennuksen ehkäisy mielekkäällä tekemisellä ja yksinäisyyskokemusten vähentämisellä on lähivuosien haaste vanhustyölle ja julkisen sektorin palvelutoiminnalle.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	1
2 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT	5
2.1 Vanhuusiän masentuneisuus.....	5
2.2 Toimintakyky.....	14
2.3 Hoitotieteellinen näkökulma masennukseen.....	22
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA ONGELMAT	27
4 TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄT	30
4.1 Aineisto.....	30
4.2 Masentuneisuuden seulonnassa käytetty CES-D-asteikko.....	30
4.3 Yksinäisyyden ja sosiaalisen joustavuuden arvioinnissa käytetyt UCLA- ja BIC - asteikot.....	33
4.4 PADL- ja IADL-toiminnot.....	34
4.5 Aineiston käsittely ja analyysi.....	35
5 TUTKIMUSTULOKSET	36
5.1 Masentuneisuuden esiintyminen ja sen yhteys sukupuoleen, siviilisää- tyyn ja taloudellisiin tekijöihin.....	36
5.2 Asuminen, asuinympäristö ja masentuneisuus.....	38
5.3 Masentuneisuus ja psykososiaalinen hyvinvointi.....	40
5.3.1 Yksinäisyyden kokeminen ja masentuneisuus.....	40
5.3.2 Sosiaalinen joustavuus ja masentuneisuus.....	42
5.3.3 Masentuneisuus ja stressaantuneisuuden kokeminen jokapäi- väisessä elämässä.....	42
5.3.4 Ahdistuneisuus, nukkumisvaikeudet ja masentuneisuus.....	43

5.4 Masentuneisuus ja oma kokemus terveydentilasta sekä fyysisestä kunnosta muihin samanikäisiin nähden.....	43
5.5 Masentuneisuus ja fyysisten oireiden esiintyminen.....	45
5.6 Masentuneisuus ja avun tarpeen kokeminen.....	46
5.7 Fyysinen suorituskyky, apuvälineiden käyttö sekä vapaa-aika ja masentuneisuus.....	47
5.8 Aistien toimintakyky ja masentuneisuus.....	51
5.9 Muistitoiminnot ja masentuneisuus.....	52
5.10 Selviytyminen PADL- sekä IADL-toiminnoista ja masentuneisuus.....	52
6 POHDINTA	56
6.1 Tutkimustulosten tarkastelua.....	56
6.2 Toimintakykyisyyden säilyttäminen ja masennuksen ehkäisy; näkökohtia vanhustyön suunnitteluun.....	67
LÄHTEET	72
LIITTEET 6 kpl	86

1 JOHDANTO

Vanhuspolitiikan tavoitteeksi voidaan asettaa ikääntyneen henkinen hyvinvointi ja mahdollisimman pitkälle säilyvä toimintakyky. Ikääntyminen on osa ihmisen elämänkaarta, jolloin elämän tulisi tarjota myös vanhukselle mahdollisuuksia uusiin haasteisiin, itsensä toteuttamiseen ja tasapainoiseen olemiseen. Vanhustenhuollolta odotetaan monipuolista vastaamista palvelutarpeisiin. Palvelujen tulisi tukea ikääntyneen omatoimisuutta ja itsenäistä selviytymistä. Tulevaisuuden ikääntyneiden elämäntausta ja valmiudet ovat erilaiset kuin nyt. Palveluilta tullaan odottamaan monipuolisuutta ja saatavuutta (Tilvis 1994). Kennien (Karppi 1993) hyvän terveydenhuollon erityispiirteet sopivat myös vanhustenhuollon ominaisuuksiksi. Erityispiirteitä on kymmenen: toimintakyky, tukijärjestelmät, arviointi, erityisosaaminen, varovaiset lääketieteelliset interventiot, asiakkaan tahdon kunnioittaminen, kuoleman hyväksyminen, avohoito, ajan tarve, hoidon jatkuvuus (Karppi 1993).

Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon painopistealueet tulee olemaan vuosina 1997 - 2000 kuntalaisten toimintakyvyn parantaminen. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä mielenterveyden häiriöt aiheuttavat inhimillisiä kärsimyksiä sekä toimintakyvyn menetyksiä ja näiden seurauksena taloudellisia menetyksiä ja kustannuksia kansantaloudelle. Toimintakyvyn edistämiseksi tarvitaan eri julkisten sektoreitten sekä vapaaehtoistahojen yhteistoimintaa. (Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet..... vuosina 1997 - 2000). Myös Terveyttä kaikille vuoteen 2000 - ohjelman (1993) eräänä painopistealueena on väestön toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen. Keskeisenä tuodaan esille vanhusväestön itsenäisen suoriutumisen lisääminen fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä edistämällä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteena on, että 90 prosenttia yli 75-vuotiaista asuu kotona (Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet.....1996 - 1999). Itsenäinen kotona selviytyminen riippuu kuitenkin paljon ikääntyvien toimintakyvystä. Heikkisen (1986) mukaan useat väestötutkimukset vanhojen ihmisten keskuudessa osoittavat, että kyky selviytyä päivittäisistä toiminnoista alenee vähitellen iän mukana. Kosken

(1996) mukaan 85-vuotiaiden määrä tulee lisääntymään selvästi. Heistä noin 35 % tulee olemaan laitoshoidon tarpeessa. Kotona selviytyminen mahdollisimman pitkään on kannattavaa paitsi inhimilliseltä kannalta myös taloudellisesti. Laitoshoidon viivästyttäminen yhdellä vuodella on laskettu säästävän yli 100000 markkaa vuodessa. (Koski 1996).

Hyvä terveys on olennainen osa itsenäisyyttä ja omatoimisuutta. Sairaudet ja toimintarajoitukset rajoittavat itsenäisyyttä. (Arber 1996). Terveys pitäisi nähdä toiminta- tai voimavarana, jonka osia terveyden eri ulottuvuudet ovat. Yksilön toimintaresurssit riippuvat hänen kyvystään käyttää terveysresurssejaan sekä siitä, millaisia toimintamahdollisuuksia, vaatimuksia ja rajoituksia hänen ympäristönsä asettaa. (Sihvonen 1994). Vanheneminen sinänsä ei merkitse sairautta, mutta tervekin vanhus on eri tavoin terve kuin nuori. Ikääntyminen siis muuttaa terveyttä, muttei sitä välttämättä hävitä. (Jylhä & Heikkinen 1983).

Mikäli iäkkäiden toimintakyky paranee, se ilmeisesti koskee pääasiassa 75 - 80 - vuotiaita. On mahdollista, että yli 75- vuotiaiden vanhenemiseen liittyvä sairastavuus lisääntyy ja keskimääräinen lääketieteellisen hoidon ja erilaisen huolenpidon tarvetta sisältävä ajanjakso pitenee. Vaikka joidenkin vakavien sairauksien esiintyminen ehkä väheneekin, tuki- ja liikuntaelinsairauksien määrä kasvaa samoin kuin niistä aiheutuva avuntarve. (Raassina 1994).

Masennusoireet ovat varsin yleisiä ikääntyneillä. Erityisen alttiita alakuloon ovat nais- ja mieslesket, vaikeasti sairaat ja toimintakyvyttömät. Laitosolosuhteissa asuvien keskuudessa depressio on vieläkin yleisempää kuin muulla eläkeikäisellä väestöllä, mikä saattaa tosin selittyä huonompikuntoisten valikoitumisella sairaalahoitoon. (Kivelä 1993). Depressio on tunne, psyykkinen oire tai oireyhtymä. Depressio on monimuotoinen. Sen syntymistä voidaan tarkastella biologisista, psykologisista, sosiaalisista ja kulttuurisista tekijöistä sekä kaikkien edellä mainittujen tekijöiden keskinäisestä vuorovaikutuksesta käsin. Sen merkitystä toimintakykyä heikentävänä ja elämänlaatua alentavana on alettu tutkia vasta viime vuosina. (Depression tunnistaminen ja hoito 1995).

Eläkeikäisen väestön terveyttä ja toimintakykyä on Suomessa selvitetty useissa tutkimuksissa, joiden avulla on hahmottunut kuva iäkkään väestön tilanteesta. Tulosten mukaan sairastavuus vanhuudessa on varsin yleistä; vain noin joka kymmenes 80 - vuotias on kliinisesti terve. Erilaiset toimintakyvyn rajoitukset vaikeuttavat arkirutiineista selviytymistä suurella osalla vanhimpiin ikäryhmiin kuuluvista. Tilannetta auttaa se, että moniin iän mukanaan tuomiin oireisiin ja vaivoihin totutaan tai niitä pidetään vanhuuteen kuuluvina, eikä siis koeta niiden suuresti haittaavan normaalia elämää. Toisaalta lähes puolet 65 vuotta täyttäneistä tuntee terveytensä erittäin hyväksi tai hyväksi. (Heikkinen ym. 1981, Jylhä 1985, Heikkinen ym. 1992, Heikkinen 1993).

Jyväskylän yliopisto ja Jyväskylän kaupunki ovat käynnistäneet yhteistyössä Ikivihreät-projektin vuonna 1985. Sen tavoitteena on ollut selvittää iäkkäiden henkilöiden psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista toimintakykyä sekä terveyttä. Tavoitteena on myös ollut kehittää tutkimuksissa käytettäviä arviointimenetelmiä sekä luoda tutkimustulosten pohjalta parempia edellytyksiä terveemmälle ja toimintakykyisemmälle vanhuudelle ja hyvälle elämälle. Ikivihreät-projekti on myös solminut tutkimussopimuksen sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Akatemian kanssa. (Heikkinen & Suutama 1992).

- Ikivihreät-projektiin on kuulunut useita eri aineistoja Jyväskylän kaupungissa (Liite 1) sekä Keuruu-Multian kansanterveystyön kuntainliiton alueen 75-vuotiaan väestön tutkimus. Viime mainitun tutkimuksen tarkoituksena on ollut testata menetelmien validiteettia. Terveys- ja toimintakykytuloksia on verrattu jyväskyläläisten samanikäisten aineistoon. (Sakari-Rantala ym. 1995).

Tämä tutkimus perustui vuonna 1989 Jyväskylässä Ikivihreät-projektin yhteydessä koottuun 75-vuotiaiden jyväskyläläisten terveyttä ja toimintakykyä koskevaan haastatteluaineistoon ja laboratoriomittauksiin. Tarkastelin tutkimuksessani 75-vuotiaiden masentuneisuutta ja sen yhteyttä toimintakykytekijöihin sekä joihinkin sellaisiin tausta- ja ympäristötekijöihin, joilla oli oletettavasti merkitystä ihmisen kyvyille selviytyä jokapäiväisessä elämässä. Halusin ottaa tutkimusaineistokseni 75-vuotiaiden ikäryhmän, koska tähän ryhmään kuuluvilla on eri maissa laadittujen ennusteiden ja laskelmien mukaan

toimintakykyistä elinaikaa jäljellä vielä useita vuosia (Sihvonen 1994). Toisin sanoen tämän ikäryhmän toimintakyvyn säilyttämiseen on vielä aikaa vaikuttaa.

Keskimääräisen eliniän on arvioitu olevan tulevaisuudessa noin 85 vuotta. Vanhojen ikääntyneiden määrä lisääntyy ja nykyinen satunnainen pitkäikäisyys muuttuu tavalliseksi. Hervosen (1996) mukaan pitenevän eliniän hintana on usein huonompi terveys. Yleinen raihnaisuus ja monien sairauksien aiheuttama toimintakyvyttömyys saattavat lisääntyä kuolemaa edeltävinä vuosina. (Guralnik 1991, Kaplan 1991, Tilvis 1994, Rantanen 1995, Hervonen 1996). Katz (1983) jakaa odotettavissa olevan elinajan passiiviseen ja aktiiviseen. Passiivisen vaiheen aikana ihminen on sairautensa tai toimintakyvynsä vajavaisuuden takia riippuvainen toisten avusta. Vaikka yhä useampi elää yli 80-vuotiaaksi, loppu elämä ei ehkä johdakaan aktiivisten vuosien lisääntymiseen. Haaste tutkijoille ja ikääntyvien parissa työskenteleville olisi juuri aktiivisten vuosien lisääminen eliniän kohotessa. Iäkkäillä ihmisillä huomio pitäisi kiinnittää toimintakyvyn säilyttämiseen sairauksien hoitamisen ohella (Rantanen 1995). Liikkumiskyky on keskeinen itsenäisen elämisen edellytys. Alaraajojen toiminnan heikkeneminen sekä kognitiivisen kyvykkyyden lasku ovat merkittävimpiä laitoshoitoon joutumisen syitä (Rantanen 1995).

- Tarkoitukseni oli saada selville 75-vuotiaiden toimintakyvyssä sellaisia tekijöitä, joilla voitaisiin osoittaa olevan yhteyttä masentuneisuuteen. Yhteyden selvittäminen mahdollistaisi masentuneisuuteen liittyviin riskitekijöihin vaikuttamisen ja näin jäljellä olevien vuosien elämänlaadun parantamisen. Elämänlaatu on sidoksissa iäkkään ihmisen edellytyksiin toimia mahdollisimman itsenäisesti omien ja ympäristöstään tulevien resurssien varassa. Tietoa masentuneisuudesta tarvitaan vanhustenhoidon ja palvelujen suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa.

2 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Vanhuusiän masentuneisuus

Depression on todettu olevan tavallisin mielenterveyden häiriö (Achte 1991, Hirschfeld & Cross 1982, Murphy 1986, Tuori 1996). Eri tutkimusten mukaan on arvioitu depressiivisten oireiden yleisyydeksi 17-25 % (Hirschfeld & Cross 1982, Stenbäck 1982). Suomen depression konsensuskokous (Depression tunnistaminen ja hoito 1995) esitti lausunnossaan, että aikuisväestöstä noin 6 % sairastaa kliinisesti merkityksellistä masennusta ja joka viides ihminen sairastuu siihen jossakin vaiheessa elämänsä aikana. Lievempiä masennusoireita, masentuneisuutta esiintyy selvästi yleisemmin, jopa 20 prosentilla. (Tuori 1996). Mini-Suomi tutkimuksen mukaan masennusta esiintyi yli 30-vuotiailla 5,1 % (Lehtinen 1995) ja UKKI-tutkimuksessa 31 - 89-vuotiailla esiintymisprosentti oli 5.3 (Lehtinen ym. 1993). Monissa tutkimuksissa on todettu masennusoireiden olevan yleisempiä naisilla kuin miehillä (Hirschfeld & Cross 1982, Hsu & Marshall 1987, Pakkala ym. 1993, Tuori 1996).

- On olemassa viitteitä siitä, että masennusoireet olisivat 1990-luvulla yleistyneet. Tähän viittaa mm. UKKI-tutkimus, psykiatristen hoitopäivien lisääntyminen, työkyvyttömyyseläkkeiden määrän nousu sekä masennuslääkkeiden käytön kaksinkertaistuminen (Kalimo ym. 1992, Raassina 1994, Tuori 1996). Mini Suomi tutkimuksessa todettiin depressio-oireiden yleistyvän myöhäiseen keski-ikään saakka, vähenevän eläkeiän saavuttamisen jälkeen ja lisääntyvän taas yli 70-vuotiailla (Lehtinen 1995).

Epidemiologiset väestötutkimukset ovat osoittaneet, että depressiot ovat myös vanhuusiän yleisin psyykkinen sairaus (Hirschfeld & Cross 1982, Murphy 1986, Achte 1987, Syvälahti 1987, Pakkala & Kivelä 1991, Saarela & Granström 1992, Pakkala 1996). Masentuneisuutta, hermostuneisuutta, jännittyneisyyttä, voimattomuutta ja väsymystä esiintyy yleisesti yli 65-vuotiailla. Alakuloisuus ja masentuneisuus kaksinkertaistuivat vuodesta 1977 vuoteen 1987. Kyseisenä vuonna oireista ilmoitti kärsivänsä 35 % yli 75-vuotiaista naisista ja 23 % samanikäisistä miehistä. (Kalimo ym. 1992). Tut-

kimustavasta ja diagnostisista kriteereistä riippuen esiintymisluvut vaihtelevat. Ruikan (1982) mukaan masennusta oli 10 prosentilla vanhusväestöstä. Kivelän (1993) mukaan 80-luvulla tehdyissä tutkimuksissa tuli esiin lievää masennusta naisvanhuksilla 19-30 prosentilla ja miehistä 15-22 prosentilla. Hirschfeldin ja Crossin (1982) mukaan esiintymistiheys vaihteli 17 ja 20 prosentin välillä.

Suomalaisvanhusten depressiivisyyttä kuvaavat luvut ovat kansainvälisesti vertaillen korkeita (Heikkinen & Suutama 1992, Raassina 1994). Esimerkiksi jyvaskyläläisten 80-vuotiaiden vuonna 1990 CES-D-asteikolla arvioitu masennusoireiden esiintyminen antoi tulokseksi naisille 44,1 % ja miehille 37,5 % (Laukkanen ym. 1994). Tosin Pahkalan (1995) mukaan kansainvälistenkin tutkimusten masennusoireiden esiintymistiheys yli 60-vuotiailla vaihtelee 1,5 prosentista 38:aan.

Vanhuusiän depressioiden yleisyyteen näyttää vaikuttavan joukko tekijöitä, joista voi käyttää nimitystä riskitekijät. Depressioiden vallitsevuuden on todettu liittyvän paitsi ikään niin sukupuoleen, siviilisäätyn, leskeytymiseen, huonoihin taloudellisiin olosuhteisiin, alhaiseen koulutustasoon ja laitostyyppiseen asumiseen (Hirschfeld & Cross 1982, Pahkala ym. 1993).

Naisten suurempiin masennusoireiden esiintymislukuihin saattavat olla syinä passiivinen ja alistettu asema, suurempi avoimuus tutkimustilanteissa, vaihdevuosiin liittyvät muutokset, miehiä yleisempi leskeys. Lisäksi länsimainen kulttuurimme voi olla sallivampi naisten depressioita kohtaan (Hirschfeld & Cross 1982, Pahkala ym. 1993).

Miesten depressiot näyttäisivät lisääntyvän vanhemmiten. Selityksenä on esitetty miesten myöhäisempää leskeytymistä. Toinen selitys on , että miesten on vaikeampi kestää iän mukanaan tuomaa terveyden ja toimintakyvyn heikkenemistä (Kivelä & Pahkala 1989, Pahkala ym. 1990, Pahkala ym. 1993).

Leskeytymisen lisäksi toinen masentuneisuuteen yhteydessä oleva siviilisäätetekijä on avioero. 75-vuotiaiden pohjoismaisessa tutkimuksessa sekä jyvaskyläläisillä että göteborgilaisilla eronneilla naisilla oli runsaasti oireita (Heikkinen ym. 1995). Hirschfeld ja

Cross (1982) ovat määritelleet järjestyksen siviilisäädyn mukaan masentuneille. Vähi-ten masennusta on avioliitossa elävillä miehillä ja naisilla. Seuraavaksi tulevat ei koskaan naimisissa olleet ja naislesket sekä ei koskaan naimisissa olleet, leskeytyneet ja eronneet miehet. Eniten masennusta mainittujen tutkijoiden mukaan on eronneilla ja yksinasuvilla naisilla.

Vanhuusiän masentuneisuus on myös yhdistetty ikääntymiseen liittyviin biologisiin muutoksiin, sairauksiin ja niiden hoitona käytettävien lääkkeiden sivuvaikutuksiin (Saa-rela & Granström 1992).

Depressiolla eli masentuneisuudella tarkoitetaan oireyhtymää, jolle on ominaista voimakas alakuloisuus tai mielenkiinnon ja mielihyvän kokemisen puute (Kivelä 1993). Se voi myös tarkoittaa tilapäistä surua ja alakuloisuutta, depressiivistä oirekokonaisuutta tai todellista tautitilaa (Salokangas 1995).

Käsitteet depressio, masennus ja masentuneisuus eivät ole täysin selkeitä. Niillä voidaan tarkoittaa normaalia tunnetilaa, jota esiintyy kenellä tahansa elämänsä aikana vaikeuksien kohdatessa. Käsitteet voivat myös tarkoittaa vaikeaa mielenterveyden häiriötä. (Tamminen & Achte 1987, Suua & Tuomikoski 1996, Tuori 1996). Achten (1991) mukaan depressio on luonnollinen reaktio tietyissä elämäntilanteissa, esimerkiksi menetysten yhteydessä. Edelleen depressio on psykologinen reaktio ja sitä luonnehtivat energian väheneminen, unettomuus, syyllisyyden ja turhuuden tunteet, väsymys ja surumieli-syys. Achten mukaan ahdistuneisuus ja masennus ovat kaksi yleisintä psyykkistä tilaa kuvaavaa oiretta. Ahdistus on tiettyyn rajaan saakka normaali tunne, merkki tulevaisuuteen liittyvästä koetusta uhasta. Masennus taas on reaktio jo tapahtuneeseen. Väisästen (1994) mukaan depressio on eräänlaista opittua reagointia ahdistuneisuuteen.

Eri lähteiden mukaan masennusta kuvataan joukolla oireita, jotka tutkijasta riippumatta ovat samantapaisia. Vanhusten depressioon liittyy alakuloisuutta, elämän myönteisyyden alenemista, mielenkiinnon vähenemistä sosiaalista ympäristöä ja tapahtumia kohtaan, ärtyneisyyttä varsinkin miehillä, itkuisuutta varsinkin naisilla, tyhjyyden, voimattomuuden sekä syyllisyyden tunteita, pessimismia tulevaisuutta kohtaan, nykyhetken ongelmien

en pohdintaa, taantumista ja keskittymiskyky- sekä muistivaikeuksia. Somaattisia oireita kuvataan tavallisiksi. Niitä ovat mm. vähentynyt tai lisääntynyt ruokahalu, unettomuus tai liiallinen nukkuminen, kivut ja säröt sekä väsymys. (Murphy 1986, Pahkala 1990, Achte 1991, Kivelä 1993, Suua & Tuomikoski 1996).

Depression oireet voidaan siis ryhmitellä affektiivisiin, somaattisiin ja volitionaalisiin (motivaation puute, tahdon halvaantuminen) (Kivelä 1993).

Tyhjyyden, toivottomuuden, avuttomuuden ja yksinäisyyden tunteet saattavat leimata masentuneen vanhuksen tunne-elämää. Avuttomuus voi liittyä sekä fyysiseen että psyykkiseen puoleen ja siten vaikuttaa toimintakykyyn. Masentunut vanhus saattaa kokea, ettei hän selviydy enää ruoan laitosta, asioiden hoidosta kodin ulkopuolella tai muista arkirutiineista. (Kivelä 1993). Jyväskyläläisille 1904-1923 syntyneille vuonna 1988 suoritetussa tutkimuksessa kävi esille, että depressiivisten oireiden esiintyminen korreloi PADL- ja IADL- toimintavaikeuksien kanssa.

Masennus näkyy ilmeissä, eleissä, liikehdinnässä. Masentunut vanhus saattaa täysin vetäytyä sosiaalisesta kanssakäymisestä ja jopa eristäytyä. Liikunta ja fyysisen kunnon ylläpito lakkaavat kiinnostamasta. (Kivelä 1993, Suua & Tuomikoski 1996).

Vaikeimmissa tilanteissa vanhuuden masennukseen voi liittyä itsetuhoisia piirteitä ja kuoleman ajatuksia (Kivelä 1993, Suua & Tuomikoski 1996). Vanhuksilla itsemurha-alttius voi liittyä pitkittyneeseen kriisiin. Laukaisevana tekijänä voi olla terveydentilan äkillinen huononeminen tai muu menetys , esimerkiksi puolison tai läheisen kuolema. (Saarela & Granström 1992).

Siltalan (1992) mukaan vanhuuden depressio ja suru sekä pelko ja ahdistus ovat myös eräällä tavalla elämää eteenpäin vieviä voimia. Vanhuksen terve ahdistus ja tuska ilmevät ikävöimisenä, syytöksinä ja toivottomuutena. Pitkäaikainen masennus sen sijaan ei ole samalla tavalla kehittävää vaan psykologinen ja affektiivinen yritys suojautua psyykkiseltä kivulta. Depressio on tällöin yritys olla tuntematta ja yritys lamauttaa toiminnat, mikä näkyy myös toimintakyvyn huononemisena. Siltalan mielestä depressiivisen van-

huksen on vaikea ilmaista itseään sanoilla. Vanhus ottaa käyttöön ruumiin kielen kuten ilmeet, hidastuneet liikkeet.

Ikääntyneen masennus saattaa jäädä huomaamatta (Achte 1987, Pahkala & Kivelä 1991, Pahkala 1996, Suua & Tuomikoski 1996). Väsymystä, vähäenergisyttä, mielenkiinnon ja mielihyvän katoamista, uni- ja ruokahaluhäiriöitä, hidastumista, raihnaisuutta saatetaan helposti pitää normaaliin vanhenemiseen kuuluvina tai sitten ne yhdistetään erilaisiin somaattisiin sairauksiin kuuluviksi (Saarela & Granström 1992, Pahkala, Kesti ym. 1993, Pahkala 1996, Suua & Tuomikoski 1996). Lisäksi on vaikea vetää rajaa normaalin vanhenemisen ja masennuksessa esiintyvien kognitiivisten ja käyttäytymismuutosten välillä. Vanhenemiseen normaalisti liittyvät muutokset ulkonäössä, psykomotoriikassa, lievä muistin heikkeneminen sekä univaikeudet voivat vaikeuttaa depression tunnistamista. (Lehtinen 1994, Salokangas 1995, Pahkala 1996).

Pahkalan (1995) mukaan erityisen vaikea on tunnistaa somaattiseen ilmiösuun pukeutunutta masennusta. Näillä vanhuksilla erilaiset psykosomaattiset oireet peittävät varsinaisen ongelman. Kyse on tällöin niin sanotusta piilodepressiosta eli naamioidusta masennuksesta. Ikääntynyt ei itsekään tässä tilanteessa yleensä tunnista masennustaan (Suua & Tuomikoski 1996).

Apaattisuus, väsähtäneisyys, tarmottomuus, muistivaikeudet, hidas vastailu kysymyksiin sekä hidas liikkuminen muistuttavat dementian taudinkuvaa. Mikäli kysymys on pseudodementiasta, vanhuksen masennus saattaa jäädä hoitamatta ja vanhus itse auttamatta. (Wells 1979, Adolfsson & Holmberg 1991, Koskinen 1991, Pahkala 1996).

Depression tunnistaminen on osoittautunut perusterveydenhuollossa vaikeaksi (Murphy 1986, Salokangas 1995, Suua & Tuomikoski 1996). Ulkomaisten tutkimusten mukaan yleislääkäri tunnistaa ensimmäisellä käyntikerralla noin puolet kliinisistä depressioista. Noin 10 prosenttia tunnistetaan seuraavan puolen vuoden aikana, noin 20 prosenttia myöhemmin. Noin viidesosa jää kokonaan tulematta ilmi. (Paykel & Priest 1994, Salokangas 1995). Suomalaisen tutkijoiden mukaan vain neljäsosa masennuksista tunnis-

tetaan. Tunnistamista helpottaisi, mikäli lääkäri tuntisi potilaansa ennestään. (Salokangas 1995).

Lääketieteellisen näkemyksen mukaan depressio kehittyy biokemiallisten, psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden yhteisvaikutuksesta (Murphy 1986, Syvälahti 1987, Achte 1991, Koskinen 1991, Wattis 1991, Kivelä 1993). Kivelän (1993) mukaan nykyisin on valalla integroitu teoria depression synnystä. Sen mukaan masennus on vastine useille tekijöille, jotka voivat olla biologisia, psykologisia tai sosiaalisia.

Depression syyt voidaan jakaa altistaviin ja laukaiseviin tekijöihin (Kivelä 1993). Keskushermoston biologisten vanhenemismuutosten arvellaan edistävän depression kehittymistä. Myös perinnöllisyydellä on merkitystä. (Kivelä 1993). Achten (1991) mukaan luonteenkuva ei vanhetessa muutu. Jos ihmisellä on nuorempaanakin ollut vaikeuksia sopeutua elämän muutoksiin ja vaatimuksiin, hän on altis reagoimaan vanhuuden mukana tuleviin väistämättömiin tapahtumiin. Lisäongelmia nykyisille vanhojen ikäluokille on saattanut aiheutua matkan varrella sattuneista tapahtumista, joita ei ole voitu käsitellä (esimerkiksi sotakokemukset).

- Psykosomatiikan tutkijat otaksuvat, että elämän kriisit, kuten leskeytyminen, avioero, sairaudet, panevat liikkeelle aivoissa biokemiallisia muutoksia, mitkä saavat aikaan stressioireita. Ne eivät ehkä häviä kriisin mentyä ohi. Näin syntyneisiin masennusoireisiin ei vanhuksen oma tahdonvoima hoidoksi yksin riitä. (Achte 1991).

Biologisia tekijöitä on tutkittu viime vuosikymmeninä. Käsitys niiden osuudesta nuorten ja keski-ikäisten depression synnyssä on vahvistunut. Iäkkäiden depressiossa perinnöllisillä tekijöillä ei ole osoitettu olevan suurta osuutta (Blazer 1982). Biologisten tekijöiden tutkimuksessa pääpaino on ollut keskushermoston välittäjäaineiden (mm. dopamiini, noradrenaliini, serotoniini) tutkimuksessa. Välittäjäaineilla ja niiden toimintaan vaikuttavilla geneettisillä, psykologisilla, farmakologisilla ja ympäristötekijöillä on oletettu olevan yhteyttä masennuksen syntyyn. (Huttunen 1995, Poutanen 1996).

Viimeaikaiset tutkimukset ovat antaneet viitteitä siitä, että depressiolla ja immunologisilla tekijöillä on yhteyttä. Depressio voi muuttaa immunologisia järjestelmiä. On myös havaittu, että leskeytymiseen ja suruun liittyy alentunut immunologinen puolustuskyky. (Huttunen 1995, Poutanen 1996).

Useat tutkimukset ovat osoittaneet, että vaikeat elämäntilanteet ja pitkään jatkuneet ongelmat ovat edeltäneet depression puhkeamista (Brown & Harris 1978, Hirschfeld & Cross 1982, Pakkala 1990, Achte 1991, Väisänen & Väisänen 1994).

Pitkäaikaisiin sairauksiin liittyy usein tunne omasta huonoudesta ja viallisuudesta samalla kun se rajoittaa elinmahdollisuuksia. Sairas kokee, ettei hänestä välitetä ja reagoi kuviteltuun vihamielisyyteen katkeroitumalla ja masennuksella. (Achte 1991). Siltalan (1992) mukaan elämä on ikään kuin pettänyt. Syytökset menetettyjä asioita ja vaikeuksia kohtaan suunnataan omaan itseän.

Sairauksilla on todettu olevan selvä yhteys depressioihin. Ähtärissä (1989) vuonna 1923 ja sitä ennen syntyneitä koskevassa tutkimuksessa todettiin sekä miesten että naisten depressioiden olleen yhteydessä huonoksi koettuun terveyteen, työkykyä rajoittavaan vikaan tai vammaan, alentuneeseen toimintakykyyn, monien somaattisten sairauksien ilmenemiseen ja ajankohtaisiin stressitekijöihin (Pakkala & Kivelä 1991). Samansuuntaisia tuloksia on saatu myös Ikivihreät projektin aineistossa (Laukkanen ym. 1993, Heikkinen ym. 1995). Psykkisen toimintakyvyn on todettu säilyvän pidempään kuin fyysisen (Lahtela 1991). Helsingissä vuonna 1989 tehdyssä tutkimuksessa, mikä käsitti vuosina 1904, 1907 ja 1914 syntyneet, havaittiin vakavan depression liittyvän vahvasti älyllissosiaaliseen suoritus- ja toimintakyvyn alenemiseen sekä heikentyneeseen näköön (Valvanne ym. 1995).

Ikääntymiseen liittyy monenlaisia muutoksia. Muutokset ikääntyvä kokee menetyksinä, joihin samanaikaisesti saattaa liittyä syyllisyyden (Siltala 1992) ja tarpeettomuuden tunteita (Hokkanen & Jylhä 1994). Vanhetessa joutuu sopeutumaan useisiin biologisiin, psykologisiin ja sosiaalisiin seikkoihin sellaisessa elämänvaiheessa, jossa sopeutumiskyky yleensä heikkenee luonnostaan (Achte 1991). Itsetuntoa helposti alentavat

vaikutukset katsotaan usein tärkeimmiksi depressiota aiheuttaviksi psykodynaamisiksi syntytekijöiksi (Syvälahti 1987).

Vanhuus tuo mukanaan muutoksia rooleihin: työntekijän, puolison, vanhemman, ystävän, naapurin. Tilalle ei aina löydy yhtä merkityksellisiä tai vanhuksen on yleensäkin ollut vaikea löytää uusia polkuja. (Hokkanen & Jylhä 1994). Roolien muuttuminen ja menetykset ovat luopumista. Jos se ja surutyö eivät onnistu, on seurauksena keinottomuuden tunne ja masennus (Syvälahti 1987, Siltala 1992). Toisaalta depression taustalla saattaa olla tulevaisuuden pelko (Achte 1991).

Paitsi rooleja vanhuus saattaa muuttaa identiteettiä ja monia ulkoisia tunnuspiirteitä. Ihminen jää korostetusti oman itsensä varaan (Syvälahti 1987, Achte 1991). Mikäli identiteetti ja itsetunto ovat rakentuneet ulkoisten tunnusmerkkien varaan (ura, status, vartalo, kauneus, toimintakyky yms.), saattaa paljastua olemassaolon uusi onttoisuus (Achte 1991). Fyysisten ja psyykkisten voimavarojen väheneminen voi johtaa avuttomuuden tunteisiin ja vetäytymiseen sekä itsearvon alenemiseen (Ruth & Ruoppila 1983). Nuoruuden kehonkuvan häviäminen ja voimantunteen rapistuminen on merkittävä menetys, jos ulkoiset seikat ovat olleet itsetunnon kulmakiviä. Stenbäckin (1982) mukaan fyysisen kunnon ja terveyden merkitys mielenterveydelle lisääntyy iän myötä.

Kuoleman läheisyys vaikuttaa iäkkään elämässä. Tietoisuus kuoleman läheisyydestä korostaa yksinäisyyden kokemusta, mikä vain kärjistyy, jos vanhuksella ei ole uskoa kuoleman jälkeiseen elämään. (Sunni 1995). Yksinäisyyden tunne ja todellinen yksinäisyys ovat yhteydessä masentuneisuuteen. 75-vuotiailla Jyväskylässä, Göteborgissa ja Tanskan Glostrupissa tehty tutkimus osoitti, että sekä miehistä että naisista itsensä yksinäisiksi kokevat olivat myös masentuneimpia (Heikkinen ym. 1995). Yksinäisyyden tunne liittyy myös laitoksissa asuvien masentuneisuuteen. Pakkala ym. (1993) ovat todenneet, että sekä laitoksissa että kotisairaanhoidon piirissä olevien naisten ja miesten depressiot ovat yleisempiä kuin kotona omatoimisesti asuvien keskuudessa.

Ihmisen psykologisen ja somaattisen elämänalueen yhtäaikaisuus tulee erittäin selvästi esille vanhuusiän depressioissa (Saarela & Granström 1992). Äkilliset sairastumiset ja

yleensäkin somaattisen alueen vaivat saattavat synnyttää masennus- ja kriisitiloja (Suua & Tuomikoski 1996).

Myös vanhuusiän masentuneisuuteen liittyy itsemurhariski. Valtakunnallisen itsemurha-projektin mukaan yli 65-vuotiaiden itsemurhakuolleisuus on ollut laskussa 1960-luvulta lähtien. Toisaalta on havaittu 70 - 84-vuotiaiden miesten kohdalla määrän kasvaneen. Naisten eläminen pidempään ja viimeisten elinvuosien yksinäisyys on lisäämässä itsetuhoajatusten esiintymistä. (Vannemaa 1993). Masentuneiden vanhusten kuolleisuus on korkeampi kuin muulla vanhusväestöllä. Selityksenä on, että depressiivisillä vanhuksilla on yleisesti kuolemaan johtavia somaattisia sairauksia. Vain pieni osa lopulta johtuu itsemurhasta (Pahkala 1990).

Nyky yhteiskunta on käynnistänyt keskustelun ikääntyneiden sairauksien hoitamisesta ja hoidon priorisoinnista. Vanhusten depressioiden hoidon seuranta on osoittanut, että osa paranee täydellisesti (Kivelä 1993). Osalla oireet jatkuvat pitkään ja osa dementoituu. Tutkimukset kuitenkin osoittavat hoidon kannattavuuden. Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan avoterveydenhuollossa hoidetuista vanhuksista puolet oli tervehtynyt vuoden hoidon jälkeen. Neljäsosa vakavaan depression sairastuneista oireili edelleen. (Kivelä ym. 1990). Fyysisesti terveiden ja vain lievistä masennusoireista kärsivien paranemistulokset olivat hyviä yhden hoito- ja seurantavuoden jälkeen. Ennusteen katsottiin olevan hyvä sosiaalisesti aktiivisilla ja niillä, jotka hoidon aikana eivät enää kohdanneet uusia vaikeita elämäntilanteita. (Kivelä ym. 1990). Pseudodementiaa sairastaneista hieman yli puolet ei enää 15 kuukauden hoidon jälkeen ollut psykiatrisen avun tarpeessa (Koskinen 1991). Viiden vuoden paranemisennuste oli hyvä niillä vanhuksilla, joiden fyysinen terveys oli hyvä ja joiden terveys ja toimintakyky eivät olennaisesti heikentyneet seurannan aikana. (Kivelä ym. 1990).

Englantilaisten tutkimusten tulokset ovat olleet samansuuntaisia. Yhden vuoden hoidon jälkeen masentuneista on todettu parantuneiksi lähes puolet (Weisman ym. 1981, Kivelä 1993).

2.2 Toimintakyky

Terveys ja toimintakyky ovat iäkkään elämässä olennaisen tärkeitä. Toimintakyky on käsitteenä moniulotteinen. Sen taustalla on käsitys ihmisestä kokonaisuutena, mikä tarkoittaa psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen ulottuvuuden yhtäaikaista olemassaoloa ja näiden olemisen puolien vaikutusta toisiinsa. (Becker & Cohen 1984, Suutama ym. 1988, Heikkinen E. 1991, Vannemaa 1993). Karpin (1983) ja Karilan (1994) mukaan toimintakykyyn liittyvät myös tiedolliset, taloudelliset ja ympäristötekijät.

Iäkkään ihmisen toimintakykyä ei oikeastaan voi tarkastella erillään vanhenemisesta ja sen aiheuttamista muutoksista eikä erillään terveystieteestä. Toisaalta iäkäs ihminen ei elä vanhuuttaan vaan elämäänsä. Ellei vanhuksella ole ongelmia terveytensä kanssa tai kyvyssään selviytyä arkielämässä, hän ei edes muista vanhuuttaan. (Heikkinen R-L 1991). Selviytyminen päivittäisistä toiminnoista on vanhuksen mielestä hänen terveytensä tärkein osoitin. Hän mieltää usein toimintakyvyn terveytenä. (Koskinen ym. 1988). Lisäksi nykyisten iäkkäiden henkilöiden käsitykset toimintakyvystä pohjautuvat heidän käsitykseensä työkyvystä (Kelly & Godbey 1992). Itsestä huolehtiminen ja vapaa-aika ovat olleet työkykyä täydentäviä toiminnan muotoja. Vanhuksella hyvä terveys on olennainen osa itsenäisyyttä ja omatoimisuutta (Arber 1996).

Terveyden ja sairauden käsitteet ovat muuttumassa. Perusajatus on yhä useammin terveyden ja muiden elinolojen tarkastelu (Vannemaa 1993). Terveys on voimavara, jota on jäljellä vielä sairastuessakin. Kokonaiskuvan saaminen vanhuksen terveydestä vaatii hänen koko toimintakykynsä selvittämistä (Jylhä & Heikkinen 1983). Psykkinen tila (elämänhalu, muisti, päätöksenteko) korreloi voimakkaasti terveyden kokemiseen ja toimintakykyyn eri osa-alueilla (Salokannel 1994).

Koetun terveydentilan oletetaan kuvaavan vastaajan yleisarviota omasta senhetkisestä terveydestään. Ongelmana on kysymysten ja vastausten tulkinnanvaraisuus. On todennäköistä, että hyvä terveys ja huono terveys merkitsevät eri ihmisille eri asioita. Ikä, sukupuoli, koulutus, sosiaalinen asema, kulttuuri vaikuttavat terveystieteeseen. (Blaxter 1990, Sihvonen 1994). Koettua terveydentilaa on usein mitattu koettujen oireiden

avulla. Useimmiten on tarkasteltu erikseen psyykkistä ja somaattista oireilua (Sihvonen 1994).

Ikääntyneen toimintakyky liittyy tavanomaiseen vanhenemiseen tai sen aleneminen voi olla sairauden ensimmäinen oire (Valvanne 1993). Vanheneminen on yksilöllistä ja siihen vaikuttavat sekä perimä, elinympäristö että ikääntyvän elämäntavat (Raassina 1994, Hartikainen 1995). Vanheneminen merkitsee yleensä sairauksien lisääntymistä. Elinolotutkimuksessa todettiin, että iäkkäillä naisilla on useampia pitkäaikaissairauksia kuin miehillä. On esitetty oletus, etteivät miehet ehkä rooli-dotusten takia kerro sairauksistaan tai sitten naiset hakeutuvat herkemmin hoitoon. (Vannemaa 1993). Karpin (1993) mukaan iäkkään toimintakyvyn merkittävän huononemisen taustalla on lähes aina sairaus tai vamma, jotka tulisi hoitaa, jotta toimintakyky palaisi.

Vanhenemisellakin on kolme ulottuvuutta: biologinen, psykologinen ja sosiaalinen. Ne kaikki vaikuttavat toisiinsa. (Hervonen & Ruth 1983, Heikkinen E. 1991). Hervosen ja Pohjolaisen (1983) mukaan biologinen vanheneminen tarkoittaa organismin toiminnossa ja rakenteissa epäsuotuisia muutoksia. Tähän liittyy fysiologisten toimintojen heikkenemistä ja elinjärjestelmien rappeutumista. Psykkinen vanheneminen ilmenee ajattelun, muistitoimintojen, oppimisen ja havaitsemisen alueilla. Ikä ei kuitenkaan näytä olevan psyykkisten toimintojen alueella niin merkittävä kuin fyysisellä puolella. (Hervonen & Pohjolainen 1983, Koskinen yms.1988).

Koska fyysiset vanhenemismuutokset ovat luonteeltaan rappeuttavia ja elimistön toimintaresursseja kaventavia, vanha ihminen sairastuu nuoria herkemmin. Vanhuksilla onkin usein yhtä aikaa useita sairauksia. (Koskinen ym. 1988). Heikkisen (1991) mukaan 65-79-vuotiaalla väestöllä on keskimäärin kolme lääkärin toteamaa sairautta. Vain noin joka kymmenes 75-79-vuotiaista on täysin terve. Toimintakyvyn ei kuitenkaan tarvitse olla suoraviivaisessa yhteydessä sairauksiin. (Heikkinen 1991). Optimaalisissa olosuhteissa toimintakyky voi säilyä hyvinkin pitkään ja sekä fyysistä että psyykkistä toimintakykyä voi vanhuksellakin parantaa (Heikkinen R-L. & Suutama 1992). Sairauden toimintakykyyn heijastuvat vaikutukset riippuvat lisäksi vanhuksen työhistoriasta, sosiaalisista suhteista, perheroolista ja elinympäristöstä (Blaxter 1990). Asunnon

laadulla ja varustetasolla on olennainen merkitys (Sihvonen 1994). Sairauden toimintakykyä haittaavaa vaikutus voidaan kokea sairauden keston mukaan erilaisena. Pitkään jatkuessaan sairauteen totutaan eikä siihen kiinnitetä lopulta kovin paljon huomiota (Sihvonen 1994).

Toimintakyvystä on tullut keskeinen käsite vanhuuden ja vanhenemisen tutkimuksessa. Vanhojen terveydentilaa ei ole tarkoituksenmukaista arvioida vain sairauksilla vaan myös fyysisellä, psyykkisellä ja sosiaalisella toimintakyvyllä sekä koetulla terveydellä. (Avlund & Schulz-Larsen 1991, Raassina 1994). Toimintakykyä tutkittaessa saadaan myös tietoa vanhusten tarvitsemasta tuesta ja avusta (Avlund & Schulz-Larsen 1991).

Toimintakyvystä puhuttaessa on seurattu yleensä WHO:n ehdottamaa käsitteistöä (Sihvonen 1994). WHO:n mallin mukaan tauti aiheuttaa joko pysyvän tai ohimenevän vaurion tai häiriön, mikä taas puolestaan johtaa toiminnan vajavuuteen ja kyvyttömyyteen toimia normaalilla tavalla (Sihvonen 1994). Sihvosen (1994) mukaan toimintakykyisyyttä ja sairauksien ulottuvuuksia on Suomessa tarkasteltu Purolan (1971) mallin kautta. Purolan mukaan sairaus on häiriötila tai -prosessi. Sairaus voidaan ymmärtää psykofyysiseksi, sosiaaliseksi tai koetuksi tilaksi.

Toimintakyky tulisi nähdä yksilön ja ympäristön välisenä suhteena. Se siis kuvaa yksilön suoriutumista tietyssä toimintaympäristössä (Laukkanen ym. 1992, Vaarama & Hurskainen 1993). Ympäristötekijöillä on suuri merkitys siinä, miten vanhus selviytyy arkielämässä. Toimintakyvyn rajoituksia arvioitaessa täytyy ottaa myös huomioon monenlaisten riskitekijöiden merkitys (Vaarama & Hurskainen 1993).

Fyysinen toimintakyky voidaan määritellä kyvyksi suoriutua jokapäiväiseen elämään kuuluvista tehtävistä, jotka vaativat fyysistä ponnistelua (Suutama ym. 1988, Salokannel 1994). Mälkiä (1983) lisää luetteloon vielä kyvyn sopeutua työhön sekä kyvyn kestää ruumiillisen harjoittelun edellyttämää kuormitusta. Fyysinen toimintakyky voidaan myös nähdä Beckerin ja Cohenin (1984) tavoin elinten tai elinjärjestelmien toimivuutena. Karpin (1983) mukaan fyysinen toimintakykyyn voi kuulua normaali tai aina-

kin lähes normaali anatominen rakenne, fysiologiset toiminnot, kipujen ja vaivojen puuttuminen sekä tuki- ja liikuntaelimestön toimivuus.

Psyykinen toimintakyky sisältää kognitiiviset toiminnot, persoonallisuuden, psyko-motoriset toiminnot, mielenterveyden ja psyykkisen hyvinvoinnin (Suutama ym.1988). Salokanteleen (1994) mielestä psyykkiseen toimintakykyyn kuuluu kyky toimia yhteisössä ja toisten huomioon ottaminen, kyky pitää puolensa rakentavalla tavalla sekä oma-aloitteisuus. Oma-aloitteisuus on aloitekykyä, itsemääräämistä ja omaehtoista toiminnan vapautta. Kyky tehdä päätöksiä sisältyy alueeseen samoin sen edellyttämä taito hankkia ja käyttää tietoa. (Salokannel 1994).

Psyykinen hyvinvointi tarkoittaa yksilön omaa kokemusta kyvystään käyttää omia sisäisiä voimavarojaan ja selviytyä häntä itseään tyydyttävällä tavalla. Ihmisen sisäisistä voimavaroista riippuu, miten hän kokee elämässä vastaantulevat muutokset. Jos omat selviytymiskeinot eivät ole riittäviä, psyykkisessä tilassa tapahtuu muutoksia. (Suua & Tuomikoski 1996). Psyykkiseen hyvinvointiin liittyy emotionaalinen tasapaino, jota voidaan luonnehtia mielihyvän tunteen ja ahdistuksen kokemisen kohtuullisena tasapainona (Suua & Tuomikoski 1996).

Psyykinen toimintakyky on merkityksellinen iäkkään henkilön selviytymisen kannalta. Selviytyminen on dynaaminen prosessi, joka muuttuu jatkuvasti tilanearvioinnin pohjalta (Tervo & Pietilä 1995). Karilan (1994) mukaan kyky selviytyä on yhteydessä yksilön psyykkisiin edellytyksiin, mutta myös ympäristön tarjoamiin fyysisiin, taloudellisiin ja sosiaalisiin mahdollisuuksiin. Selviytymistä tukevat myös vanhuksen fyysinen ja psyykinen terveydentila (Koskiahho 1988).

Sosiaalista toimintakykyä voidaan Heikkisen (1986) mukaan kuvata käsitteillä sosiaalinen toiminta ja sosiaaliset taidot. Vuorovaikutustaidot ovat sosiaalisten taitojen olennainen alue. Kanssakäyminen sosiaalisen verkoston kanssa sekä yhteiskunnassa toimiminen ovat tärkeä osa-alue (Salokannel 1994). Päivittäiset sosiaalista kanssakäymistä edellyttävät toimet (esimerkiksi ostokset, pankkiasiat) vaativat älyllistä suoriutumista sekä riittävää liikuntakykyä (Salokannel 1994). Hytösen (1994) vanhainko-

dissa tekemä tutkimus osoitti, että iäkkäät pitivät tärkeänä selviytymistään edistävänä tekijänä sosiaalisten suhteiden toimivuutta.

Toimintakykyisyyden tutkiminen alkoi Suomessa jo 1960-luvulla (Raassina 1994). Keskeinen tulos on ollut, etteivät monet vanhusten sairaudet heikennäkään ratkaisevasti heidän toimintakykyään. Toimintavajeet ovat suhteellisen harvinaisia alle 70-vuotiailla ja yleistyvät vasta 75 - 80-vuotiailla. (Raassina 1994). Valvanteen (1993) mukaan toimintakyvyn romahdus tapahtuu nopeasti juuri ennen kuolemaa.

Vanhusten toimintakyvyn kehitys on tulevaisuuden kannalta olennaista. Kuitenkaan ei suhteellisen lyhyellä (10 - 20 vuotta) aikavälillä uskota suurempia muutoksia tapahtuvan (Kalimo ym. 1992, Jylhä & Heikkinen 1993).

Vanhusten toimintakyvyssä on todettu sosiaaliryhmittäisiä eroja. Suomalaisten ja ruotsalaisten tutkimusten mukaan entisten toimihenkilöiden toimintakyky on parempi kuin vanhuksilla, joilla on työntekijätausta (Jylhä & Heikkinen 1993, Thorslund 1993).

Vanhuksilla tärkeä toimintakykyisyyden arviointiperusta ovat päivittäiset toiminnot (Activities of Daily Living, ADL). Ne yleensä jaetaan perustoimintoihin (Physical Activities of Daily Living, PADL) ja välinetoimintoihin (Instrumental Activities of Daily Living, IADL). (Laukkanen ym. 1993, Raassina 1994).

Perustoiminnot (PADL) sisältävät itsestä huolehtimisen ja perusliikunnan. Välinetoiminnot (IADL) ovat yhdistelmätoimintoja, joihin kuuluu vuorovaikutus toisten ihmisten ja ympäristön kanssa (ostokset, asioiden hoito) sekä niinsanotut työtoiminnot (siivous, ruuanlaitto yms.). (Avlund & Schulz-Larsen 1991, Law 1993). PADL- toiminnoissa selviytymistä voidaan pitää edellytyksenä useille sosiaalisen toiminnan muodoille (Avlund & Schulz-Larsen 1991, Laukkanen ym. 1992). IADL - toimintoja on pidetty parempina toimintakyvyn häiriöiden kuvaajina sekä tuottavan paremmin eroja iäkkäiden väestötutkimuksissa (Lawton & Brody 1969, Avlund ym. 1993). Sintonen (1981) on määritellyt IADL-toiminnot yli 65-vuotiaiden työtoiminnoiksi.

Toimintakyky ei riipu vain iästä, sosiaaliluokasta tai terveydestä. Erittäin merkittävä selviytymiselle on ympäristö, sen tarjoamat mahdollisuudet muunmuassa apuvälineet, asunto ja asuinympäristö. (Brown 1989, Jylhä & Heikkinen 1993). Heikko fyysinen toimintakyky on yhteydessä eristymiseen ihmissuhteista (Savolainen 1991). Tilastokeskuksen, vuoden 1986 elinolututkimuksessa (ELO 1986) tuli esille, että heikko fyysinen kunto eristää voimakkaammin naisia kuin miehiä (Raassina 1994).

Vuoden 1986 elinolututkimuksen (Raassina 1994) mukaan lähes puolella yli 75-vuotiaista kotona asuvista miehistä oli vaikeuksia päivittäisissä toiminnoissa. Samanikäisillä naisilla vaikeusprosentti oli 55. Liikkumisvaikeuksia oli jo lähes puolella 65-74-vuotiaista ja osuus kasvoi yli 75-vuotiailla.

Ikivihreät - projektin vuosina 1904 - 1923 syntyneiden (n = 1224) jyvaskyläläisten selviytyminen päivittäisistä perustoiminnoista oli elinolututkimuksen tuloksia parempi. Vaikeuksia ilmeni suuremmissa määrin vasta 80-vuotiailla. Asioiden hoitamisessa vaikeuksia ilmeni enemmän kuin perustoiminnoissa. Ensimmäisenä vaikeutui raskaista kotitöistä selviäminen, ja naisilla vaikeudet olivat tavallisempia kuin miehillä. Koko aineistosta pystyi liikkumaan ulkona vaikeuksitta 69 prosenttia. (Laukkanen & Heikkinen 1990).

1990 tutkittiin lähes 300 (n = 291) jyvaskyläläisen 80-vuotiaan toimintakykyä. Ilman vaikeuksia ei selvinnyt kukaan PADL- eikä IADL-toiminnoista. Vaikeuksia oli useimilla varpaan kynsien leikkaamisessa, portaiden nousussa, ulkona liikkumisessa, julkisten kulkuneuvojen käyttämisessä, imuroinnissa ja ostosten tekemisessä. Kaikissa näissä toiminnoissa vaikeuksia oli useammin naisilla. (Laukkanen ym. 1994). Samassa tutkimuksessa todettiin masennuksella olevan tilastollisesti merkittävä yhteys miehillä PADL-toimintoihin ja polkupyörä-ergometritestissä selviämiseen. Naisilla erittäin merkittävä yhteys tuli esille sekä PADL- että IADL-toimintojen kanssa. Vuosina 1904 - 1913 ja 1914 - 1923 syntyneillä jyvaskyläläisillä naisilla löytyi erittäin merkitsevä yhteys masentuneisuuteen. Miesten vanhimmassa ikäluokassa yhteys depressiivisyyteen oli merkitsevä ja nuoremmissa ikäluokassa erittäin merkitsevä. (Laukkanen ym. 1993)

Helsinkiläisille 75 - 80 - 85 - vuotiaille kotona asuville tehdyssä tutkimuksessa tulokset olivat samansuuntaisia. Perustoiminnoissa oli vaikeuksia vain vähän. Raskaat kotityöt tuottivat vaikeuksia kaikissa ikäryhmissä, naisilla miehiä enemmän. Kevyet kotityöt vaikeutuivat iän myötä. Puolen kilometrin kävely ja kymmenen porraskelmen nousu onnistui 75 prosentille 75-vuotiaista, kahdelle kolmasosalle 80-vuotiaista ja joka toiselle 85-vuotiaista. (Valvanne ym. 1991).

Tanskalaisille 70-vuotiaille vuosina 1984 - 1985 tehdyssä tutkimuksessa (n = 734) kävi ilmi, että eniten hankaluuksia oli sekä miehillä että naisilla ulkona liikkumisessa, portaiden nousemisessa ja polkupyörällä ajamisessa, puiden pilkkomisessa, lumi- ja puutarhatöissä. Lisäksi naisille tuottivat selvästi miehiä enemmän vaikeuksia kevyet kotityöt, ruuan laitto vieraille, imurointi ja lattian pesu. (Avlund & Schulz-Larsen 1991). Helsinkiläistutkimuksen mukaan (Valvanne ym. 1995) tavallisimmat toimintakykyä haittaavat sairaudet olivat tuki- ja liikuntaelinten sekä sydänsairaudet. 85-vuotiailla näytti myös dementia alkavan lisääntyä.

Omatoiminen liikkuminen vaikeutuu iän myötä erityisesti rasittavan liikkumisen osalta. Tutkimusten mukaan iäkkäistä lähes kaikki selviytyivät vuoteeseen ja sieltä pois. (Nissinen ym. 1985, Lammi ym. 1989). Tämäkin toiminto vaikeutuu iän myötä. Helsinkiläisistä 85-vuotiaista joka kolmannella oli vaikeuksia nousta tuolista ja vuoteesta (Valvanne ym.1991). Sisällä liikkuminen onnistui tutkimusten mukaan kohtalaisesti (Lammi ym. 1989, Nissinen ym. 1985, Laukkanen & Heikkinen 1990).

Liikkuminen on välttämätöntä ihmisen terveydelle. Kävely on terveen liikkumisen tyyppisin muoto (Kukkonen & Piirainen 1990). Se on keskeinen osa päivittäisistä toiminnoista, muttei kuitenkaan selviytymisen edellytys, koska sen voi korvata erilaisilla apuvälineillä. Kävelykyky kuitenkin helpottaa selviytymistä ja asioiden hoitamista kodin ulkopuolella, julkisten kulkuneuvojen käyttöä sekä sosiaalista osallistumista. (Asikainen 1994). Kävelyvaikeudet ja liikkumisen ongelmat lisääntyvät ihmisen vanhetessa. Lihaskivien heikentyminen, nivelten taudit ja kivut sekä erilaiset neurologiset syyt aiheuttavat muutoksia tälle toimintakyvyn alueelle. (Rubino 1993).

Tasapaino liittyy läheisesti liikkumiseen, toimintakykyyn ja turvallisuuteen. Monet päivittäiset toiminnot edellyttävät kykyä seisoa ja liikkua pystyasennossa. Ikääntyneillä heikentynyt tasapaino on yhteydessä kaatumisiin. Tasapainon hallinnassa tarvittava tieto ympäristöstä välittyy asento-, näkö- ja kuuloaistin sekä tasapainoelimen toiminnan kautta. (Luukinen 1992, Asikainen 1994). Luukisen (1992) mukaan ikääntyminen näkyy keskushermoston rappeutumisena, liikuntaelinten ja aistien toiminnassa ja vaikeuttaa vanhuksen kykyä ylläpitää tasapainoa.

Toimintakykyä on lähestytty myös toimintarajoitteisuus käsitteen kautta. Sullivan (Sihvonen 1994) on määritellyt toimintarajoitteisuuden sairauden tai vamman aiheuttamaksi väli- tai pitkäaikaiseksi rajoittuneisuudeksi tai vajavaisuudeksi (Sihvonen 1994). Keskeistä rajoittuneisuudessa ei ole pelkästään sairaus tai vamma vaan jokapäiväisen toiminnan keskeytyminen

Myös OECD:n parissa on toimintakykyä pohdittu 1970-luvulta saakka. OECD:n määrittely vastaa melko pitkälle Sullivanin esittämiä ajatuksia. Molemmissa toimintarajoittuneisuutta arvioidaan sairauden tai vamman aiheuttamien haittojen ja normaalin toiminnan katkeamisen kautta. (Sihvonen 1994).

Toimintarajoittuneisuuskäsite sijoittuu lähelle hoitotieteen teoreetikoihin lukeutuvan Dorothea Oremin itsehoitoteoriaa. Oremin teorian perusolettamuuksiin sisältyy ajatus itsehoitokyvystä ja itsehoitovajauksesta. Ihminen joutuu elämänsä aikana kohtaamaan rajoituksia kyvyssään hoitaa itseään. Itsehoitovajauksen syntyessä ihminen joutuu joko kokonaan korvaavan, osittain korvaavan tai vajavaista itsehoitokykyä tukevan hoidon piiriin. Kaikissa tapauksissa on kysymys heikentyneestä toimintakyvystä. (Orem 1985, Eben ym. 1994).

Toinen hoitotyön teoria, joka sivuaa hyvin toimintarajoitteisuutta ja toimintakykyä on Sister Callista Roy'n adaptaatiomalli. Teorian mukaan ihminen on biopsykososiaalinen olento, joka on jatkuvassa vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa. Terveys on tila ja prosessi, jossa ihmisestä tulee eheä ja kokonainen. Sairaus vastaa eheyden puuttumista.

Terveysprosessissa ihminen kohtaa ongelmia, joihin hänen täytyy mukautua. Terveys on teorian mukaan jatkuvan mukautumisen seurausta. Kaikki mukautuminen vapauttaa energiaa ja tämä energia käytetään paranemiseen ja terveyden edistämiseen. Ympäristö toimii mukautumisen tukijärjestelmänä. (Roy 1984, Blue ym. 1994).

2.3 Hoitotieteellinen näkökulma masentuneisuuteen

Masennuskäsitteen ja masennuksen ilmenemistä käsittelevissä tutkimuksista on tullut esille, että depression kehittymistä on useinkin edeltänyt ihmisen elämässä tapahtumia, joita voisi luonnehtia sanoilla muutos, kriisi, kärsimys. Nämä käsitteet ovat keskeisiä hoitotyössä ja -tieteessä sekä myös ikääntyvän ihmisen elämässä.

Kriisi on eräänlainen käännekohta, jossa muutos näyttää ylittävän ihmisen omat kyvyt selviytyä tilanteesta (Aguilera & Messick 1981). Seikkulan (1994) mukaan kriisi voidaan määritellä ongelmatilaksi, jossa yksilön oma toiminta ei vastaa läheisten odotuksia. Caplanin (1971) mukaan kriisi syntyy, kun ihmisen elämäntavoitteiden saavuttaminen kohtaa voittamattomalta tuntuvan esteen. Tällainen tilanne merkitsee menetystä tai menetyksen uhkaa. Keinottomuuden kokeminen saa aikaan muutoksia tunne-elämässä: ahdistuneisuutta, masentuneisuutta, jännittyneisyyttä, vihamielisyyttä. (Juvakka 1995). Siltalan (1992) mukaan masennus on vanhuksen yritys suojautua menetyksen tunteeseen liittyvältä psyykkiseltä kivulta. Depressio, suru, pelko ja ahdistus ovat kuitenkin elämässä eteenpäin vieviä voimia. Kyky depression ja suruun tekee mahdolliseksi ihmisen kypsymisen vanhuuteen ja siihen liittyvän identiteetin löytämiseen. (Siltala 1992).

Caplan (1971) on sanonut, että kriisistä on kaksi mahdollisuutta edetä eteenpäin: kasvun ja selviytymisen kautta tai sairastumisen tietä. Edelleen Caplanin (1971) mukaan ihminen pyrkii aina kohti tasapainoa. Vanhuuteen kasaantuu elämäntapahtumia, jotka ovat osaksi odotettuja, osaksi yllättäviä , useat ovat luonnollisia elämään ja elämäntapahtumien kuuluvia. Kriisi voidaan nähdä muutosvaiheena ikääntyneen elämässä.

Muutosvaiheet muuttavat rooleja, kykyjä, taitoja, vuorovaikutussuhteita ja käyttäytymismalleja. Muutoksen kokemiseen vaikuttavat paljon vanhuksen arvot, odotukset,

kognitiivinen ja taitotaso, psyykkinen ja fyysinen tila. (Schumacher & Meleis 1994). Oppimisteorioiden mukaan muutosvaiheessa saattaa toimia myös niin sanottu opitun avuttomuuden malli. Tilanteen ylivoimaisuus ja keinottomuuden tunne saa vanhuksen vetäytymään ja muuttumaan apaattiseksi (Blazer 1982).

Muutostilanne merkitsee toisaalta luopumista olemassaolevasta minäkokemuksesta. Toisaalta se on altistumista traumaattiselle kokemukselle. Tällöin vanhus ottaa käyttöön puolustusmekanismit ja erilaiset coping- eli hallintakeinot. (Vuorinen 1990). Selderin (1989) mukaan muutos aiheuttaa muuttuneen kokemuksen todellisuudesta. Helpoissa tilanteissa vanhus pystyy palauttamaan todellisuuden kokemuksensa. Vaikeissa tilanteissa, kuten esimerkiksi vammautumisessa ja läheisen ihmisen menettämisessä, entistä kokemusta ei saada palautettua. Seurauksena saattaa olla sairastuminen sekä tulevaisuuteen kohdistuvan orientaation häiriintyminen.

Positiivisen muutosvaiheen läpikäyminen saa vanhuksen kokemaan selviytyvänsä. Mahdollisesti menetetty itseluottamus palaa ja usko omiin voimiin vahvistuu. Elämä tuntuu hyvinvoinnilta. Muutosvaiheen epäonnistuminen saattaa johtaa kriisiin ja masennusoireiden puhkeamiseen. (Schumacher & Meleis 1994).

Kärsimys on kipua, tuskaa, jotakin, mikä satuttaa. Se on tunnetta avuttomuudesta, voimattomuudesta ja toivottomuudesta elämän vaatimusten edessä. Lisäksi kärsimys voi olla pelkoa, epätoivoa, välinpitämättömyyttä. Se voi olla yksinäisyyttä, hylätyksi tulemista, rakkaudettomuutta. Kärsimykseen saattaa liittyä syyllisyyttä sekä häpeää, jopa sovituksen etsimistä. Kärsimys on uhrina ja sijaiskärsijänä olemista. Kärsimykseen liittyvät menetys ja luopuminen. (Gröndahl 1995).

Erikssonin (1994) mukaan kärsimys on kuolemista pois jostakin, mikä sitten johtaa uuteen. Kärsimys sisältää ihmisen muuttumisen tai hajoamisen, elämänhalun, ilon ja nautinnon. Eriksson erottaa hoitotyössä kolmenlaista kärsimystä: sairauskärsimys, hoitokärsimys ja elämänkärsimys. Viime mainittu tarkoittaa kärsimystä suhteessa elämiseen ja ihmisenä olemiseen. Uhka ja epätoivo sekoittuvat tahtoon elää ja taistella.

Gröndahl (1995) tutki kärsimystä masentuneiden potilaiden olemassaolokokemuksena. Tutkimukseen osallistujat tulkitsivat masennuksen ja kärsimyksen välistä yhteyttä ainakin kolmella tavalla. Ensimmäisenä tuli esille käsitys, että masennus on kärsimyksen syy. Masennus on sairaus, joka aiheuttaa kärsimystä ja pitäisi poistaa. Masennuksen poistaminen kuuluu ammattiauttajille. Toinen tulkinta sisälsi ajatuksen, että masennus johtuu kärsimyksestä. Depressio on seurausta kärsimyksestä. Kolmas tulkinta oli masennuksen ymmärtäminen viestiksi siitä, miten ihminen on kokenut tai kokee oman elämänsä. Tällöin masennus ei ole irrallinen tauti tai ilmiö, vaan ilmaus siitä, miten ihminen kokee sen hetkisen todellisuutensa ja suhteensa ympäröivään maailmaan. Tähän tulkintaan liittyy samanaikaisesti mahdollisuuksien ja toivon näkeminen sekä toivottomuus.

Gröndahlin tutkimuksen mukaan kärsivä ei tunne elävänsä omaa elämäänsä, koska hän kokee olevansa arvoton, ei hyväksytty ja kokee olemassaolonsa uhatuksi. Kärsivä ihminen tuntee olevansa yksin ja ilman yhteyttä toisiin. Tässä tilanteessa hän pakenee masennukseen. (Gröndahl 1995).

Hoitotieteen kaksi erilaista lähestymistapaa, loogisempiristiseen sekä fenomenologiseen ja eksistentiaaliseen ajatteluun perustuvat, käsittelevät masennusta. Ensin mainitulle on ominaista, että ihmisen ajatellaan olevan fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen kokonaisuus. Masennus tässä ajattelussa on psyykkinen häiriö, tyydyttämättömien tarpeiden aiheuttama ongelma, itsehoitokyvyn vajaus tai ulkoisten ja stressitekijöiden aikaan saama häiriö. (Kiikkala 1995). Tähän ajattelutapaan kuuluvat hoitotieteessä ns. varhaiset, laajat teoriat. Näitä ovat esimerkiksi Hendersonin, Abdellahin, Oremin, Roper, Logan & Tierneyn ja Yura & Walshin teoriat (Marriner-Tomey 1994, Kiikkala 1995).

Hendersonin mukaan terveys on kykyä suoriutua ilman apua hänen määrittelemistään 14 perustarvealueesta. Kun jokin perustarvealueista ei ole tyydytetty, ihminen ei ole kokonainen eikä riippumaton. (Beckingham & DuGas 1993, Marriner-Tomey 1994). Ihmisen mieli ja ruumis muodostavat erottamattoman kokonaisuuden. Terveys on elämässä olennaista ja se on myös toimintakyvyn edellytys.

Orem keskittyy teoriassaan ihmisen itsehoitokykyyn ja sen vajaukseen. Terveystenkin hän näkee kokonaisuuden tilaksi ja fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen alueen integraatioksi. Jollakin alueella tapahtuva, esimerkiksi mielen alueella, itsehoitokyvyn heikkeneminen vaikuttaa heti kokonaistoimintakykyyn. (Beckingham & DuGas 1993)

Roperin mukaan ihminen on jatkuvassa yhteydessä ympäristönsä kanssa. Saavuttaakseen itsenäisyyden hän mukautuu, kasvaa ja kehittyy. Terveys on itsenäisyyttä kaikilla neljällä aktiviteetin alueella: päivittäisissä toiminnoissa, ehkäisevissä toiminnoissa, hyvänolon ja mukavuuden etsintään liittyvissä toiminnoissa sekä itseaktiviteettiin liittyvissä toiminnoissa. (Beckingham & DuGas 1993).

Hoitotieteellisissä systeemiteorioissa ihminen nähdään fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen eheyteen ja harmoniaan pyrkiväksi systeemiksi. Näiden teorioiden näkemyksen mukaan masennusta voidaan pitää ilmiönä, mikä häiritsee tasapainoa ja harmoniaa inhimillisissä systeemeissä. Näihin teorioihin lukeutuvat mm. Johnssonin, Neumanin ja Royn teoriat. Royn mielestä masennus on minäkuvan häiriö, mikä aiheuttaa muutoksia käyttäytymiseen ja vaikeuttaa tavanomaisia rooleja ja vuorovaikutussuhteita. (Kiikkala 1994). Betty Neuman kehittikin ensimmäisen mallinsa mielenterveysneuvonnan opetukseen ja käytäntöön. Neuman rinnastaa terveyden hyvinvointiin. Terveys on olotila, jossa kaikki osatekijät ovat sopusoinnussa ihmisen kokonaisuuden kanssa. Osatekijöihin kuuluvat mm. ympäristö: sisäinen, ulkoinen ja ihmisen itse luoma, ja stressitekijät. Jos sopusointu järkkyy, tilalle tulee huonovointisuus, mikä voi olla huonovointisuutta vaikka mielen alueella. (Marriner-Tomey 1994, Beckman ym. 1994).

Toinen hoitotieteellinen lähestymistapa, fenomenologiseen ja eksistentiaaliseen ajatteluun pohjautuva, on johtanut kehittämään samanaikaisuusteorioita (Parse 1987, Kiikkala 1995). Kyseiset teoriat korostavat ihmistä jakamattomana ykseytenä, joka kehittyy ja monipuolistuu koko elämänsä ajan. Teorioiden mukaan ihmisen elämässään kohtaamat ongelmat ja vaikeat jaksot saattavat rikastuttaa ja edistää ihmisenä kasvua. Näin ollen myös masennus on inhimillinen kasvutekijä. Se on olemassaolokokemus, jossa ihminen ponnistelee toisten avulla eteenpäin. (Parse 1987, Watson 1988, Kiikkala 1994, Kiikkala & Munnukka 1995, Kiikkala 1995).

Kiikkala (1995) kokosi vuonna 1995 mielenterveystyön opettajien käsityksiä masennuksesta. Aineistoksi kertyi 208 erottelevaa piirrettä ja 37 vertauskuvaa masennuksesta. Aineisto osoitti, että depressio on ennen kaikkea yksilöllinen kokemus, jossa voidaan erottaa viisi eri aluetta.

1. Masennus kokemuksellisen olemisen eli tunteiden, tiedon, tahdon ja toiminnan ristiriitaisuutena
2. Masennus kuoleman kutsun ja elämänvoiman välisen ristiriidan kokemuksena
3. Masennus hengellisenä ristiriitaisuutena
4. Masennus fyysisenä häiriönä
5. Masennus ristiriitana yksilön ja ympäristön välisissä suhteissa. (Kiikkala 1995).

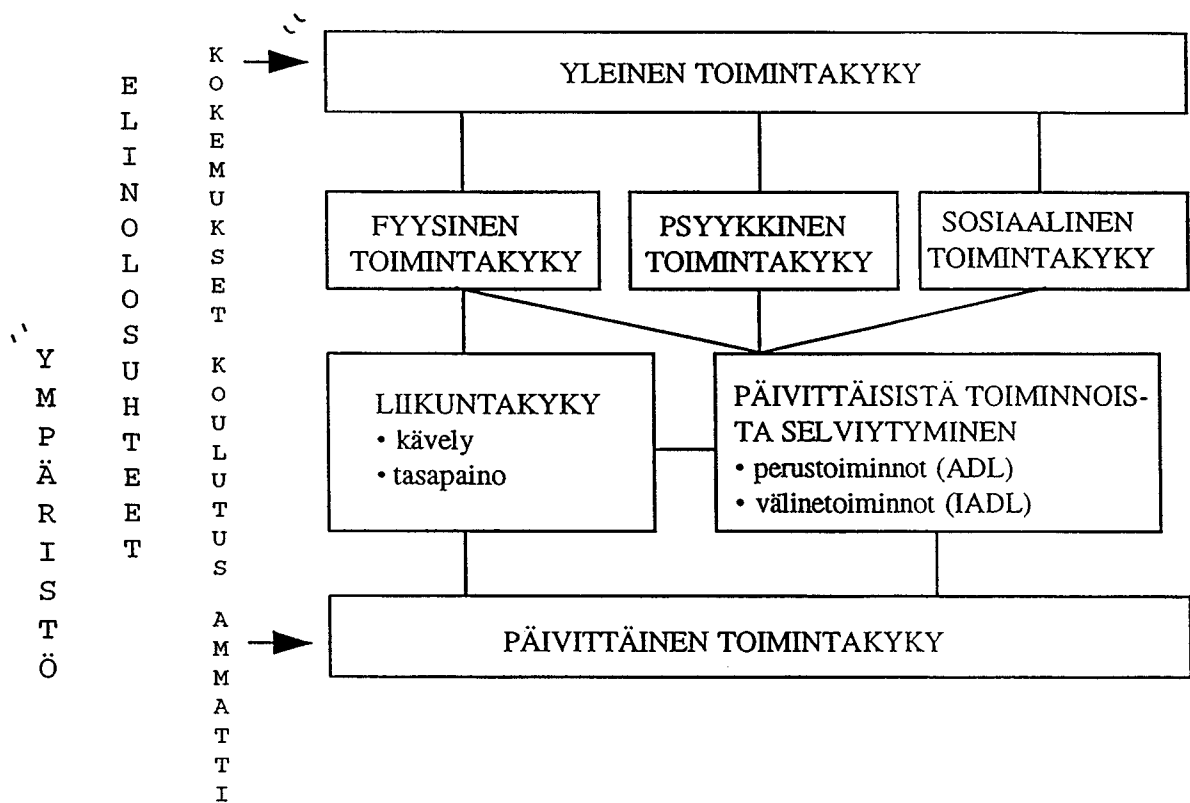
Näiden esille nousseiden alueitten perusteella voidaan sanoa, että masennus vaikuttaa ihmisen kaikille elämän alueille. Se värittää kokemuksen sen hetkisestä elämästä, se muistuttaa ihmistä kuolemasta ja se vaatii selvittämään suhteensa uskontoon. Masennus hävittää lähes kokonaan myönteiset tuntemukset: elämänilon, onnistumisen ja rakastetuksi tulemisen kokemukset. (Kiikkala 1995). Toisaalta masennus on henkilökohtainen kokemus ja muuttuu tilannekohtaisesti. Vanhuksilla eletty elämä ja aikaisemmat kokemukset, elämän asenne ja tilanne muovaavat heidän tuntemuksiaan depressiosta.

Kiikkalan (1995) tutkimusaineistossa tuli esille sama ristiriitaisuus kuin esimerkiksi Erikssonin (1994) ja Gröndahlin (1995) kärsimyksen kuvauksissa. Ihminen kamppailee hyvän ja pahan, elämänvoiman ja kärsimyksen välisessä ristitulella. Kärsimys ja masennus johtavat samanaikaisesti mahdollisuuksien näkemiseen tai toivottomuuteen. Kärsimys ja masennus nähdään myös samanaikaisesti omaan elämään yhteydessä olevina ja irrallisina asioina.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA ONGELMAT

Tämä tutkimus kohdistui 75-vuotiaisiin jyvaskyläläisiin. Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa masentuneisuuden ja toimintakykyyn liittyvien tekijöiden välisestä yhteydestä. Aikaisemmat tutkimustulokset ovat antaneet viitteitä, että iäkkäällä henkilöllä omatoiminen selviytyminen päivittäisissä toiminnoissa, oma kokemus fyysisestä kunnosta ja terveydentilasta, omatoimista selviytymistä tukevat ympäristö-, terveys- ja sosioekonomiset tekijät ovat yhteydessä masentuneisuuden esiintymiseen.

Tässä tutkimuksessa ikääntyvien toimintakyky nähtiin laajana yleisenä toimintakykenä, joka koostuu keskenään vuorovaikutuksessa olevista fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta ulottuvuudesta (kuvio 1.).



KUVIO 1. Toimintakyvyn osa-alueet ja niiden väliset yhteydet

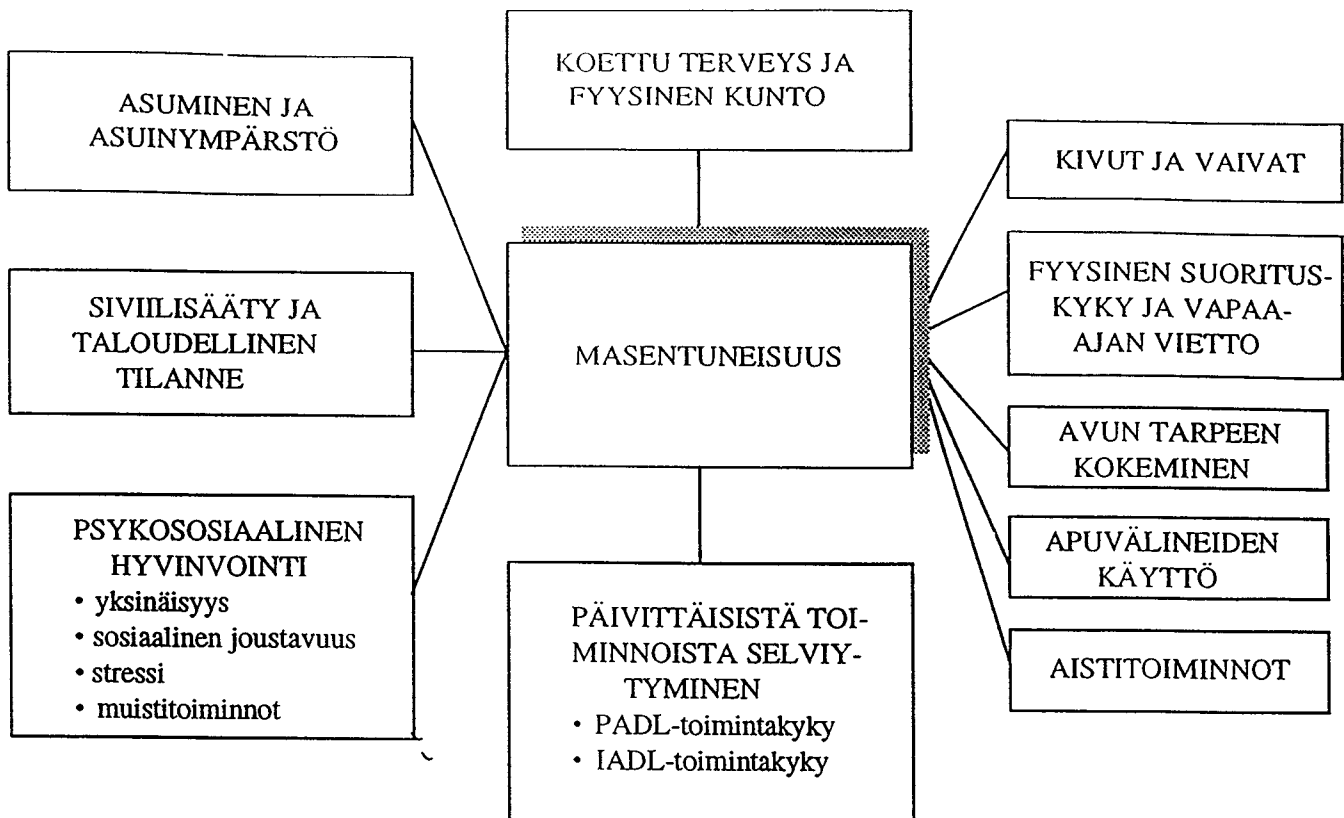
Kehon normaali ja riittävä fysiologinen toiminta sekä anatominen rakenne ovat fyysisen toimintakyvyn edellytyksiä ja mahdollistavat yksilön selviytymisen päivittäiseen elämään kuuluvista tehtävistä. Psykkinen toimintakyky koostuu kognitiivisista toiminnoista,

persoonallisuudesta sekä motivaatiosta. Sosiaalinen toimintakyky sisältää kaiken sen sosiaalisen toiminnan ja sosiaaliset taidot, joita ikääntynyt tarvitsee selvitäkseen elämässään. (Karppi 1983, Heikkinen 1986, Mattlar 1987, Suutama ym. 1988).

Toimintakykyyn eivät riitä pelkästään yksilön ominaisuudet vaan siihen vaikuttaa oleellisesti ympäristö ja sen tarjoamat mahdollisuudet, vaikeudet ja rajoitukset. Ikääntyneen kannalta on oleellista se toimintakyky, mikä ilmenee kykyinä liikkua kotona ja lähiympäristössä sekä kykyinä selviytyä jokapäiväisessä elämässä tarvittavista toiminnoista. Tästä kyvystä käytetään käsitettä päivittäinen toimintakyky. Se sisältää liikuntakyvyn ja päivittäisistä toiminnoista selviytymisen (Activities of Daily Living). ADL-toiminnot jaetaan perustoiminnoista selviytymiseen (Physical Activities of Daily Living , PADL) ja asioiden hoitamisesta selviytymiseen (Instrumental Activities of Daily Living, IADL). Viime mainitusta käytetään myös käsitettä välinetoiminnot. (Laukkanen ym. 1993).

Päivittäinen toimintakyky edellyttää ikääntyvältä henkilöltä fyysisen kyvyn lisäksi riittävä osaamista, tahtoa, ymmärrystä ja muistia. Lisäksi yksilö tarvitsee toimintojen suorittamiseen mahdollistavan ympäristön sekä selviytymistä tukevat apuvälineet. (Laukkanen & Heikkinen 1990, Raassina 1994).

Tutkimusongelmat johdettiin asetelmasta (kuvio 2), joka muodostettiin toimintakyky- sekä niihin läheisesti liittyvistä tekijöistä. Aikaisempien tutkimusten mukaan nämä tekijät vaikuttavat toisiinsa ja voivat aiheuttaa masentuneisuutta tai masentuneisuus horjuttaa näitä tekijöitä.



KUVIO 2. Tutkimusasetelma

Ikivihreät-projektin aineisto olisi mahdollistanut muidenkin tekijöiden ottamisen mukaan, mutta rajoitin tutkimukseni koskemaan kuviossa 2 mainittuja muuttujia.

Tutkimusongelmat

1. Onko sukupuoli, siviilisäädellä sekä koetulla taloudellisella tilanteella yhteyttä masentuneisuuteen ?
2. Onko asunnon sopivuudella , asuinympäristöllä ja masentuneisuudella yhteyttä ?
3. Onko masentuneisuudella yhteyttä koettuun terveydentilaan, fyysiseen kuntoon, toimintakykyyn ja koettuihin kipuihin ja vaivoihin ?
4. Onko masentuneisuudella yhteyttä avuntarpeen kokemiseen ja apuvälineiden jatkuvaiseen käyttöön sekä aistitoimintoihin ?
5. Onko masentuneisuudella yhteyttä psykososiaaliseen hyvinvointiin (yksinäisyys, sosiaalinen joustavuus, stressi, muistitoiminnot) ?
6. Onko päivittäisistä toiminnoista (PADL- ja IADL-toiminnot) selviytymisellä ja masentuneisuudella yhteyttä?

4. TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄT

4.1 Aineisto

Tämä tutkimus perustui Ikivihreät-projektin vuonna 1989 suorittaman 75-vuotiaiden jyväs kyläläisten terveys- ja toimintakykytutkimuksen haastattelu- ja laboratoriotutkimusaineistoon. Tutkimus käsitti kaikki vuoden 1989 alussa elossa olleet 1914 syntyneet jyväs kyläläiset. Haastatteluihin osallistui 92,9 % (n= 355): miehiä 119 ja naisia 236. Naisista viiden haastattelu suoritettiin sijaishaastatteluna. Haastateltavana toimi joku omainen tutkittavan heikon terveydentilan tai muistivaikeuksien takia. (Kauppinen 1992). Ikäluokasta 25 (6,4 %) kieltäytyi, kahta (0,5 %) ei tavoitettu ja kuusi (1,5 %) oli kuollut.

Aineistosta valtaosa oli joko naimisissa olevia tai leskiä. Miehistä 80,7 % oli naimisissa tai avoliitossa ja naisista yli puolet (52,5 %) oli leskiä. Tutkittavien koulutustaso oli alhainen. Vain alle viidenneksellä oli koulutusta enemmän kuin kansa- tai jatkokoulu. Koulutustasosta huolimatta ammattitaitoisten työntekijöiden, toimihenkilöiden ja yrittäjien osuus oli lähes puolet (46,8 %). Naisista oli perheenemäntiä kolmannes (30,1 %). Kuukausittaiset nettotulot olivat 68,5 %:lla enintään 3500 markkaa. Naisista tähän tuloluokkaan kuului peräti 81,9 %. Miesten tulot olivat selvästi korkeammat. (Kauppinen 1992).

75-vuotiaiden aineisto oli osa pohjoismaista tutkimusta, joka suoritettiin myös Göteborgissa Ruotsissa ja Glostrupissa Tanskassa.

4.2 Masentuneisuuden seulonnassa käytetty CES-D- asteikko

Suurin osa depressiivisyyden arviointiin laadituista asteikoista on tarkoitettu henkilöille, joilla on depressiodiagnoosi (Heikkinen 1992). CES-D-asteikko (Center for Epidemiological Studies Depression Scale) kehitettiin Yhdysvalloissa National Institute of Mental Health'in epidemiologisen osaston toimesta vuosina 1971 - 1973. Asteikko oli alkuaan tarkoitettu laajojen joukkojen depressiivisten oireiden tutkimukseen, ei kliiniseen käyttöön. Sitä käytetään itsearviointiasteikkona, mutta myös haastattelussa, jossa

ei välttämättä tarvita koulutettua haastattelijaa. (Radloff & Teri 1986, Zich ym. 1990, Garcia & Marks 1989, Boyd ym. 1982, Heikkinen 1992, Heikkinen ym. 1995).

CES-D sisältää kaksikymmentä osiota (Liite 2), jotka kehittäjät ovat poimineet muista masentuneisuutta kartoittavista asteikoista. Näitä asteikkoja olivat mm. Beck Depression Inventory (BDI) ja Zung Self -Rating Depression Scale (SDS) sekä Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) (Heikkinen 1992, Murphy 1986). Asteikko koostuu kuudesta eri depression oirealueesta (kuusitoista osiota), joita ovat masentunut mieliala, arvottomuuden ja syyllisyyden tunteet, avuttomuuden ja toivottomuuden tunteet, psykomotorinen pysähtyneisyys, ruokahaluttomuus ja unihäiriöt. Lisäksi asteikkoon on otettu neljä positiivista osiota estämään pyrkimystä vastata kaikkiin kysymyksiin samansuuntaisesti. (Roberts 1980, Breslau 1985, Radloff & Teri 1986, Devins ym. 1988, Liang ym. 1989, Zich ym 1990, Heikkinen 1992, Heikkinen ym. 1995).

Jokainen CES-D-asteikon osio pisteytetään 0:sta kolmeen. Vastaajaa pyydetään valitsemaan vastausvaihtoehdoista sen mukaan kuinka usein viimeksi kuluneen viikon aikana hänellä on kyseisiä häiriöitä tai tuntemuksia ollut. Kokonaispistemäärä vaihtelee näinollen 0:sta 60:een (Heikkinen 1992). Asteikko on lyhyt ja vie aikaa vastata alle viisi minuuttia. Jos aikaa kuluu enemmän, vastaajalla on kysymysten kanssa ongelmia (Radloff & Teri 1986).

Ydinkysymys CES-D - asteikkoa käytettäessä on se katkaisupistemäärä, mikä jakaa tutkittavat masentuneisiin ja ei masentuneisiin. Monet tutkijat ovat valinneet masennusta osoittavaksi pistemääräksi 16. Kuusitoista ja sitä enemmän saaneet on luokiteltu masentuneiksi tai masennusoireista kärsiviksi. (Heikkinen 1992). Tässä tutkimuksessa käytettiin rajauspistemääränä vähintään 16 pistettä.

Lukuisat eri tutkijat ovat kokeilleet ja käyttäneet mittaria erilaisten ryhmien masentuneisuusoireilun tutkimuksissa. Sen avulla on tarkasteltu masentuneisuutta eri ikäisillä (Garcia & Marks 1988, Silberg ym.. 1990, Gatz & Hurwicz 1990, Davis & Berman 1990, Heikkinen ym. 1995), eri sukupuolilla ja siviilisäädyn omaavilla (Hsu & Marshall 1987) sekä terveiden ja sairaiden (fyysisesti ja psyykkisesti sairaat) aineistossa. (

Weissman & Klerman 1977, Boyd ym. 1982, Breslau 1985, Devins ym. 1988, Roberts, Vernon & Rhoades 1989, Roberts, Rhoades & Vernon 1990). CES-D - mittaria on myös käytetty eri kulttuurien, eri rotuisten ja eri kielisten sekä eri valtioiden masentuneisuuden testauksissa (Garcia & Marks 1988, Liang ym 1989, Roberts ym. 1989, Roberts ym. 1990, Heikkinen ym.. 1995). CES-D - asteikkoa on käytetty myös Ikivihreät-projektissa masentuneisuuden tutkimiseen paitsi jyvaskyläläisillä myös yhteispohjoismaisessa tutkimuksessa (ks luku 4.1.), jossa verrattiin kolmen eri kaupunkimaisessa yhteisössä asuvien ikääntyneiden tilannetta toisiinsa (Heikkinen 1992, 1995).

CES-D - mittaria kohtaan on tutkijoiden parissa osoitettu kritiikkiä sen herkkyyden ja tuottamien korkeiden esiintymistä osoittavien lukujen vuoksi (mm. Bresslau 1985, Rabkin & Klein 1987). Esiintymisluvut kertovat paitsi masentuneisuudesta myös ahdistuneisuudesta ja alakuloisesta mielialasta (Heikkinen 1992).

Roberts ym. (1989) totesivat psykiatrisia potilaita tutkiessaan, ettei mittari riittävästi erotellut potilaita, joilla oli todettu depressiodiagnoosi niistä, joilla sitä ei ollut. Garcia ja Marks (1988) totesivat kulttuurierojen ja arvojen vaikuttavan liiaksi mittarissa. Murphyn (1986) mukaan CES-D -osiot sisältävät myös osia, jotka viittaavat muihin kuin masentuneisuusoireisiin.

Myönteistä palautetta reliabiliteetin ja validiteetin tarkastelussa toki on tullut. Radloffin ja Terin (1986) mukaan CES - D sopii hyvin iäkkäiden tutkimiseen. Heidän tutkimuksissaan reliabiliteetti on ollut korkea. Zich ym. (1990) vertasivat CES-D- ja BDI-asteikkoja ensihoitopotilailla San Franciscon ensiapupoliklinikalla. Tuloksien mukaan mittari osoittautui sopivan hyvin iäkkäille. Naughton ja Wiklund (1993) totesivat CES-D:n validiteetin ja reliabiliteetin hyväksi verrattaessa potilasryhmiä ja muuta väestöä. Devins, Orme ja Costello (1988) tutkivat viittä fyysiseltä terveydeltään ja sairaudeltaan erilaista ryhmää. Sisäistä konsistenssiä osoittava Cronbachin alfa vaihteli ryhmissä välillä 0.63 0.93. Yingin (1988) tutkimus kiinalais-amerikkalaisen aikuisväestön parissa tuotti hyvän tuloksen, Cronbachin alfa oli 0.77.

Jyvaskylän yliopiston Ikivihreät-projektin vuoden 1989 aineistossa CES-D - mittarin sisäistä konsistensia kuvaava Cronbachin alfa oli miehillä 0.82 ja naisilla 0,84. Vuoden

1990 aineistossa vastaava reliiabiliuskerroin oli miehillä 0.84 ja naisilla 0,87. (Heikkinen 1992).

4.3 Yksinäisyyden ja sosiaalisen joustavuuden arvioinnissa käytetyt UCLA- ja BIC-asteikot

UCLA:n yksinäisyysasteikko

UCLA:n asteikko (University of California, Los Angeles Loneliness Scale) on kehitetty 70-luvun lopulla Los Angelesin yliopistossa Russelin ja hänen työtovereidensa (mm. Peplau ja Cutrona) toimesta. Tutkijat pyrkivät saamaan aikaan helppokäyttöisen menetelmän joka mittaisi yksinäisyyttä, mikä pohjautuu vuorovaikutussuhteisiin ja niiden sujumiseen. Kehittämistyön tuloksena on syntynyt 20-osainen survey - tutkimuksiin sopiva mittari. Mittarista on kehitetty myös 4-osainen versio, jossa on karsittu alkupe- räisestä 16 osiota pois. 20 - osioinen mittari on varsinainen ja edelleenkin enemmän käytetty, koska sen validiteetti on korkeampi. (Heikkinen, 1992).

UCLA:n 4-osainen asteikko valittiin Ikivihreät-projektiin kartoittamaan 75-vuotiaiden yksinäisyyskokemuksia. Samaa asteikkoa on käytetty pohjoismaisessa tutkimuksessa sekä Keuruulla ja Multialla syksyllä 1991. (Heikkinen 1992).

Mittarissa pyydetään vastaamaan osioihin 4-portaisella asteikolla sen mukaan, kuinka usein vastaajalla esiintyy osion esittämiä tuntemuksia (Liite 3). Mittarista on mahdol- lista saada pisteitä neljästä kuuteentoista (4 - 16).

BIC-asteikko

BIC-asteikon (the Battery of Interpersonal Capabilities) laativat Paulhus ja Martin Vancouverissa Kanadassa, British Columbian yliopistossa. Paulhus ja Martin (1987) ehdottavat käytettäväksi käsitettä toiminnallinen joustavuus (functional capabilities in the interpersonal sphere). Ikivihreät-projektissa asteikosta käytetään käsitettä sosiaali- nen joustavuus.

BIC on Likert-tyyppinen itsearviointimittari, johon tutkijat ovat sisällyttäneet kuusi-toista osiota sosiaalisesti toivottavista ja ei toivottavista piirteistä. Kuhunkin osioon pyydetään vastaamaan seitsemän-portaista skaalaa (1- 7) käyttäen sen mukaan, kuinka helppoa tai vaikeaa vastaajan olisi käyttäytyä osioiden ilmaisemalla tavalla. Asteikossa 1 on erittäin vaikeaa ja 7 on hyvin helppoa (Liite 4). Asteikolla on mahdollista saada pisteitä 16:sta aina määrään 112. Mitä enemmän pisteitä sitä suurempi on BIC:n mukaan sosiaalinen joustavuus. (Paulhus & Martin 1987, Heikkinen 1992).

Tutkijat ovat testanneet kehittämänsä asteikkoa eri tavoin ja todenneet sen käyttökelpoiseksi mittariksi sekä kliinisissä ryhmissä että terveillä henkilöillä (Paulhus & Martin, 1987).

4.4 PADL- ja IADL-toiminnot

Ikivihreät-projektissa 1989 PADL-toiminnoista selviytymisen tutkimisessa käytettiin 17-osioista ja IADL-toiminnoista 16-osioista mittaria. Samaa mittaria käytettiin myös yhteispohjoismaisessa 75-vuotiaiden terveyden ja toimintakyvyn vertailevassa tutkimuksessa. Kysymyksissä oli vastausvaihtoehtoja 3 -5 välillä ”ei minkäänlaisia vaikeuksia - ei selviä lainkaan”. Tuloksia analysoitaessa käytettiin prosentti- ja frekvenssijakaumia sekä painottamattomia summapistemääriä. Jo Ikivihreät-projektin jatkoanalyseissa jouduttiin sekä PADL- että IADL- toiminnoista osa jättämään pois, koska kaikki eivät osanneet arvioida selviytymistään kysytyissä toiminnoissa. (Laukkanen ym. 1992).

Tässä tutkimuksessa käytettiin PADL-toiminnoista 10-osioista ja IADL-toiminnoista 7-osioista mittaria. Nämä osiot ovat samat kuin kahden keski-suomalaisen 75-vuotiaan väestöryhmän (Jyväskylä ja Keuruu-Multia) vertailututkimuksessa (Sakari-Rantala ym. 1995). Vastausvaihtoehtoisissa käytettiin kahta luokkaa: selviää vaikeuksista ja vaikeuksia, ei pysty. Masentuneisuuden ja PADL- sekä IADL-toimintojen yhteyttä tarkasteltiin summapistemäärien avulla sekä kunkin osion kohdalla erikseen eroa edellä mainittujen luokkien ja masentuneisuuden välillä.

4.5 Aineiston käsittely ja analyysi

Aineistoa kuvattiin aluksi muutamista muuttujista lasketuilla frekvensseillä, keskiarvoilla ja -hajonnoilla. Masentuneisuutta arvioitaessa tutkittava joukko jaettiin CES-D- asteikon antamien pistemäärien mukaan masentuneisiin (= on masentuneisuutta, CES-D yli 15) ja ei masentuneihin (= ei masentuneisuutta, CES-D 0 -15) tai muuttujien luokista laskettiin CES-D-pistemäärien keskiarvot ja -hajonnat.

Masentuneisuuden ja sitä selittävien muuttujien välisiä yhteyksiä etsittäessä käytettiin keskiarvotestejä (Studentin kaksisuuntainen t-testi, varianssianalyysi, parittainen ryhmien vertailu / modified LSD) ja joissakin tapauksissa korrelaatiokerrointa (Pearson).

5. TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Masentuneisuuden esiintyminen ja sen yhteys sukupuoleen, siviilisäätyn ja taloudellisiin tekijöihin

Vastanneista oli miehiä 113, joista masentuneiksi luokiteltuja oli 31 (27,4 %). Naisia oli 224. Heistä masentuneita oli 72 (36,6 %). Depressiivisyyspistemäärän keskiarvo miehillä oli 11,9 (keskihajonta 7,2) ja moodi 9. Naisten keskiarvo oli 14,3 (keskihajonta 8,6) ja moodi 14. (Kuviot 3 ja 4 liitteissä 5 ja 6). Miesten ja naisten välinen ero oli merkitsevä ($p=0.007$). Miehillä korkein todettu CES-D-pistemäärä oli 43, kun taas naisilla löytyi vielä arvoja 47 ($n=1$) ja 57 ($n=1$).

Tutkituista miehistä suurin osa (80,59 %) oli naimisissa ja naisista yli puolet (53,6 %) oli leskiä. Siviilisäädyllä oli yhteyttä masentuneisuuteen. Yhteys oli selvempi miehillä ($p=0.0069$) kuin naisilla ($p=0.0273$). Miesleskien ja naimisissa olevien miesten ryhmien välillä ero oli merkitsevä tasolla 0.010. Naisleskien ja eronneiden välillä ero oli melkein merkitsevä tasolla 0.050. (Taulukot 1 ja 2).

TAULUKKO 1. Siviilisäätyn ja masentuneisuus sukupuolen mukaan 75 vuotiailla jyvaskyläläisillä vuonna 1989 ($n=337$)

Siviilisäätyn	M i e h e t						N a i s e t					
	Ei masen- tuneisuutta		On masen- tuneisuutta		Yht.		Ei masen- tuneisuutta		On masen- tuneisuutta		Yht.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Naimaton	6	(5.3)	1	(0.9)	7	(6.2)	20	(8.9)	12	(5.4)	32	(14.3)
Naimisissa	68	(60.2)	23	(20.3)	91	(80.5)	30	(13.4)	19	(8.5)	49	(21.9)
Leski	6	(5.3)	7	(6.2)	13	(11.5)	83	(37.1)	37	(16.5)	120	(53.6)
Eronnut	2	(1.8)	-	-	2	(1.8)	9	(4.0)	14	(6.2)	23	(10.2)
Yhteensä	82	(72.6)	31	(27.4)	113	(100)	142	(63.4)	82	(36.6)	224	(100)

TAULUKKO 2. Siviilisäädyn ja masentuneisuuden välinen yhteys 75-vuotiailla jyvaskyläläisillä vuonna 1989. Masentuneisuuspistemäärien keskiarvot ja hajonnat

Siviilisääty	M i e h e t			N a i s e t		
	Masentuneisuus	N	(%)	Masentuneisuus	N	(%)
Naimaton	10.00 ± 5.42	7	(6.2)	13.31 ± 9.34	32	(14.3)
Naimisissa	11.08 ± 6.42	91	(80.5)	14.29 ± 8.12	49	(21.9)
Leski	18.23 ± 10.43	13	(11.5)	13.60 ± 8.26	120	(53.6)
Eronnut	13.00 ± 2.83	2	(1.8)	19.35 ± 9.42	23	(10.2)
Koko ryhmä	11.87 ± 7.20	113	(100)	14.30 ± 8.63	224	(100)

Miehet $p = .0069$

Naiset $p = .0273$

Taulukossa 3 on esitetty miesten ja naisten koettu taloudellinen tilanne ja sen yhteys CES-D-luokituksen mukaiseen masentuneisuuteen. Suurin osa miehistä sekä naisista koki taloudellisen tilanteensa vähintään tyydyttäväksi. Hyväksi sen koki miehistä 32 (29 %) ja naisista 47 (21,3 %). Koetulla taloudellisella tilanteella ja masentuneisuudella ei ollut yhteyttä miesten aineistossa. Sen sijaan naisilla yhteys löytyi ($p = .0185$). Heillä ryhmien välisessä parittaisessa vertailussa todettiin melkein merkitsevä ero ($p = 0.05$) ryhmien 1 (hyvä) ja 2 (tyydyttävä) välillä.

TAULUKKO 3. Koetun taloudellisen tilanteen ja masentuneisuuden välinen yhteys 75 - vuotiailla jyvaskyläläisillä vuonna 1989. Masentuneisuuden keskiarvot ja -hajonnat

Taloudellinen tilanne	Masentuneisuus			
	M i e h e t	N (%)	N a i s e t	N (%)
Hyvä	10.72 ± 7.29	32 (29.1)	11.09 ± 6.88	47 (21.3)
Tyydyttävä	12.32 ± 6.80	73 (66.4)	15.07 ± 8.86	152 (68.8)
Huono	16.00 ± 12.12	5 (4.5)	14.64 ± 8.19	22 (9.9)
	12.02 ± 7.23	110 (100)	14.18 ± 8.53	221 (100)

Miehet p = .2651

Naiset p = .0185

5.2 Asuminen, asuinympäristö ja masentuneisuus

- Jyvaskyläläisistä miehistä suurin osa (n. 80 %) asui puolison kanssa ja naisista suurin osa (n. 63 %) yksin. Puolison kanssa asui naisista noin viidennes ja lasten kanssa runsas kymmenesosa. Suurimmalla osalla asumismuotona oli kerrostalo, jossa kulku asuntoon tapahtui enimmäkseen rappuja pitkin tai sekä rappuja ja hissiä käyttäen.

Tutkituista miehistä 97.3 % oli tyytyväinen nykyiseen asuntoonsa ja 99.1 % katsoi sen olevan vähintäänkin melko hyvin sopiva nykyiseen terveydentilaansa ja fyysiseen kuntoonsa nähden. Tyytyväisyydessä ei ollut eroa masentuneiden ja ei masentuneiden välillä. Naisista 82.1 % oli erittäin tyytyväinen tai tyytyväinen nykyiseen asuntoonsa. 70 % katsoi asunnon sopivan erittäin hyvin nykyiseen terveydentilaansa ja fyysiseen kuntoonsa. Tyytymättömiä oli ja asunnon koki huonosti sopivaksi vain neljä (1,8 %) vastaajista. Melko sopivaksi terveydentilaansa nähden asunnon koki naisista 28,1 % (n= 63). Ero erittäin sopivaksi ja sopivaksi katsovien ryhmien masentuneisuudessa oli tilastollisesti melkein merkitsevä (p= 0,050). (Taulukko 4.)

TAULUKKO 4. Masentuneisuuden ja asunnon nykyiseen terveydentilaan ja fyysiseen kuntoon sopivaksi kokemisen välinen yhteys jyväs-kyläläisillä 75 - vuotiailla vuonna 1989. CES-D-pistemäärien keskiarvot ja -hajonnat

Asunnon sopivuus	Masentuneisuus			
	M i e h e t	N (%)	N a i s e t	N (%)
Erittäin hyvin/ hyvin sopiva	11.77 ± 6.77	86 (76.1)	13.20 ± 8.37	157 (70.1)
Melko hyvin	11.88 ± 8.60	25 (22.1)	16.59 ± 8.90	63 (28.1)
Huonosti/erittäin huonosti sopiva	16.00 ± 9.90	2 (1.8)	21.25 ± 5.25	4 (1.8)
YHTEENSÄ	11.87 ± 7.20	113 (100)	14.30 ± 8.63	224 (100)

Miehet p = .7170

Naiset p = .0080

Asunnon sopivuutta osoitti myös se, että kotona ei ollut sattunut onnettomuuksia (liukastumiset, kaatumiset). Suurimmalla osalla sekä miehistä (89,3) että naisista (70 %) ei ollut onnettomuuksia. Masentuneisuuden suhteen ei voitu ryhmien välillä osoittaa yhteyttä. Myöskään yksin asumisen ja masentuneisuuden välistä yhteyttä ei tullut esille.

Sekä naiset että miehet olivat vähintään melko tyytyväisiä asuinalueeseensa. Tyytymättömiä oli miehistä 7 % ja naisista 13 %. Masentuneisuuden suhteen ei ryhmien välillä ollut eroa. Myöskään kauppojen ja julkisten kulkuneuvojen läheisyydellä ja masentuneisuudella ei havaittu yhteyttä. Asuinalueella oli vaarallisia tienristeyksiä 25:llä (22,3 %) tutkituista miehistä. Yhteyttä masentuneisuuteen ei tullut esille. Naisista 48 (23,6 %) ilmoitti lähellä olevan vaarallisia risteyksiä. Tässä ryhmässä oli CES-D-keskiarvo 17,1. Ero ryhmään, jolla vaarallisia risteyksiä ei ollut, oli tilastollisesti merkitsevä (p=.010).

Masentuneisuuden ja ulkona liikkumisen pelkäämisen välillä ei tullut esille tilastollista merkitsevyyttä. Siitä huolimatta naisista 85 (38,6 %) ilmoitti pelkäävänsä ulkona liik-

kuessaan. Ero ei- pelkävien ryhmään masentuneisuudessa oli $p = .076$. Taulukossa 5 on esitetty pelkojen aiheet ulkona liikkua ja masentuneisuuspistemäärät keskiarvoina ja -hajontoina.

TAULUKKO 5. Masentuneisuus ja pelkäämisen syyt ulkona liikkua 75-vuotiailla jyvaskyläläisillä 1989.

Pelkäämisen syy	Miehet			Naiset		
	Keskiarvo	Keskihajonta	N	Keskiarvo	Keskihajonta	N
Pimeää	-	-	-	10.8	5.78	6
Muita ihmisiä				17.7	10.65	6
Päällekkarkkaamista	8.5	.7071	2	16.9	10.01	39
Kaatumista talvella	10.3	7.77	3	11.4	6.69	19
Kaatumista yleensä	-	-	-	22.9	16.84	7
Liikennettä	16.0	.0000	1	7.0	.000	1
Muu	24.0	.000	1	14.0	3.74	5
YHTEENSÄ	11.8	7.30	7	13.4	7.77	85

5.3 Masentuneisuus ja psykososiaalinen hyvinvointi

5.3.1 Yksinäisyyden kokeminen ja masentuneisuus

Yli puolet sekä miehistä (58,4 %) että naisista (59,6 %) ilmoitti tuntevansa itsensä yksinäiseksi hyvin harvoin tai ei koskaan. Usein tai melkein aina yksinäisyyttä koki miehistä 9 (8 %) ja naisista 27 (12,1 %). Viime mainitun sekä miesten että naisten ryhmän ero harvoin ja erittäin harvoin itsensä yksinäiseksi kokeviin masentuneisuuteen suhteutettuna oli erittäin merkitsevä tasolla 0.001. Asia on esitetty taulukossa 6 .

TAULUKKO 6. Yksinäiseksi itsensä kokeminen ja masentuneisuus 75-vuotiailla vuonna 1989. CES-D-pistemäärien keskiarvot ja -hajonnat.

Yksinäisyyden kokeminen	Masentuneisuus			
	Miehet	N (%)	Naiset	N (%)
Hyvin harvoin, ei koskaan	10.27 ± 5.46	66 (58.4)	11.64 ± 6.24	133 (59.6)
Usein	12.13 ± 6.14	38 (33.6)	16.56 ± 9.87	63 (28.3)
Usein/melkein aina	22.44 ± 12.71	9 (8)	21.74 ± 9.95	27 (12.1)
YHTEENSÄ	11.87 ± 7.20	113 (100)	14.25 ± 8.62	223 (100)

Myös UCLA-asteikolla mitatun yksinäisyyden ja masentuneisuuden välillä oli yhteyttä sekä miesten että naisten aineistossa. Naisilla merkitsevyys osoittautui suuremmaksi ($p = .000$) kuin miehillä ($p = .006$). UCLA-asteikko oli 4-portainen, jossa suurin mahdollinen pistemäärä oli 16. (Taulukko 7).

TAULUKKO 7. Masentuneisuuden ja UCLA-asteikolla mitatun yksinäisyyden välinen yhteys 75-vuotiailla jyvaskyläläisillä vuonna 1989. UCLA-pistemäärien keskiarvot ja -hajonnat.

Masentuneisuus	Yksinäisyyspisteet UCLA-asteikolla			
	Miehet	N=111 (100 %)	Naiset	N=224 (100%)
Ei masentuneisuutta	7.35 ± 1.94	80 (72.1)	7.18 ± 1.93	142 (63.4)
On masentuneisuutta	8.42 ± 1.69	31 (27.9)	8.79 ± 2.22	82 (36.6)

Miehet $p = .006$

Naiset $p = .000$

5.3.2 Sosiaalinen joustavuus ja masentuneisuus

Sosiaalista joustavuutta mitattiin BIC-asteikolla, jossa suurin mahdollinen pistemäärä oli 116. Mittarin tarkoitus oli kuvata tutkittavien kykyä sovittaa käyttäytymisensä tilanteen vaatimalle tasolle. Mitä suurempi pistemäärä sitä suuremmaksi voidaan olettaa sosiaalinen joustavuus. Miehet arvioivat itsensä joustavammiksi (keskiarvo 65,3, keskihajonta 12,1, n=113) kuin naiset (keskiarvo 62,0, keskihajonta 10,3, n= 222). Ero oli merkittävä tasolla $p = 0.01$. Joustavuuspistemäärien keskiarvoja tarkasteltiin suhteessa masentuneisuuteen. Kummankaan sukupuolen kohdalla ei eroa todettu masentuneisuuden suhteen.

TAULUKKO 8. Masentuneisuuden ja BIC-asteikolla mitatun sosiaalisen joustavuuden välinen yhteys 75-vuotiailla jyvaskyläläisillä vuonna 1989. Keskiarvot ja -hajonnat.

Sosiaalinen joustavuus BIC-asteikolla						
Masentuneisuus	Miehet	N=112 (100 %)		Naiset	N=222 (100%)	
¶ Ei masentuneisuutta	65.27 ± 12.48	82 (73.2)		61.51 ± 9.70	140 (63.1)	
On masentuneisuutta	66.03 ± 11.19	30 (26.8)		62.96 ± 11.35	82 (36.9)	

Miehet $p = .769$

Naiset $p = .333$

5.3.3 Masentuneisuus ja stressaantuneisuuden kokeminen jokapäiväisessä elämässä

Naiset osoittautuivat kokevan jokapäiväisessä elämässään jonkun verran enemmän stressiä kuin miehet. Naisista koki stressiä usein 5 %, miehistä 1 %. Yhteys masentuneisuuteen löytyi molemmilla. Ero masentuneisuudessa sekä miehillä että naisilla oli melkein merkitsevä (0.050) ryhmien välillä ”silloin tällöin” ja ”tuskin koskaan, ei”. Naisien aineistossa eroa löytyi vielä tasolla 0.001 verrattaessa pareittain ryhmiä ”usein” ja ”silloin tällöin” sekä ” ei, tuskin koskaan”.

TAULUKKO 9. Masentuneisuuden yhteys stressin kokemiseen jokapäiväisessä elämässä 75-vuotiailla jyvaskyläläisillä vuonna 1989. CES-D-pistemäärien keskiarvot ja -hajonnat.

Kokee stressiä	Masentuneisuus (CES-D)					
	M i e h e t			N a i s e t		
		N	(%)		N	(%)
Usein	.000	-	1 (1)	27.11 ± 17.84	9	(5)
Silloin tällöin	14.35 ± 8.11	46	(49.5)	15.40 ± 7.74	94	(51.6)
Ei, tuskin koskaan	9.83 ± 6.14	46	(49.5)	11.85 ± 7.38	79	(43.4)
YHTEENSÄ	11.96 ± 7.57	93	(100)	14.44 ±	182	(100)

Miehet p = .050

Naiset p = .001

5.3.4 Ahdistuneisuus, nukkumisvaikeudet ja masentuneisuus

- Valtaosa tutkituista miehistä (85,3 %) ja naisista (78,2 %) ei ollut tuntenut itseään hermostuneeksi, levottomaksi, ahdistuneeksi. Lopuilla mainittuja tuntemuksia oli ollut, mutta ne eivät olleet vaivanneet. Ryhmien parittaisessa vertailussa miesten ryhmien välillä suhteessa masentuneisuuteen oli eroa melkein merkitsevästi (p = .019). Naisilla vastaavien ryhmien ero masentuneisuudessa oli erittäin merkitsevä (p = .000).

Nukkumisongelmien ja masentuneisuuden välistä yhteyttä ei miehillä tullut esille. Sitä vastoin naisilla ryhmien ”ei ole esiintynyt” (58.9 %) ja ”kyllä, ei vaivannut” (41,1 %) ero masentuneisuuden suhteen oli erittäin merkitsevä (p = .000).

5.4 Masentuneisuus ja oma kokemus terveydentilasta sekä fyysisestä kunnosta muihin samanikäisiin nähden

Noin puolet sekä miehistä (55,8 %) että naisista (51,1 %) koki terveydentilansa joko epätavallisen hyväksi tai hyväksi. Masentuneisuudessa ei miehillä voitu osoittaa eroa

terveyden kokemisessa. Naisista selkeästi masentuneempia olivat ”vähemmän hyväksi, huonoksi” ja ”erittäin huonoksi” terveydentilansa tuntevat. ”Vähemmän hyvä, huono” ja ”hyvä” - ryhmien ero oli tilastollisesti erittäin merkitsevä tasolla $p = 0.001$. (Taulukko 10).

TAULUKKO 10. Masentuneisuus ja oma kokemus terveydentilasta 75-vuotiailla jyväskyläläisillä vuonna 1989. CES-D:n keskiarvot ja -hajonnat.

Terveydentila	Masentuneisuus (CES-D)					
	M i e h e t			N a i s e t		
		N	(%)		N	(%)
Epätavallisen hyvä	8.00 ± 1.73	3	(26)	9.00 ± 0.03	6	(2.7)
Hyvä	11.30 ± 7.29	60	(53.1)	11.53 ± 6.49	108	(48.4)
Vähemmän hyvä, huono	12.77 ± 7.18	47	(41.6)	17.12 ± 9.60	103	(46.2)
Erittäin huono	13.00 ± 9.64	3	(2.7)	20.00 ± 11.23	6	(2.7)
YHTEENSÄ	11.87 ± 7.90	113	(100)	14.27 ± 8.64	223	(100)

Miehet $p = .001$

Naiset $p = .5685$

Fyysisen kuntosaa samanikäisiin verrattuna koki huonommaksi vain pieni osa sekä miehistä (14,9 %) että naisista (14,3 %). Kuntosaa samanlaiseksi ikäryhmäänsä nähden tunti miehistä 53,3 %. Ero masentuneisuudessa huonommaksi kuntosaa kokeviin oli melkein merkitsevä ($p = 0.050$). Naisista 40,5 % piti fyysistä kuntoonsa ikäryhmäänsä parempana. Ero masentuneisuudessa huonommaksi kuntosaa tunteviin oli myös melkein merkitsevä (0.050).

TAULUKKO 11. Masentuneisuus ja fyysinen kunto samanikäisiin verrattuna.
CES-D:n keskiarvot ja -hajonnat.

Koettu fyysinen kunto	Masentuneisuus (CES-D)							
	M i e h e t		N	(%)	N a i s e t		N	(%)
Parempi	11.44 ± 6.30	34	(31.8)	12.76 ± 7.60	85	(40.5)		
Samanlainen	10.77 ± 5.79	57	(53.3)	14.31 ± 7.90	95	(45.2)		
Huonompi	16.25 ± 11.52	16	(14.9)	17.37 ± 10.06	30	(14.3)		
YHTEENSÄ	11.80 ± 7.24	107	(100)	14.12 ± 8.22	210	(100)		

Miehet $p = .0289$

Naiset $p = .0248$

5.5 Masentuneisuus ja fyysisten oireiden esiintyminen

Tutkituilta oli alkuperäisessä kyselyssä tiedusteltu 17 erilaisen kivun ja vaivan esiintymistä. Vaihtoehdot olivat ”ei lainkaan”, ”kyllä, ei vaivannut”, ”kyllä, vaivannut”, ”vaivannut paljon”. Tässä tutkimuksessa masentuneisuutta tarkasteltiin suhteessa paljon vaivanneiden oireiden lukumäärään (0 tai ainakin yksi). Ryhmien välinen ero t-testillä mitattuna ei miehillä ollut tilastollisesti merkitsevä, mutta naisilla ero oli erittäin merkitsevä ($p = .001$). Masentuneisuudella ja paljon vaivaavien oireiden määrällä oli selvä yhteys.

Masentuneisuuden yhteyttä yksittäisiin kipuihin ja vaivoihin etsittiin jakamalla aineisto kunkin oireen suhteen ryhmiin ”ei ole esiintynyt” ja ”kyllä esiintynyt, ei vaivannut”. Tilastollisesti vähintään lähes merkitsevä yhteys löytyi naisilla kolmentoista oireen suhteen. Erittäin merkitsevä yhteys masentuneisuuteen tuli esille selkä- ja lantiokipujen sekä päänsäryn, väsymyksen, hengitys-, nukkumis- ja muistivaikeuksien sekä suun kuivu-

misoireen suhteen. Miehillä yhteys tuli selvästi esille ainoastaan väsymyksen, ahdistuneisuuden ja alakuloisuuden suhteen. Sydämen tykytys aiheutti ryhmien välillä eroa, mutta ero ei ollut miehillä merkitsevä. Taulukkoon 12 on koottu kaikki kysytyt kivut ja vaivat ja edellä esitettyjen luokkien välisten erojen merkitsevyys masentuneisuuden suhteen.

TAULUKKO 12. Masentuneisuuden yhteys tutkimusta edeltäneen kahden viikon aikana esiintyneisiin kipuihin ja vaivoihin. Vertailuryhmät "ei ole esiintynyt" ja "kyllä, ei vaivannut". Ryhmien välisten erojen merkitsevyys (t-testi)

Oire	"Ei ole esiintynyt" ja "kyllä, ei vaivannut" ryhmien välisten erojen merkitsevyys masentuneisuudessa	
	M i e h e t (N=102-108)	N a i s e t (N=195-200)
Kivut hartioissa, niskassa	NS	S (p=.05)
Kivut selässä, lantiossa	NS	S (p=.001)
Kivut raajoissa, nivelissä	NS	S (p=.032)
Päänsärky	NS	S (p=.001)
Sydämen tykytys	NS	S (p=.023)
Ahdistuneisuus, hermostuneisuus	S (p=.019)	S (p=.000)
Nukkumisvaikeudet	NS	S (p=.000)
Alakuloisuus, masentuneisuus	S (p=.000)	S (p=.000)
Väsymys	S (p=.006)	S (p=.000)
Vatsakivut	NS	S (p=.028)
Ruoansulatusvaivat	NS	NS
Ihottuma	NS	NS
Vilustuminen	NS	NS
Hengitysvaikeudet	NS	S (p=.004)
Virtsaamisvaikeudet	NS	NS
Muistivaikeudet	NS	S (p=.005)
Suun kuivuminen	NS	S (p=.000)

NS = ei merkitsevä

S = merkitsevä

5.6 Masentuneisuus ja avun tarpeen kokeminen

Avun tarpeen ja masentuneisuuden välistä yhteyttä tarkasteltiin kolmentoista muuttujan avulla. Taulukosta 13 voidaan nähdä, että tilastollisesti merkittävä yhteys löytyi miehillä

ainoastaan yleislääkäriavun ja masentuneisuuden välillä. Naisilla tilastollinen merkitsevyys tuli esille masentuneisuuden ja yleis- sekä erikoislääkäriavun tarpeen, kotiavustajan, fysioterapeutin sekä päiväkeskusavun tarpeen välillä.

TAULUKKO 13. Tilastollinen merkitsevyys masentuneisuuden ja koetun avun tarpeen välillä eräitten palvelutoimintojen suhteen jyväs-
kyläisillä 75-vuotiailla vuonna 1989. (t-testi)

Koettu avuntarve	Masentuneisuuden ja avuntarpeen välisen yhteyden merkitsevyys	
	M i e h e t (N=113)	N a i s e t (N=221-224)
Yleislääkäriltä	S (p=.018)	S (p=.002)
Erikoislääkäriltä	NS	S (p=.001)
Kotisairaanhoidajalta	NS	NS
Kotiavustajalta	NS	S (p=.003)
Fysioterapeutilta	NS	S (p=.002)
Toimintaterapeutilta	NS	NS
Seurakuntasisarelta	NS	NS
Jalkahoitajalta	NS	NS
Päiväkeskuksesta	NS	S (p=.005)
Turvapuhelintarve	NS	NS
Ateriapalvelut	NS	NS
Puutarhatyöt	NS	NS
Lumenluonti	NS	NS

NS = ei merkitsevä

S = merkitsevä

5.7 Fyysinen suorituskyky, apuvälineiden käyttö, vapaa-aika ja masentuneisuus

Koetun fyysisen kunnon ja masentuneisuuden välillä tuli esille melkein merkitsevä yhteys (luku 5.4). Tutkituilta oli vuonna 1989 kysytty erilaisista toiminnoista, tekevätkö he ne itse ja kuinka usein. Masentuneisuuden suhteen tarkasteltiin näistä toiminnoista asunnon siivousta, ruoanlaittoa, ostosten tekemistä, korjaustöitä kotona ja autossa, puutarhatöitä, käsitöitä, aktiivista urheilua, ulkoilmaharrastuksia ja kävelyretkien teke-

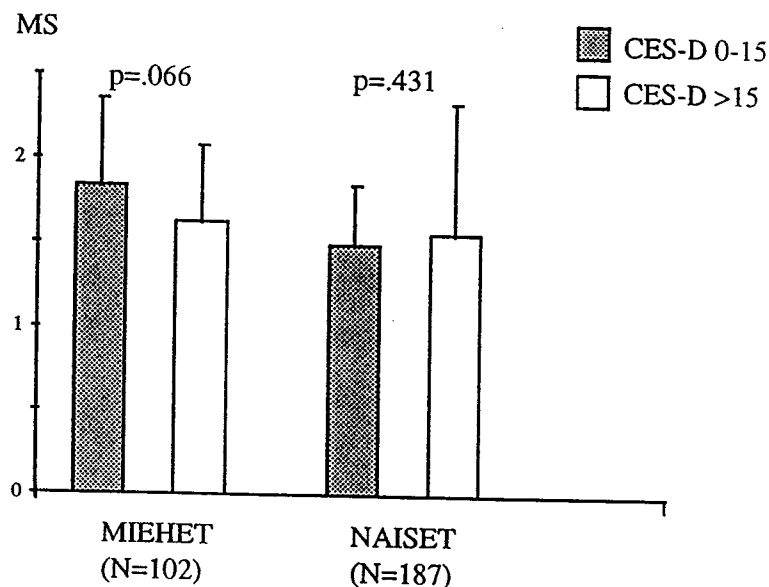
mistä. Yhteys masentuneisuuteen löytyi ainoastaan asunnon siivouksen kanssa. Yhteys oli selvempi miehillä ($p = .033$) kuin naisilla ($p = .056$).

Fyysiseen toimintakykyyn liittyvän **tasapainokyvyn** (arvioituna silmät kiinni) ja masentuneisuuden välillä ei osoittautunut olevan tässä tutkimuksessa yhteyttä.

Fyysisen suorituskvyn yhteyttä masentuneisuuteen tarkasteltiin askelmatestin, kävelynopeuden ja reaktioaikojen avulla. Nämä menetelmät olivat sellaisia, jotka ovat lähellä normaaliin päivittäiseen toimintaan liittyviä tilanteita.

Korokkeelle nousu mitattiin ilman tukea. Nousukorkeuden mukaan (0 cm, 10-40 cm, 50 cm) luokiteltujen ryhmien masennuspisteissä ei tullut esille merkitseviä eroja. Naisilla CES-D-pistemääristä lasketut keskiarvot näyttivät alenevan porraskorkeuden kohotessa. Ero ei ollut tilastollisesti merkitsevää.

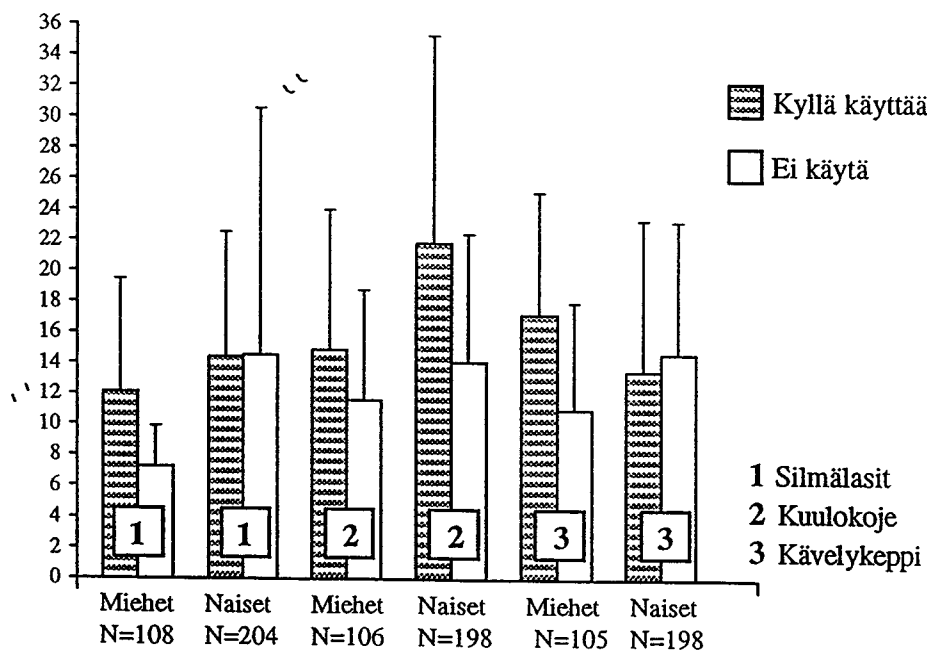
Maksimaalisessa kävelynopeudessa (10 metrin matka) masentuneiden ja ei masentuneiden miesten keskiarvoissa (metriä /sekunti) oli ero, mikä ei kuitenkaan riittänyt tilastolliseen merkitsevyyteen. Naisten kohdalla masennuksella ei osoittautunut olevan merkitystä. Kävelynopeus oli suurempi masentuneiden ryhmässä (Kuvio 5.).



KUVIO 5. Maksimaalinen kävelynopeus masentuneilla ja ei masentuneilla. Keskiarvot ja -hajonnat.

Havaintomotorista nopeutta mitattiin yksinkertaisella reaktioaikatestillä valoärsykkeelle ja monivalintareaktioaikatestillä valo- sekä ääniärsykkeelle. Reaktioaikojen keskiarvoja verrattiin masentuneiden ja ei masentuneiden ryhmissä. Sekä miehillä että naisilla osassa testejä reaktioajat olivat masentuneiden ryhmissä nopeammat. Masennuksen ja havaintomotorisen nopeuden välillä ei voitu osoittaa yhteyttä.

Valtaosa sekä miehistä että naisista käytti jokapäiväisessä elämässään silmälaseja. Tilastollista yhteyttä masentuneisuuteen ei tullut esille. Muiden **apuvälineiden** käyttö oli vähäistä tutkitussa joukossa. Kävelykepin käytön ja miesten masentuneisuuden välillä tuli esille tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p = .002$) yhteys. (kuvio 6).



KUVIO 6. Masentuneisuuden ja kolmen apuvälineen jokapäiväisen käytön välinen yhteys. CES-D- pistemäärien keskiarvot ja -hajonnat

Tutkittavilla oli harvalukuisesti käytössä myös muita apuvälineitä. Masentuneisuus on seuraavassa taulukossa ilmaistu keskiarvoina ja keskihajontoina. Korrelaatiota ei ole laskettu tapausten vähäisyyden takia.

TAULUKKO 14. Masentuneisuuspistemäärien keskiarvot ja -hajonnat 75-vuotiailla jyvaskyläläisillä apuvälineiden käyttäjillä.

Apuväline	Masentuneisuuspistemäärä (CES-D)			
	Miehet	N	Naiset	N
Kyynärsauvat	12.00 ± 4.24	2	36.00 ± .0000	1
Luistopiikit	16.50 ± 9.19	2	12.25 ± 6.34	4
Hälytyskello		0	7.00 ± .000	1
Potkuri		0	12.25 ± 9.70	4
Rollaattori		0	26.50 ± 14.85	2
Pyörätuoli		0	11.00 ± .000	1
Muu	14.67 ± 6.11	3	24.00 ± 15.56	2

Parhaiten kuvaava vapaa-ajan toiminta kuluneen vuoden aikana

1. Tutkittavia pyydettiin arvioimaan vapaa-ajan toimintaansa asteikolla: pääasiassa tekemistä istuen, kevyttä ruumiillista toimintaa, kohtuullista ruumiillista toimintaa noin kolme tuntia viikossa, kohtuullista ruumiillista toimintaa enemmän kuin neljä tuntia viikossa tai raskasta ruumiillista toimintaa enintään neljä tuntia viikossa, aktiivista urheilua vähintään kolme tuntia viikossa, kilpaurheilua. Eri luokkien masentuneisuuspistemäärien keskiarvot eivät juuri poikenneet toisistaan naisilla eikä miehillä. Tilastollisesti edes melkein merkitsevää eroa masentuneisuuden suhteen ei luokkien välillä löytynyt.

Kirjojen lukeminen

Sekä miehistä (37,2 %) että naisista (38,7 %) suurinpiirtein yhtä moni luki kirjoja joka päivä kuin vain ”muutaman kerran vuodessa” tai ”ei koskaan” (M = 35,4 %, N = 38,7 %). Masentuneisuuspisteiden keskiarvot eivät eri ryhmissä eronneet. Varianssianalyysi ei tuonut esille eroja ryhmien välillä (miehet p = .5184, naiset p = .4948).

5.8 Aistien toimintakyky ja masentuneisuus

Kuulo ja masentuneisuus

Masentuneisuuden yhteyttä kuuloon tarkasteltiin ilmajohtoisen kuulokynnyksen sekä puheaudiometrisessä tutkimuksessa määriteltujen puhekynnyksen ja puheenerotuskyvyn avulla. Kuulokynnyksestä otettiin puhealueen (500 - 2000 Hz) miesten ja naisten keskiarvot (dB). Puhekynnyksestä otettiin käyttöön ns Palvan sanalistojen avulla määritellyt keskiarvot (dB) ja samoin keskiarvot puheenerotuskyvystä. Kuuloon liittyvien keskiarvojen erot masentuneilla ja ei masentuneilla eivät eronneet merkitsevästi miehillä eikä naisilla.

Kuuloon liittyen tarkasteltiin tutkittavien kykyä kuulla, mitä sanotaan tavallisessa keskustelussa kolmeä tai useamman henkilön kesken. Vastausvaihtoehtoja oli neljä (taulukko 15). Masentuneisuuden suhteen naisten eri ryhmissä ei ollut eroa. Miehillä sen sijaan CES-D-keskiarvojen ero oli tilastollisesti merkitsevä luokkien ”kyllä, hyvin vaivalloisesti” ja ”kyllä, vaivattomasti sekä hieman vaivalloisesti”.

TAULUKKO 15. Masentuneisuus ja henkilön kyky kuulla kolmen tai useamman henkilön keskustelu. Keskiarvot ja -hajonnat (CES-D) ja eron tilastollinen merkitsevyys (varianssianalyysi)

Kyky kuulla kolmen tai useamman henkilön keskustelu	Masentuneisuuspistemäärä (CES-D)					
	M i e h e t			N a i s e t		
		N	(%)		N	(%)
Vaivattomasti	11.44 ± 5.88	62	(58.5)	13.82 ± 9.33	128	(64)
Hieman vaivalloisesti	11.93 ± 8.34	42	(39.6)	14.66 ± 7.24	61	(30.5)
Hyvin vaivalloisesti	28.50 ± 12.02	2	(1.9)	17.89 ± 8.33	9	(4.5)
Ei ollenkaan	-	-		21.50 ± 2.12	2	(1)
YHTEENSÄ	11.95 ± 7.35	106	(100)	14.34 ± 8.69	200	(100)

Miehet p = .0045

Naiset p = .3358

Näkökyky

Keskeisen näön tarkkuuden ja masentuneisuuden välillä ei ollut yhteyttä. Masentuneiden ja ei masentuneiden välinen p-arvo (t-testi) oli miehillä .561 ja naisilla .860. Tavallisen sanomalehtitekstin lukemiseen riitti vaivattomasti miesten 76 %:n (n= 108) ja naisten 71,6 n (n= 204) näkökyky. Yhteyttä masentuneisuuteen ei tullut esille kummallakaan sukupuolella.

5.9 Muistitoiminnot ja masentuneisuus

75-vuotiaista tutkituista vain 7%:lla oli paljon muistivaikeuksia. Niiden määrää selvittävä metamuistikyselyn pistemäärä oli korkeampi miehillä kuin naisilla. Yhteyttä masentuneisuuteen tutkittiin numerosarjojen (lyhytkestoinen muisti), loogisen muistin (kielellinen episodinen muisti), visuaalisen reproduktion (näköön perustuva hahmotus ja muistaminen) ja metamuistikyselyn (muistamisen yleisongelmat, lyhyt- ja pitkäkestoinen muisti) avulla.

Miehillä yhteys masentuneisuuteen löytyi vain numerosarjojen muistamisessa. Ero masentuneiden ja ei masentuneiden välillä oli merkitsevä, $p = .018$ ($n = 102$). Naisilla masentuneiden metamuistikyselyn kokonaispistemäärien ja lyhytkestoisen muistin pistemäärien keskiarvot olivat korkeampia kuin ei masentuneilla. Ero oli edellisessä merkitsevä ($p = .006$, $n = 190$) ja jälkimmäisessä erittäin merkitsevä ($p = .001$, $n = 190$).

5.10 Selviytyminen PADL- sekä IADL-toiminnoista ja masentuneisuus

Ikivihreät - tutkimuksessa selvitettiin miesten ja naisten kykyä selviytyä päivittäisistä toiminnoista (ADL). Kevyetkin kotityöt aiheuttivat vaikeuksia yli puolelle naisista. Julkisten kulkuvälineiden käytössä ja liikkumisessa oli myös monilla ongelmia. Tutkittaessa toiminnoista vaikeuksista selviytyvien määrää ei PADL -toiminnoissa havaittu juuri eroja miesten ja naisten välillä. IADL - toiminnoissa sen sijaan tuli esille tilastollisestikin merkitseviä eroavaisuuksia.

PADL- ja IADL-toiminnoista laskettiin summamuuttujat. Tätä naisten ja miesten tulosta verrattiin masentuneisuuteen. PADL-toiminnoissa ero masentuneiden ja ei masentuneiden miesten välillä oli melkein merkitsevä ($p = .024$) ja naisilla merkitsevä ($p = .004$). IADL-toiminnoissa ei masentuneisuuden suhteen miehillä löytynyt eroa. Naisilla vastaava ero oli erittäin merkitsevä ($p = .001$).

Masentuneisuuden yhteyttä tarkasteltiin erikseen kymmeneen PADL - osioon sekä seitsemään IADL - osioon. Tarkastelu suoritettiin vertailemalla kahden luokan ”selviää vaikeuksista” ja ”on vaikeuksia, ei pysty” CES-D-pistemäärien keskiarvoja. Taulukoista 16 ja 17 käy selville, että tilastollisesti merkitsevä ero masentuneisuudessa esiintyy sekä miehillä että naisilla kolmen PADL-osion ja neljän IADL-osion suhteen. Vaikeuksista selviytyvien ja vaikeuksia omaavien masentuneisuudessa ilmeni eroja useammankin osion kohdalla, mutta erojen merkitsevyys ei yltänyt tilastolliselle tasolle.

TAULUKKO 16 Masentuneisuus ja selviytyminen PADL - toiminnoista 75 - vuotiailla vuonna 1989. CES-D - pistemäärien keskiarvot ja -hajonnat sekä erojen tilastollinen merkitsevyys (T-testi)

PADL-toiminnot	Miehet (N=111-113)				Naiset (N=217-224)			
	Selviää vaikeuksista	Vaikeuksia ei pysty	p-arvo	Selviää vaikeuksista	Selviää vaikeuksista	Vaikeuksia ei pysty	p-arvo	
Ise syöminen	11.71 ± 6.47	13.36 ± 12.48	.673	14.20 ± 8.66	15.44 ± 8.44	.558		
WC:ssä käyminen	10.85 ± 5.40	17.77 ± 12.30	.067	13.95 ± 8.60	17.55 ± 8.44	.063		
Ylävartalon pukeminen	10.62 ± 5.20	15.08 ± 10.04	.038	13.41 ± 7.80	17.09 ± 10.45	.020		
Ylävartalon peseminen	11.30 ± 5.81	13.52 ± 10.17	.273	13.13 ± 7.81	17.31 ± 9.95	.004		
Tuolista/sängystä nouseminen	11.01 ± 6.09	13.94 ± 9.09	.093	13.61 ± 8.71	15.80 ± 8.42	.082		
Kenkien/sukkien laitto jalkaan	10.56 ± 5.16	14.15 ± 9.32	.041	13.58 ± 8.24	16.02 ± 9.36	.054		
Varpaan kynsien hoitaminen	10.56 ± 5.16	13.53 ± 8.67	.046	12.96 ± 7.53	15.81 ± 9.57	.015		
Kodissa liikkuminen	10.75 ± 5.22	13.76 ± 9.45	.062	13.02 ± 8.09	15.95 ± 9.08	.012		
Ulkona liikkuminen hyvällä ilmalla	10.96 ± 4.86	12.53 ± 8.57	.222	13.15 ± 8.10	15.17 ± 8.80	.078		
Rapuissa kulkeminen	10.74 ± 5.14	12.38 ± 7.89	.191	12.66 ± 8.16	15.00 ± 8.69	.059		

TAULUKKO 17 Masentuneisuus ja selviytyminen IADL -toiminnoista 75 - vuotiailla vuonna 1989. CES-D-pistemäärien keskiarvot ja -hajonnat sekä erojen tilastollinen merkitsevyys (T-testi).

PADL-toiminnot	Miehet (N=98-108)			Naiset (N=202-220)		
	Selviää vaikeuksista	Vaikeuksia ei pysty	p-arvo	Selviää vaikeuksista	Vaikeuksia ei pysty	p-arvo
Kahvin tai teen keitto	11.20 ± 5.63	18.38 ± 14.80	.214	13.87 ± 8.37	18.00 ± 9.93	.090
Leivän/lihan/vihannesten leikkaus	11.60 ± 6.40	12.73 ± 10.94	.743	13.62 ± 8.43	16.81 ± 8.10	.036
Kansien avaaminen	10.88 ± 5.56	14.47 ± 11.15	.040	13.57 ± 8.54	16.25 ± 8.75	.040
Raha-asioiden hoitaminen	10.98 ± 5.27	16.78 ± 11.05	.043	13.48 ± 8.15	16.35 ± 7.70	.059
Julkisten kulkuneuvojen käyttö	10.88 ± 5.31	15.72 ± 10.06	.029	13.01 ± 7.95	16.40 ± 9.41	.008
Ostoksilla käyminen	11.06 ± 5.09	12.92 ± 9.53	.275	13.37 ± 8.11	15.14 ± 9.11	.132
Imuroiminen	10.54 ± 4.69	12.11 ± 8.30	.361	12.40 ± 7.60	15.90 ± 9.00	.003

6 POHDINTA

6.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Tutkimus kuului osana Ikivihreät-projektiin, jossa tutkittiin vuonna 1914 syntyneiden, 75-vuotiaiden jyvaskyläläisten terveyttä ja toimintakykyä. Osallistumisprosentti oli yli 90. Tutkimusta voidaan pitää kokonaistutkimuksena, joka mittaa hyvin jyvaskyläläisten toimintakyvyn ja masentuneisuuden välistä yhteyttä. Tuloksia ei voi yleistää koko väestöön, mutta voidaan olettaa tulosten kuvaavan 75-vuotiaiden kaupungissa asuvien tilannetta.

Tutkimuksessa tarkasteltiin paitsi varsinaisia toimintakykytekijöitä myös sellaisia muuttujia, joilla on aikaisemmin eri tutkimuksissa havaittu olevan yhteyttä masentuneisuuden esiintymiseen tai joilla voi ajatella olevan merkitystä toimintakyvylle. Tällaisia muuttujia olivat sukupuoli, siviilisääty, asuinympäristö, asunnon sopivuus nykyiseen terveydentilaan ja fyysiseen kuntoon nähden ja koettu taloudellinen tilanne.

Tutkitussa aineistossa tulokset olivat samansuuntaisia verrattuna moniin koti- ja ulkomaisiin tuloksiin (Hsu & Marshall 1987, Heikkinen 1992, Pahkala 1990, Pahkala ym. 1993). Masennus oli selvästi sukupuolisidonnainen. Ero naisten ja miesten masennuksen esiintyvyydessä oli tilastollisesti merkitsevä. Syyksi on esitetty mm. naisten varhaisempaa leskeytymistä (Hirschfeld & Cross 1982, Kivelä, Lehtimäki & Kivekäs 1986, Kivelä & Pahkala 1989, Pahkala, Kivelä & Laippala 1990, Pahkala, Kesti ym. 1993, Heikkinen, Berg & Avlund 1995, Pahkala 1996). Miesten psyykkiset oireet saattavat ilmetä toisenlaisena oireiluna, esimerkiksi alkoholin käyttönä, tapaturmina, väkivaltaisuuksina ja itsemurhina (Pahkala 1996).

Tässä aineistossa naisista oli leskiä yli puolet ja miehistä vain runsas kymmenesosa. Leskeytyminen ei riitä selittämään naisten masentuneisuutta, koska eronneiden naisten masentuneisuuspistemäärien keskiarvo oli selvästi korkeampi kuin leskien. Näyttäisi siltä, että sekä leskeyteen että eroamiseen liittyvä yksinäisyys ja yksin asuminen olisivat vaikuttamassa masentuneisuusluvuissa. Tässä aineistossa miehistä eniten masentuneita

oli naimisissa olevien joukossa, mutta CES-D-pistemäärien korkeimmat keskiarvot löytyivät leskiltä.

Yksin asuvilla naisilla on todettu taipumusta eristäytymiseen. Leskeytyminen, avioero ja yksin asuminen ilmeisesti lisäävät tarpeettomuuden tunnetta. (Jylhä & Heikkinen 1983). Ihmisen eräs suoja masennusta vastaan on hänen asemansa yhteisössä (Väisänen & Väisänen, 1994). Virikkeiden ja sosiaalisen vuorovaikutuksen sekä läheisten tunnesiteiden puute voi johtaa tunne-elämän häiriöihin (Pahkala ym. 1993, Pahkala 1996).

Monissa tutkimuksissa on todettu, että psyykkisten häiriöiden ja alimman sosiaaliluokan välillä vallitsee yhteys. Samoin alhaisella koulutustaustalla ja huonolla taloudellisella tilanteella on ollut yhteyttä. (Lehtinen ym. 1991, Pahkala ym. 1993, Tervo & Pietilä 1995). Omassa tutkimuksessani naisten nettotulot olivat tilastollisesti merkitsevästi alhaisemmat kuin miesten. Myös naisten koulutustaso oli jonkin verran miehiä matalampi. Naisista runsas puolet oli tehnyt päivätyönsä perheenemäntinä tai ammattitaidottomina työntekijöinä (Kauppinen 1992). Aikaisemmat tutkimustulokset siis todentuivat myös tässä suhteessa.

- Kohtuullinen toimeentulo on välttämätön edellytys itsenäiselle selviytymiselle ja mahdollistaa monella tapaa vanhuksen osallistumisen ja liikkumisen kodin ulkopuolella. Niukka toimeentulo saattaa vaikuttaa vanhuksen kokemukseen omasta arvostaan yhteiskunnan jäsenenä. Taloudelliset vaikeudet lisäävät ahdistuneisuutta tulevaisuudesta sekä aiheuttavat jopa ravitsemusongelmia. (Raassina 1994). Ähtärin tutkimus osoitti, että masennukseen liittyi huono ennuste niillä miehillä, joilla oli matala sosioekonominen tilanne (Kivelä ym. 1994). Tulevaisuuden iäkkäiden ihmisten, etenkin naisten, nettotulot tulevat kasvamaan koulutuksen ja ammattiaseman kohentumisen myötä. Täten ainakin parempi tulotaso mahdollistaa riippumattomamman ja taloudellisista huolista vapaan vanhuuden.

Suurin osa tutkituista naisista asui yksin. Vaikka yksin asuminen saattaa merkitä vanhukselle vapautta ja itsenäisyyttä se voi myös olla psyykkissosiaalisen hyvinvoinnin riskitekijä (Heikkinen 1992). Yksin asumisen aiheuttama yksinäisyys ja turvattomuus li-

sääntyy iän myötä, varsinkin jos vanhuksen toimintakyky on huomattavasti alentunut (Raassina 1994). Toisaalta iäkäs ei koe yksin asumista yksinäisyytenä, jos hänellä on säännöllisiä ihmissuhteita (Larsson ym. 1985).

Monet tutkijat ovat todenneet, että keskeistä iäkkään itsenäisyyden kannalta on kotona asuminen (mm. Tervo & Pietilä 1995). Tutun ja turvallisen ympäristön merkitys oma-toimisuuden ja yksityisyyden ylläpitäjänä on suuri. Asuinpaikka saattaa olla viimeinen ja ainoa identiteettiä ja autonomiaa ylläpitävä kiinnekohta (Sarola 1992). Toimintakyvyn huonontuessa kotona asumista mahdollistamaan tarvitaan joko läheisverkostoa tai yksityisen ja julkisen sektorin tukipalveluja.

Jotta asuminen toisi elämään riittävästi laatua, sen pitäisi olla, paitsi tuttu, myös sopiva asukkaan terveydelle ja toimintakyvylle. Tämän tutkimuksen miehistä valtaosa piti asuntoaan vähintäänkin melko sopivana nykyiseen terveydentilaansa ja fyysiseen kuntoonsa nähden. Näin siitäkin huolimatta, että suurin osa asui kerrostalossa, joissa kaililla ei ollut hissiä. Tosin tutkituilla askelmatestitkin sujuivat kohtalaisen hyvin. Naisten tyytyväisyysluvut olivat alhaisemmat, ja ”jonkin verran” asuntonsa huonosti tilanteeseensa sopivaksi katsovat olivat myös masentuneempia. Tutkimuksessa ei selvitetty, mikä asunnon teki sopimattomaksi. Oliko se hissittömyys, varustetason puutteellisuus, kylpyamme, asuinalueen sijainti vai jokin muu? Voisi olettaa, että portaissa kulkeminen oli osaltaan vaikuttamassa, koska iän mukana tämä toiminto vaikeutuu (Era 1992, Laukkanen ym. 1992). Portaiden nousu on ongelmallinen monissa vanhoissa pienkerrostaloissa. Tilanne on parempi uusissa taloissa, koska valtion lainoittamien uusien rakennusten hissit tulivat asuntolainoituksen piiriin vuonna 1993 (Raassina 1994).

Asuinalueella, sen tarjoamilla palveluilla ja liikenneyhteyksillä on merkitystä toimintakyvylle ja sosiaalisten yhteyksien ylläpidolle. Tutkitut olivat asuinalueeseensa melko tyytyväisiä. Masentuneisuus ei näyttänyt olevan yhteydessä kauppojen eikä kulkuneuvojen etäisyyteen. Turvattomuuden kokeminen (vaaralliset risteykset) oli naisilla yhteydessä masentuneisuuteen melkein merkitsevästi. Viime vuosina on tiedotusvälineissä paljon puhuttu ja kirjoitettu iäkkäisiin henkilöihin kohdistuneesta väkivallasta. Tutkituista naisista noin 17 prosenttia ilmoitti pelkäävänsä päällekkarkasta ja pieni joukko yleensä

muita ihmisiä ulkona liikkeessaan. Näissä ryhmissä myös masentuneisuuskeskiarvot osoittivat selvästi mielialan laskua. Asuinalueen turvattomuus ei saisi olla syy, mikä ehkäisee vanhuksia ylläpitämästä kuntoaan liikkumalla tai estää asioiden ja ihmissuhteiden hoidon kodin ulkopuolella. Turvattomuus on omiaan aiheuttamaan ahdistuneisuutta ja alakuloa.

Ikääntyneen väestön suurin mielenterveysongelma on yksinäisyys (Solantaus 1993). Yksinäisyyttä syntyy elämäntilanteissa, missä ihmissuhdeverkosto ja sosiaalinen toiminta vähenevät. Yksinäisyyttä on edeltänyt lasten kotoa lähtö, eläkkeelle jääminen, läheisten menetykset, sairastuminen. Tällaisessa tilanteessa mielen valtaa helpostikin toivottoisuus ja usko tulevaisuuteen horjuu. (Solantaus 1993, Halme 1994). Tämän aineiston sekä miehistä että naisista yli puolet koki itsensä yksinäiseksi. Yhteys masentuneisuuteen oli tilastollisesti merkitsevä.

Vanhusten yksinäisyys on huomattava ongelma niin Suomessa kuin muuallakin Euroopan alueella. Euroborometrin mukaan EU-maiden yksinäisimmät vanhukset asuvat perhekeskeisissä Portugalissa ja Kreikassa. (Achte 1991, Raassina 1994). Näissä maissa ilmeisesti yksinäisyyteen vaikuttaa vanhusten huono taloudellinen asema. Suomalaisvanhusten yksinäisyys on Raassinan (1994) mukaan Euroopan keskitasoa.

Suomessa ja Länsi-Euroopassa ikääntyneillä on yhä vähemmän lapsia. Jo nykyisistäkin eläkeikäisistä osa on eronnut ja osa elänyt uusperheissä, mikä on voinut etäännyttää suhteita lapsiin ja lähiomaisiin. Vanhusten ihmissuhdekontaktit eivät enää muodostu yhtä hallitsevasti kuin ennen ydinperheen, suvun ja asuinpaikan pohjalta (Raassina 1994). Perheen ulkopuolisten suhteiden merkitys muodostuu kaupunkimaisissa yhteisöissä tärkeäksi vanhuksen mielenterveyden kannalta (Sarola 1993). Yksinäisyyden kokemista helpottaisi, jos vanhuksella olisi sellainen suhdeverkosto, mikä antaisi tunteen, että milloin vain voi ottaa yhteyttä (Achte 1991, Tervo & Pietilä 1995).

Eri tutkimuksissa on käynyt esille, että vanhuksille on tärkeää yksinäisyyden torjumiseksi ja turvallisuuden kokemiseksi toisten ihmisten seura (Nores 1993, Hytönen 1994, Tervo & Pietilä 1995). Tervon ja Pietilän (1995) mukaan ikääntyneet, joilla oli saira-

uksia ja joiden liikuntakyky oli alentunut, kokivat olevansa erillään aikaisemmasta ympäristöstään, vaikka asunto olikin entinen. Yksinäisimpiä vuodenaikoja olivat syksy ja talvi, joilloin ihmissuhteiden sijaisina tärkeiksi nousivat radio, TV, puhelin, sanomalehdet ja kirjallisuus. Entä, jos vanhuksella ei ole varaa tilata lehtiä, maksaa TV-lupaa tai ylläpitää puhelinta? Talvi ja syksy ovat vuodenaikoja, jolloin liukkaan kelin ongelmat ja kaatumisen pelko rajoittavat ulosmenoa. Tässäkin aineistossa pieni osa naisista pelkäsi kaatumista ulkona liikkuessaan.

Yksinäisyyden kokeminen on merkittävästi yhteydessä yksin asumiseen (Heikkinen 1992, Raassina 1994). Toisaalta jo aiemminkin on tullut esille, että kotona asuminen on merkityksellistä itsenäisyyden ja riippumattomuuden kannalta. Vanhukset joutuvat varmaan henkilökohtaisesti ratkaisemaan, kumpi on merkityksellisempää; oma asunto yksin vai jokin muu asumismuoto toisten ihmisten seuraan liittyneenä. Yksinäisyys tai turvattomuus oli vuosina 1981 ja 1986 yhtenä merkittävänä syynä muuttoon vanhainkotiin kolmasosalla vanhainkotiasukkaista. Vuonna 1991 vastaava osuus oli 45 prosenttia. Myös ihmissuhteisiin liittyvät syyt vanhainkotiin tuloon ovat lisääntyneet vuodesta 1981 vuoteen 1991 23:lla prosentilla. (Heikkinen & Malin 1983, Helenius-Asp & Arajärvi 1990, Raassina 1994). Vaikka vanhainkoti tarjoaakin tietynlaista turvallisuutta, siellä asuvien yksinäisyys on yleisempää kuin kotona asuvilla. (Raassina 1994, Lehtonen 1995, Pahkala 1996).

Vanhuksen yksinäisyyden kokemuksen tarkastelu on tärkeää paitsi inhimillisenä ongelmana myös psyykkisen vireyden ja toimintakyvyn säilyttämisen näkökulmasta (Raassina 1994). Yksinäisyyden taustalta saattaa löytyä aineellisiin elämänoloihin liittyviä syitä. Yksinäisyys voi johtua fyysisen toimintakyvyn heikkenemisestä tai se voi johtaa siihen. Näin varsinkin silloin, jos yksinäisyyteen liittyy masentuneisuus. Molemmat yhdessä saavat aikaan luopumisen kunnon ylläpidosta ja liikkumisesta yksin tai toisten seurassa.

Tutkittavien kykyä sovittaa käyttäytymisensä kulloiseenkin tilanteeseen sopivaksi mitattiin BIC-asteikolla. Tulosten mukaan miehet olivat merkittävästi joustavampia. Masentuneisuuden joustavuudella ei ollut yhteyttä. Miesten suurempi sosiaalinen joustavuus selittynee ainakin osittain miesten koulutustaustalla ja työelämäkokemuksella. Naisista

yli puolet oli perheenemäntiä, jolloin valtaosa sosiaalista vuorovaikutustilanteista oli liittynyt perheen, suvun ja lähiympäristön piiriin. Lisäksi 1914 syntyneiden ikäluokan naisten voidaan olettaa eläneen yhteiskunnallisesti alistetummassa ja passiivisemmassa asemassa kuin miehet ja nykyiset työikäiset naiset.

Tutkimukset ovat osoittaneet, että depressiosta kärsivät iäkkäät ovat kokeneet erilaisia psykososiaalisia stressejä ja menetyksiä (Stenbäck 1979, Blazer ym. 1987). Myös vähäinen sosiaalinen kanssakäyminen, lapsuuden psyykkiset traumat, vähäinen sosiaalinen tuki, tunnesiteiden puute, yksin asuminen ovat yhteydessä suureen määrään masennusoireita ja stressin kokemista (Blazer ym. 1987, Pahkala 1996). Omassa aineistossani sekä naisista että miehistä stressiä koki silloin tällöin noin puolet ja noin saman verran ei koskaan. Stressi ja masentuneisuus osoittautuivat kuuluvan yhteen. Tällä tutkimuksella ei kuitenkaan selvitetty, mikä stressikokemuksen sai aikaan.

Iäkkäiden suomalaisten naisten tyypillinen depressio-oire on psyykkinen ahdistuneisuus (Kivelä 1993). Tämän tutkimuksen tulos ei täysin vastannut Kivelän käsitystä. Ahdistuneisuutta, levottomuutta, hermostuneisuutta oli ollut miehillä vajaalla 15 prosentilla ja viidesosalla naisista. Kivelän väite todentui tosin siinä suhteessa, että ero masentuneisuudessa oli selvä heihin nähden, joilla ahdistuneisuutta ei ollut. Mikäli on tarkoitus vähentää masentuneisuutta, pitäisi siis pyrkiä vaikuttamaan ahdistuneisuutta aiheuttaviin tekijöihin.

Unihäiriöiden on todettu lisääntyvän iän karttuessa. Ihmisen vanhetessa yöuni kevenee ja muuttuu rikkonaisemmaksi. (Partinen 1993). Häiriöt ovat tavallisia oireita masennuksessa ja ahdistuneisuustiloissa (Kivelä 1993, Partinen 1993). Häiriöt voivat esiintyä iltayöstä, jolloin vanhus ei saa unta tai vanhus heräilee pitkin yötä. Hyvin tavallista depressiossa on herääminen aikaisin aamuyöstä, jolloin ihminen herättyään ei enää pysty nukkumaan. Tänä valveilla olon aikana maailma myös pyrkii näyttämään mustemmalta kuin päivällä. (Kivelä 1993). Kaikissa mainitussa häiriömuodoissa syntyy väsymystä, joka heijastuu fyysiseen jaksamiseen ja mielialaan heikentävästi. Tässä tutkimuksessa naisten masentuneisuuden ja unihäiriöiden välillä tuli esille erittäin merkittävä yhteys.

Terveys on toimintakyvyn ohella tärkein ikääntyneen mielenterveyteen vaikuttava tekijä (Jylhä & Heikkinen 1983, Pahkala ym. 1993, Sarola 1993, Tervo & Pietilä 1995). Raassina (1994) on sanonut, että terveys on ratkaisevimpia ihmisen hyvinvointiin ja toimintakykyyn vaikuttavista asioista. Terveyden arviointiin vaikuttavat monet tekijät. Useiden tutkimustenkin mukaan iäkkäät kokevat terveytensä hyväksi monista sairauksista huolimatta (Raassina 1994). Jylhä ja Heikkinen totesivat jo vuonna 1984, että kahdella kolmasosalla kotona asuvista oli jokin sairaus, mutta vain vajaa kolmasosa piti terveyttään huonona. Toisaalta koettu terveys korreloi positiivisesti lääkärin tekemän arvioinnin kanssa (Sihvonen 1994).

Iäkkäiden terveyden arviointiin vaikuttavat mm. ikä, sukupuoli, koulutus ja sosiaalinen asema, perherooli sekä elämän aikana omaksuttu terveystietoisuus. Se, että vanhus arvioi terveytensä hyväksi sairauksistaan huolimatta, kuvastaa mielestäni näkemystä, että vanha ihminen ainakin osittain pitää sairauksia olennaisesti ikääntymiseen kuuluvina. Niin kauan, kun hän selviää itsenäisesti, hän pitää terveyttään kohtalaisen hyvänä.

Hyväksi koetulla terveydellä on suojaava vaikutus mielenterveydelle (Jylhä & Heikkinen 1983). Ähtärin tutkimuksessa todettiin, että naisilla masennuksen paranemiseen liittyi huono ennuste niillä, jotka kokivat terveytensä huonoksi (Kivelä ym. 1994). Terveys ja koettu terveys on ikäänkuin varasto, jota on jäljellä sairastuessakin ja joka otetaan käyttöön sairauden yhteydessä. Se auttaa ihmistä jaksamaan henkisesti.

Tämän tutkimuksen tulokset viittaavat edellä mainitun tyyppisiin johtopäätöksiin. Tutkituista puolet koki terveytensä epätavallisen hyväksi, vaikka vaivaavia oireita esiintyikin. Terveytensä huonoksi kokevat naiset olivat myös merkitsevästi ($p=0.001$) masentuneempia. Myös ne, jotka kokivat fyysisen kuntonsa ikäisiään huonommaksi, olivat myös masentuneempia. Näin ollen näyttäisi, että myös 75-vuotiaiden ikäryhmässä koettu terveys ja fyysinen kunto vaikuttavat vahvasti mielialaan tai sitten alakuloinen ihminen kokee kuntonsa ja terveytensä muita huonommaksi.

Iäkkäiden masennuksen tiedetään olevan yhteydessä somaattisiin sairauksiin ja toiminnanvajavuuksiin (Murphy 1986, Pahkala & Kivelä 1991). Lisäksi erilaiset fyysiset oi-

reet saattavat olla masennuksen keskeisiä oireita (Kivelä 1993, Pahkala 1990). Tutkimukseni miesten masentuneisuudella ja paljon vaivaavien oireiden määrällä ei näyttänyt olevan yhteyttä. Naisilla sen sijaan yhteys todentui. Olisiko selitys siinä, että naisilla yksinäisyys saa oireet tuntumaan toivottomammilta? Tarkasteltaessa masennuksen yhteyttä yksittäisiin oireisiin havaittiin, että naisilla yhteys tuli esille lähes kaikkien kysyttyjen oireiden suhteen ja miehillä vain muutamaaan. Selvästi masennukseen yhteydessä olevina oireina nousivat naisilla esille erilaiset kivut ja säryt, jotka on lueteltukin useissa alan julkaisuissa masennuksen somaattisina oireina (Achte 1991, Kivelä 1993, Sihvonen 1994). Miesten kanssa yhteisiä masennukseen yhteydessä olevia oireita olivat väsymys ja hermostuneisuus, jotka myös ovat tyypillisiä masennuksen oireita.

Masentuneisuuden on sanottu heikentävän toimintakykyä sekä lisäävän eristäytymistä ja avun tarvetta (Raassina 1994). Eräiden ulkomaisten tutkimusten mukaan noin 60 prosenttia yli 65-vuotiaista selviää ilman palveluja ja noin 40 prosenttia tarvitsee apua jossain elämänsä vaiheessa. Avun tarve tuntuu kasvavan 75 ikävuoden jälkeen. Kotimaisten tulosten mukaan jatkuvaa apua tarvitsee noin kolmasosa yli 75- vuotiaista ja heistä 10 prosenttia päivittäin. (Vaarama & Hurskainen 1993). Samansuuntaisia tuloksia saatiin Tampereella (Jylhä & Heikkinen 1983) ja Ähtärissä 1989 (Pahkala & Kivelä 1991). Ähtärin tutkimus toi myös esille, että naisten depressiot olivat yhteydessä lääkäri- ja perusterveydenhuollon palvelujen käyttömääriin (Pahkala & Kivelä 1991). Tässä tutkimuksessa masentuneisuus sekä miehillä että naisilla oli yhteydessä erikois- ja yleislääkäriavun tarpeeseen. Naisilla yhteyttä oli myös kotiavustaja-, fysioterapeutti- ja päiväkeskusavun tarpeeseen. Naisten avun tarpeen ja masentuneisuuden väliset yhteydet viittaavat vaikeuteen selviytyä kotiaskareista, liikkumisongelmiin sekä haluun saada apua yksinäisyyteen, viriketoimintaan sekä henkilökohtaisen hygienian hoitoon.

Kotisairaanhoidon potilaiden avun tarvetta tutkittaessa on havaittu, että eniten apua vanhuksat tarvitsevat siivoukseen, ostoksilla käyntiin, asioiden hoitoon ja ulkona liikkumiseen (Sihvo 1988, Metso 1989, Rokka 1990, Raatikainen 1992, Vaarama 1992).

Paitsi silmälaseja jyväskyläläisillä oli vain vähän apuvälineitä. Yhteys masentuneisuuteen tuli esille vain miesten kävelykepin käytössä. Yhteyteen voi olla selityksenä se, että mie-

het kestävät kuntonsa huononemisen huonommin ja reagoivat näkyvän apuvälineen käyttöön masentuen. Oletin, että kuulokojeen käyttö ja kuulemisvaikeudet olisivat olleet yhteydessä masentuneisuuteen. Kuulokojetta käyttävien naisten masentuneisuuspistemäärien keskiarvo tosin oli korkea, mutta tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ei tullut esille. Sen sijaan masentuneisuus oli selvästi yhteydessä vaikeuteen kuulla, mitä sanotaan, kun keskustelijoita on vähintään kolme. Kuulovamma eristää helposti ihmisen sosiaalisesta yhteydestä ja vaikeuttaa kanssakäymistä. Tämä on omiaan edistämään depressiota ja myös epäluulojen syntymistä. Vanhusten huonokuuloisuus on useimmiten niin kutsuttua seurusteluhuonokuuloisuutta, mikä ilmenee kykenemättömyytenä osallistua keskusteluun joukossa (Aantaa 1993).

Kognitiivisen kyvykkyyden arviointi iäkkäisiin kohdistuvissa tutkimuksissa on merkityksellistä, koska tämän alueen heikkoudet heijastuvat mm. päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen. Kognitiivisen tason on lisäksi havaittu olevan eräs parhaista jäljellä olevaa elinaikaa ennustavista tekijöistä. Siihen vaikuttavat monetkin seikat kuten motivaatio- ja mielialatekijät, keskushermoston ja verenkiertoelimistön sairaudet sekä käytössä oleva lääkitys. (Laukkanen ym. 1992, Suutama ym. 1992).

- Muisti on osa kognitiivista kyvykkyyttä. Muistihäiriöitä esiintyy depressioiden ja ahdistuneisuustilojen yhteydessä. Ne ovat usein lieviä; keskittyminen ja tarkkaavaisuus alenevat, muistin kuormituksen sietokyky laskee ja väliin tulevan muistiaineksen häiritsevyyttä lisääntyy. Vaikeammassa masennustilassa ”en tiedä” vastaukset lisääntyvät sekä muistiin syntyy valikoivia muistiaukkoja, joissa sekä vanhat että uudet asiat unohtuvat. (Erkinjuntti & Sulkava 1993). Omassa aineistossani muistihäiriöitä oli erittäin vähän. Miehillä yhteys masennukseen liittyi lyhytkestoisesta muistin häiriöön. Vaikeudet hankaloittavat arkielämää, jos tuoreet asiat poistuvat mielestä hyvinkin nopeasti. Naisilla vastaavaa yhteyttä ei tullut esille.

Ruthin (1993) mukaan depressiivinen ihminen valittaa muistivaikeuksia, mutta masennuksen mentyä ohi muisti toimii normaalisti. Negatiiviset arviot omasta muistista liittyvät myös terveydentilan huonoksi kokemiseen (Kuikka & Suutama 1993). Myös Iki-

vihreät-projektin 65-74-vuotiaiden ja 75-84-vuotiaiden tuloksissa masentuneisuuspi-temäärät olivat vahvasti yhteydessä muistihäiriöihin (Kuikka & Suutama 1993).

Monilla tutkimuksilla on todennettu toimintakyvyn heikkenemisen ja depression välinen yhteys (Stenbäck 1979, Gang ym. 1987, Laukkanen ym. 1993, Laukkanen ym. 1994). 80-luvun lopulla helsinkiläisille 75-80-85-vuotiaille tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että depressio liittyi vahvasti heikentyneeseen älylliseen suoriutumiseen, alentuneeseen näköön ja toimintakykyyn (Valvanne ym. 1995). Ähtärin kaupungin aineisto osoitti myös vahvan yhteyden masennuksen ja toimintakyvyn välillä. Naisilla yhteys oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p=0.001$) ja miehillä merkitsevä ($p=0.009$). (Pakkala & Kivelä 1991). Raitasalo (1995) totesi tutkimuksessaan depression vaikuttavan selvästi työ- ja toimintakykyä välittävien sisäisten mekanismien heikkenemiseen (kognitiiviset toiminnot, psykomotorinen hitaus, tunne negatiivisesta kokemuksesta). Samansuuntaisia tuloksia on saatu myös Mini-Suomi-tutkimuksessa (Aromaa ym. 1989).

Tutkimukset ovat myös osoittaneet, että samanikäisillä naisilla on selvästi miehiä enemmän toimintakyvyn rajoitteita (Valvanne ym. 1991, Laukkanen ym. 1993, Arber 1996). Ero miesten ja naisten toimintakyvyssä korostuu erityisesti vanhoissa ikäluokissa, erityisesti yli 80-vuotiailla (Heikkinen 1986).

Tämän tutkimuksen tulokset olivat edellä mainitun suuntaisia. Naisilla oli selvästi miehiä enemmän vaikeuksia selvitä IADL-toiminnoista. Yhteys masentuneisuuteen oli PADL-toiminnoissa naisilla merkitsevämpi. IADL-toiminnoissa ei miehillä yhteyttä masentuneisuuteen tullut esille, naisilla ero masentuneiden ja ei masentuneiden välillä oli erittäin merkitsevä.

PADL-toiminnoissa ero miesten masennuksessa vaikeuksia omaavien ja vaikeuksitta selviävien ryhmien välillä kohdistui toimintoihin, jotka ovat erittäin henkilökohtaisia, jopa intiimejä: varpaan kynsien hoito, ylävartalon pukeminen, kenkien ja sukkien jalkaan laitto, WC:ssä käyminen. Menettäessään riippumattomuuden tällaisissa jokapäiväisissä toiminnoissa mies ilmeisesti kokee eron entiseen aktiiviseen elämäänsä suurena mene-

tyksenä. Auttajalta näissä tilanteissa edellytetään hienovaraisuutta ja jäljellä olevan toimintakyvyn korostamista.

Naisilla selvimmät yhteydet masentuneisuuteen löytyivät ylävartalon pesemis- ja puke-misvaikeuksista, kodissa liikkumisesta ja varpaan kynsien hoitamisesta. Eroja masentu-neisuuteen nähden oli muissakin toiminnoissa, mutta ei tilastollisesti merkitsevästi. Ko-dissa liikkuminen on naiselle edellytys moniin kodinhoitoon liittyvien tehtävien suorit-tamiseen. Valtaosa naisistahan asui yksin, joten peseytymiseen, pukeutumiseen ja liik-kumiseen liittyvät ongelmat lisäävät avun tarvetta ja ahdistuneisuutta yksin selviämises-tä. 75-vuotiailla saattaa vielä olla kynnys melko korkea avun pyytämiseen.

Miesten IADL-toiminnoissa selvin yhteys masentuneisuuteen tuli esille heillä, joilla oli vaikeuksia tai jotka eivät pystyneet käyttämään julkisia kulkuvälineitä, hoitamaan raha-asioita, avaamaan purkin kansia. Kaksi ensin mainittua vaikuttaa autonomian kokemi-seen ja itsetuntoon. Raha-asioiden hoito on ollut tämän ikäluokan perheissä ns miesten asioita. Selviytymättömyys on uhka miehisyydelle ja mielenterveydelle.

Naisilla yhteys masentuneisuuteen tuli selvästi esille perinteisiin kotitöihin liittyvissä vai-keuksissa: imurointi, leivän, vihannesten ja lihan leikkaaminen, kansien avaaminen. Myös julkisten kulkuneuvojen käyttövaikeudet olivat yhteydessä masentuneisuuteen. Jonkinlainen yhteys löytyi naisilla myös kahvin ja teen keiton ja raha-asioiden hoidon suhteen. Perinteisesti lähes yksin kotitöistä vastannut naisten ikäluokka kokee melkoi-sena menetyksenä toimintakykynsä alenemisen juuri niissä toimissa, jotka ovat olleet heille itsestään selvyiksiä ja ominta omaa. Aviopuolison kanssa asuvatkaan eivät kaikki voi turvata miehensä apuun, koska 1914 syntyneiden miesten ikäluokka ei yleisesti ole tottunut kodinhoitoon osallistumaan.

Tämä tutkimus ei ole selvitellyt syitä ja seurauksia. On saatu esille masentuneisuuden yhteys eri tausta- ja toimintakykytekijöihin. Miten paljon vaikeudet ikääntyneen toimin-takyvyssä ovat aiheuttaneet masennusta, ja miten paljon primääri masennus on heiken-tänyt suoriutumista esimerkiksi päivittäisistä toiminnoista, ei voi sanoa. Oletan, että ma-sentuneisuuden ja toimintakyvyn välinen yhteys on kahdensuuntainen; toisen muuttuessa

toinenkin muuttuu, ellei väliin tule muuttujia, esimerkiksi tukevia olosuhdetekijöitä, jotka pystyvät kompensoimaan tilannetta tiettyyn rajaan saakka. Ehkäisevät toimenpiteet, hoito ja kuntoutus pitäisi kulloinkin kohdistaa sellaisiin tekijöihin, joilla on kokonaisuuden kannalta oleellisin merkitys. Samalla pitäisi koko ajan käyttää hyväksi sitä terveysvarantoa, joka kullakin vanhuksella on olemassa vaikeuksista huolimatta. Masentuneisuutta voidaan vähentää ja toimintakyvyn alenemisen seurauksia pienentää vaikuttamalla niihin elämän olosuhteisiin, jossa ikääntynyt elää ja asuu. Tärkeimmiksi nousevat sosiaalinen verkosto, edes yksi merkityksellinen, säännöllinen ihmissuhde, kykyä vastaava mielekäs tekeminen, toimintakykyyn sopiva asunto ja apuvälineet sekä riittävä taloudellinen toimeentulo ja kohtuuhintaiset tukipalvelut. Merkittävää olisi yksinäisyyden tunteen vähentäminen, masennuksen varhainen toteaminen ja hoito.

6.2 Toimintakykyisyyden säilyttäminen ja masennuksen ehkäisy; näkökohtia vanhustyön suunnitteluun

On sanottu, että suomalaiset vanhustalvet ja vanhuspolitiikka ovat eurooppalaiseen tasoon verrattuna hyvät ja saavutettu kohtuullisin kustannuksin (Vaarama & Hurskainen 1993). YK:n yleiskokous hyväksyi 1991 päätöslauselman iäkkäitä ihmisiä koskevista periaatteista. Näiden periaatteiden mukaan keskeistä olisi iäkkäiden itsenäisyyden ja riippumattomuuden säilyttäminen sekä väestön osallistumismahdollisuuksien, itsensä toteuttamisen ja vanhusten hoidon sekä huolenpidon turvaaminen. Viimeisenä periaatteissa on mainittu vanhusten oikeus arvokkuuteen.

Näistä periaatteista on laadittu Suomen vanhuspolitiikan keskeisimmät tavoitteet, joita ovat muunmuassa: vanhusten elämänhallinnan ja omatoimisuuden edistäminen, väestön työ- ja toimintakyvyn parantaminen, kohtuullisen toimeentulon ja tarvittavien palveluiden takaaminen, elinympäristön kehittäminen ylläpitämään ja edistämään iäkkään toimintakykyä ja sosiaalista aktiivisuutta. (Raassina 1994). Mainitut tavoitteet toteutessaan vaikuttavat sekä itsenäiseen selviytymiseen että mielialaan edistävästi.

Keskeisessä asemassa vanhustyön tavoitteiden saavuttamisessa ja puutteiden korjaamisessa on kunnallinen päätöksenteko. Valtionosuusuudistuksen myötä vanhuspolitiikka

on yhä enemmän paikallista toimintaa, jossa kunta päättää miten, millaisia ja kuinka paljon palveluja iäkkäille järjestetään. Päätöksenteossa olisi hyvä muistaa, että vanhusväestönkin eri ikäryhmien välillä tarpeet ovat erilaisia. Hoivatarve ei muutu, mutta apu voidaan tarjota erilaisina vaihtoehtoisina palveluina. Asuntojen korjaamisella, varustetason parantamisella sekä liikenne- ja ympäristösuunnittelulla voidaan oleellisesti vaikuttaa iäkkäiden selviytymiseen ja sitä kautta avun tarpeen määrään. Vaaraman ja Hurskaisen (1993) mukaan niukoillakin taloudellisilla resursseilla on mahdollista saada paljon aikaan. Kysymys on enemmänkin arvostuksista. (Vaarama & Hurskainen 1993).

Toimintakykyisyyden säilyttämisessä ja masennuksen ehkäisyssä on keskeistä ihmisen oma elämänhalu ja henkinen aktiivisuus, kiinnostuksen säilyminen itsensä ulkopuolisiin tapahtumiin (Salokannel 1994). Vanhus tarvitsee ympärilleen sosiaalisen verkoston. On tärkeää olla emotionaalisesti liittynyt johonkin (yhteisö, yksityinen ihminen, perhe, järjestö, hoitaja ym.) (Salokannel 1994). Vanhustenhuollon palveluilta odotetaan fyysisen ja materiaalsen tuen ohella virike- ja ystävötoimintaa, säännöllisiä kokoontumismahdollisuuksia kerhoihin, päiväkeskuksiin ja -sairaaloihin, retkiä ja kotikäyntejä. Tavat voivat vaihdella. Tärkeintä on säännöllisyys ja tavoitteellinen tapahtuminen. Yksinäiselläkin vanhuksella pitäisi aina olla jotain odotettavissa olevaa tulevaisuuden, huomisen tai ensi viikon varalle.

Vanhuksille pitäisi voida tarjota toimintoja, joissa he voivat toteuttaa kykyjään, hyödyntää elämäkokemustaan ja voimavarojaan koko kapasiteetillaan (Osgood 1993, Kelly 1993). Mielekäs tekeminen kohottaa itsetuntoa, antaa sisältöä elämään ja tunteen, että on tarpeellinen (Achte 1991, Salokannel 1994). Achten (1991) mukaan koskaan ei ole liian myöhäistä aloittaa; ulkoilua, opiskelua, matkustamista ja taideharrastuksia jne. Tarvittaisiin vain vetäjiä, rohkaisua ja ehkä kuljetuspalveluja. jne. Kivelä, Pakkala ja Laippala (1990) totesivat perusterveydenhuollon piirissä hoidettujen depressiopotilaiden ennusteeseen vaikuttaneen ratkaisevasti osallistumisen ja kanssakäymisen. Miksei esimerkiksi ateriapalvelua voitaisi nykyistä laajemmin järjestää siten, että vanhukset kuljetettaisiin ruokailemaan yhteen eikä niin, että jokaiselle yksinäiselle ateria tarjotaan kotiin yksin nautittavaksi. Ruokailu yhdessä toisten kanssa tarjoaisi mahdollisuuksia

vuorovaikutukseen, pakottaisi liikkumaan ja olisi odotettavissa oleva päivittäinen tapahtuma.

Eri tutkimusten ja lähteiden mukaan on varsin yksimielinen näkemys, että kotona asuminen on tärkeää vanhuksen itsenäisyydelle, toimintakykyisyydelle ja mielenterveydelle (mm. Kinnunen 1993, Raassina 1994, Halme 1994, Seiskari 1994). Vaikka oma asunto lisäksiikin tunnetta riippumattomuudesta, se voi ajan oloon myös muodostua esteeksi itsenäiselle selviytymiselle. Uusimpiakaan asuntoja ei ole suunniteltu vastaamaan esimerkiksi liikuntaesteisten ja apuvälineitä käyttävien tarpeisiin. Tarvittaisiin varustetasoltaan ja viestintä- ym tekniikaltaan vanhusten tarpeita vastaavia asuntoja, jotka sijaitisivat viihtyisillä, turvallisilla alueilla, ja joista olisi myös hyvät liikenneyhteydet tarvittaviin palveluihin. (Raassina 1994).

Pohjois-Karjalassa toteutetussa (vuosina 1990 - 1991) asuntojen peruskorjauskokeilussa havaittiin, että asuntojen korjaustoiminta ja avopalvelujen järjestäminen oli kunnalle halvempaa kuin laitoshoido, vaikka avopalvelut olisikin järjestetty huomattavan intensiiviseksi (Tiainen 1993).

Kotona asumisen tueksi tarvitaan tukipalveluita, joita kunnissa tällä hetkellä on riittämättömästi. Vaaraman ja Hurskaisen (1993) mukaan keskeisimmät vanhuspolitiikan nykyhetken ongelmat kohdistuvat tukipalveluihin: ei ole riittävästi yhteistyötä omaisten ja vapaaehtoistyöntekijöiden, vapaa-aika- ja kulttuuritoimen kanssa, kotisairaanhoidon ja tukipalvelujen vähäisyys, lyhytkestoisen hoidon ja päivätoiminnan puutteellisuus. Salokanteleen (1994) mukaan vanhuksat kaipasivat kotona selviytyäkseen ennenkaikkea ateria-, kuljetus-, siivouspalveluja sekä apua lumi- ja puutöihin. Kosken (1996) mukaan iäkäs tarvitsee kotona asumisen tueksi moniammatillista kotisairaanhoidon tiimiä, omaishoidon tukea, vapaaehtoistyöntekijä-, vuorovaikutus- ja ystäväpalveluja, päiväkeskustoimintoja sekä erilaisia turvapalveluita (rannehälytys, kulunvalvonta, turvaliesi, palohälytin).

Edellä lueteltu tarveluettelo on pitkä. Ei voi olettaa, että kaikki asumiseen liittyvät epäkohdat saataisiin korjattua. Vaikeinta se lienee haja-asutusalueilla. Palveluita ei aina

pystytä antamaan riittävästi eikä siinä muodossa kuin vanhus tai omaiset niitä haluaisivat tai ne olisivat toimintakykyisyyden kannalta tarpeen. (Kinnunen 1993).

Toimintakykyisyyden säilyttämiseksi ja kotona asumisen turvaamiseksi yhä pidempään pitäisi kunnissa lisätä ja kehittää kuntouttavaa lyhytkestoista hoitoa. Sen tavoite on ehkäistä tai siirtää pysyvän laitoshoidon tarvetta ja edistää kotihoidon jatkumista. Tehdyt tutkimukset ovat tosin antaneet ristiriitaisia tuloksia tavoitteiden toteutumisesta (Perttu 1995). Hartikaisen (1995) tutkimuksessa lyhytkestoisen hoidon vaikutukset vanhuksen mielialaan osoittivat määrällisesti lähes yhtä suuria lukuja parantumisessa ja huononemisessa. Lyhytkestoisen hoidon sisältö ja ideologia kaipaavat vielä paljon kehittelyä sekä hoitotyön tekijöiltä että päättäjiltä.

Masennuksen ehkäisyssä ja toimintakykyisyyden säilyttämisessä on perusterveydenhuolto avainasemassa. Masennuksen varhainen toteaminen parantaa ennustetta. Jos toimintakyvyn heikkeneminen havaitaan ajoissa, kuntoutuksen aloittaminen ja apuvälineiden käyttöönotto vaikuttavat selviytymiseen. Perusterveydenhuollon henkilöstöstä keskeisessä roolissa ovat kotisairaanhoidon ja -palvelun henkilökunta sekä lääkäri (Perttu 1993, Halme 1994, Salokannel 1994, Pahkala 1996). Henkilöstö tunnistaa oireet, ohjaa hoitoon, suunnittelee yhdessä vanhuksen ja omaisten kanssa toimenpiteet. Oireiden ja vaikeuksien varhainen tunnistaminen ja tilanteeseen sopivien interventiodien suunnittelu edellyttäisivät vanhuksen elämänkaaren tuntemista. Näin ollen väestövastuusen hoidon, omalääkäri- ja omahoitajajärjestelmän sekä moniammatillisten tiimien käytön kehittäminen tuntuisi luontevalta.

Geriatrinen kuntoutus on toinen avainalue perusterveydenhuollossa. Finnen (1996) mukaan sen pääperiaatteena on löytää ja hoitaa kaikki ne sairaudet, jotka uhkaavat terveydentilaa tai jotka voivat johtaa pysyvään toimintarajoitteisuuteen. Vajaatoiminnan aste pyritään saamaan mahdollisimman alhaiseksi. Mikäli toiminnan vajautta vielä jää, pyritään ensisijaisesti täyteen kompensatioon. Geriatrinen kuntoutus pyrkii tukemaan kotona asumista tai säilyttämään edes ”kevyen tason” hoitolinjan.

Kuntoutukseen on viime vuosin liitetty käsitteet muisteleminen ja muisteluterapia (Saarenheimo 1992). Tutkijoiden keskuudessa on eriäviä mielipiteitä siitä, onko kysymyksessä psykoterapeuttinen väline vai viihdyttävä harrastus (Saarenheimo 1992). Sunin (1995) mukaan vanhuksen mielenterveyden kannalta on tärkeää muistella vanhoja asioita. Muistelu auttaa myös ratkaisemaan selvittämättömiä asioita. On todettukin, että muistelu ei keskity vain onnellisiin ja positiivisiin tapahtumiin. Hoitotyössä olisi tärkeää suunnitella tapaamiset iäkkäiden kanssa niin, että aikaa jäisi myös tämän tapaiseen kohtaamiseen.

Varsinainen haaste hoitotyölle on hoitohenkilökunnan ammattitaito. Vanhustyön onnistumiselle on erittäin merkittävää se , miten osaavaa, jaksavaa, motivoitunutta henkilökuntaa on käytettävissä. Valtaosan hoidon laadusta, turvallisuuden tunteesta luo tai jättää luomatta se terveydenhoitaja, sairaanhoitaja, lähihoitaja, lääkäri, joka kulloinkin on hoitovastuussa. Paljon riippuu hoitavan henkilön arvoista, asenteista, ihmiskäsityksestä ja vanhuskuvasta. Hoitotyön käytännössä nämä heijastuvat toimenpiteinä, vuoro-vaikutuksena ja suhtautumisena ikääntyneisiin. Tästä syystä tämän hetken ja tulevaisuuden oleellisimpia haasteita on tulevan vanhustyön henkilökunnan valinta koulutukseen ja työhön. Haaste sisältää onnistumisen koulutuksessa ja ihmisenä kasvun. Tavoitteena on yhteistyössä iäkkään ja hänen omaistensa kanssa vastata vanhuspolitiikan tavoitteisiin ja turvata yksilöllinen, rikas eläkeikä kullekin asiakkaalle.

LÄHTEET

- Aantaa, E. 1993. Vanhuuden otologia. Teoksessa: Tilvis, R. & Sourander, L. (toim.) Geriatria, 215-218. Jyväskylä: Gummerus.
- Achte, K. 1987. Vanhuus ja depressio. Teoksessa: Achte, K. & Tamminen, T. (toim.) Lääkäri ja depressiopotilas. Hanko.
- Achte, K. 1991. Depressiosta voi päästä. Juva: WSOY.
- Adolfsson, R. & Holmberg, B. 1991. Ängestdepressiva besvär hos äldre - symptom, diagnostik och behandling. *Läkartidningen* 88 (32-33), 2586-2591.
- Aguilera, D.C. & Messick, J.M. 1981. Kriisihoito. Juva: WSOY.
- Arber, E. 1996. Sukupuoli ja ikä. *Gerontologia* 10 (2), 74-81.
- Aromaa, A., Klaukka, T., Impivaara, O. & Heliövaara, M. 1989. Aikuisten työ- ja toimintakyky sekä avuntarve. Teoksessa: Terveys, toimintakyky ja hoidon tarve Suomessa. Mini-Suomi terveystutkimuksen perustulokset, 355-445. Kansaneläkelaitoksen julkaisu AL: 32. Helsinki.
- Asikainen, R. 1994. Ikääntyvien päivittäinen toimintakyky. Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma. Oulu.
- Avlund, K. & Schultz-Larsen, K. 1991. What do 70-year-old men and women actually do? And what are they able to do? From the Glostrup survey in 1984. *AGING* 3 (1), 39-49.
- Avlund, K., Schultz-Larsen, K. & Kreiner, S. 1993. The measurement of instrumental ADL: Content validity and construct validity. *Aging Clinical and Experimental Research* 5, 371-383.
- Becker, P.M. & Cohen, H.J. 1984. The functional Approach to the Care of the Elderly: A Conceptual Framework. *Journal of the American Geriatrics Society* 32 (12), 923-929.
- Beckingham, A.C. & DuGas, B.W. 1993. Promoting Healthy Aging. A Nursing and Community Perspective. Canada. Ontario. Toronto.
- Beckman, S., Boxley-Harges, S., Bruick-Sorge, Ch., Harris, S., Hermiz, M., Meininger, M. & Steinkeler, S. 1994. Betty Neuman: Järjestelmämalli. Teoksessa: Marriner-Tomey, A. (toim.) Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä, 261-295. SHKS. Vammala.
- Blaxter, M. 1990. Health and lifestyles. Tavistock / Routledge. London.
- Blazer, D.G. 1982. Depression in late life. St Louis. The C.V. Mosby Comp.

- Blazer, D.G., Hughes, D.C. & George, L.K. 1987. Stressful life events and the onset of a generalized anxiety syndrome. *American Journal Psychiatry* 144, 1178-1183.
- Blue, C., Brubaker, K., Fine, J., Kirsch, M., Papazian, K., Riestler, C. & Sobiech, M. 1994. Sisar Callista Roy: Adaptaatiomalli. Teoksessa Marriner-Tomey, A. (toim.) *Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä*, 239-259. SHKS. Vammala.
- Boyd, J.H., Weissman, M.M., Thomsson, W.D. & Myers, J.K. 1982. Screening for Depression in a Community sample. *Arch Gen Psychiatry*, 39 (oct), 1195-1200.
- Breslau, N. 1985. Depressive symptoms, major depression and generalized anxiety: A comparison of self reports on CES-D and results from diagnostic interviews. *Psychiatry Research* 15, 219-229.
- Brown, G. & Harris, T. 1978. *Social origins of depression. A study of psychiatric disorder in women.* London: Tavistock Publications.
- Brown, R.I. 1989. Aging, disability and quality of life. A challenge for society. *Canadian Psychology* 30 (3), 551-558.
- Caplan, G. 1971. *An approach to community mentalhealth.* Tavistock Publications. Whittestable.
- Davis-Berman, J. 1990. Physical self-efficacy, perceived physical status and depressive symptomatology in older adults. *Journal of Psychology* 124 (2), 207-215.
- Depressio - tunnistaminen ja hoito, 1995. Konsensuskokous 28. - 30.11.1994. Suomen Akatemian julkaisuja 1/1995. Helsinki: Painatuskeskus.
- Devins, G-M., Orme, C-M., Costello, Ch-G., Binik, Y-M., Frizzel, B., Stam, H. & Pullin, M. 1988. Measuring depressive symptoms in illness populations. Psychometric properties of the center for epidemiologic studies depression (CES-D) scale. *Psychology and Health* 2 (2), 139-156.
- Eben, J.D., Gashti, N.N., Hayes, S.E., Marriner-Tomey, A., Nation, M.J. & Nordmeyer, S.B. 1994. Dorothea Orem: Hoitotyön itsehoitoteoria. Teoksessa: Marriner-Tomey, A. (toim.) *Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä*, 177-193. SHKS. Vammala.
- Era, P. 1992 *Fyysinen toimintakyky, aistitoiminnot ja havaintomotoriikka.* Teoksessa: Heikkinen, R-L. & Suutama, T. (toim.) *Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn ja terveyden arviointi. Ikivihreät-projekti. Osa II. Sosiaali- ja terveysministeriön kehittämisosaston julkaisuja 1991:10.* Helsinki: Valtion painatuskeskus, 40-69.
- Erkinjuntti, T. & Sulkava, R. 1993. Muistihäiriöt ja dementia. Teoksessa: Tilvis, R. & Sounder, L. (toim.) *Geriatría*, 105-128. Jyväskylä: Gummerus.
- Eriksson, K. 1994. *Den lidande människan.* Liber Utbildning. Arlöv.

- Finne, H. 1996. Vanhuksen kuntouttamisen erityispiirteitä. Teoksessa: XVII Tampereen Lääkäripäivät 21.-23.3.1996. Vammala: Lege Artis Oy.
- Gang, L., Zuo, C., Su, L. & Eaton, W.W., 1987. Depression in Chinese medical inpatients. *American Journal of Psychiatry* 144, 226-228.
- Garcia, M. & Marks, G., 1989. Depressive symptomatology among Mexican- American adults. An examination with the CES-D scale. *Psychiatry-Research* 27 (2), 137-148.
- Gatz, M. & Hurwich, M.I. 1990. Are old people more depressed ? Cross-sectional data on Center for Epidemiological Studies Depression Scale Factors. *Psychology and Aging* 5 (2), 284-290.
- Gröndahl, E. 1995. Kärsimys masentuneiden potilaiden olemassaolokokemuksena. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Tampere.
- Guralnik, J.M. 1991. Prospects for the compression of morbidity. The challenge posed by increasing disability in the years prior to death. *Journal of Aging and Health*, 3 (2), 138-154.
- Halme, S. 1994. Terveystenhoitaja ja mielenterveystyö. Teoksessa: Hoitotyön vuosikirja 1995, 96-106. Tampere: Kirjayhtymä, Hygieia.
- Hartikainen, S. 1995. Geriatrisen alueellinen toimintamalli ja sen vaikutukset. *Acta Universitatis Ouluensis Medica D* 326. Oulun yliopisto, väitöskirja. Oulu.
- Heikkinen, E. 1986. Vanheneminen, terveys ja toimintakyky. Teoksessa: Huttunen, J., Jylhä, M., Kivelä, S-L. & Rajas, T. (toim.) Vanhenemisen ja vanhuuden tutkimus, osa I, 9-30. Suomen Akatemian julkaisuja 9/86. Helsinki.
- Heikkinen, E. 1991. Fyysisen toimintakyvyn muutokset ikääntyessä. *Vox* 13, 81-90.
- Heikkinen, E. 1993. Pohdinta. Teoksessa: Jylhä, M. (toim.) Vanhuusikä muutoksessa - kohorttitutkimus eläkeläisten tamperelaisten terveydestä ja elämäntilanteesta vuosina 1979 ja 1989, 51-57. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 6. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Heikkinen, R-L. 1991. Kokemuksellinen vanheneminen. *Gerontologia* 5 (4), 291-297.
- Heikkinen, R-L. 1992. Psykkis-sosiaalisen hyvinvoinnin sekä sosiaalisen yhteisyyden ja suoriutumisen arviointi. Teoksessa: Heikkinen, R-L. & Suutama, T. (toim.) Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn ja terveyden arviointi. Ikivihreät-projekti. Osa II, 111-131. Sosiaali- ja terveysministeriön kehittämisosaston julkaisuja 1991:10. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Heikkinen, E., Arajärvi, R-L. & Jylhä, M. 1981. Eläkeläiset Tampereella. Tampereen yliopisto. Kansanterveyden julkaisuja M 65. Tampere.

Heikkinen, E., Laukkanen, P. & Kallinen, M. 1992. Terveys. Teoksessa: Heikkinen, R-L. & Suutama, T. (toim.) Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn ja terveyden arviointi. Ikivihreät-projekti. Osa II, 20-39. STM:n kehittämissosaston julkaisu 1991:10. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Heikkinen, R-L. & Suutama, T. (toim.), 1992. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn ja terveyden arviointi. Ikivihreät-projekti. Osa II. STM:n kehittämissosaston julkaisu 1991:10. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Heikkinen, R-L., Berg, S. & Avlund, K. 1995. Depressive symptoms in late life. Results from a study in three nordic urban localities. *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 10, 315-330.

Heikkinen, M. & Malin, T. 1983. Vanhustenhuoltolaitosten ja terveyskeskussairaaloiden vuodeosastopotilaat. *Sosiaalihuollituksen julkaisu* 5/83. Lääkintöhallituksen tutkimuksia 38. Helsinki.

Helenius-Asp, S. & Arajärvi, E. 1990. Terveyskeskusten ja vanhainhuoltolaitosten potilas-laskenta / asiakaslaskenta 3.3.1986. Lääkintöhallituksen tutkimuksia 154. Sosiaalihuollituksen julkaisu 5/90. Helsinki.

Hervonen, A. & Pohjolainen, P. 1983. Gerontologian perusteet. Lääketieteellinen oppimateriaalikustantamo Oy. Tampere.

Hervonen, A. & Ruth, J-E. 1983. Vanhuuden ulottuvuudet. Teoksessa: Ruth, J-E. & Heikkinen, E. (toim.) Vanhuus Suomessa. Espoo: Weilin-Göös.

Hervonen, A. 1996. Ovatko tulevaisuuden vanhukset nykyisiä parempikuntoisia ? Teoksessa: XVII Tampereen Lääkäripäivät. Vammala: Lege Artis Oy.

Hirschfeld, R.M.A. & Cross, Chr.K. 1982. Epidemiology of Affective Disorders, Psychosocial Risk Factors. *Archives of General Psychiatry* 39 (Jan), 35-46.

Hirsjärvi, S., Liikanen, P., Remes, P. & Sajavaara, P. 1992. Tutkimus ja sen raportointi. Jyväskylä: Gummerus.

Hokkanen, T. & Jylhä, M. 1994. Eläkeläisten naisleskien terveys ja elämäntilanne. *Gerontologia* 1, 2-11.

Holopainen, M. 1994. Tilastomatematiikan perusteet. Keuruu: Otava.

Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 1994. Tilastolliset menetelmät, perusteet. Porvoo: WSOY.

Hsu, K. & Marshall, V. 1987. Prevalence of depression and distress in a large sample of canadian residents, interns, and fellows. *American Journal Psychiatry* 144:12, 1561-1566.

- Huttunen, M. 1995. Mitkä ovat tietomme ja käsityksemme depression etiologiasta. Teoksessa: *Depressio- tunnistaminen ja hoito*. Suomen Akatemian julkaisu 1/95, 66-74. Helsinki: Painatuskeskus.
- Hytönen, E. 1994. Minä oon ihan potilas. Vanhainkodissa asuvan vanhuksen yksinäisyyden ilmeneminen ja yksinäisen vanhuksen selviytyminen. Oulun yliopisto, hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma. Oulu.
- Juvakka, T. 1995. Ihmisen elämä on matka muutoksesta toiseen toivon kantamana. Teoksessa: *Hoitotyön vuosikirja 1996*, 15-24. Tampere: Kirjayhtymä, Hygieia.
- Jylhä, M. 1985. Oman terveyden kokeminen eläkeiässä. *Acta Universitatis Tamperensis*, ser A vol 195. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Jylhä, M. & Heikkinen, E. 1983. Terveys ja toimintakykyisyys vanhuudessa. Teoksessa: Ruth, J-E. & Heikkinen, E. (toim.) *Vanhuus Suomessa*, 130-150. Espoo: Weilin-Göös.
- Jylhä, M. & Heikkinen, E. 1993. Terveys, toimintakyky ja lääkkeiden käyttö. Teoksessa: Jylhä, M. (toim.) *Vanhuusikä muutoksessa*, 18-28. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Kalimo, E., Häkkinen, U., Klaukka, T., Lehtonen, R. & Nyman, K. 1992. Suomalaisten terveysturva ja sen kehitystarpeet. Terveysturvan väestötutkimuksen 1987 päätulokset. KE-LA:n julkaisuja M:81. Helsinki.
- Kaplan, G.A. 1991. Epidemiological observations on the compression of morbidity. Evidence from the Alameda County Study. *Journal of Aging Health*, 3, 155-171.
- Karila, A. 1994. Mielenterveyspotilaiden psykososiaalinen selviytyminen ja mielenterveyspalvelujen käyttö. Seurantatutkimus Peijaksen sairaanhoitoalueella. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Karppi, P. 1993. Geriatrisen sairaalatutkimusjakson vaikuttavuus valvotun kotisairaanhoidon potilaisiin. Satunnaistettu, kontrolloitu tutkimus Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Helsinki.
- Karppi, S-L. 1983. Fyysisen toimintakyvyn paraneminen ja ylläpito - osa kuntoutumista. Teoksessa: Hyypä, T.M., Kallio, V., Karppi, S-L., Lahtela, K. & Ruponen, S-L. (toim.) *Kuntoutuminen*, 60-80. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Katz, S. 1983. Assessing self-maintenance: Activities of Daily Living, Mobility and Instrumental Activities of Daily Living. *Journal of American Geriatric Soc* 31, 721-726.
- Kauppinen, M. 1992. Aineistot ja menetelmät sekä tutkittujen taustatietoja. Teoksessa: Heikkinen, R-L. & Suutama, T. (toim.) *Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn ja terveyden arviointi. Ikivihreät-projekti. Osa II*, 13-19. Sosiaali- ja terveysministeriön kehittämissosaston julkaisuja 1991:10. Helsinki: valtion painatuskeskus.

- Kelly, J.R. & Godbey, G. 1992. The sociology of leisure. State College PA. Venture Publishing, Inc. Chelsea MI.
- Kelly, J.R. 1993. Varieties of activity. In: Activity and Aging. Staying involved in later life, 60-67. Newsbury Park: Kelly, J.R. Sage Publications.
- Kiikkala, I. 1994. Monimuotoinen masennus. Dialogi 7, 40-52.
- Kiikkala, I. 1995. Masennus käsitteenä - mielenterveystyön opettajien laatimiin määrittelyihin perustuva masennuskäsitteen sisällön tarkastelu ja alustava uudelleen määrittely. Teoksessa: Hoitotyön vuosikirja 1996, 30-45. Tampere: Kirjayhtymä, Hygieia.
- Kiikkala, I. & Munnukka, T. 1995. Ihmisen auttamisen lähtökohtia. Teoksessa: Munnukka, T. & Kiikkala, I. (toim.) Ihmisen auttamisen lähtökohtia, 9-19. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Kinnunen, K. 1993. Avohoito laitoshoidon ehkäisyssä. Teoksessa: Tilvis, R. & Sourander, L. (toim.) Geriatria, 427-429. Jyväskylä: Gummerus.
- Kivelä, S-L. 1993. Vanhuksen masennus. Teoksessa: Tilvis, R. & Sourander, R. (toim.) Geriatria, 151-160. Jyväskylä: Gummerus.
- Kivelä, S-L., Lehtimäki, E. & Kivekäs, J. 1986. Prevalence of Depressive symptoms and Depression in Finnish Home Nursing Patients and Home Help Clients. Int Journal of Social Psychiatry 32, 3-13.
- Kivelä, S-L. & Pahkala, K. 1989. Iäkkäiden depressioiden vallitsevuus ja oireet. Gerontologia 3, 30-40.
- Kivelä, S-L., Pahkala, K. & Laippala, P. 1990. Iäkkäiden terveyskeskuspotilaiden depressioiden ennuste. Gerontologia 4, 77-87.
- Kivelä, S-L., Pahkala, K., Kesti, E., Saviaro-Köngäs, P. & Laippala, P. 1994. The five-year prognosis of depression in old age. International Psychoger. 6, 69-78.
- Koskiahho, R. 1988. Yhteiskunnallistettu vanhuuskysymys. Sosiaalihuollituksen julkaisu 11 / 88. Helsinki: Valtion Painatuskeskus.
- Koski, K. 1996. Tekniset apuvälineet kotihoidossa - teoriaa vai todellista apua. Teoksessa: XVII Tampereen Lääkäripäivät 21.-23.3.1996. Vammala: Lege Artis Oy.
- Koskinen, S., Ahonen, S., Jylhä, M., Korhonen, A-L. & Paunonen, M. 1988. Vanhustyö. Jyväskylä: Gummerus.
- Koskinen, T. 1991. Pseudodementia vanhuuden depression ilmenemismuotona. Väitöskirja. Kuopion yliopiston alkuperäistutkimukset 12/91. Kuopion yliopisto. Kuopio.
- Kuikka, P. & Suutama, T. 1993. Muistin itsearvioiden yhteydet taustatekijöihin iäkkäillä ihmisillä. Gerontologia 4, 257-270.

Kukkonen, S. & Piirainen, A. 1990. Ihmisen perusliikkuminen ja sen edistäminen. Jyväskylä: Gummerus.

Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet ja toimintaperiaatteet. 1995. Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1996-1999. Helsinki.

Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet ja toimintaperiaatteet. 1996. Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1997-2000. Helsinki.

Lahtela, K. 1991. Psykkinen toimintakyky ja sen muutokset vanhuudessa II. Toimintakyvyn monikerroksisuudesta. *Gerontologia* 1, 38-64.

Lammi, U-K., Kivelä, S-L., Nissinen, A., Pekkarinen, J. & Punsar, S. 1989. Functional Capacity and Associated Factors in Elderly Finnish Men. *Scand. Journal Sol Med* 17, 65-75.

Larsson, R., Zuzanek, J. & Mannel, R. 1985. Being alone versus being with people. Disengagement in the daily experience of older adults. *Journal of Gerontology* 40, 375-381.

Laukkanen, P. & Heikkinen, E. 1990. Päivittäisistä toiminnoista selviytyminen. Teoksessa: Heikkinen, E., Heikkinen, R-L., Kauppinen, M., Laukkanen, P., Ruoppila, I. & Suutama, T. (toim.) Iäkkäiden henkilöiden toimintakyky. Ikivihreät-projekti. Osa I, 67-97. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja 1990:1. Helsinki: Valtion Painatuskeskus.

Laukkanen, P., Heikkinen, E. & Ruoppila, I. 1992. Päivittäisistä toiminnoista selviytyminen. Teoksessa: Heikkinen, R-L. & Suutama, T. (toim.) Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn ja terveyden arviointi. Ikivihreät-projekti. Osa II, 132-155. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja 1991:10. Helsinki: Valtion Painatuskeskus.

Laukkanen, P., Era, P., Heikkinen, R-L., Suutama, T., Kauppinen, M. & Heikkinen, E. 1994. Factors related to carrying out everyday activities among elderly people aged 80. *AGING clinical and Experimental Research* 6 (6), 433-443.

Laukkanen, P., Kauppinen, M., Era, P. & Heikkinen, E. 1993. Factors related to coping with physical and instrumental activities of daily living among people born in 1904 - 1923. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 8. 287-296.

Law, M. 1993. Evaluating Activities of Daily Living: Directions for the Future. *The American Journal of Occupational Therapy* 47 (3), 233-237.

Lawton, M.P. & Brody, E.M. 1969. Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 9, 179- 186.

Lehtinen, V. (toim.) 1994. Depression hoito terveystieteiden tutkimuskeskuksessa. Oppaita 22. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja. Helsinki: Painatuskeskus Oy.

- Lehtinen, V. 1995. Depression epidemiologia. Teoksessa: *Depressio - tunnistaminen ja hoito*, 23-55. Suomen Akatemian julkaisuja 1/95. Helsinki: Painatuskeskus Oy.
- Lehtinen, V., Joukamaa, M. & Jyrkinen, S. 1991. Suomalaisten aikuisten mielenterveys ja mielenterveyden häiriöt. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja: AL 33. KELAn koulutustutkimuskeskus. Helsinki.
- Lehtinen, V., Veijola, J., Lindholm, T., Väisänen, E., Moring, J. & Puukka, P. 1993. Mielenterveyden pysyvyys ja muutokset suomalaisilla aikuisilla. UKKI - tutkimuksen 16-vuotisseurannan päätulokset. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja: AL: 36. Turku.
- Lehtonen, J. 1995. Mitä depressio on ? Teoksessa: *Depressio - tunnistaminen ja hoito: Konsensuskokous 28. - 30.11.1994*. Suomen Akatemian julkaisuja 1/95. Helsinki: Painatuskeskus Oy.
- Liang, J., Vantran, T., Krause, N. & Markides, K.S. 1989. Generational Differences in the Structure of the CES-D scale in Mexican Americans. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 3, 110-120.
- Luukinen, H. 1992. Kaatuileva vanhus. *Duodecim* 108, 409-418.
- Marriner-Tomey, A. 1994. Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä. Sairaanhoidajien koulutussäätiö, SHKS. Vammala.
- Mattlar, C-E. 1987. Psykkinen toimintakyky. *Sosiaalivakuutus* 1, 12-14.
- Metso, J. 1989. Kotisairaanhoidon mahdollisuudet ja rajoitukset. Lappeenrannan vanhustutkimus. Helsingin yliopisto, yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos. Helsinki.
- Murphy, E. 1986. The concept of affective disorders in the elderly. In: Murphy, E. (ed.) *Affective Disorders in the Elderly*, 78-96. Singapore: Churchill Livingstone.
- Mälkiä, E. 1983. Eräät lihasten suorituskykymittaukset fyysisen toimintakykyisyyden kuvaajina suomalaisessa aikuisväestössä. KELAn julkaisuja AL:23. Turku.
- Naughton, M. & Wiklund, I. 1993. A critical review of dimension - specific measures of health - related quality of life in cross - cultural research. *Quality of Life Research*, 397-432.
- Nissinen, A., Kivelä, S-L. & Puska, P. 1985. 65-74-vuotiaiden itäsuomalaisten terveys ja toimintakyky. *Suomen Lääkärilehti* 40 (34), 3375-3380.
- Nores, T. 1993. Naisvanhuspotilaan olemassaolokokemusta koskeva käsitteellinen ja empirinen analyysi. Väitöskirja. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos. Turku.
- Orem, D. 1985. *Nursing: Concepts of practice*. New York: McGraw Hill.

- Osgood, N. F. 1993. Creative activity and the arts. Possibilities and programs. In: *Activity and Aging. Staying involved in later life*, 174-186. Newsbury Park: Kelly, J.R. Sage Publications.
- Pahkala, K. 1990. Iäkkäiden depressiot. Akateeminen väitöskirja. Oulun yliopisto. Lääkintöhallituksen tutkimuksia 55. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Pahkala, K. 1995. Vanhuksen depressio. Teoksessa: *Depressio - tunnistaminen ja hoito*, 220-233. Suomen Akatemian julkaisuja 1/95. Helsinki: Painatuskeskus Oy.
- Pahkala, K. 1996. Vanhuksen depression tunnistaminen. Teoksessa: *XVII Tampereen Lääkäripäivät 21.-23.3.1996*. Vammala: Lege Artis Oy.
- Pahkala, K., Kesti, E., Saviaro-Köngäs, P., Laippala, P. & Kivelä, S-L. 1993. Iäkkäiden depressioiden vallitsevuus. *Gerontologia* 7 (1), 3-18.
- Pahkala, K., Kivelä, S-L. & Laippala, P. 1990. Iäkkäiden sosiaali- ja ympäristötekijöiden yhteydet depressioihin. *Gerontologia* 4, 145-156.
- Pahkala, K. & Kivelä, S-L. 1991. Iäkkäiden terveys, toimintakyky ja depressio. *Gerontologia* 5 (2), 89-104.
- Parse, R. 1987. *Nursing Science. Major Paradigms, Theories and Critiques*. Philadelphia. W. B. Saunders.
- Paulhus, D. L. & Martin, C. L. 1987. The Structure of Personality Capabilities. *Journal of Personality and Social Psychology* 52 (2), 354-365.
- Perttu, S. 1993. Tavoitteena vanhusten kotona selviytyminen - perheväkivaltaongelmien näkökulma vanhustenhuollossa. Teoksessa: *Hoitotyön vuosikirja 1994*, 49-69. Tampere: Kirjayhtymä. Hygieia.
- Perttu, S. 1995. Lyhytaikainen laitoshoido vanhuksen kotihoidon tukena. Teoksessa: *Hoitotyön vuosikirja 1996*, 78-90. Tampere: Kirjayhtymä. Hygieia.
- Poutanen, O. 1996. *Depressio terveyskeskuspotilailla*. Acta Universitatis Tamperensis Ser A. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Purola, T. 1971. Sairaus sosiaalilääketieteellisenä käsitteenä. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 9, 3-11.
- Raassina, A. 1994. Vanhuspolitiikka. Lähtökohdat tulevaisuudelle. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja 6. Helsinki: Painatuskeskus Oy.
- Raatikainen, R. 1992. Omatoimisuus kotisairaanhoidossa. Potilaan avun tarve ja saama apu. Acta Universitatis Ouluensis, D. 243. Oulun yliopisto, hoitotieteen laitos. Oulu.

- Rabkin, J.G. Klein, D.F. 1987. The Clinical Measurement of Depressive Disorders. In: Marsella, A.f., Hirschfeld, R.M.A., Katz, M.M. & Wiley (toim.) The Measurement of Depression, 31-83. Chichester.
- Radlof, L. & Teri, L. 1986. Use of the center for epidemiological studies-depression scale with older adults. *Clinical Gerontologist* 5 (1/2), 119-136.
- Raitasalo, R. 1995. Depression vaikutukset työ- ja toimintakykyyn. Teoksessa: *Depressio - tunnistaminen ja hoito*. Suomen Akatemian julkaisuja 1/95. Helsinki: Painatuskeskus Oy.
- Rantanen, T. 1995. Lihasvoima, liikkumiskyky ja itsenäinen elämä iäkkäällä ihmisellä. *Gerontologia* 1, 2-7.
- Roberts, R.E. 1980. Reliability of the CES-D scale in Different Ethnic Contexts. *Psychiatry Research* 2, 125-134.
- Roberts, R.E., Rhoades, H.M. & Vernon, S.W. 1990. Using CES-D scale to screen for depression and anxiety: effects of language and ethnic status. *Psychiatry Research* 31, 69-83.
- Roberts, R.E., Vernon, S.W. & Rhoades, H.M. 1989. Effects of Language and Ethnic Status on Reliability and Validity of the Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale with Psychiatric Patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 177 (10), 581-591.
- Rokka, S. 1990. Vanhustenhuollon suunnittelun prosessimalli. Työkirja. Suomen kaupunki- liitto, Sairaaliitto, Suomen kuntaliitto. Jyväskylä: Gummerus.
- Roy, S.C. 1984. Introduction to nursing: An adaptation model. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Rubino, T.A. 1993. Gait disorders in the elderly. Distinguishing between normal and dysfunctional gaits. *Postgraduate Medicine* 93 (&), 185-190.
- Ruikka, I. 1982. Vanhuus ja sairaus. SHKS. Porvoo: WSOY.
- Ruth, J-E. 1993. Kognitio ja vanheneminen: älykkyys, oppiminen ja muistitoiminta. Teoksessa: Isohanni, M., Tienari, P. & Achte, K. (toim.) *Vanhuus ja mielenterveys*, 84-87. Jyväskylä: WSOY.
- Ruth, J-E. & Ruoppila, I. 1983. Psykkiset vanhenemismuutokset ja vanhuuden kokeminen. Teoksessa: Ruth, J-E. & Heikkinen, E. (toim.) *Vanhuus Suomessa*. Espoo: Weilin-Göös.
- Saarela, T. & Granström, V. 1992. Psykoterapia masentuneen ja paranoidisen vanhuksen hoidossa. *Gerontologia* 6 (4), 258-264.
- Saarenheimo, M. 1992. Muisteleminen terapiana, ajanvietteenä sekä minän ja maailman rakentamisena. *Gerontologia* 6 (4), 265-275.

Sakari-Rantala, R., Era, P., Heikkinen, E., Heikkinen, R-L., Laukkanen, P., Ruoppila, I., Suominen, H. & Suutama, T. 1995. Iäkkäiden toimintakyky- ja terveystutkimus. Kansaneläkelaitos. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia. Turku: KELAn tutkimuskeskuksen kirjapaino.

Salokangas, R. 1995. Miten depressio voidaan tunnistaa. Teoksessa: Depressio - tunnistaminen ja hoito: Konsensuskokous 28.-30.11.1994. Suomen Akatemian julkaisuja 1/95. Helsinki: Painatuskeskus Oy.

Salokannel, L. 1994. Ikääntyvien käsityksiä omatoimisuudesta ja siihen yhteydessä olevista tekijöistä. Pro gradu-tutkielma. Oulun yliopisto, hoitotieteen laitos. Oulu.

Sarola, J. P. 1992. Asuinympäristön vaikutus vanhukseen. Vanhustyö 1.

Sarola, J. P. 1993. Mielialatekijöiden vaihtelu erilaisilla asuinalueilla. Gerontologia 2, 102-111.

Savolainen, J. 1991. Fyysinen toimintakyky ja ystävyysuhteista eristyminen yli 65-vuotiailla. Gerontologia 1, 13-27.

Schumacer, K.L. & Meleis, A.I. 1994. Transitions. A central Concept in Nursing. Journal of Nursing Scholarship 26 (2), 117-125.

Seikkula, J. 1994. Sosiaaliset verkostot - ammattiauttajien voimavara kriisissä. Tampere: Kirjayhtymä.

Selder, F. 1989. Life Transition Theory: The resolution of uncertainty. Nursing & Health 10, 437-451.

Seiskari, R. 1994. Kotihoidossa hoitotyöllä kasvava yhteiskunnallinen merkitys. Teoksessa: Hoitotyön vuosikirja 1995, 107-111. Tampere: Kirjayhtymä. Hygieia.

Sihvo, T. 1988. Arki ja Apu. Sosiaalhallituksen julkaisuja 14. Helsinki. Valtion painatuskeskus.

Sihvonen, A-P. 1994. Suomalaisten toimintakykyiset elinvuodet. STAKES, raportteja 148. Jyväskylä: Gummerus.

Silberg, J., Heath, A., Kessler, M., Neale, J., Meyer, J., Eaves, I. & Kendler, K. 1990. Genetic and environmental effects on self-reported depressive symptoms in a general population twin sample. Journal Psychiatric Research 24 (3), 197-212.

Siltala, P. 1992. Eheytyminen ja depressio vanhuudessa. Gerontologia 6 (4), 251-257.

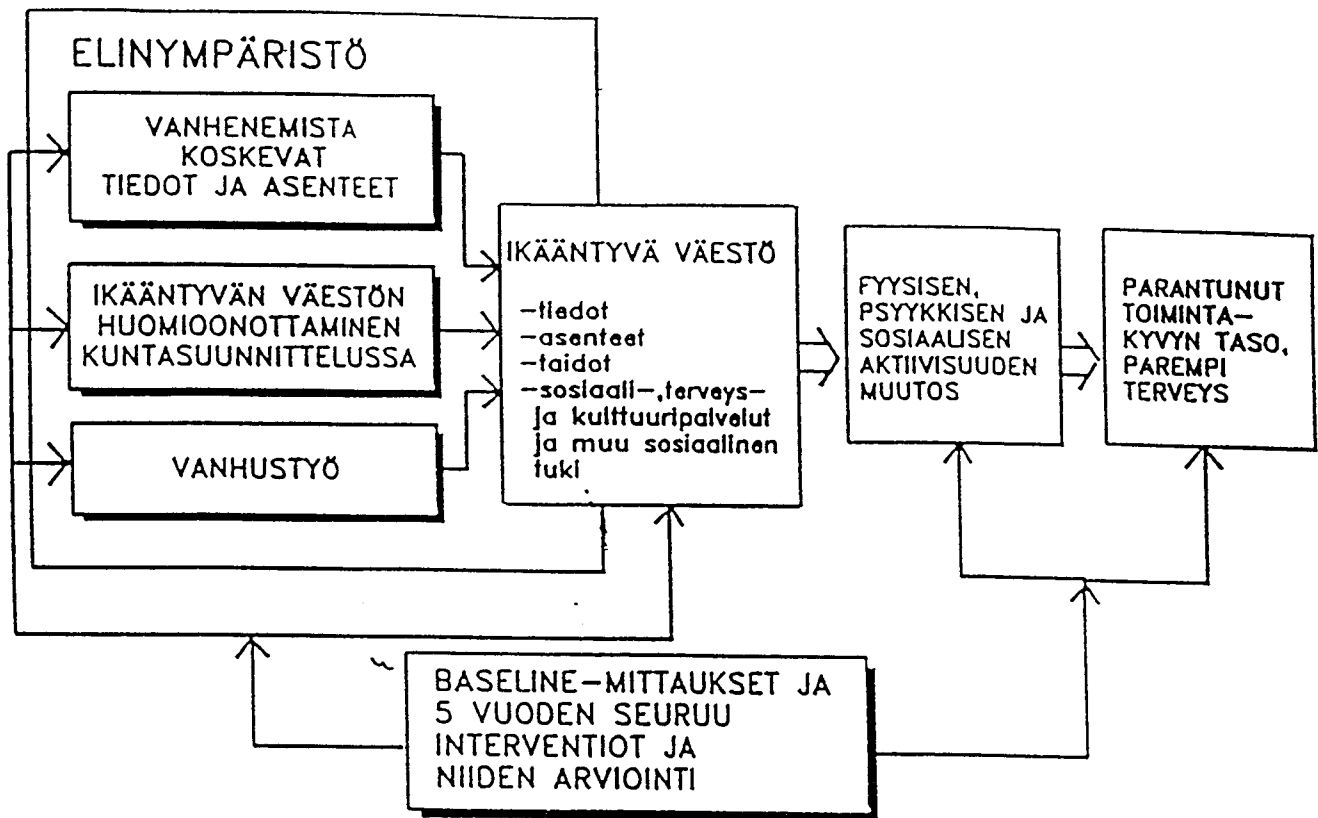
Sintonen, H. 1981. An approach to economic evaluation of actions for health. Suomen virallinen tilasto. Sosiaalisia erikoistutkimuksia SVT XXXII: 74. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Helsinki.

- Solantaus, J. 1993. Uudenmaan sairaanhoitopiirin psykiatrisen toiminnan kehittäminen 1990-luvulla. Osat A, B, C. Monisteeet.
- Stenbäck, A. 1979. A field study of Depression in old age. *Art. Gerontol* 9, 277-282.
- Stenbäck, A. 1982. Mielenterveys. Teoksessa: Auvinen, R., Hirsijärvi, E., Kumpulainen, M., Stenbäck, A. & Vauhkonen, M-L. (toim.) Vanhenemisen voimavarat, 65 - 80. Hämeenlinna : Arvi A. Karisto Oy.
- Suni, A. 1995. Mielenterveys. Teoksessa: Karvinen, E., Koivisto, R., Koponen, P-L., Laner, A., Pohjolainen, P., Ruth, J-E., Sihvola, T. & Suni, A. (toim.) Ikäänny viisaasti. Gerontologiaa ikäihmisille, 37-43. Vanhustyön koulutus- ja tutkimuskeskus Kuntokallio ja Helsingin yliopiston Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus. Saarijärvi: Gummerus.
- Suua, P. & Tuomikoski, M. 1996. Psykkisen hyvinvoinnin tukeminen. Teoksessa: Hoitotyön auttamismenetelmät. Oulun Ammattikorkeakoulu. Oulun terveydenhuolto-oppilaitos. Porvoo: WSOY.
- Suutama, T., Salminen, K. & Ruoppila, I. 1988. Fyysinen ja sosiaalinen toimintakyky. Osa 2. Iäkkäiden elinolosuhteet sekä psyykinen ja fyysinen toimintakykyisyys. KELAn julkaisuja M:63. Helsinki.
- Suutama, T., Ruoppila, I. & Kuikka, P. 1992. Kognitiivisten toimintojen arviointi. Teoksessa: Heikkinen, R-L. & Suutama, T. (toim.) Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn ja terveyden arviointi. Ikivihreät-projekti. Osa II, 83-110. STM:n kehittämisosaston julkaisuja 1991:10. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Suutama, T. 1995. Coping with life events in old age. *Jyväskylä studies in Education, Psychology and Social Research* 117. University of Jyväskylä. Jyväskylä.
- Syvälähti, E. 1987. Vanhusten depressio. Teoksessa: Vanhus ja Sairaus. *Leiras - Medica*, 31. luentopäivät lääkäreille. Julkaisu 42. Jyväskylä: Gummerus.
- Tamminen, T. & Achte, K. 1987. Mitä depressio on ? Teoksessa: Achte, K. & Tamminen, T. (toim.) Lääkäri ja depressiopotilas. Hanko.
- Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Uudistettu yhteistyöohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1993:2. Julkaisu A 64. Helsinki. Joensuu..
- Tervo, A. & Pietilä, A-M. 1995. Vanhusten kotona selviytyminen. "Hyvä olo ihan jokapäiväisistä asioista". *Hoitotiede* 7 (5), 214-222.
- Thorslund, M. 1993. Klass, hälsa bland de allra äldsta. Institut för sosial forskning. Stockholms universitet. Särtryckserie nr 408. Stockholm.
- Tiainen, S. 1993. Asuntojen perusparantaminen kannattaa. Raportti tehostetusta asuntojen korjaustoiminnasta Pohjois-Karjalan läänissä. Julkaisu A 64. Joensuu.

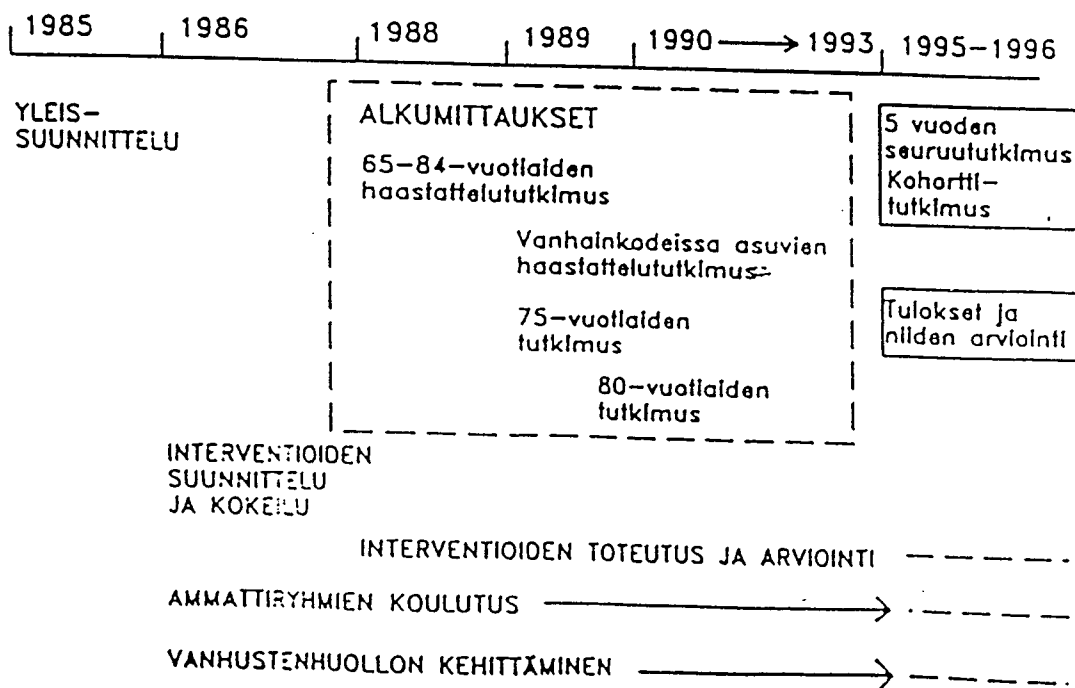
- Tilvis, R. 1994. Tulevaisuuden vanhukset - vanhusten tulevaisuus. *Gerontologia* 2, 123-125.
- Tuori, T. 1996. Mieli Maasta ! Valtakunnallinen depressioprojekti. Teoksessa: XVII Tampereen Lääkäripäivät 21.-23.3.1996. Vammala: Lege Artis Oy.
- Vaarama, M. 1992. Vanhusten palvelujen tavoitteet ja todellisuus. Katsaus vanhusväestön elinoloihin, palvelutarpeeseen ja sosiaali- ja terveystalouteen. Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja, 48. Helsinki: Painatuskeskus Oy.
- Vaarama, M. & Hurskainen, R. 1993. Vanhuspolitiikan tulevaisuuskuvat ja kehittämissuunnitelmat. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen raportteja 95. Jyväskylä: Gummerus.
- Vaarama, M. & Hurskainen, R. 1993. Hyvään vanhuuteen 1990- ja 2000-luvuilla. Toimintasuunnitelma kuntien vanhuspolitiikan kehittämiseen ja strategiseen suunnitteluun. STAKES. Raportteja 92. Jyväskylä: Gummerus.
- Valvanne, J. 1993. Toimintakyvyn heikkeneminen. Teoksessa: Tilvis, R. & Sourander, L. (toim.) *Geriatría*, 97-104. Jyväskylä: Gummerus.
- Valvanne, J., Erkinjuntti, T. & Tilvis, R. 1995. Depression vaikutus ennusteeseen. *Gerontologia* 1, 98.
- Valvanne, J., Juva, K., Erkinjuntti, T. & Tilvis, R. 1991. Kotona asuvien 75-, 80- ja 85-vuotiaiden helsinkiläisten toimintakyky ja avuntarve. *Gerontologia* 5 (2), 105-113.
- Vannemaa, M. 1993. Iäkäs nainen Suomessa ja muissa Pohjoismaissa. STAKES. Raportteja 101. Jyväskylä: Gummerus.
- Vuorinen, R. 1990. Persoonallisuus ja minuus. Juva: WSOY.
- Väisänen, L. & Väisänen, E. 1994. Masentunut potilas ja hänen perheensä. *Duodecim* 3, 333-338.
- Wattis, J. 1991. Diagnostic issues in Depression in old Age. In: Pitt, B., *Depression in the elderly*. *International Clinical Psychopharmacology* 5 (3), 1-6.
- Watson, J. 1988. *Nursing: Human Science and Human Care. A Theory of Nursing*. National League for Nursing. New York.
- Weissman, M.M. & Klerman, G.L. 1977. Sex differences and the epidemiology of depression. *Arch Gen Psychiatry* 34, 98-111.
- Weissman, M.M., Klerman, G.L., Prusoff, B.A., Scholomskas, D. & Padian, N. 1981. Depressed Outpatients. *Arch Gen Psychiatry* 38 (Jan.), 51-55.
- Wells, C.E. 1979. Pseudodementia. *American Journal Psychiatry* 136, 895-900.

Zich, J., Atkinson, C. & Greenfield, T. 1990. Screening for depression in primary care clinics. The CES-D and the BDI. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 20 (3), 259-277.

Ying, Y. 1988. Depressive symptomatology among chinese- americans as measured by the CES-D. *Journal of Clinical Psychology* 44 (5), 739-746.



IKIVIHREÄT-.projektin tavoitteet, toimintamuodot ja tutkimusasetelma.



IKIVIHREÄT-projektin aikataulu.

Laittakaa rasti ruutuun, joka parhaiten kuvaa sitä kuinka usein viimeksi kuluneen viikon aikana tunsitte seuraavalla tavalla

	Harvoin tai ei koskaan	Joskus	Melko usein	Lähes koko ajan
1. Olin levoton asioista, joista en yleensä huolestu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Minun ei tehnyt mieli syödä; ruokahaluni oli huono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tunsin itseni alakuloiseksi perheeni ja ystäväieni tuesta huolimatta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Minusta tuntui, että olin aivan yhtä hyvä ihminen kuin muutkin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Minulla oli vaikeuksia keskittyä tekemisiini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tunsin itseni masentuneeksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Kaikki mitä tein tuntui vaivalloiselta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tulevaisuus tuntui toiveikkaalta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Minusta tuntui, että olin epäonnistunut elämässäni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Pelkäsin monia asioita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Nukuin levottomasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Olin onnellinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Puhuin vähemmän kuin tavallisesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tunsin itseni yksinäiseksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ihmiset olivat epäystävällisiä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Nautin elämästä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Minulla oli itkukohtauksia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Olin surullinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Tuntui kuin ihmiset eivät olisi pitäneet minusta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. En saanut itseäni kunnolla käyntiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seuraavassa luettelossa on esitetty joukko väittämiä, jotka kuvaavat erilaisia arkipäivän tuntemuksia. Vastatkaa jokaiseen kohtaan ympäröimällä yksi numero, joka vastaa sitä kuinka usein itsestänne tuntuu väittämän kuvaamalla tavalla.

	Ei kos- kaan	Harvoin	Joskus	Usein
*1. Olen samalla aaltopituudella ympärilläni olevien ihmisten kanssa	1	2	3	4
2. Kukaan ei tunne minua todella hyvin	1	2	3	4
*3. Löydän seuraa silloin, kun sitä haluan	1	2	3	4
4. Vaikka ympärilläni on muita ihmisiä, tunnen olevani yksin	1	2	3	4

Joskus on tilanteita, joissa emme osaa käyttäytyä oikealla tavalla, vaikka varsin hyvin tiedämme mitä tuo tilanne edellyttäisi.

Jos tilanne niin vaatisi, kuinka helppoa tai vaikeaa Teidän olisi olla

(Rengastakaa kunkin ominaisuuden kohdalla numerosarjasta 1-7 se numero, joka parhaiten kuvaa itseänne.)

1. helposti lähestyttävä (seurallinen, ystävällinen, sopuisa)
erittäin vaikeaa 1 2 3 4 5 6 7 hyvin helppoa

2. vaatimaton (nöyrä, hiljainen, koruton)
erittäin vaikeaa 1 2 3 4 5 6 7 hyvin helppoa

3. syrjäänvetäytyvä (pidättyvä, eristäytyvä, etäinen)
erittäin vaikeaa 1 2 3 4 5 6 7 hyvin helppoa

4. ylimielinen (ylpeä, röyhkeä, pöyhkeä)
erittäin vaikeaa 1 2 3 4 5 6 7 hyvin helppoa

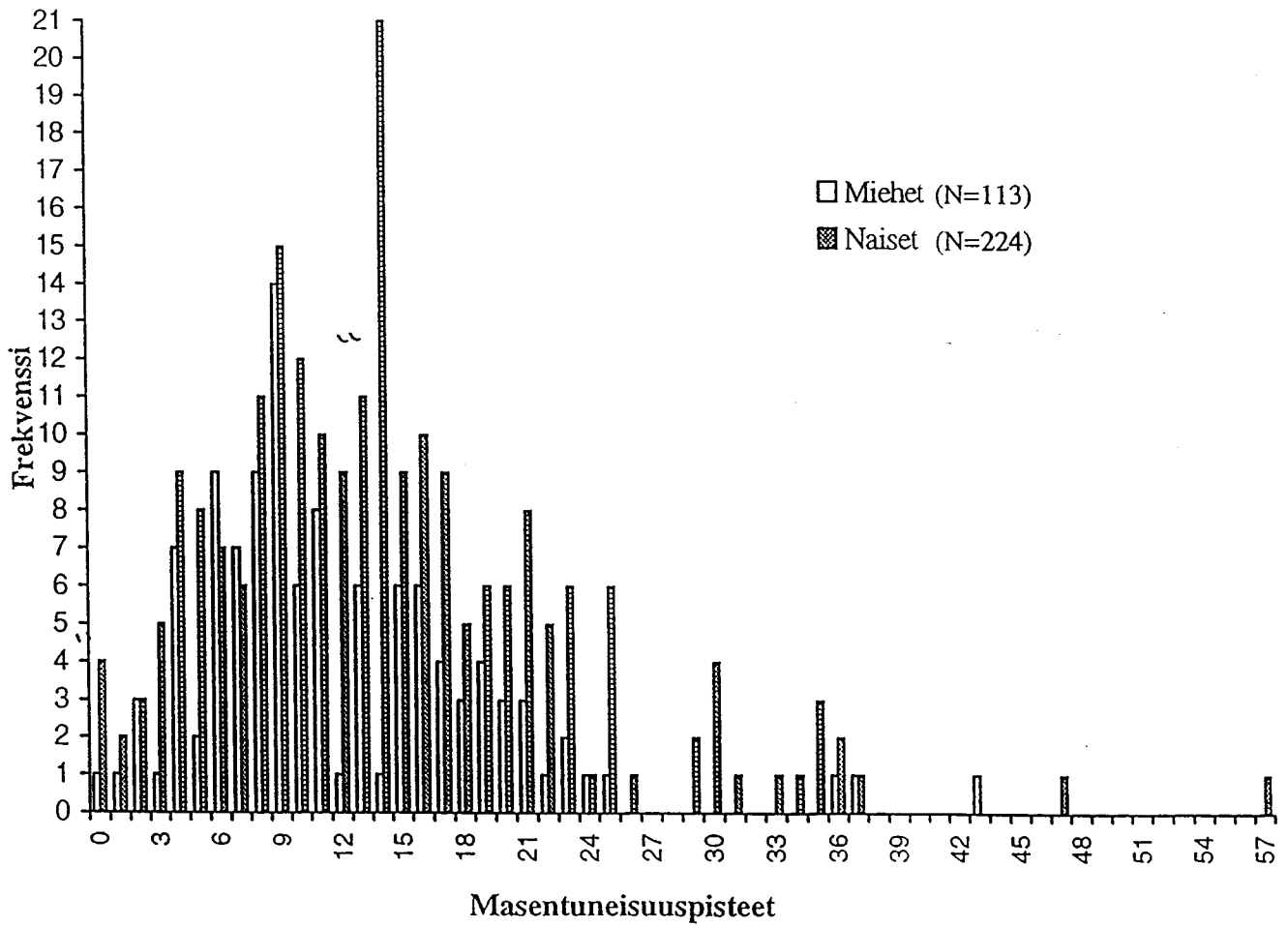
5. kunnianhimoinen (päättäväinen, yritteliäs, innokas)
erittäin vaikeaa 1 2 3 4 5 6 7 hyvin helppoa

6. lämmän (hellä, lempeä, myötätuntoa osoittava)
erittäin vaikeaa 1 2 3 4 5 6 7 hyvin helppoa

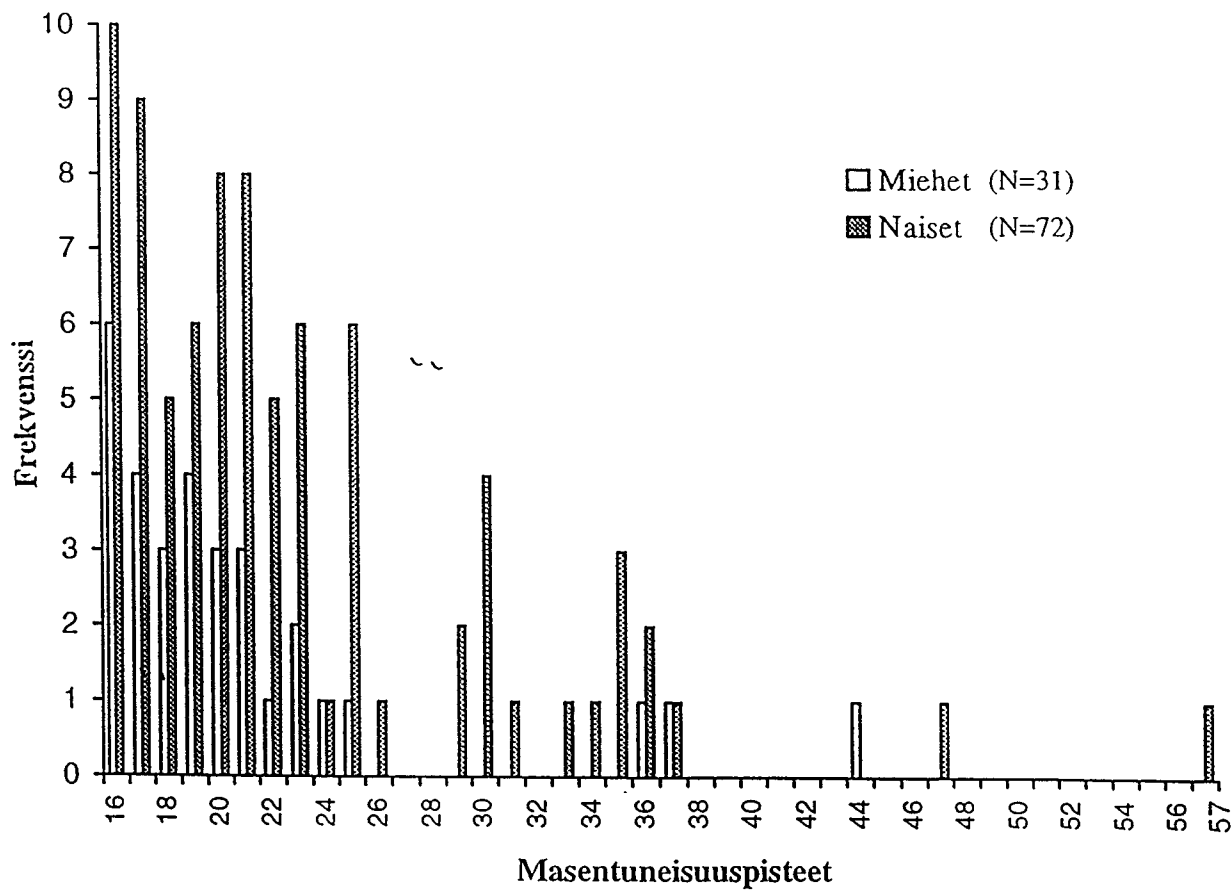
7. laiska (saamaton, haluton, avuton)
erittäin vaikeaa 1 2 3 4 5 6 7 hyvin helppoa

8. kylmäkiskoinen (tyly, välinpitämätön, tunteeton)
erittäin vaikeaa 1 2 3 4 5 6 7 hyvin helppoa

9. ulospäin suuntautunut (avoin, eloisa, innostunut)
erittäin vaikeaa 1 2 3 4 5 6 7 hyvin helppoa
10. herkkäuskoinen (naiivi, yksinkertainen, lapsellinen)
erittäin vaikeaa 1 2 3 4 5 6 7 hyvin helppoa
11. sisäänpäin suuntautunut (sulkeutunut, ujo, arka)
erittäin vaikeaa 1 2 3 4 5 6 7 hyvin helppoa
12. laskelmoiva (ovela, juonikas, liukas)
erittäin vaikeaa 1 2 3 4 5 6 7 hyvin helppoa
13. hallitseva (määräävä, itsevarma, lujatahtoinen)
erittäin vaikeaa 1 2 3 4 5 6 7 hyvin helppoa
14. miellyttävä (anteeksiantava, hyväkäyttöksinen, yhteistyöhaluinen)
erittäin vaikeaa 1 2 3 4 5 6 7 hyvin helppoa
15. alistuva (mukautuva, hiljainen, arka)
erittäin vaikeaa 1 2 3 4 5 6 7 hyvin helppoa
16. vihainen (hyökkäävä, päällekkäypä, epäkohtelias)
erittäin vaikeaa 1 2 3 4 5 6 7 hyvin helppoa



KUVIO 3 Masentuneisuuden esiintyvyys sukupuolen mukaan 75 - vuotiailla jyväs-
 kyläläisillä vuonna 1989



KUVIO 4 Masentuneiksi luokitellut jyväskyläläiset miehet ja naiset CES - D - asteikon mukaan vuonna 1989 (pistemäärä \geq 16)